

ISSN 2075-6895

# АЛЬМАНАХ

Института Хирургии  
имени А.В.Вишневского



№2 2015



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

[www.ixv.pf](http://www.ixv.pf)

e-mail: [Krivtsov@ixv.ru](mailto:Krivtsov@ixv.ru)

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

## **ТЕЗИСЫ**

**представленные на XII Съезд хирургов России**

**Ростов-на-Дону, 7-9 октября 2015 г.**

*Тезисы представлены в порядке поступления*

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

**1.БРЫЖЕЕЧНО-ПРИСТЕНОЧНАЯ ВНУТРЕННЯЯ ГРЫЖА, ОСЛОЖНЕННАЯ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ**

Омаров Х.М., Омаров К.Х., Магомедов Х.А.

Махачкала

ГБУ РД РКБ, отделение хирургии брюшной полости

В основе патогенеза внутренней, брыжеечно-пристеночной грыжи лежит задержка поворота и развития тонкого кишечника. Грыжевыми воротами является брыжеечно-пристеночный карман, ограниченный сзади листком брюшины задней поверхности брюшной стенки, справа - слепой кишкой, спереди - общей брыжейкой, в свободном крае которой проходит верхняя брыжеечная артерия или ее конечная ветвь - а. *iliocolica*. Приводим редкий случай брыжеечно-пристеночной грыжи больших размеров, осложненная острой кишечной непроходимостью у взрослого пациента. Ю.Т., 30 лет, из Дербентского р-она, с.Чинар, Республики Дагестан, поступил в отделение хирургии брюшной полости РКБ г Махачкала 03.05.2014г по 14.05.2014г. Жалобы при поступлении: на боли в животе, вздутие, тошноту, рвоту с желчью, сухость во рту, слабость, отсутствие стула и газов в течение 4-х дней. Из анамнеза: болеет около 4 суток, как появились боли в животе, которые не проходят от приема спазмолитиков, соблюдения диеты. Повторялась неоднократно рвота. Направлен в РКБ для дообследования и лечения. Ранее, начиная с детского возраста, неоднократно отмечались приступы болей в животе и рвоты, особенно после обильной еды. Применение спазмолитиков и анальгетикой в/мышечно или в/венно купировали приступы болей. По поводу приступов находился на стац лечения в войсковом госпитале в 2006 году, в отделении гастроэнтерологии РКБ в 2012 году, в хирургическом отделении Дербентской ЦГБ в 20014 г. При осмотре: выраженная тахикардия, АД= 110/60мм рт ст, Живот участвует в акте дыхания, вздутый, болезненный по всем отделам, больше слева, перистальтика выслушивается, стул был 4 дня назад, газы не отходят. Произведены исследования: УЗИ органов брюшной полости – выраженный метеоризм, расширение петель тонкой кишки, выпот в тазовой области в небольшом количестве. Обзорная рентгенография: чащи Клойбера в тонкой кишке. При установке НГЗ – из желудка эвакуировано около 200мл с примесью желчи. Выставлен клинический диагноз: острая кишечная непроходимость. Консервативными методами (очистит клизмы, стимуляция ЖКТ, обезболивание, массаж живота и др) не удалось разрешить непроходимость. После предоперационной подготовки: инфузионная терапия, переливания СЗП и т.д., через 2 часа после поступления 03.05.2014 г. выполнена операция: лапоротомия, вскрытие и удаление стенок брюшинного мешка, разъединение спаек кишечника, дренирование брюшной полости. При лапоротомии свободных петель тонкой кишки в брюшной полости не обнаружено. На их месте выявлен напряженный брюшинный мешок, туго заполненный петлями кишок и небольшим кровянистым выпотом. Вне мешка визуализировался только терминальный отдел подвздошной кишки длиной около 10 см. Вскрыта передняя стенка брюшинного мешка, оказавшейся двухслойной. При этом под напряжением вышли переполненные петли тонкой кишки. Удалено около 200 мл серозно-геморрагического выпота. Дистальные петли тонкой кишки на протяжении 30 см. оказались спаянными между собой с отечными синюшно-багрового цвета стенками. Спайки разъединены. Выполнена новокаиновая блокада корня брыжейки кишки. Восстановился цвет кишечной стенки и отчетливое кровообращение. Содержимое петель тонкой кишки = газы и около 2-х литров темной застойной жидкости эвакуировано из просвета отсосом через зонд, вставленный из носа до первой петли тощей кишки. Стенки брюшинного мешка иссечены. В брюшную полость введено 20,0 – 1% раствора диоксида. Вставлена дренажная трубка в тазовую область. Послойные швы на рану брюшной стенки. Послеоперационный диагноз: брыжеечно-пристеночная внутренняя грыжа с перемещением в нее всей тонкой кишки и острой кишечной непроходимостью. В послеоперационном периоде 3 дня пребывал в реанимационном отделении и в дальнейшем лечение проведено в отделении хирургии. П/операционный период протекал без осложнений. Заживление раны первичным натяжением. Стул стал ежедневным, оформленным. Выписан на 11-й день. Случай представляет интерес как редко встречающаяся патология, которая диагностируется только во время оперативного вмешательства. И у нашего больного начиная с детского возраста неоднократные возникающие приступы болей в животе, рвоты, вздутие живота, запоры оставались не расшифрованными. Только во время операции удалось установить точный диагноз.

## 2. Метод лечения критической ишемии нижних конечностей и синдрома диабетической стопы

Д.Д. Поцелуев, С.Е. Турсынбаев, М.Е. Серикбаева, Е.А. Асылбеков, С.Ж. Киргизбаев

Алматы, Республика Казахстан

Казахский Медицинский университет непрерывного образования

Актуальность проблемы критической ишемии нижних конечностей (КИНК) и синдрома диабетической стопы (СДС) обусловлена высокой вероятностью ампутации конечности или стопы при этих заболеваниях и связанными с этим рисками тяжелых осложнений и летальности. Прогрессивный рост числа зарегистрированных людей сахарным диабетом (по данным IDF больше 250 млн. людей в мире в 2010 году) и возрастающая вероятность возникновения СДС у каждого человека с сахарным диабетом обуславливает высокую социальную и медицинскую значимость этой проблемы. Частота развития у таких больных критической ишемии, свидетельствующей о полной декомпенсации кровообращения, составляет 400-1000 случаев на 1 млн населения в год, и, по прогнозам ВОЗ, в ближайшие годы она возрастет на 5-7%. [1]. Ожидаемая смертность пациентов с критической ишемией нижних конечностей в 1-й год развития синдрома увеличивается с 25 до 60-70%. Даже при лечении в условиях специализированного стационара количество ампутаций достигает 10-20%, а летальность - 15%. [1]. В настоящее время активная разработка методов рентгенэндоваскулярной хирургии и их внедрение в клиническую практику связаны с признанием факта, что развитие КИНК и СДС определяется степенью нарушения магистрального кровотока, а диабетическая микроангиопатия не способна сама по себе вызвать некроз тканей (Международная рабочая группа по СД; Bowker et al 2001). Сегодня считается общепризнанным мнение, что реваскуляризация – оптимальный метод лечения КИНК и СДС (TASC, 2007). Однако, задачи эндоваскулярной хирургии в решении этой сложной проблемы носит ограниченный характер. Так как эти методы, в случае достижения технического успеха, позволяют в той или иной степени восстановить проходимость в стенозированных или окклюзированных артериях нижних конечностей, обусловивших развитие КИНК и возникновение СДС и улучшить в них кровообращение. В то же время достигнуть оптимальных клинических результатов в лечении СДС удастся при тесном взаимодействии врачей эндокринологов, ангиохирургов, неврологов и ортопедов. Только длительное комплексное лечение, включая эндоваскулярные вмешательства, позволяет добиться клинического успеха, избежать ампутации и восстановить функциональную способность конечности. Цель исследования: У больных с СДС и критической ишемией нижних конечностей III-IV ст. снизить частоту летальных исходов и предотвратить ампутации конечности с помощью рентгенэндоваскулярных вмешательств, что позволяет восстановить проходимость в стенозированных или окклюзированных артериях нижних конечностей. Материал и методы: Наш опыт лечения и оценка полученных клинических результатов основывается на рентгено-эндоваскулярных хирургических вмешательствах у 63 пациентов с критической ишемией нижних конечностей (39) и синдромом диабетической стопы (24) которые были выполнены в ЦГКБ г. Алматы с марта 2012 по апрель 2014 года. Из них женщин было 16 и мужчин - 47. Сахарный диабет I типа был установлен у 7-ти, а 2 типа – у 17 пациентов. Пациенты были в возрасте от 40 до 70 лет (средний возраст составил  $66 \pm 5,85$  года). Длительность заболевания колебалась от 6 месяцев до 22 мес. (в среднем  $27 \pm 9,6$  месяцев). Всего было выполнено 167 рентгено-эндоваскулярных вмешательств на артериях подвздошно-бедренного (34) бедренно-подколенного (94) и подколенно-тибиального (39) сегментов. Отдаленные результаты изучены в течение от 3-х до 22 месяцев. Диагностическая ангиография проводилась непосредственно перед РЭХВ. В зависимости от зоны и распространенности окклюзирующего поражения сосудов, а также выбранной тактики РЭХВ, выполняли чрескожную ретроградную или антероградную пункцию общей бедренной артерии в области паховой складки с правой или левой стороны и/или ретроградную пункцию подмышечной артерии. При поражении обеих нижних конечностей пунктировали артерии с обеих сторон. В пунктированную артерию по специальному проводнику вводили интродьюсер необходимого диаметра (4F-9F). Наиболее часто использовали интродьюсеры размерами от 5F до 7F, которые позволяли ввести в сосуды диагностические и баллонные катетеры необходимого диаметра для выполнения ангиопластики и стентирования сосудов различного калибра. В зависимости от поставленной задачи диагностическое исследование выполняли в режиме дигитальной или субтракционной ангиографии. При этом использовали исключительно неионные рентгеноконтрастные препараты (Йодиксанол- 320, Йогексол-350), позволяющие значительно снизить риск развития контрастзависимой

нефропатии при выполнении РЭХВ у пациентов с КИНК и СДС с распространенным окклюзионно-стенозирующим поражением сосудов, когда применяются повышенные дозы контраста. Сразу после ангиографии, когда точно определена зона и характер сосудистого поражения, через ранее установленный интродьюсер вводили длинный металлический или гидрофильный проводник различного диаметра (от 0,010" до 0,035") и различной степени жесткости кончика проводника. Кончик проводника проводился через зону окклюдированного поражения артерии. По проводнику вводили катетер с баллоном соответствующего диаметра и длины и выполняли раздувание баллона с помощью индифлятора, заполненного физиологическим раствором и рентгеноконтрастным препаратом в соотношении 2:1 под давлением от 5 до 16 атмосфер. Во всех случаях диаметр баллона соответствовал диаметру непораженного сегмента артерии, прилегающего к зоне стеноза или окклюзии. Полное расправление баллона и выравнивание его краев, которое контролируется при флюороскопии, указывало на эффективное устранение стеноза или окклюзии артерии. Баллон сдували и выполняли контрольную ангиографию, на основании которой решали вопрос о необходимости проведения стентирования после баллонной ангиопластики. Баллонную ангиопластику считали эффективной, когда по данным контрольной ангиографии просвет стенозированной или окклюдированного сосуда удавалось восстановить на 80 % и более. т.е. когда остаточный (или резидуальный) стеноз составлял < 20%. Стентирование артерий использовали только в случае возникновения диссекции или остаточного стеноза более 20% после баллонной ангиопластики. Ангиографический успех после РЭХВ был достигнут у всех 63 пациентов при устранении 167 стенозов и окклюзий артерий нижних конечностей. Клинический удовлетворительный результат после РЭХВ был достигнут у 51 пациентов (80,9%). Неудовлетворительный результат был отмечен в 19,1 % случаев. В одном случае (1,58%) у пациентки 77 лет, спустя неделю после проведенной ЧТБА, была произведена ампутация единственной нижней конечности на фоне влажной гангрены стопы с выраженным, некупирующимся болевым синдромом. Также в одном случае (1,58 %) у пациентки 74 лет развилась острая почечная недостаточность на 3 сутки после ангиопластики и стентирования подколенной и тибиальных артерий, которую удалось купировать с помощью сеансов плазмафереза и консервативной терапии. Заключение Наше наблюдение показало, что у больных с окклюдированным атеросклеротическим поражением артерии подвздошно- бедренного и подколенно-тибиального сегментов с КИНК и СДС посредством эндоваскулярных вмешательств в большинстве случаев позволяет восстановить кровоток по одной (или двум) из тибиальных артерий и тем самым предотвратить неизбежную в ближайшее время ампутацию конечности и снизить частоту летальных исходов, что является основной задачей РЭХВ на данном этапе ее развития.

---

### 3. НАРУШЕНИЯ ГЕМОСТАЗА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У ЛЕГОЧНЫХ БОЛЬНЫХ

Федоров В.Э., Новиков Д.С., Харитонов Б.С.

Саратов

Государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского

Среди осложнений, возникающих при различных заболеваниях органов дыхания, легочное кровотечение относится к числу наиболее тяжелых. При бронхоэктазиях и хронических пневмониях с пневмосклерозом легочные кровотечения встречаются в 24 -25% наблюдений, при гангрене легкого - от 10 до 54%. Летальность от этого осложнения, возникшего в связи с хроническими неспецифическими заболеваниями легких, достигает 29 - 70%. Причинами кровотечений являются деструктивные процессы в легочной ткани (абсцессы, гангрены, пневмонии, бронхоэктазы), особенно на фоне легочной гипертензии, однако такая причина кровотечений как нарушения гемостаза остается малоизученной. Цель исследования: установить изменения гемостаза, приводящие к развитию легочного кровотечения. Материалы и методы. Исследованы показатели гемостаза у 219 больных с легочным кровотечением и кровохарканьем, находившимися на лечении в торакальном отделении Областной клинической больницы в период с 2001 по 2011годы. Из них острыми легочными деструкциями (пневмония, абсцесс, гангрена) страдали 65 больных, хроническими заболеваниями легких (бронхоэктатическая болезнь, хроническая пневмония) - 82, всего 147 (67,1%)

больных и 72 (32,9%) – раком легкого. Кровохарканья отмечались у 148 (67,6%), кровотечения - у 71 (32,4)%. Результаты. При исследовании показателей гемостаза установлены неоднозначные их изменения. Состояние гемостаза не зависело от вида легочной патологии и изменялось от отчетливой тромбофилии до явной гипокоагуляции с усилением фибринолиза. При этом возникновение кровохарканья и кровотечений не коррелировало с состоянием гемостаза. Кровотечения и кровохарканья наблюдались у 97 (44,3%) больных с тромбофилическими изменениями. 69 (31,5%) больных погибли. При анализе секционного материала установлено, что причиной кровотечения у 16 (23,2%) больных была аррозия крупного сосуда, а у остальных 53 (76,8%) явный источник кровотечения не был установлен, хотя и имелась массивная имбибиция кровью легочной ткани. Гибель 16 больных с массивным кровотечением произошла от острой постгеморрагической анемии, тогда как 53 больных без установленного источника кровотечения скончались от сочетания анемии и быстрой активизации воспалительного процесса в легком (гангрена, абсцесс, гнойные бронхоэктазы, пневмония, раковый пневмонит) после кровоизлияния в воспаленные ткани. Следует отметить, что у 51 (73,9%) из 69 умерших больных изменения гемостаза свидетельствовали о наличии гипокоагуляции, связанной с дефицитом плазменных факторов гемостаза, снижением числа тромбоцитов и усилением фибринолиза. Такие данные свидетельствовали о наличии ДВС-синдрома той или иной степени выраженности. Хроническая гипоксия, гнойные процессы, интоксикация, анемия способствовали усугублению нарушений гемостаза, развитию кровотечения и смерти больных. Заключение. Поскольку гипокоагуляционные изменения имели место у 73,9% погибших больных, считаем необходимым мероприятием введение мониторинга системы гемостаза у больных с острыми и хроническими легочными нагноениями и раком легкого со своевременной коррекцией, что должно привести к сокращению числа легочных кровотечений и кровохарканья и снижению летальности.

---

#### 4.ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ЛЕГОЧНЫХ БОЛЬНЫХ ПО ИЗМЕНЕНИЯМ ЭЛЕКТРОКОАГУЛОГРАММЫ

Харитонов Б.С., Федоров В.Э., Новиков Д.С.

Саратов

Государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского

Одной из причин легочного кровотечения является нарушение свертывающей системы крови. Это проявляется в гипокоагуляции с последующим длительным повышением активности фибринолитических факторов, что расценивается как проявления местного ДВС-синдрома. Он препятствует образованию полноценного тромба в месте дефекта сосудистой стенки. Цель работы: определить изменения гемостаза, приводящие к развитию легочного кровотечения. Материал и методы. Для выявления изменений гемостаза в процессе лечения с целью диагностики ДВС-синдрома использован экспресс-метод при помощи электрокоагулографа Н-334. Определялись характерные критерии ДВС: укорочение I и II фаз свертывания крови, уменьшение плотности сгустка, снижение уровня фибриногена в крови и усиление фибринолиза. Исследованы параметры электрокоагулограммы у 66 больных, поступивших в торакальное отделение с кровохарканьем и кровотечением I степени, и у 41 больного с кровотечением II и III степени. Результаты. Установлено, что у больных с кровохарканьем и кровотечением I степени показатели электрокоагулограммы достоверно не отличались от таковых у больных без кровотечения. В последующем у 42 из этих больных кровохарканье и кровотечение было остановлено консервативными мероприятиями и более не возобновлялось. При этом показатели электрокоагулограммы существенно не менялись. У остальных 24 больных в процессе лечения отмечалось ухудшение коагулологических показателей вплоть до развития признаков ДВС-синдрома: укорочение T1 до  $65 \pm 11$  сек, T – до  $178 \pm 19$  сек, Ao увеличивалось до  $1,1 \pm 0,34$  ед. и Арф – до  $1,4 \pm 0,5$  ед. У 11 из них в последующем развились кровохарканье и легочное кровотечение. У 41 больного с состоявшимся кровотечением II и III степени отмечены аналогичные изменения электрокоагулограммы, характерные для ДВС-синдрома. Заключение. Нарастание изменений электрокоагулограммы, характерных для ДВС-синдрома, может служить прогностическим признаком легочного кровотечения. Применение электрокоагулографии в прогнозировании легочного кровотечения

позволяет заблаговременно провести соответствующую коррекцию лечебных мероприятий у каждого конкретного больного и предотвратить возможное тяжелое осложнение.

---

## 5. ПРИМЕНЕНИЕ ФУМАРАТА НАТРИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЛЕГОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

Новиков Д.С., Федоров В.Э., Харитонов Б.С.

Саратов

Государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского

Наибольшую проблему торакальной хирургии представляют массивные легочные кровотечения, встречающиеся у 4,8% - 14% больных с заболеваниями легких. Основной операцией при легочном кровотечении является резекция легкого с удалением его пораженной части и источника кровотечения. При выполнении операции на высоте кровотечения летальность достигает 35%. У большинства пациентов с легочным кровотечением имеются диффузное двухстороннее поражение легких, легочно-сердечная недостаточность, легочная гипертензия, легочное сердце, что создает значительный риск оперативного вмешательства, а у многих пациентов делает его невозможным. При этом консервативные мероприятия приводят к летальному исходу у 75 % больных с массивными кровотечениями. Основой профилактики легочных кровотечений является своевременное и эффективное лечение заболеваний легких. В случае необходимости хирургического лечения заболеваний легких у больных с кровотечением в анамнезе, оперативное вмешательство целесообразно проводить в плановом порядке, что снижает послеоперационную летальность до 10-15%. Таким образом, улучшение эффективности лечебных мероприятий у больных с угрозой массивного легочного кровотечения приведет к снижению числа высокотравматичных экстренных операций, увеличению числа больных, оперированных в плановом порядке и снижению как общей, так и послеоперационной летальности. В генезе легочного кровотечения лежат такие факторы, как аррозия венозного либо артериального сосуда патологическим процессом. Также большое значение в развитии кровоточивости имеют нарушения в системе свертывания крови у торакальных больных, с течением времени и усилением кровопотери приводящих к развитию ДВС-синдрома. В связи с этим возникает вопрос об использовании в комплексе лечебных мероприятий у торакальных больных средств, препятствующих развитию коагулопатии потребления и ДВС-синдрома, который способствует массивной кровопотере. К таким средствам относится фумарат натрия, относящийся к группе эндотелиопротекторов. Он применяется при лечении различных критических состояний, в том числе, и при угрозе развития ДВС-синдрома. В наших исследованиях было установлено, что состояние системы гемостаза у больных с деструктивными процессами в легком характеризуется как латентный ДВС-синдром. В связи с этим мы ожидали улучшения результатов лечения торакальных больных после применения фумарата натрия. С 2005 г. в комплекс средств лечения торакальных больных нами был включен препарат «Мафусол». Он применялся в виде внутривенных инфузий в дозировке 800 – 1200 мл. в сутки. Исследовано состояние гемостаза у 120 больных с легочным кровотечением при лечении с использованием мафусола (группа исследования). Состояние гемостаза у больных с малым кровотечением по сравнению с 99 больными группы контроля (больные с теми же заболеваниями легких, но без кровотечения) можно охарактеризовать как гиперкоагуляцию с элементами гиперфибриногенемии и усиления фибринолиза. Об этом свидетельствуют уменьшение АЧТВ, увеличение содержания фибриногена и нарастание РФМК. ПВ и ТВ не менялись. Эти изменения расценены как латентный ДВС. После применения комплексной терапии с включением мафусола показатели гемостаза изменились. Увеличивалось АЧТВ, приближаясь к исходным показателям. Снижалось количество фибриногена и РФМК. ПВ и ТВ не менялись. Учитывая полученные данные, можно сделать предположение о ликвидации ДВС- I под влиянием мафусола. При дальнейшем анализе было установлено следующее. В группе контроля малое кровотечение остановилось у 80 (64,5%) больных. В группе исследования эффективность лечения была выше – малое кровотечение остановилось у 95 (81,1%) больных. Рецидив кровотечения наблюдался у 36 (29,0%) в группе контроля и у 15 (12,8%) больных группы исследования. По поводу продолжающегося кровотечения произведена срочная операция 12 пациентам (9,6%) группы контроля. В группе исследования таких больных не было. При кровотечении летальность снизилась с 8,3%



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

до 3,7%. Таким образом, применение фумарата натрия в комплексе средств лечения больных приводит к ликвидации латентного ДВС, увеличению больных с остановившимся кровотечением, снижению числа рецидивов и необходимости срочного вмешательства для остановки кровотечения, что ведет к снижению послеоперационной летальности у торакальных больных с легочным кровотечением.

---

## 6. ОРГАНИЗАЦИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Анисимов А.Ю.

Казань

Кафедра скорой медицинской помощи, медицины катастроф и мобилизационной подготовки специалистов здравоохранения. Казанская государственная медицинская академия

Улучшение здоровья жителей Республики Татарстан – вполне достижимая цель. В нашем регионе бремя преждевременной смертности и инвалидности может быть значительно сокращено за счет комплексных мер по уменьшению отрицательного воздействия неотложных заболеваний хирургического профиля. Значимость этой проблемы для республиканского здравоохранения обусловлена широким распространением неотложной хирургической патологии и возрастающей частотой осложнений, угрожающих жизни больного. Анализ официальных статистических данных свидетельствует о том, что в Татарстане с числом населения 3 млн. 779 тыс. человек 42% койко-дней приходится на госпитализации в связи с острыми состояниями. В структуре госпитализированных в неотложном порядке больные хирургического профиля составляют около 30%. Не смотря на успехи в совершенствовании техники операций, улучшение обеспечения учреждений здравоохранения современной аппаратурой, внедрение новых методов исследования и лечения летальность неотложных хирургических больных стабильно удерживается на цифрах 1,21% - 1,28% [1]. Смерть в молодом возрасте от острого хирургического заболевания либо жизнь с инвалидностью приводит к тяжелым экономическим последствиям для семьи и общества. Работодатели и общество несут потери, связанные с невыходом на работу, снижением производительности труда и текучестью кадров. С точки зрения семьи неблагоприятные последствия включают расходы на медицинскую помощь, уменьшение доходов, ранний выход на пенсию, повышенную зависимость от служб медико-социальной помощи и социального обеспечения. Все это обуславливает пристальный интерес к вопросам совершенствования организации неотложной хирургической помощи на уровне региона. В Республике Татарстан в общей структуре неотложной хирургической патологии преобладают больные с острыми заболеваниями органов брюшной полости. При возникновении экстренных состояний в 72,0% – 83,0% случаев пациенты госпитализируются в первые сутки после появления симптомов, кроме случаев острой непроходимости кишечника, желудочно-кишечного кровотечения и острого панкреатита. Это, вероятно, связано с тем, что такие больные стараются «перетерпеть» боль и откладывают обращение к медицинским работникам на возможно более длительный срок. Контингент умерших больных в хирургических отделениях стационаров – это преимущественно люди пожилого и старческого возраста, имеющие соответственно своему возрасту общесоматическую патологию (ишемическая болезнь сердца, состояние после перенесенного острого инфаркта миокарда, состояние после перенесенного инсульта, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, хроническая легочная и почечная недостаточность, др. заболевания). В то же время результаты анкетирования населения по вопросам профилактики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости свидетельствуют о значимости поведенческих факторов риска в их возникновении. Так 22,9±2,2% опрошенных принимают крепкие напитки 1-2 раза в неделю, а 11,6±2,3% из них употребляют их более 200,0 мл за раз. 13,9±1,7% - пьют пиво практически ежедневно. Около 70% опрошенных страдают от гиподинамии и недостатка физической активности. В результате слабой массовой санитарно-просветительской работы население мало информировано не только по важнейшим вопросам лечения и профилактики заболеваний, но и по основным принципам поведения больного при таком экстренном состоянии как «острый живот». Именно поэтому стратегия руководства Министерства здравоохранения Республики Татарстан и республиканской хирургической службы подразумевает использование комплексного сбалансированного подхода к

устранению или уменьшению предотвратимых причин возникновения этих болезней и действий, направленных на улучшение результатов лечения и качества жизни пациентов, страдающих от них. Приступая к практической реализации этой стратегии, мы отдавали себе отчет в том, что, с одной стороны, неотложная хирургическая помощь и по порядку оказания и по содержанию становится всё более специализированным видом помощи, технологически насыщенным и дорогостоящим, а ее организация требует особого внимания и совершенствования. С другой стороны, проблема осложняется трудностями своевременной диагностики неотложной патологии, оценки состояния пациента, ограниченными возможностями муниципальных лечебных учреждений в оказании больным своевременной и адекватной помощи. Именно поэтому Министерством здравоохранения Республики Татарстан в рамках Программы «Модернизация здравоохранения Республики Татарстан на 2011—2012 г.г.», большое внимание было уделено укреплению материально-технической базы и реконструкции лечебно – профилактических учреждений, в том числе и хирургического профиля. Сегодня оказание стационарной хирургической помощи взрослому населению, в том числе неотложной, организовано на 2109 койках. Обеспеченность общими хирургическими койками взрослого населения составляет 6,86 на 10 тыс постоянной численности взрослых. При этом в хирургических стационарах Республики Татарстан отмечены устойчивый рост числа операций, ежегодное стабильное нарастание хирургической активности с 52,6% в 2006 году до 65,3% в 2014 году. Проведенная работа по оптимизации структуры отрасли для хирургической службы в целом проявилась в образовании трех административно – территориальных зон с центрами высокотехнологичной хирургической помощи в г. Казани, г. Набережные Челны и г. Альметьевске. Это позволило значительно повысить доступность и качество неотложной специализированной, в том числе высокотехнологичной хирургической помощи. Ежегодно в рамках государственного задания высокотехнологичную хирургическую помощь получают более 24 000 пациентов. В этой связи уместно отметить, что развитие высокотехнологичной хирургии неизбежно привело к созданию инфраструктуры, оптимизирующей эффективность работы дорогостоящих хирургических центров. В этих условиях централизация ресурсов хирургической службы подразумевает их ревизию и перегруппировку в интересах максимального удовлетворения запросов больных. Пациент хирургического профиля поступает в хирургический центр, где ему будет оказан полный объем необходимой хирургической помощи. Причем важно оперативно привести больного не столько в ближайшее медучреждение, как это делалось раньше, сколько туда, где есть соответствующее оборудование и квалифицированные специалисты для проведения полноценного объема диагностической и лечебно – реанимационной программы. Если речь идет о крайне тяжелом пациенте, который просто не выдержит транспортировки в более отдаленный высокотехнологичный хирургический центр, либо о человеке со стабильными показателями гомеостаза, которого можно лечить на месте, его направляют в хирургический стационар центральной районной больницы. Или по аналогии с травмацентрами – стационар третьего уровня. В отношении тяжелых больных его задача – поддержать витальные функции пациента и стабилизировать его состояние для последующей транспортировки в хирургический центр более высокого уровня. В стационарах второго уровня, площадкой для организации которых стали межмуниципальные сосудистые центры с высокотехнологичным медицинским оборудованием, современными компьютерными томографами и квалифицированными кадрами, сосредоточен основной объем стационарной хирургической помощи. Лечение наиболее сложных хирургических заболеваний, таких как третичный перитонит, инфицированный панкреонекроз с глубокими степенями эндогенной интоксикации, тяжелые формы портальной гипертензии и т.п. проводится в хирургических стационарах первого уровня, в которых уже сегодня оказывается высокотехнологичная хирургическая помощь с применением современного диагностического оборудования и всего спектра реанимационного пособия. Нам представляется, что такая централизация хирургических ресурсов невозможна без диспетчеризации, выполняемой на базе современных информационных технологий. Положительный опыт работы Диспетчерского центра Министерства здравоохранения Республики Татарстан убедительно свидетельствует о перспективности его использования для обеспечения управленческих решений в области совершенствования организации неотложной хирургической помощи. Неотъемлемой и наиболее важной частью ресурсного обеспечения процесса оказания неотложной хирургической помощи взрослым больным являются кадры врачей-хирургов. На сегодня в стационарах Республики работает 460 хирургов. Таким образом, обеспеченность врачами хирургами составляет 1,5 на 10 000 постоянного взрослого населения. С 01 сентября 2011 года в учреждениях здравоохранения хирургического профиля в рамках «Программы модернизации здравоохранения РТ на 2011 - 2012 годы» было начато активное внедрение федеральных хирургических стандартов по заболеваниям, оказывающим особое влияние на структуру смертности населения. Это «острый перитонит», «желчнокаменная болезнь», «острый панкреатит», «острый холецистит», «язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки». Это позволило не только использовать разработанные стандарты в качестве показателей деятельности неотложной хирургической службы, для оценки и мониторинга качества предоставляемой хирургической

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

помощи, для принятия решений, основанных на доказательствах, для поддержки клиницистов в их повседневной практической деятельности, но и для эффективного использования финансовых стимулов. Например, для применения прогрессивной шкалы оплаты труда хирургов в зависимости от улучшения клинических показателей. В целом в результате реализации всех стандартов учреждениями здравоохранения заработная плата врачей и средних медицинских работников, участвующих в реализации стандартов медицинской помощи, увеличилась на 22,3% и 22,8% соответственно. В заключение следует отметить, что сегодня хирургическая служба Республики Татарстан обладает тремя основными категориями ресурсов: людские ресурсы, инфраструктура и материальное оснащение. Дальнейшее инвестирование в эти ресурсы, а также в информатизацию хирургической службы, их развитие в части совершенствования неотложной хирургической помощи, на наш взгляд, будет способствовать реализации государственной политики в области здравоохранения, направленной на максимальное сохранение жизни и здоровья граждан, снижение трудопотерь, инвалидизации и смертности населения.

---

#### 7. СВЯЗЬ НАРУШЕННОГО ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА С ГЕМОДИНАМИКОЙ И ПРОЦЕССАМИ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ ПАНКРЕАТОГЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Орлов Ю.П., Ершов А.В.

Омск

Омская государственная медицинская академия

Как известно, ведущая роль в патогенезе токсемии при остром панкреатите и панкреонекрозе обусловлена активностью свободно-радикального окисления (СРО), которые потенцирует липидный дистресс-синдром, тромбоз капилляров с развитием внутрисосудистого гемолиза эритроцитов, гипоксию тканей, ацидоз, гиперметаболизм и повреждение мембран клеток органа и эндотелия сосудов микроциркуляции, что приводит к активации синтеза ферментов поджелудочной железы (трипсин, амилаза, липаза, фосфолипаза – А2,) и лизосомных ферментов (Feza Y. Karakayali, 2014; Cruz-Santamaria D.M., Taxopera C., Giner M., 2012). Также общепризнано, что пусковым же фактором активации СРО является наличие ионов свободного железа, потенцирующего реакцию Фентона и лавинообразное образование цитотоксичных гидроксильных радикалов (Ward P.A., Till G.O., Kunkel R., Beauchamp C., 1983; Guice K.S., Oldham K.T., Caty M.G., Johnson K.J., Ward P.A., 1989; Singer M., 2007). Цель исследования: определение корреляционной зависимости между тяжестью нарушенного обмена железа, его влиянием на центральную гемодинамику, процессы СРО и тяжестью общего состояния у пациентов с острым панкреатитом и панкреонекрозом. Материал и методы. Обследовано 80 пациентов в возрасте 23–65 лет. Тяжесть состояния оценивалась по шкале АРАСНЕ II и составила  $23,5 \pm 3,2$  балла. В общей структуре пациентов диагноз острого панкреатита имел место у 33 (41,3%) пациентов, панкреонекроза, соответственно у 47 пациентов (58,7%). Забор анализа крови проводился при поступлении в клинику. Определялась концентрация свободного гемоглобина (СГ) в крови, ферритина, активность каталазы и супероксиддисмутазы. Методом интегральной реовазографии оценивались показатели центральной гемодинамики с определением ударного объема, ударного индекса, сердечного индекса и общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС). Результаты. Анализ корреляционной зависимости между исследуемыми параметрами выявил высокую прямую связь между уровнем концентрации ферритина и ОПСС ( $r = 0,8232$ , при  $p$

---

#### 8. ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕБНОЙ ПРОГРАММЫ ИСТОРИЧЕСКОГО РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

Анисимов А.Ю., Андреев А.И.

Казань

Кафедра скорой медицинской помощи ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани

Вторичный распространенный гнойный перитонит (ВРГП) был и остается нестареющей проблемой ургентной абдоминальной хирургии [2]. Со времен Wegner G [18], воспитанного "в страхе перед богом и брюшиной", и по сей день этот "зловещий призрак уносит одну жертву за другой". Еще в 1890 году вышла в свет диссертация Р.М. Осмоловского, где впервые был обобщен опыт лечения перитонита путем лапаротомии у 180 больных. При этом выздоровление было получено у 60%, тогда как раньше летальность при перитоните за редкими исключениями была абсолютной. Следует заметить, что за все последующие годы, более чем за столетие, не удавалось наблюдать подобного благоприятного «скачка» в грозной статистике перитонита [14]. Правда, периодически можно встретить публикации, в которых приводятся удивительные результаты лечения этого состояния со снижением летальности до 4% - 8%. Чаще всего эти успехи авторы связывают с эффективностью какого-либо нового лечебного метода. Однако жизнь и клинический опыт со временем вносят коррекцию в такие данные. Подобное снижение летальности зачастую представляет собой чисто статистический эффект, достигаемый включением в анализ относительно ранних, более легких форм перитонита, не составляющих клинической проблемы при условии своевременного адекватного хирургического пособия [10]. В этой связи еще И.И. Греков с горькой иронией замечал, что «исправить» угнетающую статистику исходов перитонита довольно просто: стоит лишь «разбавить» наблюдения истинного перитонита теми его формами, для излечения которых достаточно одной адекватной и своевременно выполненной операции без каких-либо дополнительных усилий. Опыт показывает, что подобные тенденции проявляются и поныне. Они служат причиной сосуществования оптимистических заключений некоторых диссертационных исследований и отдельных публикаций с серьезной озабоченностью большинства клиницистов в связи с сохраняющейся высокой летальностью при ВРГП [6]. Именно поэтому, прежде чем остановиться на особенностях нашей хирургической тактики при ВРГП мы посчитали целесообразным несколько слов посвятить современной клинической классификации перитонита [14]. Прежде всего следует выделить проблемную форму воспаления брюшины. В этом аспекте наиболее адекватной базисной категорией служит гнойный перитонит. Инфекционное по своей природе гнойное экссудативное воспаление определяет прямые показания к неотложному хирургическому лечению [7]. Следующий классификационный признак - распространенность воспалительного процесса по брюшине. Это один из наиболее дискуссионных вопросов классификации перитонита. При практическом использовании различных вариантов у нас сложилось убеждение, что наиболее востребованным подходом служит выделение двух основных форм: местного и распространенного перитонита [10]. Этот факт имеет простое объяснение: диагноз распространенного перитонита требует вполне определенной тактики - широкой срединной лапаротомии. А такая тактика в свою очередь сопряжена с вполне определенными требованиями к организации операции и хирургической технике. Местный перитонит, напротив, определяет тактику локальной санации очага. В то же время обозначения «диффузный», «общий», «тотальный» перитонит не содержат в себе четких указаний на хирургическую тактику. В связи с этим они редко используются дежурными бригадами хирургов. Третий классификационный признак предполагает разделение форм перитонита по тяжести клинических проявлений. Начиная с 1971 года, предпочтение среди хирургов получала классификация К.С. Симоняна, разработанная в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского [13]. Она предполагала выделение реактивной, токсической и терминальной фаз перитонита. Однако существенным недостатком, затрудняющим полноценное использование этой классификации, было отсутствие четких и согласованных клинических критериев разделения обозначенных фаз. Положение с классификацией распространенного перитонита по тяжести стало обретать конкретную ясность после введения в клиническую практику понятия о сепсисе [16]. В результате взамен градации распространенного перитонита по тяжести в зависимости от фазы его патогенеза в последние годы хирурги начинают применять разделение на перитонит с отсутствием признаков сепсиса, перитонеальный сепсис, тяжелый перитонеальный сепсис, инфекционно-токсический шок [12]. Принцип классификации перитонита по этиологическим факторам учитывает непосредственную причину перитонита и его бактериологическую этиологию. В последние годы в западной медицинской литературе получило распространение разделение перитонитов по этиологическому принципу на первичный, вторичный и третичный перитонит [17]. Наконец, заключительным классификационным признаком при распространенном перитоните является разграничение осложненных и неосложненных его форм. При этом имеются в виду внебрюшинные

осложнения, обусловленные контактной контаминацией (нагноение операционной раны, флегмона забрюшинной клетчатки) или гематогенной транслокацией (деструктивные формы пневмонии или бактериальный эндокардит при перитонеальном сепсисе) [7]. Рассматривая основные принципы классификации, нетрудно убедиться, что главная клиническая проблема перитонита соотносится с вторичным распространенным гнойным перитонитом. По сводным данным Б.К. Шуркалина [15], средние показатели летальности при ВРГП удерживаются на уровне 30%, а при наиболее тяжелых его формах, например, послеоперационном перитоните - достигают 40% - 50%. Снижение летальности при ВРГП до 20% в настоящее время рассматривается как существенное достижение в решении проблемы [5]. Больные же, выписанные после перенесенного перитонита, несмотря на восстановительное лечение, продолжительное время остаются нетрудоспособными и пополняют число инвалидов. Ежегодно дни нетрудоспособности у больных с ВРГП составляют около 20% общего количества дней временной нетрудоспособности от всех гнойных заболеваний [8]. Эффективность терапии внутрибрюшной инфекции является одним из важнейших критериев при оценке деятельности хирургического стационара и профессиональной зрелости его сотрудников. Не случайно, проблема ВРГП была и остается предметом самого пристального внимания специалистов - представителей хирургического направления кафедры скорой медицинской помощи Казанской государственной медицинской академии. Причем, если в прошлые годы основное внимание мы уделяли решению частных вопросов, то в настоящее время все большее значение получает тенденция к проведению комплексных клинико – экспериментальных исследований, направленных на совершенствование лечебной тактики, детальную разработку, создание и патогенетическое обоснование новых методов оперативного лечения ВРГП на основе конструирования систем санации брюшной полости, адекватного дренирования и местного лечения, хирургических методов ликвидации очага и предупреждения распространения воспалительного процесса. Говоря о предоперационной подготовке, считаем, что лучше отложить операцию на 2–3 часа для целенаправленной коррекции, чем начинать её у неподготовленного больного. Наряду с общими гигиеническими мероприятиями, опорожнением желудка с помощью зонда и катетеризацией мочевого пузыря для контроля за почасовым диурезом предоперационная подготовка при ВРГП в нашем исполнении предусматривает решение трех основных задач. Первая - устранение тканевой дегидратации, гиповолемии и электролитных нарушений. Это достигается инфузией изотонических полиионных растворов из расчета 30-50 мл на 1 кг массы тела. Темп инфузии и общий ее объем корректируются в зависимости от функционального состояния сердечно-сосудистой системы. На завершающем этапе вводятся растворы глюкозы, белковых и коллоидных препаратов. Вторая - медикаментозная коррекция расстройств, обусловленных эндогенной интоксикацией и сопутствующими заболеваниями. Третья - дооперационное начало адекватной антибактериальной терапии с упреждающим созданием терапевтической концентрации антибиотиков в тканях, пока еще не пораженных инфекционным процессом. Предпочтение отдаем введению цефалоспоринов третьего поколения с препаратами метронидазолового ряда. На поздних стадиях ВРГП для превентивной антимикробной терапии применяем имепенем циластатин натрия [4]. Однако осуществить полную коррекцию нарушений гомеостаза до операции у больного ВРГП практически невозможно. Достаточно добиться лишь относительной стабилизации АД, ЦВД и увеличения диуреза. В качестве основного метода обезболивания при операциях по поводу ВРГП используем многокомпонентную сбалансированную анестезию с применением мышечных релаксантов и ИВЛ. При любом варианте анестезии считаем целесообразным выполнение интраоперационной новокаиновой блокады рефлексогенных зон корня брыжейки тонкой и толстой кишок. Если попытаться определить направления местного хирургического лечебного воздействия применительно к эндотоксикозу, обусловленному ВРГП, то следует сказать, что оперативное лечение при перитоните не может быть стандартизовано из-за разнообразия причин, вызывающих его. Именно поэтому, объектом нашего пристального внимания являются различные элементы хирургического вмешательства. 1. Операционный доступ. Считаем широкую срединную лапаротомию основным доступом при ВРГП. Если распространенный перитонит выявлен в процессе операции, выполняемой из другого разреза, следует немедленно перейти на срединный разрез. В клинике выполнено клинико-анатомическое обоснование целесообразности использования аппаратной коррекции срединного абдоминального доступа ретракторами Сигала - Кабанова при ВРГП. Она позволяет быстро, технически просто и малотравматично подойти к любому органу брюшной полости, обеспечивая доступность объекта операции, мобильность, длительную стабильную фиксацию кожного «окна», освобождение ассистента для оказания активной помощи хирургу. 2. Устранение или изоляция источника перитонита. Это наиболее ответственный этап вмешательства. Производим его, соизмеряя тяжесть операции с функциональными возможностями больного. Объем хирургической агрессии должен быть минимальным. Это устранение источника перитонита: аппендэктомия, ушивание перфоративного отверстия, резекция некротизированного участка ЖКТ и т.п. или отграничение очага от свободной брюшной полости: выведение колостомы и т.п. Все реконструктивные операции переносим на второй этап и выполняем их в более благоприятных для пациента условиях. Особое внимание

уделяем определению показаний к резекции полых органов живота при ВРГП и адекватному выбору объема резекции. Если показания к резекции кишки вследствие угрозы ее жизнеспособности оцениваем как сомнительные, то опускаем кишку в брюшную полость и решаем вопрос о жизнедеятельности кишки в ходе запланированной релапаротомии («second look») через 12 – 24 ч. В случае значительной выраженности воспалительных изменений стенки тонкой кишки наложение анастомоза откладываем до устранения перитонита. «Заглушенные» концы пересеченной кишки опускаем в брюшную полость с обязательным наружным дренированием приводящей кишечной петли. Обоснованием такой тактики считаем по-вышение в условиях ВРГП риска несостоятельности наложенных после резекции кишечных анастомозов. Вопрос о наложении первичного анастомоза после резекции правой половины ободочной кишки в условиях ВРГП решаем индивидуально в зависимости от выраженности воспаления брюшины и сроков его развития. Резекцию левой половины ободочной кишки при ВРГП как правило завершаем наложением одноствольного противоестественного заднего прохода с «заглушением» периферического отрезка кишки, по типу операции Гартмана. Важным элементом такого вмешательства считаем декомпрессию отводящего отдела введенной ретроградно per ani хлорвиниловой трубкой для предотвращения несостоятельности швов на ушитом конце толстой кишки. 3. Перитонизация. При ушивании дефектов брюшины тщательно перитонизируем участки, лишенные брюшинного покрова, так как десерозированные поверхности малоустойчивы к инфекции, являются источником образования спаек, а швы, наложенные на ткани без последующей перитонизации последних, могут прорезываться. Это может привести к дегерметизации и прогрессированию перитонита. 4. Интраоперационная санация брюшной полости. Считаем неприемлимым удаление гноя протиранием марлевыми салфетками из-за травматизации серозных оболочек. Качественный состав промывной жидкости не имеет принципиального значения, так как кратковременный контакт с брюшиной вряд ли может оказать должное бактерицидное действие на перитонеальную флору. Однако при ВРГП, вызванном анаэробной флорой, используем 0,3% электрохимически активированный раствор калия хлорида, поскольку он содержит активированный хлор и кислород [4]. Нами изучено воздействие на гомеостаз при ВРГП растворов, предварительно охлажденных до температуры +4 ... +6 °С. Анализ полученных в эксперименте и клинике результатов позволяет говорить о том, что интраоперационная гипотермическая санация снижает интенсивность обменных процессов, подавляет резорбтивную функцию брюшины, вызывает сосудосуживающий эффект с повышением системного АД, стимулирует моторику тонкой кишки [11]. 5. Интубация кишечника. В клинике предложена оригинальная методика тотальной декомпрессии тонкой кишки в сочетании с зондовой коррекцией энтеральной среды [9]. 6. Завершение операции. Открытый метод, то есть оставление на завершающем этапе операции брюшной полости полностью открытой для того, чтобы в послеоперационном периоде можно было проводить ее систематические ревизии и лаваж является серьезной травматической агрессией, а потому показания к нему должны быть строгими и абсолютно аргументированными [1]. К ним мы относим: а) ВРГП с массивным каловым загрязнением брюшины (сумма баллов по шкале APACHE II не менее 20); б) ВРГП с клиническими и интраоперационными признаками анаэробной неклостридиальной инфекции; в) нагноение послеоперационной раны по типу неклостридиальной флегмоны с эвентрацией или высоким риске ее развития. 7. Дренирование брюшной полости. Следует заметить, что попытка полноценной санации брюшной полости при ВРГП через несколько трубчатых дренажей, введенных в различные ее отделы, малоэффективна. Область санации при этом уже через 3-4 ч отграничивается вследствие спаечного процесса объемом в 4-6 куб. см. вокруг конечной части дренажной трубки. В клинике обоснованию использования дренажа из полупроницаемой гидратцеллюлозной мембраны «Влацефан – 100» при ВРГП. При этом убедительно показано, что такой дренаж дает хороший лечебный эффект благодаря его большой суммарной поверхности, высокой степени смачиваемости, капиллярным свойствам [3]. Интенсивную терапию в послеоперационном периоде осуществляем в соответствии с принципами лечения тяжелого сепсиса. Она сочетает рациональную комплексную индивидуальную программу инфузионной терапии, парентеральной нутриционной поддержки в режиме гипералиментации, рациональной респираторной терапии, этиотропной антибактериальной терапии до устранения признаков системной воспалительной реакции и подавления инфекционного процесса [12]. Анализ материала клиники показал, что из 27 954 операций на органах брюшной полости 2 358 (8,5%) было выполнено по поводу ВРГП различной этиологии. У 1,7 % больных сумма баллов по шкале APACHE II не превышала 15, у 88,1 % она составила от 15 до 29, у 10,2% – свыше 29. По показателю Мангеймского индекса перитонита у 85,6 % наблюдаемых нами больных диагностирована вторая, у 14,4% – третья степень тяжести заболевания. У 1960 (82,2%) наблюдаемых нами больных имел место диффузный распространенный, а у 425 (17,8%) – диффузный общий перитонит. Из 2385 больных РП умерло 440 (18,4%). За период с 1984 по 1991 годы, когда не применяли вышеперечисленный алгоритм методов активного воздействия на эндотоксикоз, из 495 больных ВРГП умерло 139 (28,1%). За период с 1991 по 2014 годы, благодаря внедрению комплекса современных методов хирургического лечения, удалось снизить летальность до 15,9 % (301 из 1890 больных ВРГП). У 281 пациента, состояние которых характеризовалось

особой тяжестью, распространенностью процесса по брюшине и степенью ее загрязнения (сумма баллов по шкале АРАСНЕ II не менее 20, Мангеймский индекс перитонита от 20 и выше), в комплекс лечебных мероприятий включили открытый метод – перитонеостомию с плановыми этапными санациями брюшины в послеоперационном периоде. Это позволило ускорить темпы регрессии эндогенной интоксикации, уменьшить количество осложнений, снизить летальность с 68,3% до 32,4%, сократить сроки пребывания на койке с 53,4 + 3,9 суток до 39,7 + 2,1 суток. Таким образом, пессимизм в оценке перспектив решения проблемы ВРГП сегодня не уместен. На наш взгляд, успех лечения зависит от комплексного подхода, в котором развитие каждого из направлений воздействия на эндогенную интоксикацию требует проведения дальнейших разносторонних исследований.

---

## 9. ХИРУРГИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ СОЧЕТАННЫХ МЕХАНИЧЕСКИХ ТРАВМАХ В ДОРОЖНО – ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ

Анисимов А.Ю., Мустафин Р.Р.

Казань

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани

Объектом клинического исследования явились 85 пострадавших в дорожно – транспортных происшествиях на автодорогах Республики Татарстан с сочетанными механическими травмами различной локализации, лечившихся в ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани. Общая тяжесть повреждений у наблюдаемых нами пациентов составила 10,3 + 2,5 баллов по шкале ВПХ – П (МТ), а тяжесть состояния при поступлении в приемное отделение - 29,1 + 3,3 баллов по шкале ВПХ СП. Травмы конечностей были диагностированы у 64 (75,3%), головы – у 61 (71,8%), живота – у 44 (51,8%), груди – у 40 (47,1%), таза – у 14 (16,5%) пострадавших. Сочетанные механические травмы в наших клинических наблюдениях характеризовались большим многообразием сочетаний травмированных анатомических областей тела. Две области тела были повреждены у 21 (24,7%), три – у 28 (32,9%), четыре – у 23 (27,1%), пять – у 10 (11,8%), шесть – у 3 (3,5%) пострадавших. Наименее тяжелыми у пострадавших с сочетанными механическими травмами были повреждения таза, наиболее тяжелыми – повреждения живота. По шкале ВПХ – П (МТ) первые составили 3,1 + 0,7, а вторые – 5,2 + 0,3 баллов. Травмы черепа встретились у 61 (71,8%) пострадавшего. В 39 (63,9%) случаях была диагностирована закрытая, в 22 (36,1%) – открытая черепно-мозговая травма, в 49 (80,3%) – переломы костей черепа. У 4 (6,6%) пациентов травма головы сопровождалась сотрясением, у 57 (93,4%) – ушибом головного мозга. С повреждениями груди поступило 40 (47,1%) пострадавших. Из них пневмоторакс был диагностирован у 19 (47,5%), гемоторакс – у 21 (52,5%), ушиб легкого – у 16 (40,0%), ушиб сердца - у 5 (12,5%) пациентов. У 44 (51,8%) из 85 пострадавших были выявлены повреждения живота, у 14 (16,5%) – таза. Во всех 44 (100%) наблюдениях имели место закрытые травмы живота. При этом чаще всего были повреждены селезенка – у 18 (41%), печень – у 16 (36,6%), толстая кишка – у 11 (25,0%), тонкая кишка – у 8 (18,2%) и желудок – у 6 (13,6%) пациентов. У 3 (6,8%) пострадавших наряду с повреждением органов брюшной полости были отмечены повреждения крупных сосудов. У 35 (79,5%) из 44 пострадавших с травмами живота были повреждены два органа брюшной полости и более. У 64 (75,3%), пострадавших были установлены повреждения опорно-двигательного аппарата. Из них у 39 (60,9%) были выявлены переломы костей нижних, у 25 (39,1%) – верхних конечностей. Повреждения магистральных сосудов конечностей были диагностированы в 10 (15,6%) случаях. В наших клинических наблюдениях чаще встречали повреждение бедренной артерии – 8 (12,5%) пациентов. Мужчин было 63 (74%), женщин – 22 (26%). В возрасте от 18 до 39 лет было 64 (75,2%), от 40 до 59 лет - 15 (17,6%), от 60 и старше - 6 (7,2%), то есть повреждения встречались во всех возрастных группах, но самую большую составили лица молодого и наиболее работоспособного возраста. Таким образом, тяжелые сочетанные механические травмы в дорожно – транспортных происшествиях отличались многообразием повреждений. Подавляющее большинство наших пациентов 71 (83,5%) были доставлены в стационар в первые шесть часов с момента получения травмы. Это объясняется особенностями оказания

ургентной помощи в условиях крупного города. У 13 (15,2%) человек сроки доставки составили от 6 до 12 часов. 2 (2,3%) поступили через 12 и более часов. В 4 случаях причина поздней обращаемости была связана с отказом пострадавшего от медицинской помощи в связи с различной степенью выраженности алкогольного опьянения в момент получения травмы. 5 человек наблюдались в ЦРБ без оказания квалифицированной хирургической помощи. Степень анестезиологического и хирургического риска у 34 (40%) пораженных увеличивалась наличием травматического шока: I степени у 22; II степени у 8; III степени у 3 и IV степени у 1 человек. В состоянии алкогольного опьянения были доставлены 39 (45,8%) человек. В первые два часа с момента доставки были прооперированы 62 (72,9%) пациентов; 15 (17,6%) - квалифицированная хирургическая помощь была оказана в сроки от 2 до 6 часов, 8 (9,4%) - позднее 6 часов. Задержка операции у 13 из них связана с необходимостью проведения предоперационной подготовки, у 11 - с диагностическим поиском. При вскрытии брюшной полости в ней обнаружено 1060,5+-13,50 мл патологического экссудата, в 31 (70,4%) наблюдениях это была кровь со сгустками, геморрагический характер выпота отмечен у 5 (11,3%) человек. В 13 (29,5%) наблюдениях патологического содержимого в брюшной полости не было найдено. У части пациентов экссудат имел смешанный характер за счет примеси содержимого тонкой (8), толстой (6) кишок, мочи (10), лимфы (1), желчи (1). У 11 (25%) пораженных обнаружены забрюшинные кровоизлияния различных размеров и локализаций. Таким образом, представленная краткая клиническая характеристика свидетельствует о тяжести полученных повреждений у наших пациентов. Клинические проявления у пострадавших с сочетанными механическими травмами при ДТП имели различия в зависимости от тяжести ведущего повреждения. В наших клинических наблюдениях из 85 пострадавших в ДТП сочетанными механическими травмами ведущее повреждение головы было диагностировано у 13 (15,3%), груди – у 12 (14,1%), живота – у 23 (27,1%), таза – у 8 (9,4%), конечностей – у 29 (34,1%) человек. У всех пострадавших имели место гипотония (АД 80,0±5,2 мм рт. ст.) и тахикардия (ЧСС 110,0±30,5 уд/мин). Анемия максимально выраженной была при ведущей травме живота с повреждением паренхиматозных органов брюшной полости (гемоглобин 101,0±16,3 г/л, эритроциты 3,1±0,5×10<sup>12</sup>/л, гематокрит 36,4±8,8%). Интоксикационный синдром более всего был выражен у пострадавших с ведущим повреждением полых органов брюшной полости (лейкоциты от 17,0×10<sup>9</sup>/л до 22,3×10<sup>9</sup>/л, ЛИИ до 15,6 ЕД.). Через сутки после поступления на госпитальный этап сохранялись изменения гемодинамических показателей. Тахикардия с ЧСС до 108,2±10,2 уд/мин, АД от 88,2±1,0 до 99,7±2,6 мм рт. ст. В анализах крови имела место анемия со снижением гемоглобина до 100,8±8,6 г/л. Интоксикационный синдром проявлялся увеличением числа лейкоцитов от 18,8±1,0×10<sup>9</sup>/л до 24,2±2,4×10<sup>9</sup>/л, ЛИИ – от 15,7±1,2 до 18,8±1,2 ЕД, гипергликемией до 9,8±2,5 ммоль/л и гипоальбуминемией до 50,3±3,2 г/л. Характер лечебно-диагностической программы в предоперационном периоде определяли тяжесть состояния пострадавших и необходимость проведения неотложного хирургического вмешательства. При шоке I степени пострадавшего направляли в отделение реанимации, откуда после проведения диагностического поиска повреждений и предоперационной подготовки его доставляли в операционную. Время предоперационной подготовки в этой группе составило 44,4 ± 6,7 минуты. При шоке II - III степени пострадавшего сразу же направляли в операционную, где в первую очередь выполняли мероприятия интенсивной терапии и хирургические манипуляции по жизненным показаниям (остановка наружного кровотечения, устранение напряженного пневмоторакса). После относительной стабилизации состояния у пострадавшего проводили диагностический поиск для уточнения характера повреждения. По результатам этого поиска выполняли необходимые неотложные операции. Время предоперационной подготовки в этой группе составило 57,6 ± 3,1 минуты. Пострадавшим в терминальном состоянии реанимационные (восстановление сердечной деятельности, перевод на искусственную вентиляцию легких, устранение острой дыхательной недостаточности) и лечебно – диагностические мероприятия предоперационного периода проводили в шоковой операционной приемного отделения. Время предоперационной подготовки в этой группе составило 18,1 ± 2,3 минуты. В зависимости от характера использованной хирургической тактики мы разделили всех наблюдаемых пациентов на две группы. Опираясь на оценку тяжести состояния и тяжести повреждений у 50 (58,8%) пострадавших группы сравнения мы применили традиционную тактику одномоментного устранения всех повреждений в ходе хирургической операции, а у 35 (41,2%) человек основной группы - тактику этапного устранения повреждений «Damage control». Тактику этапного устранения повреждений применили при ведущих повреждениях органов живота и таза у 11 (31,4%), конечностей – у 9 (25,7%), головы – у 9 (25,7%), груди – у 6 (17,1%) пострадавших. У всех наблюдаемых нами пациентов травмы сопровождались жизнеугрожающими последствиями, которые у 73 (85,9%) из них проявлялись травматическим шоком, а у 12 (14,1%) – терминальным состоянием. В группе пострадавших, которым была применена хирургическая тактика «Damage control» шок III степени встречался в 1,4 раза, а терминальное состояние – в 4,2 раза чаще, чем в группе с применением одномоментного устранения повреждений. Кроме травматического шока у 26 (30,6%) из 85 пациентов с сочетанными механическими травмами имели место травматическая кома, у 12 (14,1%) – острая дыхательная недостаточность в



результате ушиба легкого, у 7 (8,2%) – острая сердечная недостаточность в результате ушиба сердца. У всех 35 пострадавших основной группы имели место системная гипотензия ниже 80 мм рт. ст. и общая гипотермия ниже 36°C. У 13 (21,3%) из 61 пострадавшего с черепно – мозговыми травмами повреждения головы было ведущим среди других сочетанных механических повреждений. Учитывая тяжесть ведущего повреждения, в I очередь неотложные хирургические вмешательства на черепе были выполнены у 4 (44,4%) человек. Во II очередь – у 5 (55,6%) после неотложных операций на конечностях у 2 (22,2%), на животе у 2 (22,2%), на грудной клетке у 1 (11,1%) человека. У 9 (69,2%) из 13 человек была применена хирургическая тактика «Damage control». Показаниями для ее применения мы считали сочетание крайне тяжелых повреждений головы (ВПХ-П(МТ)>3) и конечностей (ВПХ-П(МТ)>3) у 6 (66,7%), живота (ВПХ-П(МТ)>3) у 2 (22,2%), груди (ВПХ-П(ОР)>3) у 1 (11,1%) человека. Преимущественно выполняли декомпрессивную трепанацию черепа и первичную хирургическую обработку открытых вдавленных переломов черепа. У 1 (11,1%) пострадавшего было выполнено дренирование плевральной полости по поводу гемопневмоторакса во II очередь. С диагностической целью у 4 (44,4%) пациентов был выполнен лапароцентез. У 2 (22,2%) – лапаротомия во II очередь. В обоих случаях были обнаружены повреждения полых органов брюшной полости: толстая кишка – у 1 (11,1%), мочевого пузыря – у 1 (11,1%). У 6 (66,7%) пострадавших на поврежденных конечностях неотложные операции выполнены во II очередь. Во всех этих случаях была применена тактика этапного устранения повреждений. Сначала выполняли временную иммобилизацию переломов аппаратами временной фиксации. После стабилизации гемодинамических показателей и устранения черепно – мозговых повреждений были выполнены операции погружного остеосинтеза. Таким образом, во всех случаях при сочетанных механических повреждениях черепа в первую очередь выполняли операции по поводу ведущей травмы головы. Основная задача состояла в устранении компрессии головного мозга и остановке наружного кровотечения с последующей коррекцией повреждений других локализаций после стабилизации гемодинамических и неврологических показателей. У 12 (30,0%) из 40 пострадавших с травмами груди последней была ведущей и определяла тяжесть состояния. По поводу повреждений груди оперированы все 40 (100%) пострадавших. В том числе торакоцентез и дренирование плевральной полости были выполнены у 34 (85,0%) человек. В 6 (15,0%) клинических наблюдениях в связи с нарастающим гемопневмотораксом сразу же была выполнена торакотомия. Во всех случаях эвакуации крови из плевральной полости по дренажным трубкам выполняли пробу Рувилуа-Грегуара. Торакотомия была выполнена 6 (15,0%) пострадавшим. При торакотомии осушали плевральную полость, производили ревизию легких, средостения, перикарда, дуги аорты и реберного каркаса. Во время торакотомии у 5 (12,5%) человек ушибы легкого, у 2 (2,5%) – раны диафрагмы, у 2 (2,5%) – раны крупных сосудов. Во всех 6 случаях торакотомия была выполнена после предварительного дренирования плевральной полости. Тактику «Damage control» применили у 6 (50,0%) из 12 человек. Показанием к ее применению были сочетания крайне тяжелых повреждений груди (ВПХ-П(МТ)>3) и живота (ВПХ-П(МТ)>3). Обширные раны легкого с массивным повреждением паренхимы были обнаружены у 6 пострадавших. В 3 случаях выполнили ревизию раневого канала путем его рассечения с помощью сшивающих аппаратов и дополнительного лигирования кровоточащих сосудов. В 3 случаях выполнили атипичную резекцию легкого. После временной остановки кровотечения проводили реанимационные мероприятия, а затем выполняли операции по окончательному устранению повреждений. Сочетание повреждений груди и живота при ведущем повреждении груди имели место у 3 (25,0%) человек. Лапароцентез выполнили в 6 (50,0%) случаях. У 3 (25,09%) пациентов лапаротомия была выполнена во II очередь, после дренирования плевральной полости и торакотомии. Сочетанные травмы конечностей были диагностированы у 3 (25,0%) из 12 пострадавших с ведущим повреждением груди. Все трое были оперированы. Операции выполняли во II очередь. Переломы костей нижних конечностей были иммобилизованы аппаратами внешней фиксации. Таким образом, у пострадавших с ведущим повреждением груди, в I очередь дренировали плевральную полость для устранения острой дыхательной недостаточности и диагностики внутривнутриплеврального кровотечения. При продолжающемся внутривнутриплевральном кровотечении выполняли неотложную торакотомию для достижения гемостаза. Учитывая крайне тяжелое состояние пострадавших этой группы, кровотечение останавливали с помощью прошивания ткани легкого по ходу раневого канала или атипичной резекции легкого. Такой подход позволял нам выполнить надежный гемостаз. В группе пострадавших с ведущим повреждением живота и таза были 31 (36,5%) человек. В I очередь всем 31 (100,0%) пострадавшему выполняли операции по поводу повреждений живота и таза. Во II очередь у 14 (45,2%) человек выполнили операции на конечностях. У 11 (35,5%) из 31 пострадавшего была применена тактика «Damage control». Показаниями для этапного устранения повреждений явились крайне тяжелые повреждения живота (ВПХ-П(МТ)>12) и сочетание тяжелых повреждений живота с повреждениями груди (ВПХ-П(МТ)>3) или конечностей (ВПХ-П(МТ)>3). Повреждения головы различной степени тяжести были у 2 (18,2%) человек. Хирургические вмешательства на черепе были обоим пострадавшим во II очередь, после устранения полостных повреждений. Травмы груди имели место у 2 (18,2) пострадавших с ведущим повреждением живота и таза.

Дренирование плевральной полости до лапаротомии было выполнено у 1 (9,1%), после лапаротомии – у 1 (9,1%) пациента. После лапаротомии и дренирования плевральных полостей 2 (18,2%) пострадавшим были выполнены торакотомии, во время которых были ушиты раны легкого. Лапароцентез был выполнен 26 (83,9%) пострадавшим. У 5 (16,1%) пациентов повреждения внутренних органов брюшной полости были выявлены при диагностической лапароскопии. В 11 случаях при сочетанных механических травмах живота была применена тактика «Damage control». Из них в I очередь лапаротомия была выполнена 9 (81,8%) пострадавшим, во II – 2 (18,2%). В том числе в 1 случае после ампутации голени по поводу ее полного разрушения и продолжающегося наружного кровотечения, в 1 – после ампутации бедра. Мы использовали общепризнанный алгоритм действий хирурга после вскрытия брюшной полости. Он включал в себя: ревизию брюшной полости; устранение источника кровотечения; изоляцию источника загрязнения; санацию брюшной полости; операции на поврежденных органах; завершающую санацию и дренирование брюшной полости; декомпрессию желудочно-кишечного тракта. Повреждения печени были выявлены у 16 (36,9%) чел. В 11 (54,5%) случаях раны печени ушили с подведением к раневым каналам трубчатых дренажей, обернутых марлевыми салфетками. Тактика «Damage control» была применена у 5 (45,5%) пострадавших, которым кровотечение из обширных ран печени было остановлено временным тампонированием ран печени большими марлевыми салфетками. После достижения таким способом временного гемостаза накладывали швы на раны желудка и кишечника. Повреждения селезенки имели место у 18 (58,1%). Во всех этих случаях была выполнена спленэктомия. Разрывы желудка встретились в наших клинических наблюдениях у 6 (19,4%) пациентов. Во всех этих случаях дефекты желудочной стенки были одномоментно ушиты. Повреждения тонкой кишки были выявлены у 8 (25,8%) пострадавших. Имеющиеся раны были ушиты в 2 (6,5%) случаях. Резекция участка кишки была выполнена у 6 (19,4%) человек. При массивных и протяженных повреждениях тонкой кишки тактика «Damage control» была использована в 6 (75,0%) случаях из 8. Во всех этих клинических наблюдениях резекцию с формированием межкишечного анастомоза выполняли в два этапа. После удаления пораженного участка тонкой кишки ее дистальный и проксимальный отделы погружали в брюшную полость без наложения тонко – тонкокишечного анастомоза. Анастомоз накладывали через сутки во время повторной операции после стабилизации гемодинамики и выведения пострадавшего из шока. В 11 (35,5%) случаях повреждений толстой кишки нами была использована тактика этапного устранения повреждений. В том числе в 8 (72,7%) случаях петлю толстой кишки выводили на переднюю брюшную стенку. У 3 (27,3%) пострадавших была выполнена операция типа Гартмана. Травмы почек имели место у 6 (19,4%) пострадавших. В 4 случаях была выполнена нефрэктомия, в 2 – ушивание ран почки. В 4 (12,9%) клинических наблюдениях ушивали дефекты стенки мочевого пузыря с формированием надлобкового внебрюшинного свища на мочевой пузырь и наружным дренированием паравезикальной клетчатки. У 3 (9,7%) пациентов с ведущим повреждением живота были повреждены крупные сосуды, в том числе у 1 - левые почечные артерия и вена, у 1 - внутренняя подвздошная артерия, у 1 - нижняя полая вена. После первой операции закрытие лапаротомной раны у 11 пострадавших было временным. У пяти пациентов с повреждениями печени, массивным внутрибрюшным кровотечением на завершающем этапе операции края лапаротомной раны частично сближали до марлевой прокладки путем наложения наводящих швов. У 6 человек с повреждениями тонкой кишки, потребовавшими выполнения двухэтапной резекции последней, переднюю брюшную стенку временно закрывали по методике формирования перитонеостомы, предложенной А.Ю. Анисимовым (1996). Повреждения конечностей были у 44 (75,9%) из 58 пострадавших с сочетанными механическими травмами живота и таза. Из них были прооперированы 38 (86,4%) пострадавших. Хирургические вмешательства на конечностях выполняли после операций по поводу повреждений органов живота и таза. Только в 2 (4,3%) случаях в I очередь были выполнены ампутации: у 1 пострадавшего – бедра, у 1 – голени. У остальных 36 (94,7%) пострадавших хирургические операции на конечностях выполняли во II очередь. Таким образом, у 31 (53,4%) из 58 пострадавших с сочетанными механическими травмами живота и таза повреждения органов живота и таза были ведущими. Это обстоятельство определяло выполнение неотложных хирургических вмешательств у пострадавших с повреждениями органов брюшной полости и таза в I очередь при отсутствии продолжающегося кровотечения других локализаций. У 29 (45,3%) из 64 пострадавших с повреждениями опорно-двигательной системы травма конечностей была ведущей. У 9 (31,0%) из 29 пострадавших мы применили тактику «Damage control». Показаниями для этой тактики являлись крайне тяжелые повреждения конечностей (ВПХ-П(МТ)>8), сочетание тяжелых повреждений конечностей с повреждениями головы (ВПХ-П(МТ)>1), груди (ВПХ-П(МТ)>3) или живота (ВПХ-П(МТ)>1). У 2 (22,2%) человек этой группы были черепно – мозговые травмы, по поводу которых им были выполнены декомпрессивные трепанации черепа. Травмы груди диагностированы у 2 (22,2%) пострадавших. По поводу гемопневмоторакса одному пациенту дренировали плевральную полость в I очередь, другому в I очередь была выполнена торакотомия. У 5 (55,6%) пострадавших с ведущим повреждением конечностей диагностировали травмы живота и таза. Лапароцентез был выполнен 2 (40,0%), диагностическая лапароскопия – 3 (60,0%) пострадавшим. Среди

поврежденных органов брюшной полости у 2 (40,0%) человек обнаружили травму селезенки, у 3 (60,0%) – мочевого пузыря, у 1 (20,0%) – прямой кишки. У 1 пациента применили тактику этапного устранения повреждений: при разрыве прямой кишки была выведена сигмостома. У всех пострадавших имели место переломы костей конечностей. С отрывами и разрушениями конечностей поступило 8 (12,5%) человек. У 10 (34,5%) пострадавших были диагностированы повреждения магистральных сосудов конечностей. В этой ситуации хирургическую тактику определяли объем анатомических разрушений и тяжесть состояния пострадавших. Первичную пластику сосудов выполнили 3 (10,3%) пациентам. В том числе у 2 (6,9%) пострадавших ушили бедренную, а у 1 (3,4%) – плечевую артерию. Остальным пострадавшим были выполнены перевязки сосудов на протяжении во время выполнения ампутаций. У 9 (31,0%) пострадавших мы применили тактику «Damage control». Таким образом, при тяжелых сочетанных механических травмах конечностей иммобилизацию осуществляли с помощью гипсовых лонгет и скелетного вытяжения. После устранения полостных повреждений и стабилизации состояния накладывали аппараты внешней фиксации. Использование разработанных организационных принципов оказания хирургической помощи пострадавшим с сочетанными механическими травмами, в том числе обеспечение взаимодействия между догоспитальным и госпитальным этапами медицинской эвакуации, разделение потоков на уровне приемного отделения «по тяжести» поступающих пациентов, внедрение информатизационных технологий позволило нам сократить время начала диагностического поиска с  $15,3 \pm 3,4$  мин до  $4,8 \pm 2,6$  минуты, а продолжительность предоперационной подготовки после частичной санитарной обработки, регистрации, лабораторных и лучевых и методов диагностики с  $68,3 \pm 5,8$  до  $40,1 \pm 3,6$  минут. Тактика «Damage control» позволила уменьшить продолжительность первичных хирургических операций с  $125 \pm 6,5$  до  $65 \pm 3,1$  минут. Тяжесть состояния пострадавших с сочетанными механическими травмами на момент поступления в приемное отделение многопрофильного скорпомощного стационара (травмацентра второго уровня) составила по шкале ВПХ СП  $26,3 + 3,2$  баллов в группе с одномоментным устранением повреждений (сравнения) и  $31,8 + 3,3$  баллов в группе «Damage control» (основная). Через четыре часа после поступления в стационар тяжесть состояния в группе сравнения за счет снижения системного А/Д и увеличения ЧСС в результате кровотечения и кровопотери возросла до  $30,3 + 2,1$  баллов. В основной группе в этот же временной промежуток тяжесть состояния снизилась до  $24,1 + 2,0$  баллов. Мы связываем этот факт с тем, что к этому моменту времени в основной группе уже были закончены первичные неотложные оперативные вмешательства, направленные на остановку кровотечения, гемостаз был достигнут и на этом фоне проводили мероприятия по устранению кровопотери. Напротив, в группе сравнения к этому временному промежутку неотложные операции, направленные на стабилизацию состояния, еще продолжались и коррекцию кровопотери проводили на фоне недостигнутого или нестабильного гемостаза. По нашему мнению, этим можно объяснить большее число осложнений инфекционного характера при традиционной схеме хирургического лечения. Осложнения в раннем послеоперационном периоде были отмечены у 53 (62,3%) человек. В том числе у 14 (40,0%) – после этапного и у 39 (78,0%) – после одномоментного устранения повреждений. Среди инфекционных осложнений в обеих группах преобладали легочные (пневмония, трахеобронхит) и перитонит. Из неинфекционных осложнений имели место почечная недостаточность, повторные кровотечения, эвентрация, острые язвы желудочно – кишечного тракта. В раннем послеоперационном периоде умерло 16 (18,8%) пострадавших. Из них у 5 (14,3%) была применена тактика этапного устранения повреждений и у 11 (22,0%) – тактика одноэтапного устранения повреждений. Таким образом, на госпитальном этапе медицинской эвакуации, в травмацентре второго уровня у пострадавших в дорожно – транспортных происшествиях повреждения конечностей имели место в 75,3%, головы – в 71,8%, живота – в 51,8%, груди – в 47,1%, таза – в 16,5% клинических наблюдений. При этом в общей структуре сочетанных механических травм ведущими являлись повреждения головы – 15,3%, груди – 14,1%, живота – 27,1%, таза – 9,4%, конечностей – 34,1%. Шок I степени имел место у 10,0% пострадавших, шок II степени – у 32,0%, шок III степени – у 61,2%, в терминальном состоянии было доставлено 14,1%. Использование у пострадавших в дорожно – транспортных происшествиях тактики этапного устранения сочетанных механических повреждений головы (ВПХ-П(МТ)>3), груди (ВПХ-П(ОР)>3), живота (ВПХ-П(МТ)>12) и конечностей (ВПХ-П(МТ)>12), в том числе в терминальном состоянии, позволяет повысить вероятность благоприятного исхода за счет сокращения продолжительности предоперационной подготовки с  $68,3 \pm 5,8$  минут до  $40,1 \pm 3,6$  минут, длительности первичных неотложных хирургических операций с  $125 \pm 6,5$  минут до  $65 \pm 3,1$  минут, уменьшения числа осложнений в раннем послеоперационном периоде с 78,0% до 40,0%, летальности с 22,0% до 14,3%.

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

## 10. ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Анисимов А.Ю., Андреев А.И., Ибрагимов Р.А.

Казань

кафедра скорой медицинской помощи ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани

Введение. Уровень передовых высоких медицинских технологий сегодня позволяет пересмотреть целый ряд концептуальных аспектов традиционной хирургии портальной гипертензии (ПГ) и преодолеть серьезный барьер, сложившийся между прогрессивным увеличением числа больных, погибающих от кровотечений из вен пищевода и желудка (ВРВПЖ), с одной стороны, и доминированием негативного отношения к хирургическому лечению больных ПГ – с другой [2, 6]. Как известно в 70% случаев причиной развития внутрипеченочной ПГ у взрослых является цирроз печени (ЦП), как конечная стадия многих хронических диффузных ее заболеваний [7, 10, 11, 14]. По современным представлениям этиологическим моментом ЦП выступают вирусы гепатитов А, В, С, Д, Е, вирус герпеса, цитомегаловирус, аденовирус, вирус иммунодефицита человека и другие [13]. Высокий удельный вес занимают социально значимые заболевания – алкоголизм, наркомания, психические расстройства с суицидальной направленностью [12]. В Республике Татарстан с числом населения 3 млн. 779,3 тыс. первичная заболеваемость ЦП на 1 000 среднегодового постоянного населения в 1999 году составила 24,5, а в 2006 году – уже 30,3 [3]. За период с 1999 по 2006 годы в республике отмечен устойчивый рост заболеваемости ЦП в абсолютных цифрах с 3190 до 5665 (или на 43,7%). Анализ многолетней динамики (с 1993 по 2013 годы) коэффициента смертности от ЦП вирусной этиологии показал, что среди жителей Республики Татарстан он колебался от 12,18 в 1999 году до 18,9 в 1995 году, составив в среднем 15,4 на 100 тыс населения. Оценка тенденции коэффициента смертности по темпу среднего прироста за анализируемый период при вирусном ЦП показала, что имеет место стабилизация этого показателя (+0,3%) с ежегодным увеличением в среднем на 0,5 %. При ЦП алкогольной этиологии коэффициент смертности колебался от 0,98 в 1997 году до 6,83 в 2005 году, составив в среднем 3,60 на 100 тыс населения. Оценка тенденции коэффициента смертности по темпу среднего прироста за анализируемый период при алкогольном ЦП показала, что она имеет выраженный характер роста (+6,14%) с ежегодным увеличением в среднем на 12,47%. Оценка тенденции показателя смертности в различных возрастных группах показала ее выраженный рост у всех пациентов с алкогольным ЦП (от +5,2% в группе от 30 до 39 лет, до 11,14% в группе старше 70 лет). У пациентов с вирусным ЦП в целом по группе отмечена умеренная тенденция к росту показателя смертности (от +1,5% в группе от 60 до 69 лет до +10,58% в группе от 20 до 29 лет). Однако в наиболее трудоспособных возрастных группах имеет место выраженная тенденция к росту показателя смертности (от +7,2% в группе от 30 до 39 лет и +10,58% в группе от 20 до 29 лет). Все это свидетельствует о том, что в ближайшей перспективе, при имеющемся уровне оказания медицинской помощи, республику ожидает неблагоприятная эпидемиологическая ситуация с выраженной тенденцией к росту смертности от ЦП в наиболее трудоспособных возрастных группах населения. Несмотря на то, что на рубеже 80-90-х годов XX столетия сформировались основные направления хирургической тактики в лечении пациентов с ПГ, вопросы когда, какая операция, в каких сочетаниях в данном конкретном случае наиболее оптимальна, до сих пор остаются дискуссионными [1, 4, 9]. Неудовлетворенность результатами хирургического лечения, как нам представляется, во многом связана также с дефицитом информативных диагностических критериев для объективизации выбора способа оперативного лечения, сроков его выполнения и объема вмешательства [5]. Решение этой проблемы составляет актуальную задачу клинической хирургии. Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с различными вариантами синдрома портальной гипертензии, на основании внедрения в клиническую практику новых диагностических технологий и дифференцированного подхода к выбору методов хирургического лечения. Материалы и методы. В основу работы положен анализ результатов лечения больных ПГ за период с 2006 по 2013 годы. Все наблюдаемые нами больные были подвергнуты общеклиническому, лабораторному и инструментальному обследованию. У 57 (87,7% наблюдений) человек был установлен диагноз цирроза печени (ЦП). У 8 (12,3% наблюдений) пациентов имела место внепеченочная портальная гипертензия (ВПГ). В плановом порядке было прооперировано 37 больных с высоким риском угрозы кровотечения из ВРВПЖ. В том числе пациентов с ЦП – 29 (78,4% наблюдений), с ВПГ – 8 (21,6% наблюдений). Среди больных ЦП мужчин было 21 (72,4% наблюдений), женщин 8 (27,6%

на-блюдений). В возрасте от 15 до 39 лет было 11 (37,9% наблюдений), от 40 до 59 лет – 15 (51,7% наблюдений), от 60 и выше – 3 (10,3% наблюдений). Среди этиологических факторов ЦП у 10 (34,48% наблюдений) из 29 больных был выявлен вирусный гепатит В, у 12 (41,37% наблюдений) - вирусный гепатит С, у 5 (17,24% наблюдений) – ЦП алиментарной этиологии, у 2 (6,89% наблюдений) – ЦП неуточненной этиологии. У 17 (45,95% наблюдений) больных, оперированных в плановом порядке, в анамнезе имели место кровотечения из ВРВПЖ. Уровень билирубина в плазме крови у 18 (62,06% наблюдений) пациентов не превышал 25 ммоль/л, у 11 (37,93% наблюдений) он составил от 25 до 50 ммоль/л. Концентрация альбумина в плазме крови превышала 35 г/л у 20 (68,97% наблюдений), находилась в промежутке от 30 г/л до 35 г/л у 9 (31,03% наблюдений) больных. Протромбиновый индекс у 18 (62,06% наблюдений) пациентов составил от 80% до 100%, у 11 (37,93% наблюдений) от 79% до 60%. У 27 (93,10% наблюдений) пациентов была диагностирована гиперферментемия (по Reitman, Frankel) низкой степени, у 2 (6,89% наблюдений) – средней степени. У 6 (20,68% наблюдений) пациентов при объективном исследовании была обнаружена жидкость в брюшной полости. У всех этих больных асцит носил транзиторный характер и легко контролировался назначением диуретиков. У 5 (17,24% наблюдений) больных была выявлена латентная форма энцефалопатии. По критериям Чайлда-Пью (1973) все больные ЦП были разделены на две прогностические группы. В класс А (компенсированный ЦП) вошли 16 (55,2% наблюдений), в класс В (субкомпенсированный ЦП) 13 (44,8% наблюдений) пациентов. Среди 8 больных ВПГ мужчин было 3 (37,5% наблюдений), женщин 5 (62,5% наблюдений). В возрасте от 15 до 30 лет было 6 (75% наблюдений) больных, от 40 до 59 лет 2 (25% наблюдений). Среди этиологических факторов ВПГ у 1 (12,5% наблюдений) было травматическое повреждение воротной вены, у 4 (50% наблюдений) тромбоз основного ствола воротной вены и ее ветвей, у 3 (37,5% наблюдений) врожденная аномалия развития воротной вены и ее ветвей. У 24 (64,86% наблюдений) больных во время ЭГДС были обнаружены ВРВП, у 13 (35,13% на-блюдений) – ВРВП и кардиального отдела желудка. Из 24 больных с ВРВП у 19 (79,16% наблюдений) больных они локализовались в нижней трети пищевода, у 5 (20,83% наблюдений) – в нижней и средней его трети. У 9 (24,32% наблюдений) больных ПГ была обнаружена II, а у 28 (75,68% наблюдений) больных - III степень выраженности ВРВП по А.Г. Шерцингеру (1986). Форму ЦП оценивали макроскопически во время операции и микроскопически (по результатам интраоперационной биопсии печени). Крупноузловая форма диагностирована у 7 (24,13% наблюдений), мелкоузловая – у 22 (75,86% наблюдений). При ультразвуковом исследовании печеночной паренхимы у 12 (32,43% наблюдений) больных размеры печени были увеличены, у 3 (8,10% наблюдений) – уменьшены, у 22 (59,45% наблюдений) не выходили за пределы возрастной нормы. У 7 (24,13% наблюдений) больных ЦП обнаружена деформация контуров печени. У 4 (13,79% наблюдений) больных ЦП выявлено обеднение сосудистого рисунка паренхимы печени с диффузным расположением в ней экоструктур различной плотности и размеров. У 35 (94,59% наблюдений) больных ПГ селезенка была увеличена в размерах. В экстренном порядке по поводу пищеводно-желудочного кровотечения было прооперировано 28 больных ЦП (43,08% наблюдений). У всех 28 (100% наблюдений) человек диаг-ноз ЦП был установлен в анамнезе. У 7 (25% наблюдений) больных была кровопотеря легкой, у 7 (25% наблюдений) – средней и у 14 (50% наблюдений) – тяжелой степени тяжести по классификации А.И. Горбашко (1974). Концентрация билирубина в плазме крови у 3 (10,7% наблюдений) пациентов не превышал 25 ммоль/л, у 14 (50,0% наблюдений) он составил от 25 до 50 ммоль/л и у 11 (39,3% наблюдений) превысил 50 ммоль/л. Концентрация альбумина в плазме крови превышала 35 г/л у 3 (10,7% наблюдений), находилась в промежутке от 30 г/л до 35 г/л у 7 (25,0% наблюдений) и была ниже 30 г/л у 18 (64,3% наблюдений) больных. Протромбиновый индекс у 7 (25,0% наблюдений) человек составил от 80 до 100%, у 14 (50,0% наблюдений) – от 79 до 60%, у 7 (25,0% наблюдений) – менее 60%. У 18 (64,3% наблюдений) пациентов, оперированных в экстренном порядке, диагностирована средняя, а у 10 (35,7% наблюдений) - высокая степень активности ЦП. У всех 28 (100% наблюдений) пациентов при объективном исследовании имело место скопление жидкости в брюшной полости. У 14 (50,0% наблюдений) из них асцит носил транзиторный характер, у 14 (50,0% наблюдений) асцит был диуретикорезистентным. У 4 (14,3% наблюдений) больных была латентная форма печеночной энцефалопатии. У 10 (35,7% наблюдений) была I, у 10 (35,7% наблюдений) – II, у 4 (14,3% наблюдений) - III степень выраженности печеночной энцефалопатии. Класс А (компенсированный ЦП) был у 4 (14,3% наблюдений), класс В (субкомпенсированный ЦП) у 14 (50,0% наблюдений) и класс С (декомпенсированный ЦП) у 10 (35,7% наблюдений) пациентов. У 18 (64,3% наблюдений) больных во время ЭГДС были обнаружены ВРВП, у 10 (35,7% наблюдений) – ВРВП и кардиального отдела желудка. Из 18 больных с ВРВП у 15 (83,3% наблюдений) они локализовались в нижней трети пищевода, у 3 (16,7% наблюдений) – в нижней и средней его трети. У 7 (25,0% наблюдений) больных была обнаружена II, а у 21 (75,0% наблюдений) - III степень выраженности ВРВП по А.Г. Шерцингеру (1986). Источник кровотечения во время проведения экстренной ЭГДС был установлен у 14 (50,0% наблюдений) больных. У 11 (78,6% наблюдений) из них он располагался в дистальной трети пищевода, у 3 (21,4% наблюдений) - в области кардиального отдела желудка. У 14

(50,0% наблюдений) пациентов установить точно локализацию источника кровотечения не удалось. Крупноузловая форма ЦП диагностирована у 20 (71,42% наблюдений), мелкоузловая – у 5 (17,85% наблюдений), смешанная - у 3 (10,71% наблюдений) больных. При ультразвуковом исследовании печеночной паренхимы у 7 (25,0% наблюдений) больных размеры печени были увеличены, у 4 (14,3% наблюдений) – уменьшены, у 17 (60,7% наблюдений) не выходили за пределы возрастной нормы. У 6 (21,4% наблюдений) больных была обнаружена деформация контуров печени, у 25 (89,3% наблюдений) – обеднение сосудистого рисунка паренхимы. У 22 (78,6% наблюдений) больных была обнаружена увеличенная в размерах селезенка. Из 29 больных ЦП, поступивших в плановом порядке, по критериям Чайлда-Пью к классу «А» были отнесены 16 (55,2% наблюдений) больных. Из них портокавальное шунтирование (ПКШ) выполнено у 10 человек. В том числе, мезентерикокавальный анастомоз (МКА) «Н»-типа с сосудистой вставкой из аутоины - у 1, дистальный спленоренальный анастомоз (ДСРА) «конец в бок» - у 4, спленоренальный анастомоз «Н»-типа с синтетической сосудистой вставкой - у 5. Прошивание ВРВПЖ по М.Д. Пациора было выполнено у 6 больных. К классу «В» были отнесены 13 пациентов (44,8% наблюдений). Из них ПКШ выполнено у 4. В том числе ДСРА «конец в бок» - у 1, СРА «Н»-типа с синтетической сосудистой вставкой - у 3. Прошивание ВРВПЖ по М.Д. Пациора - у 9 больных. У всех 8 пациентов с ВПГ был выполнен МКА, в том числе с верхней брыжеечной веной – у 7, с нижней брыжеечной веной – у 1. МКА «конец в бок» был выполнен у 3, МКА «Н» - типа с синтетической сосудистой вставкой – у 5. 30 больным ЦП была выполнена термография передней брюшной стенки с помощью инфракрасной камеры ThermoCAM P 65 производства FLIR Systems (Швеция, США). Для удобства анализа пациенты были разделены на 4 группы. 1-я группа (20 человек) – клинически здоровые добровольцы, 2-я группа (10 больных) – класс А ЦП, 3-я группа (15 больных) – класс В ЦП, 4-я группа (5 больных) – класс С ЦП. Статистическую обработку результатов исследования проводили методом вычисления параметров описательной статистики: средняя, медиана, стандартное отклонение, стандартная ошибка средней. Для анализа взаимосвязи лабораторных показателей и возможных осложнений использовали параметрический корреляционный метод Пирсона [8]. Результаты. Подводя итоги тепловизионного исследования, мы установили, что между степенью компенсации цирроза печени и состоянием окольного кровотока существует тесная связь. У лиц 1-й группы регистрировали участки кожи с разными спектрами цвета ( $t_0 = 34,03 \pm 0,31$  С0). Однако четкой локализации каждого участка спектра цвета, характерно для патологического процесса, мы не наблюдали. По нашему мнению, это свидетельствовало о незрелости окольного кровотока. У пациентов 2-й группы имела место размытость и нечеткость белого спектра цвета ( $t_0 = 35,3 \pm 0,42$  С0). Это свидетельствовало о недостаточной – выраженности окольного кровотока по сосудистым коллатералям передней брюшной стенки. У пациентов 3-й группы, белый и красный спектры цвета были распределены преимущественно в эпигастральной и мезогастральной областях передней брюшной стенки. Кроме того, умеренно контурировались сосуды передней брюшной стенки ( $t_0 = 36,18 \pm 0,17$  С0). Такая термографическая картина, по нашему мнению, указывала на зрелость окольного кровотока по сосудистым коллатералям передней брюшной стенки. У пациентов 4-й группы, белый и красный спектры цвета также были распределены в эпигастральной и мезогастральной областях передней брюшной стенки. При этом отчетливо контурировались значительно расширенные сосуды передней брюшной стенки в виде выраженных сосудистых стволов ( $t_0 = 36,76 \pm 0,19$  С0). Такая термографическая картина по, нашему мнению, свидетельствовала о крайней степени выраженности развития окольного кровотока по сосудистым коллатералям передней брюшной стенки. Для выявления корреляции между интенсивностью инфракрасного излучения передней брюшной стенки и состоянием ее кровоснабжения, данные, полученные при термографии, мы сравнивали с результатами клинического, эндоскопического и сонографического исследований. При этом было обнаружено, что глубина изменений, зарегистрированных на термограммах, коррелировала с ультразвуковыми и эндоскопическими находками. Так у больных 3-й и 4-й групп при ультразвуковом исследовании были обнаружены естественные внутрипеченочные и внепеченочные портосистемные анастомозы, а при эндоскопическом исследовании признаки высокого давления в портальной системе. При проведении статистического анализа нами была выявлена достоверная разница изменения температур передней брюшной стенки между 1-й и 2-й ( $p=0,02$ ), 3-й и 4-й ( $p=0,032$ ), 2-й и 4-й группами ( $p=0,004$ ). По нашему мнению, термографию тепловизором ThermoCAM P65 целесообразно включать в комплексную диагностическую программу больных ЦП, осложненным синдромом ПГ. Далее нами проанализированы клинические, лабораторные, инструментальные данные, характер, тяжесть осложнений и исходы заболеваний в трех группах пациентов. В первую группу вошли 22 человека с внутрипеченочной и внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ), у которых в плановом порядке в связи с высоким риском возникновения пище-водно-желудочного кровотечения были выполнены шунтирующие операции в различных модификациях. В том числе 5 (22,7%) больным ЦП и внутрипеченочной ПГ был наложен дистальный спленоренальный анастомоз (ДСРА), 1 (4,5%) – мезентерикокавальный анастомоз (МКА), 8 (36,4%) – спленоренальный анастомоз (СРА) «Н» - типа с синтетической сосудистой вставкой. У 8 (36,4%)

больных с ВПГ был выполнен мезентерикокавальный анасто-моз. Во вторую группу мы включили 15 пациентов ЦП и внутрпеченочной ПГ, у которых в плановом порядке было выполнено прошивание ВРВПЖ по М.Д. Пациора. Третью группу составили 28 больных ЦП и внутрпеченочной ПГ, у которых прошивание ВРВПЖ по М.Д. Пациора было выполнено по экстренным показаниям в связи с развившимся пищеводно-желудочным кровотечением. Портокавальное шунтирование позволило у 18 из 22 оперированных больных ЦП до-биться полного или почти полного исчезновения ВРВПЖ. В связи с этим после шунтирова-ния в 81,8% наблюдений хирургический аспект ЦП мы считали решенным. После операции М.Д. Пациора добиться полного исчезновения ВРВПЖ удалось лишь в одном случае. Одна-ко, в группе пациентов ЦП класса «В» ее применение в плановом порядке считаем оправданным, так как ни одного летального исхода мы у них не наблюдали. Для сравнения на высоте пищеводно-желудочного кровотечения летальность после прошивания ВРВПЖ составила 36%. В раннем послеоперационном периоде от острой печеночной недостаточности вслед-ствие редукции печеночного кровотока умер один больной ЦП. Ему был выполнен МКА «Н»-типа с сосудистой вставкой. После СРА и операции М.Д. Пациора летальности в ран-нем послеоперационном периоде не было. Тромбоз шунта наблюдали у двух пациентов ЦП. Одному из них был выполнен ДСРА, а другому СРА Н-типа. В обоих случаях мы вынуждены были выполнить релапаро-томию, спленэктомию, деваскуляризацию желудка и прошивание ВРВПЖ по М.Д. Пациора. У пациентов с ВПГ летальности не было. Таким образом, общее количество осложнений у больных 1-й группы составило 27,3%, у больных 2-й группы - 33,3%, у больных 3-й группы - 57,1%. Послеоперационная ле-тальность у больных 1-й группы составила 4,5%, у больных 2-й группы летальности не бы-ло, у больных 3-й группы - 35,7% (Рис. 11). Заключение 1. Тепловизионное исследование целесообразно применять в комплексной диагности-ке степени выраженности ПГ. Она дает объективную информацию о степени развития коллатерального кровотока по сосудам передней брюшной стенки. 2. После операций портокавального шунтирования, выполненных в плановом поряд-ке, осложнения возникают в 27,3% случаев, а послеоперационная летальность составляет 4,5%. После прошиваний варикозно-расширенных вен пищевода и желудка по М.Д. Пациора, выполненных в плановом порядке, осложнения возникают в 33,3% случаев, а летальные исходы отсутствуют. После прошиваний варикозно-расширенных вен пищевода и желудка по М.Д. Пациора, выполненных по экстренным показаниям, осложнения возникают в 57,1% случаев, а послеоперационная летальность составляет 35,7%. 3. У больных с внепеченочной портальной гипертензией целесообразно выполнять мезентерикокавальный анастомоз с верхней брыжеечной веной. При компенсированном (класс А) циррозе печени, в неактивной или низкоактивной фазе целесообразно выполнять один из вариантов спленоренального анастомоза. При субкомпенсированном (класс В) циррозе печени, в неактивной или низкоактивной фазе целесообразно выполнять прошивание варикозно расширенных вен пищевода и желудка по М.Д. Пациора. При декомпенсированном (класс С) циррозе печени, в умеренно активной или высокоактивной фазе от активной хирургической тактики целесообразно воздержаться.

---

11.Эндовидеохирургия при обтурационной непроходимости левых отделов толстой кишки.

Артюхов С.В., Кубачев К.Г.

Санкт-Петербург

1. СПб ГБУЗ "Александровская больница"2. СЗГМУ им И.И. Мечникова, каф. хирургии им. Н.Д. Монастырского

Цель исследования. Улучшить результаты лечения за счет широкого внедрения эндовидеохирургических, эндоскопических методик, а также двухэтапных операций в течение одной госпитализации. Материал и методы. Статистический анализ медицинских карт 2200 пациентов страдающих раком левой половины толстой кишки, осложненной острой кишечной непроходимостью. Мужчин было 44,2 %, женщин – 55,8%. До 12 часов с момента развития непроходимости госпитализировано 1,1%, 1,9% – от 12 до 24 часов, 97% больных доставлены в стационар после 24 часов с момента развития острой кишечной непроходимости. Обследование выполнялось в соответствии с МКБ – 10 и МЭС. Результаты. У 1154 пациентов

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

диагностирована обтурационная кишечная непроходимость, у 1046 больных, кроме ОКН имелись другие осложнения рака - диастатические разрывы, некроз и/или перфорация приводящих отделов, перфорация с перитонитом, перитонит без перфорации, околоопухолевый абсцесс, тяжелый сепсис, септический шок. Чаще всего опухоль располагалась в сигмовидной кишке (39,5%), ректосигмоидном отделе (22,7%) и нисходящей ободочной кишке (17,4%). Согласно классификации TNM (2009) рак T3 стадии выявлен у 9,2%, T4a, b стадии – у 90,8%. Из дальнейшего анализа исключены 810 больных с отдаленными метастазами, 223 с местнораспространенными неудаляемыми опухолями и 148 с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, не позволившими выполнить радикальную операцию. Объектом исследования стали 1019 больных, без метастазов, им выполнены радикальные операции. После предоперационной подготовки пациенты были оперированы в течение 3 – 6 часов после госпитализации. При выборе вида оперативного вмешательства учитывали тяжесть состояния и наличие, характер дополнительных осложнений. Наличие в структуре больницы отделения неотложной эндовидеохирургии способствует решению организационных проблем, связанных с использованием этой методики. Диагностическая лапароскопия была выполнена 295 больным, у 128 (43,4%) удалось визуализировать опухоль и выбрать петлю ободочной кишки для формирования двухствольной колостомы. Затем, посредством минилапаротомии, при помощи лапароскопической ассистенции, петлю ободочной кишки выводили в виде двухствольной колостомы. Повторные оперативные вмешательства без выписки из стационара в сроки от 6 до 18 суток выполнены 500 больным, в том числе 353 больным после двухствольной колостомии, 128 – после лапароскопически ассистированной двухствольной колостомии и 19 – после цекостомии (при наличии участков некроза в куполе кишки) и трансверзостомии (левая треть поперечной ободочной кишки). Общая летальность в группе составила 13 пациентов (2,6%). После видеоассистированной операции колостома начинала нормально функционировать сразу после операции, после традиционной перистальтика ободочной кишки восстанавливалась на 2 – 5 сутки. После видеоассистированных операций повторные вмешательства выполняли в среднем на 7-8 сутки, а после традиционных на 10-13. Выводы. Причинами позднего второго этапа после традиционных операций явились парез кишки, очаговая пневмония и другие осложнения. Выполнение второго этапа после видеоассистированных колостомий практически не представляло технических неудобств, так как спаечный процесс в брюшной полости практически отсутствовал, тогда как лапаротомия, всегда приводила к более или менее выраженному спаечному процессу. Формирование видеоассистированной двухствольной колостомии позволяет эффективно устранять симптомы кишечной непроходимости и сократить сроки подготовки ко второму этапу операции. Подобная тактика позволяет оптимизировать стадирование заболевания, выполнять радикальные хирургические вмешательства в более комфортных и безопасных условиях, улучшить качество жизни пациентов.

---

## 12. ОПЕРАЦИИ HAL - RAR В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНЮ

Загрядский Е.А.

Москва

Медицинский центр «ОН КЛИНИК», Москва, Россия

Трансанальная доплер-контролируемая дезартеризация с мукопексией (HAL-RAR), является новым направлением в малоинвазивном лечении геморроидальной болезни II и IV стадии. Эффективность данного метода лечения в силу своей новизны еще не установлена. Цель: оценить отдаленные результаты лечения с использованием данной методики. Материалы и методы: с января 2007г. по декабрь 2011г., в Московском Медицинском центре «ОН КЛИНИК» проведено лечение 365 пациентов с хроническим геморроем II-IV стадий, включая мужчин 253(69,3%) и женщин - 112(30,7%). Возраст больных от 27 до 77 лет (в среднем 43,4±9,4года). Длительность заболевания от 2 до 20 лет (в среднем 9,14±4,26 года). Ближайшие результаты лечения представлены в мульти-центровом исследовании опубликованном в «European Surgery» 2013. Исследование показывает, что методика хорошо переносится и может выполняться в условиях стационара «одного-дня». Оценка отдаленных результатов лечения получена на основании структурированного анкетного опроса и данных объективного обследования. Признаки недержания оценены по шкале Jorge JM,

22



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

Wexner SD. Результаты: Отдаленные результаты лечения прослежены в срок через 52(36-76) месяцев. Средний срок наблюдения 52,07±18,1(36-76) месяца. Через 24 месяца после операции в общей группе пациентов с II-IV стадией геморроя - отсутствие симптомов заболевания выявлено у 334(91,5%) больных. II-20(95,2%) стадии, III-244(92,1%), IV-70(88,6%). При анкетном опросе пациентов через 24 месяца, пролапс внутренних геморроидальных узлов, выявлен у 21(7,9%) с III стадией геморроя и 9(11,4%) больных IV стадии. Пролапс соответствовал второй стадии геморроя. Пролапс купирован склеротерапией у 18(4,9%) больных и 3(0,8%) случаях выполнен повторная дезартеризация и мукопексия. После операции у 11(3,1%) больных сохранились наружные геморроидальные узлы, что потребовало иссечения наружных геморроидальных узлов под местной анестезией. Через 48 месяцев после операции в общей группе пациентов с II-IV стадией геморроя - отсутствие симптомов заболевания выявлено у 327(89,6%) больных. II-20(90,5%) стадии, III-244(92,1%), IV-64(81,0%). При обследовании пролапс, выявлен у 21(7,9%) случаях у больных с III стадией и 15(19,0%) больных IV стадией геморроя. Пролапс купирован проведением у 8(2,2%) склерозирующей и флеботонической терапии. Увеличенные наружные узлы выявлены у 14(3,8%) больных, у 9(3,4%) III и 5(6,3%) IV стадией. При оценке признаков недержания по шкале Jorge-Wexner ни один из наших пациента не имел выше 3 баллов после операции. При сравнении клинических результатов лечения через 24 и 48 месяцев, не отмечается прогрессирования симптомов заболевания имеющих статистическую значимость ( $P > 0,005$ ). **ЗАКЛЮЧЕНИЕ** Таким образом, трансанальная доплер-контролируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией (HAL-RAR), является малоинвазивной альтернативой стандартному хирургическому лечению геморроидальной болезни II - IV стадии. Отдаленные результаты лечения, свидетельствуют о высокой эффективности методики у пациентов с II -IV стадией геморроя.

---

### 13. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ДЛЯ ВНЕДРЕНИЯ В ПРАКТИКУ НОВОГО СПОСОБА ТОНКОТОЛСТОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА

Никитин Н.А., Плехов А.В., Прокопьев Е.С.

г. Киров

ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России

Цель. Провести экспериментально-клиническую оценку нового инвагинационного способа концебокового тонкотолстокишечного анастомоза и обосновать возможность его внедрения в практику. Материал и методы. Предложен способ инвагинационного концебокового тонкотолстокишечного анастомоза (патент РФ № 2373872), формируемый однорядными узловыми инвагинирующими швами. В эксперименте на 16 кроликах пневмопрессионным, микробиологическим, морфологическим методами изучены клапанные свойства и характер заживления различных концебоковых тонкотолстокишечных анастомозов: продольного, поперечного, инвагинационного по Витебскому и предложенного. В клиническое исследование вошли 168 пациентов (95 из них с осложненным раком правой половины ободочной кишки), перенесших в 2003-2012 гг. операции с формированием концебокового тонкотолстокишечного анастомоза: продольный - 46, поперечный - 54, по Витебскому - 41, предложенный - 27 наблюдений. Группы сравнимы по полу, возрасту, нозологическим формам, объему операции. Результаты. В эксперименте клапанные свойства пневмопрессионным методом выявлены только в инвагинационных анастомозах по Витебскому и предложенном. Микробиологическим подтверждением клапанных свойств явилось отсутствие в тонкой кишке у животных с инвагинационными анастомозами микроорганизмов, естественно обитающих в толстой кишке. Морфологически предложенный анастомоз характеризуется полной адаптацией слоев и лучше выраженными репаративными реакциями. В клинике послеоперационные осложнения развились у 43 (25,6%) больных, летальность составила 16,7%. При предложенном анастомозе осложнения составили 14,8%, летальность - 7,4%, при этом несостоятельности анастомоза не было. В группах сравнения суммарно несостоятельность развилась в 9 (6,4%) наблюдениях из 141. Одногодичная летальность среди онкобольных, оперированных в 2003-2011г.г., составила 30,2% (26 из 86): при известных способах анастомоза - 33,3% (22 из 66), при предложенном - 25,0% (5 из 20). Пятилетняя выживаемость у оперированных в 2003-2008 г.г.

23

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

составила 56,9% (29 выживших из 51): при известных способах анастомоза - 57,1% (24 из 42), при предложенном-55,5% (5 из 9). Различия недостоверны ( $p>0,05$ ). Качество жизни в сроки от полугода до 10 лет изучено по опроснику GRSR у 70 больных: с продольным анастомозом - у 15, с поперечным - у 24, с анастомозом по Витебскому - у 15, с предложенным - у 16. При инвагинационных анастомозах выявлена меньшая выраженность диарейного и диспепсического синдромов ( $p<0,05$ ). В целом выявлено достоверно более высокое качество жизни у пациентов с предложенным анастомозом (р

---

14. Хирургическая тактика у пациентов с колоректальным раком, осложненным обтурационной кишечной непроходимостью в условиях общехирургического отделения

Крочек И.В., Сергийко С.В., Ибатуллин Р.Д.

Челябинск

Южно-Уральский медицинский университет

Актуальность. Летальность при запущенных формах рака толстой кишки, оперированных в экстренном порядке, достигает 27-60%, что говорит о социальной значимости проблемы. Цель исследования: Изучить результаты хирургического лечения пациентов с обтурационной кишечной непроходимостью опухолевого генеза и предложить наиболее рациональную тактику ведения данной категории пациентов. Материалы и методы: Анализированы результаты лечения 244 пациентов, оперированных с клиникой острой обтурационной кишечной непроходимости в период с 2003 по 2013годы. Из них женщины – 158 (65,1%), мужчины – 86 человек (34,9%). Средний возраст составил  $67,4\pm 19,8$  лет. Чаще всего причиной непроходимости был опухолевый процесс левых отделов ободочной кишки - 145 пациентов (59,4%), реже в правых отделах – 99 (40,6%). 201 пациент (82,4%) госпитализирован позже 24 часов от начала заболевания. Стадия T2 выявлена только у 14 пациентов (5,7%), T3 - у 75 (30,7%), T4 - у 155 (63,5%) больных. У 143 пациентов (58,7%) выявлены метастазы в печень, париетальную брюшину, матку с придатками и мочевой пузырь. Все пациенты были условно разделены на 4 группы. В первой группе (89 пациентов - 36,5%), выполнены условно-радикальные операции: правосторонняя гемиколэктомия 27 человек (30,3%), операции типа Гартмана 62 больных (69,7%). 14 пациентам второй группы (5,7%) выполнены обходные анастомозы. В третью группу определены 67 пациентов (27,5%), которым сформированы только разгрузочные колостомы с последующим радикальным оперативным вмешательством через 4-6 недель. Четвертую особую группу составили 74 пациента (30,3%), поступившие с клиникой перфорации опухоли и перитонита. У 9 из них (12,2%) была проведена операция типа Гартмана. В остальных случаях (87,8%) наложена декомпрессивная колостома с ограничением места перфорации марлевыми тампонами. Результаты и обсуждение. Наибольшее количество осложнений установлено в четвертой группе пациентов – 25 (33,7%), где и летальность была самой высокой – 45 (60,8%). Лучше обстояли дела у пациентов первой и второй групп больных. При этом значительной разницы между этими группами не установлено. Так, если в первой группе больных отмечено 13 осложнений (14,6%), то во второй группе выявлено только 9 осложнений (11,1%). Летальность в первой и второй группах не имела между собой достоверных различий – 14,6% в первой группе и 13,6% во второй. При сравнении непосредственных результатов лечения, полученных в 1 и 2 группах с результатами в третьей группе имелись достоверные различия. Заключение. Таким образом, учитывая количество осложнений и летальность, самые “оптимальные” непосредственные результаты получены во второй группе которым проведены минимальные вмешательства в виде колостомы и обходных анастомозов. Однако, при анализе отдаленных результатов, качество жизни и выживаемость была лучше, безусловно, в первой группе. Самые неблагоприятные отдаленные результаты получены нами в 3 группе пациентов. Если учитывать возможность кровотечения из неудаленных опухолей, раковую интоксикацию, повторное развитие и прогрессирование кишечной непроходимости, мы являемся сторонниками выполнения циторедуктивных резекций кишечника.

## 15. СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА С ПОМОЩЬЮ ОПТОВОЛОКОННОГО ЛАЗЕРА

Крочек И.В., Сергийко С.В., Попов В.П.,

Челябинск

Южно-Уральский государственный медицинский университет

Цель исследования: Оценить эффективность разработанного нами метода лазерного лечения эпителиального копчикового хода (ЭКХ) в сравнении с традиционной операцией. Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 211 пациентов с ЭКХ, поступивших в клинику для плановых операций. Мужчин было 159(75,4%), женщин - 52(24,6%). Средний возраст составил 29,8±8,3лет. Пациенты разделены на 2 репрезентативные группы. У 107 пациентов основной группы проведена разработанная в клинике операция с использованием оптоволоконного лазера с длиной волны 1,99nm. 104 пациентам контрольной группы проведено традиционное радикальное иссечение всех элементов ЭКХ с наложением первичного шва. Сущность предложенного нами метода заключается в следующем. Под внутривенным обезболиванием через первичное отверстие ложкой Фолькмана удаляем содержимое копчикового хода (волосы, некротизированные ткани, фибрин). Затем, под ультразвуковой навигацией через каждые 1,5-2,0см. гибким кварцевым световодом диаметром 0,4mm, чрескожно, используя импульсный режим генерации инфракрасного диапазона мощностью 5Вт, производим перфорацию мягких тканей до костной основы крестцовокопчиковой области таким образом, чтобы в зону лазерного воздействия попал весь ЭКХ со всеми карманами и затеками. Следующим этапом производим лазерную термотерапию ходов, полостей, карманов, используя непрерывный режим и мощность 2,5 Вт. Продолжительность лечения составляет 7,8±3,4мин. При необходимости процедура повторяется до трех раз с интервалом 10 дней. Для контроля за репаративным процессом на 2, 7, 10, 20 сутки проводится ультрасонография зоны лазерного воздействия, на которой отмечается отчетливое формирование соединительнотканного рубца. Результаты лечения: У пациентов первой группы практически отсутствовал болевой синдром, в то время как во второй группе он составлял 3,8±1,9балла по международной визуально-аналоговой шкале боли. Длительность стационарного лечения в первой группе составила 2,2±0,4дня, во второй – 12,3±2,1дня. Пациенты основной группы могли свободно ходить, присаживаться, лежать на спине, чего нельзя было сказать о группе контроля. Трудоспособность пациентов восстанавливалась через 5,3±1,2дня, а в группе сравнения – 17,3±2,4. После традиционного лечения рецидив заболевания отмечен у 4 пациентов (4,1%), то после лазерного лечения составил 7,5% (8 больных). Эти пациенты имели длительный анамнез заболевания и частые рецидивы заболевания. В последующем они оперированы. Вывод: Отсутствие болевого синдрома, хорошая переносимость и косметический эффект, удовлетворительные отдаленные результаты лечения позволяют рекомендовать метод лазерного лечения у пациентов без длительного анамнеза заболевания.

---

## 16. Новая методика раздельной закрытой геморроидэктомии

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

Симферополь

Крымская медицинская академия имени С.И. Георгиевского Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского

Метод может быть использован для улучшения результатов хирургического лечения острого и хронического геморроя. Цель предлагаемого метода - оптимизировать способ закрытия послеоперационной раны с целью профилактики возможных послеоперационных осложнений, максимального воздействия на все звенья патогенеза заболевания. Прототипом методики является закрытая геморроидэктомия по Фергюсону, при которой единым блоком иссекаются наружные (ниже зубчатой линии) и внутренние (выше зубчатой линии) геморроидальные узлы на 3, 7, 11 часах. Питающие их геморроидальные артерии лигируются. Оставшиеся раны ушиваются наглухо. Признаками, совпадающими с существенными признаками предлагаемого способа, являются иссечение наружных и внутренних геморроидальных узлов, лигирование питающих их артериальных сосудов, с последующим ушиванием образовавшихся ран. Причинами, препятствующими получению ожидаемого технического результата (повышению эффективности хирургического лечения), являются: 1. формирование раневого канала в результате ушивания раны, по которому инфекция из прямой кишки, попадает в подслизистый слой и параректальную клетчатку, что может приводить возникновению гнойно-септических осложнений, 2. иссечение плотно фиксируемой к подлежащим тканям анодермы (линия Хилтона) с последующим ее ушиванием может приводить к образованию стриктур анального канала, нарушению сенситивной функции анального канала с последующим развитием анальной инконтиненции. 3. не ликвидируется смещения слизисто-подслизистого слоя прямой кишки, вследствие ослабления мышцы Паркса, что многие авторы ставят во главу угла возникновения геморроя. В основу полезной модели поставлена задача усовершенствования способа-прототипа тем, что с целью профилактики возникновений возможных осложнений, предлагается: 1. иссечение внутренних и наружных геморроидальных узлов не единым блоком, а по отдельности, оставляя между ними узкую полоску анодермы шириной 5-7 мм, позволяет разобщить прямокишечную и перианальную раны, предупреждая распространение инфекции, на перианальную область (возникновение параректальных свищей), избежать сужения анального канала и более полно сохранить сенситивную (удерживающую) функцию последнего. 2. ушивание прямокишечной раны гофрирующим швом, обеспечивающим мукопексию и надежный гемостаз. 3. ушивание перианальной раны, двумя рядами швов: а) подкожный, гемостатический, б) внутрикожный (наружный), обеспечивающий косметический эффект. Между совокупностью основных признаков способа и ожидаемым техническим результатом, имеется причинно-следственная связь: доказано, что внутренние и наружные геморроидальные узлы имеют различное кровоснабжение. Внутренние геморроидальные узлы кровоснабжаются из системы нижней брыжеечной артерии и ее конечной ветви – верхней прямокишечной артерией. Наружные геморроидальные узлы получают кровь из системы внутренней подвздошной артерии и ее конечных ветвей - средней и нижней прямокишечных артерий, что позволяет проводить раздельную геморроидэктомию, уменьшая риск возможных осложнений. Это также объясняет встречающееся несоответствие локализации внутренних и наружных геморроидальных узлов по часам циферблата и позволяет отдельно иссекать наружные геморроидальные узлы из дополнительных радиарных разрезов. Описание техники выполнения предлагаемого хирургического вмешательства. Положение больного на операционном столе, как при промежностном камнесечении, на спине; нижние конечности согнуты в коленных и тазобедренных суставах, приведены к животу, разведены в стороны и помещены на подставки. Под спинномозговой или иной анестезией проводится дивульсия ануса. На ножку внутреннего геморроидального узла накладывается зажим Бильрота. Викрилом 2/0 прошивается и перевязывается питающая его геморроидальная артерия. Лигатура не отсекается. Геморроидальный узел приподнимается, на основание его накладывается зажим Бильрота, узел отсекается. Ранее наложенной лигатурой, на геморроидальную артерию, обвивным швом вокруг зажима, прошивается основание узла в дистальном направлении, до зубчатой линии и обратно. Лигатура затягивается, выполняется мукопексия, завязывается. Отступая на 7-8 мм от зубчатой линии двумя полуовальными разрезами иссекается наружный геморроидальный узел. Рана ушивается двухрядным швом: I ряд – гемостатический, глубокий, II ряд - внутрикожный, обеспечивающий косметический эффект. Аналогично иссекаются оставшиеся геморроидальные узлы. Если количество наружных геморроидальных узлов превышает три, допустимо дополнительное их иссечение радиарным разрезом, ниже линии Хилтона, с последующим ушиванием раны. Внутрикожные швы в перианальной зоне, образуют более нежный рубец, а со временем, атрофируясь, «теряются» в естественных радиарных складках кожи, обеспечивая косметический эффект вмешательства. На этот способ геморроидэктомии нами получен Патент Украины на полезную модель №82344 «Способ геморроидэктомии по Селиванову» МПК 2013.01 А61В 17/00 В технологии ОС мы используем сочетание оперативных приемов, направленных на полную редукцию (уменьшение массы) кавернозной ткани, снижение притока артериальной крови к терминальному отделу прямой кишки и восстановление связочного аппарата внутренних геморроидальных узлов. Поэтому предложенный способ закрытой раздельной геморроидэктомии по Селиванову является патогенетически и анатомически обоснованным, позволяет сократить время нахождения больного в стационаре, снижает вероятность возникновения послеоперационных осложнений. Предлагаемая операция позволяет оказать

влияние едва ли не на все патогенетические факторы возникновения ХКГ, включая в дополнение к уже упомянутым снижение численности функционирующих артериоло-венулярных анастомозов и давления в терминальном отделе прямой кишки. Можно сказать, что предложенная операция является попыткой полностью решить проблему лечения геморроя и его рецидивирования, исключив действие большинства патогенетических факторов.

## 17. ЛЕЧЕНИЕ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО РУБЦОВО-ЯЗВЕННОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА

Дурлештер В.М., Дидигов М.Т., Соколенко С.В.

Краснодар

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России

Декомпенсированный дуоденальный стеноз (ДДС) – одно из наиболее тяжелых осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ДПК), требующее хирургического лечения. Тяжесть состояния больных с ДДС обусловлена выраженной потерей массы тела, длительным нарушением желудочно-дуоденальной эвакуации, ведущей к тяжелым нарушениям всех видов обмена веществ. Данное осложнение язвенной болезни ДПК развивается, по данным разных авторов, у 10-47% больных с хроническими дуоденальными язвами, являясь причиной смерти у 10,7–13,1% умерших от язвенной болезни. Материалы и методы. Обобщен опыт хирургического лечения 68 больных с ДДС язвенной этиологии, находившихся в экстренных хирургических отделениях МБУЗ КГК БСМП г. Краснодара с 2000 по 2012 годы, а также 176 пациентов, прооперированных органосохраняющим методом дуоденопластики (ДП) в условиях ГБУЗ ККБ № 2 г. Краснодара в эти же сроки. Методы обследования включали общеклинические анализы, УЗИ, ЭФГДС, рентгенологическое и последующее интраоперационное исследование гастродуоденального комплекса, манометрические и электрофизиологические исследования. Результаты и обсуждение. Всем больным проводили предоперационную подготовку, включающую антацидную терапию блокаторами протонной помпы, коррекцию водно-электролитных расстройств и гомеостаза. Органосохраняющие операции в условиях МБУЗ КГК БСМП выполнены 38 (56%) больным, различные виды резекции желудка 30 (44%) пациентам, при этом операция по Бильрот-1 произведена у 9 больных, по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера – 19 больным, резекция желудка по Ру 2 больным, а 30 пациентам выполнена изолированная ДП, в сочетании с СПВ – у 8 больных. Всем 176 больным, оперированным в условиях ГБУЗ ККБ № 2 выполнены различные виды ДП. Частота ранних послеоперационных осложнений составила при органосохраняющих вмешательствах – 7,8%, после резекции желудка – 16,6%. Летальных исходов после выполнения ДП не было, после резекции желудка летальность составила 3,3%. Отдаленные результаты комплексного лечения удалось оценить у 40 пациентов. В отдаленном периоде после резекции желудка у 9 больных отмечались постгастрорезекционные расстройства: синдром приводящей петли – у 3, пептическая язва гастроэнтероанастомоза – у 2, демпинг-синдром различной степени тяжести – у 4 пациентов. С целью уменьшения травматичности оперативного вмешательства и профилактики послеоперационных осложнений лечение больных с ДДС разбито на 2 этапа. На первом этапе производится пилоросохраняющая операция – ДП, направленная на восстановление естественного порционного пассажа желудочного содержимого в ДПК, устранение рубцово-язвенного поражения с сохранением привратника. При этом наблюдение за больными, перенесшими первый этап хирургического лечения, продемонстрировало возможность полного восстановления моторно-эвакуаторной функции расширенного желудка. Уже в ближайшие месяцы он принимал естественные размеры и форму. Это, в свою очередь, позволило оценить истинные показатели секреции желудочного сока, искажаемые длительным гастростазом при ДДС. Вторым этапом хирургического лечения у этих больных после их дополнительного обследования является выполнение антацидной операции – селективной проксимальной ваготомии, с целью предупреждения язвообразования. Необходимо отметить, что в связи с появлением современных антацидных препаратов, в ряде случаев выполнение второго этапа хирургического лечения удастся избежать. Заключение. Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о том, что ДП является операцией выбора в лечении ДДС, так как устраняет только рубцово-язвенное поражение стенки кишки с

сохранением привратника, восстанавливает порционный пассаж желудочного содержимого в ДПК, демонстрирует полное восстановление моторики и функции желудка. Предложенная двухэтапная тактика хирургического лечения больных с ДДС снизила до минимума послеоперационные осложнения и летальность. Показания к выполнению антацидной операции на современном этапе должны определяться более дифференцированно, с учетом социального статуса пациента и его комплаентности.

---

## 18.АНТИЭНДОТОКСИНОВЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ

В.Н. Старосек, А.Г. Бутырский, Г.И. Кирсанов

Симферополь

Кафедра хирургических болезней ФПО Крымской медицинской академии имени С.И. Георгиевского

Цель исследования: установить роль антиэндоксинowego (АЭТ) иммунитета в патогенезе и течении распространенных перитонитов. Материалы и методы. Нами изучено 33 больных в возрасте 15-86 лет (М:Ж=25:8), которые лечились по поводу распространенного перитонита, осложнившего течение деструктивного аппендицита (13) и перфоративных язв (20). Кровь для исследования бралась при поступлении в стационар и на 5-ые и 6-ые сутки. АЭТ антитела классов А, М и G (анти-ЛПС-Ig А, М, G) определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа. Группой контроля составили здоровые доноры (10 человек). Статистическую обработку проводили с помощью программы Excel 2000 из пакета MS Office 2000. Результаты и обсуждение. Больных с высоким уровнем АЭТ иммунитета было 24% (6); у них в послеоперационном периоде наблюдалось быстрое улучшение общего состояния, снижение температуры, появление перистальтики, нормализация лабораторных показателей к 4-5-ым суткам. Осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде не наблюдалось. Больных с низким уровнем иммунитета было 76% (27); у всех больных этой группы наблюдался вялотекущий послеоперационный период, у некоторых отмечалось нагноение раны, лабораторные показатели не нормализовались к 4-5-ым суткам. Из полученных данных видно, что по исходному уровню анти-ЛПС-IgA пациенты с высоким уровнем иммунитета практически не отличались от доноров ( $0,276 \pm 0,004$  и  $0,348 \pm 0,053$ ;  $p > 0,05$ ), а у пациентов группы с низким иммунитетом показатели были достоверно ниже, чем у доноров и пациентов I группы ( $0,084 \pm 0,007$ ;  $p < 0,05$  для всех групп иммуноглобулинов), что свидетельствует о необходимости дополнительных методов коррекции иммунологического статуса при перитоните. Снижение показателей АЭТ иммунитета во II группе трактуется как фон и результат усиленной транслокации эндотоксина и его продуцента из просвета кишечника в системный и портальный кровоток. Нарушение АЭТ механизмов может потенцировать иные средства его нейтрализации, в частности, активацию эндотоксинсвязывающего белка плазмы. Это – в свою очередь – приводит к чрезмерной стимуляции CD14-рецепторных структур на клетках моноцитарно-макрофагальной системы, с которыми этот комплекс активно взаимодействует. Гиперактивация CD14-рецепторов запускает механизмы усиленного синтеза провоспалительных цитокинов и – в конечном счете – к формированию синдрома системного воспалительного ответа с возможным развитием абдоминального сепсиса. Больным с низким уровнем АЭТ иммунитета на 5-ые сутки вводилось 3 мл сандоглобулина Н внутривенно, после чего через сутки отмечено резкое увеличение титра анти-ЛПС-антител ( $0,342 \pm 0,02$ ;  $0,284 \pm 0,02$ ;  $0,186 \pm 0,04$ ; p

---

## 19.ЭКСТРАТОРАКАЛЬНОЕ ШИНИРОВАНИЕ НЕСТАБИЛЬНОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ

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

Котов И.И., Агишев Р.Г., Козарь О.К., Федоркин Д.В., Федоренко Е.С.

Омск

Котов И.И.(1), Агишев Р.Г.(2), Козарь О.К.(2), Федоркин Д.В.(2), Федоренко Е.С.(2) 1) Омская государственная медицинская академия, 2) БУЗОО ГК БСМП №1 г. Омск

Нестабильная грудная клетка (НГК) при множественных переломах ребер определяется смещением костных отломков или фрагментов грудной стенки при дыхании (в т.ч. флотирующий перелом ребер (ФПР) и, или движении с возможной тенденцией к усилению этого смещения и развитием тяжелой дыхательной недостаточности (ДН). Причиной ДН являются расстройства вентиляции легких вследствие сильной боли при смещении костных отломков, парадоксального дыхания, нарушения каркаса грудной клетки, неэффективного кашля, а так же ухудшении диффузии газов при ушибе легких, что в ряде случаев требует перевода на ИВЛ. У большинства пациентов с НГК и ФПР имеется ушиб легких и повреждения других органов и систем. Для ранней активизации таких больных необходима стабилизация грудной стенки. Методики открытого очагового остеосинтеза ребер или закрытого - с эндовидеоторакоскопией утяжеляют состояние пациентов из-за дополнительной травмы или необходимости однологичной вентиляцией и являются технически сложными для неспециализированных отделений. Исходя из вышеизложенного, нами предложена малоинвазивная методика хирургической стабилизации грудной стенки при множественных переломах с НГК и ФПР у больных с политравмой и тяжелой ДН. Суть методики заключается в следующем. Транскутанно перикостальными лигатурными швами фиксируют нестабильные и стабильные участки груди к армированной силиконовой шине изогнутой по кривизне грудной стенки U – образно или иначе. Шину изготавливают из медицинской силиконовой трубки армированной трехжильным медным кабелем ВВГ 3х4 (все компоненты сделаны в России), что придает ей необходимую жесткость и упругость, а кожные покровы при этом соприкасаются с инертным и разрешенным в медицине материалом. При разработке методики получено два патента РФ: № 110252 от 20.11.2011 г. и №107037 от 10.08.2011 г. Методика нами применена у 11 пациентов с политравмой с НГК и ФПР у всех больных был ушиб легких, гемо- или гемопневмоторакс, тяжелая ДН, множественные повреждения мягких тканей. У одной пациентки был глубокий разрыв нижней доли левого легкого. У 9 пациентов - множественный двусторонний перелом ребер, причем, на стороне шинирования отмечалось от 11 до 18 мест переломов ребер. У 5 -сотрясение головного мозга, у одного тяжелый ушиб мозга. У 2 - перелом лопатки, у 4 - перелом боковых и остистых отростков позвонков, у 1 - стабильный компрессионный перелом тел позвонков. У всех больных был выполнен торакоцентез, в одном случае торакотомия. У двух - лапаротомия и спленэктомия по поводу разрыва селезенки. Во всех случаях удалось стабилизировать грудную стенку, устранить флотацию при окончатых переломах. В большинстве случаев ИВЛ продолжалась от 2 до 4 суток. После перевода на спонтанное дыхание у больных значительно уменьшилась боль при дыхании и движении, появилась физическая активность, стал возможным эффективный кашель. Рентген- и УЗИ контроль выполняли по мере надобности и перед выпиской. Дренажи из плевральной полости убирали на 5-6 сутки. Шину снимали на 14-18 сутки. При этом патологической подвижности в местах переломов не отмечали. Десять больных выписаны в удовлетворительном состоянии, одна пациентка с РДСВ и двусторонней пневмонией погибла на 61 сутки от дыхательной недостаточности. Стабилизация груди фиксирующей нагрудной шиной эффективно устраняет патологическую подвижность при ФПР и НГК, минимально травматична и технически выполнима в ближайшем хирургическом или травматологическом отделении к месту происшествия.

---

## 20.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ДИВЕРТИКУЛЕЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Андреев А.Л., Морозов А.Б., Самойлов А.О., Чуйко С.Г.

Санкт-Петербург

ООО «АВА-ПЕТЕР», клиника «Скандинавия»

Актуальность проблемы обусловлено тем, что в последнее время отмечается тенденция увеличения пациентов с дивертикулезом толстой кишки, осложненным абсцедированием, перфорацией и перитонитом. Кроме того, меняется тактика лечения этой категории пациентов. В докладе представлены 22 пациента с осложненным дивертикулезом толстой кишки. Возраст пациентов колебался от 38 до 84 лет (2 - мужчин, 20 - женщин). У 15 пациентов дивертикулы локализовались изолированно в сигмовидной кишке, у 6 - в сигмовидной и нисходящей ободочной кишках, 1 – субтотальное поражение толстой кишки. Тактика лечения зависела от локализации, распространенности и осложнений дивертикулеза толстой кишки. В 6 случаях в связи разлитым перитонитом, абсцедированием, выраженными инфильтративными изменениями первым этапом выполнена лапаротомия, обструктивная резекция сигмовидной кишки по Гартману. Пяти стомированным пациентам, через 3-4 месяца после первой операции проведено лапароскопическое восстановление проходимости толстой кишки. В одном случае с субтотальным дивертикулезом толстой кишки от реконструктивной операции отказались, по желанию пациентки. У 15 пациентов применено одно- или двухэтапное лапароскопическое лечение. Из них, в 8 наблюдениях после консервативной терапии, купирования острого периода заболевания и обследования выполнена лапароскопическая резекция сигмовидной кишки. Двум больным с серозным перитонитом вначале выполнена диагностическая лапароскопия с дренированием брюшной полости и консервативная терапия, а затем – лапароскопическая резекция сигмовидной кишки. У 5 пациентов, первым этапом выполнили лапароскопическую обструктивную резекцию сигмовидной кишки по Гартману, вторым этапом – лапароскопическое восстановление непрерывности толстой кишки. Следует отметить, что если дивертикулы распространялись на нисходящую ободочную и прямую кишки (или ее культю), то при основном этапе лапароскопической операции дополнительно выполняли резекцию этих отделов. На традиционную операцию перешли трижды. У пациента при проведении экстренной операции, на этапе диагностической лапароскопии выявили выраженные инфильтративные изменения и разлитой каловый перитонит, поэтому перешли на традиционную операцию и выполнили обструктивную резекцию сигмовидной кишки по Гартману. У этого же пациента, через 4 месяца, при попытке лапароскопического восстановления проходимости толстой кишки, из-за спаек брюшной полости и малого таза, также перешли на лапаротомную операцию. В одном случае при проведении лапароскопического восстановления непрерывности толстой кишки из-за поломки циркулярного сшивающего аппарата Серьезных интра- и послеоперационных осложнений не было. Наш опыт свидетельствует, что лапароскопическая хирургия в скором времени может стать основным малотравматичным и эффективным методом лечения осложненного дивертикулеза толстой кишки. Необходимо проводить дальнейшее исследование по определению возможностей, одно- и двухэтапной лапароскопической хирургии осложненного дивертикулеза толстой кишки.

---

21. Факторы риска развития осложнений эндоскопической резекции слизистой оболочки при латерально распространяющихся колоректальных опухолях

Заикин С.И.

Ленинск-Кузнецкий

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»

Латерально распространяющиеся опухоли (LST) толстой кишки в настоящее время все чаще диагностируются с помощью хромоколоноскопии. В многочисленных публикациях зарубежных и единичных публикациях отечественных авторов показано, что эндоскопическая резекция слизистой (ЭРС) при LST являясь безопасной и эффективной лечебной процедурой, в том или ином проценте случаев сопровождается осложнениями: кровотечение, перфорация, рецидив. Цель. Оценить эффективность и безопасность ЭРС при LST, определить независимые факторы риска развития осложнений при ЭРС для LST. Материалы и методы. С февраля 2007 по ноябрь 2012 года удалено 208 LST у 197 пациентов в возрасте

30



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

от 18 до 89 лет ( $57,8 \pm 12,6$  лет). Мужчин было 84(43,3%), женщин – 113(56,7%). Тотальная хромоколоноскопия с помощью CF-V70L (Olympus, Япония) и ЭРС выполнена одним эндоскопистом. ЭРС включала: подслизистое введение жидкости (5% раствор глюкозы) иглой NM-220L («Olympus», Япония), удаление петлей SD-16U-1 («Olympus», Япония) или авторским устройством (Патент РФ №2308902, 2007). Эндоскопический контроль осуществлялся в 3, 6, 12 и 24 месяца. Результаты. За один сеанс было удалено 208 LST. Из них LST-NG – 48(23,1%), LST-G – 160(76,9%). Размер LST: от 11 до 20 мм - 154(74,0%); более 20 мм – 54(26,0%). В слепой кишке находилась 41(19,7%) LST, в восходящей ободочной кишке – 54(26,0%), в поперечной ободочной кишке – 22(10,6%), в нисходящей ободочной кишке – 15(7,2%), в сигмовидной ободочной кишке – 55(26,4%), в прямой кишке – 21(10,1%). Гистологическое исследование выявило в 136 (65,4%) LST тубулярную аденому, в 36(17,3%) – тубулярно-ворсинчатую аденому, в 13(6,2%) – ворсинчатую аденому и в 23(11,1%) – аденокарциному sm1. При ЭРС одним блоком удалено 184(88,5%) LST, «по частям» – 24(11,5%). Среди осложнений ЭРС было 5 (2,4%,  $n=208$ ) случаев кровотечений, из них 3 случая при удалении опухоли «по частям» ( $\chi^2=5,38$ ,  $p=0,020$ ). Все они распознаны во время ЭРС и остановлены эндоклипированием культи сосудов. Рецидив опухоли отмечен в 12 (5,8%,  $n=208$ ) случаях, в среднем через  $7,2 \pm 4,8$  месяцев. При однофакторном анализе установлено, что рецидив был связан с размером LST более 20 мм, малигнизацией опухоли и резекцией «по частям», в то время как кровотечение и все осложнения были связаны с резекцией «по частям», размером опухоли более 20 мм и негранулярным типом роста. С помощью метода логистической регрессии обнаружено, что суммарно осложнения были независимо связаны с размером LST более 20 мм (ОШ: 5,8; 95% ДИ: 1,7-20,0;  $p=0,005$ ).

---

22. Традиционное и малоинвазивные методы ушивания перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки

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

Уфа

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет

Актуальность. Среди всех осложнений язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки перфорация язвы остается одним из наиболее тяжелых и требует немедленного оперативного лечения. Данное осложнение возникает в среднем у 15% всех больных язвенной болезнью. Несмотря на появление современных противоязвенных препаратов и успехи консервативного лечения язвенной болезни, частота прободений язвы не имеет тенденции к снижению. До настоящего времени остается высокой летальность при прободной язве, составляющая от 4 до 14%. Перфоративная язва желудка или 12-перстной кишки является абсолютным показанием к хирургическому вмешательству. Основной задачей является своевременная диагностика и определение объема и вида операции. Активное внедрение минидоступов и видеолапароскопической техники в ургентную хирургию расширило как диагностические, так и лечебные возможности хирургов, а появление новых противоязвенных препаратов позволяет значительно снизить количество рецидивов язвенной болезни. В связи с этим необходимо пересмотреть хирургическую тактику при перфоративных язвах желудка и 12-перстной кишки, а также определить показания и противопоказания к применению минидоступов и эндохирургического метода при этой патологии. Радикальные оперативные вмешательства (резекции желудка в различных модификациях, пилоропластика с ваготомией) выполняются как правило при сочетании двух и более осложнений язвенной болезни. В настоящее время операцией выбора следует считать простое ушивание перфорации, а применение современных противоязвенных препаратов в послеоперационном периоде позволяет достичь ремиссии язвенной болезни. Целью настоящей работы явилось изучение результатов ушивания перфоративных пилородуоденальных язв лапароскопическим, мини и лапаротомным доступом при дифференцированном подходе к выбору данных операций. Материал. Проанализированы истории болезни 198 больных, оперированных в ГБУЗ БСМП г.Уфа с 2008 по 2012 г. Женщин было 24 (12,6%), мужчин – 173 (87,3%). Возраст больных колебался от 18 года до 80 лет. Средний возраст пациентов – 42 года. Прободная язва 12-перстной кишки диагностирована у 171 человек (86,3%),

31

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

желудка – у 27 (13,7%). Сроки с момента перфорации: до 6 часов – 72,7% (144), 6-12 часов – 7,6% (15), 12-24 часов – 13,6% (27), 24-48 часов – 6% (12), > 48 часов – 1,5% (3). Тяжесть состояния оценивалась по АРАСНЕ 2: до 6 баллов – 38,1% (75), 6-12 баллов – 47,8% (95), 12-18 баллов – 11,3% (22), > 18 баллов – 2,8% (6). Умерли 17 человек (8,6%). Позднее 24 часов с клиникой распространенного перитонита поступили 15 человек. У выживших послеоперационный период осложнялся в 16 случаях. Отмечались такие осложнения, как нагноение послеоперационной раны 9(4,9%), несостоятельность швов ушитой язвы 1(0,5%), внутрибрюшные абсцессы 6(3,2%). Ушивание перфоративной язвы в 116(58,8%) случаев было выполнено с помощью эндовидеоскопической технологии. Классически накладывался пневмоперитонеум в параумбиликальной точке с введением лапароскопа. Дополнительно вводились от 2 до 3 манипуляционных троакара. После ревизии внутренних органов выполнялся вариант ушивания язвы: однорядный – 88(44,3%), двухрядный – 81(40,7%), двухрядный с оментопластикой – 8(3,8), шов с иссечением язвы – 18(11,2%). После тщательной санации брюшной полости проводилось её дренирование. Продолжительность операции варьировала от 30 до 100 минут. Летальных исходов после лапароскопического ушивания прободной язвы не было. Наблюдались 44(22,2%) случая конверсии доступа: разлитой перитонит – 84% (37), перфоративное отверстие > 10 мм – 4,5% (2), прорезывание швов – 9,1% (4), анатомические особенности – 2,3% (1). Средний срок пребывания пациентов в стационаре составил при лапароскопическом способе – 10,7; минидоступом – 13,4; Лапаротомия – 20,8 дней. Пациенты оперированные видеоскопически и через минидоступ в послеоперационном периоде не нуждались в наркотической анальгезии. Больные начинали вставать к концу первых суток, со вторых суток получали жидкую пищу. Медикаментозная терапия заключалась в инъекциях анальгина, прокинетики (метоклопрамид), в/в введении современных ингибиторов протонной помпы с последующим переводом на пероральный прием, проведение эрадикационной терапии после консультации гастроэнтеролога (кларид, амоксициллин, трихопол). Заключение. Таким образом, проведенное исследование показало, что использование видеоскопических и минилапаротомных методов ушивания позволяют уменьшить как интенсивность болевого синдрома, так и длительность пребывания больных в стационаре. Лапароскопическое ушивание язвы – операция выбора при перфоративной язве пилородуоденального канала небольших размеров, при отсутствии других сопутствующих язвенных осложнений.

---

## 23. ПРОГНОЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ОСНОВАНИИ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА

Смарж Т.М., Кузнецов А.В., Шестаков В.В., Алексеев Б.В., Федин Е.Н.

Новосибирск

Новосибирский государственный медицинский университет, Кафедра факультетской хирургии.

Актуальность. Достоверная оценка вероятности появления того или иного осложнения у пациентов в предоперационном периоде, к сожалению, на сегодняшний день невозможна. Общеизвестных шкал оценки риска послеоперационных осложнений, как местных, так и общих, до сих пор не разработано. Частота развития раневых осложнений зависит от типа оперативного вмешательства: при чистых ранах – 1,5-6,9%. По данным ВОЗ за 2011 год не менее 5 % при чистых оперативных лечениях. В плановой хирургии послеоперационных грыж количество общих осложнений достигает 8,9%. (Э.Г. Абдуллаев В.В. Бабышин, 2010г.) Задачи исследования. Оценка адаптационных возможностей организма по показателю активности регуляторных систем, при помощи исследования вариабельности ритма сердца. Сравнение количества послеоперационных осложнений и рецидивов у пациентов с разными показателями ПАРС. Материалы и методы. Проанализированы случаи лечения 123 пациентов, с послеоперационными грыжами MW3-4R0-2 (по Chavrel 1999) оперированные способом установки полипропиленового сетчатого протеза в положение преперитонеального «sublay». Исследование проводили при помощи компьютерного электрокардиографа для исследования вариабельности ритма сердца «ВНС-Микро» (Россия). Пациенты разделены на основную группу, включающую в себя: Группа № 1(n=43) - с количеством баллов 1-4 (хорошая адаптация); группа № 2(n=41) - 5-7 (удовлетворительная адаптация); группа № 3(n=39) - 8-10

32

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

баллов (дезадаптация). Результаты исследования. После операции болевой синдром в группе 1 был меньше чем в 3 на 59,6%; в группе 2 на 49,4%. В группе 2 и 3 показатели пульса, лейкоцитов в среднем были выше на 49,2%, чем в группе 1. Худшие клинические показатели и показатель качества жизни выявляли в группе со срывом адаптации. Увеличение местных осложнений от 0 до 41,6 % в зависимости от роста ПАРС, срока пребывания в стационаре максимум на 68 % у пациентов 3 группы. Какой-либо специфической сопутствующей патологии наиболее часто дающей обострения в зависимости от состояния адаптации организма выявлено не было. Выводы. 1. При исходно нормальных показателях клинических исследований отсутствуют критерии оценки степени риска послеоперационных осложнений. 2. ПАРС явился показателем, реагирующим на субклинические проявления слабости адаптационных систем организма, не являясь при этом специфичным по развитию того или иного осложнения, либо обострения сопутствующей патологии. 3. Риски послеоперационных осложнений возрастают прямо пропорционально значению ПАРС.

---

#### 24.ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО СРОКА ОПЕРАЦИИ НА ОСНОВАНИИ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА

Смарж Т.М., Кузнецов А.В., Шестаков В.В., Алексеев Б.В., Федин Е.Н.

Новосибирск

Новосибирский государственный медицинский университет, Кафедра факультетской хирургии.

Актуальность. Количество общих осложнений в герниологии достигает 8,9%. (Э.Г. Абдуллаев В.В. Бабышин, 2010г.) Частота осложнений в лечении послеоперационных грыж доходит до 30-35%, что в 4,9 – 15 % случаев приводит к рецидиву грыжи. Общепризнанных шкал оценки риска послеоперационных осложнений местных и общих, до сих пор не разработано. Только опыт хирурга, индивидуальный подход в лечении, исполнение рекомендаций смежных специалистов, и прочие субъективные данные, могут помочь избежать осложненного течения послеоперационного периода. Задачи исследования. Оценка адаптационных возможностей организма по показателю ПАРС, при помощи исследования variability ритма сердца и их корреляция с количеством осложнений. Оценка результатов использования индивидуальной предоперационной подготовки для пациентов. Материалы и методы. Проанализированы случаи лечения 77 пациентов, с послеоперационными грыжами MW3-4R0-2 (по Chavrel 1999) оперированные с установкой полипропиленового сетчатого протеза в положение «sublay» преперитонеально. Исследование проводили при помощи компьютерного электрокардиографа для исследования variability ритма сердца «ВНС-Микро» (Россия). Пациенты разделены следующие группы: Группа № 1(n=39) показатель ПАРС- 8-10 баллов, что свидетельствует о дезадаптации. Группа № 2 (n=38) - пациентов восстановившие ПАРС после предоперационной подготовки с 8-10 до 5-7 баллов(удовлетворительная адаптация) за счет предоперационной подготовки в течение 2-х – 5-и месяцев. Подготовка заключалась в: проведении дыхательной гимнастики; постоянном ношении бандажа с тренировкой брюшной стенки за счет изменения силы компрессии на брюшную стенку; приеме поливитаминов 1 раз в сутки; кардионагрузке - ежедневно ходьба 1000 м со скоростью 5-7 км в час под контролем пульса (до 140 уд в минуту). Запись ВРС в группе №2 проводили 1 раз в неделю в течение 2-х -5-ти месяцев. Оценивали протекание послеоперационного периода (термометрия, боль по ВАШ, контроль лейкоцитов крови, пульс) и качество жизни по шкале SF 36 до операции, на 3-и и 7-е сутки. Фиксировали послеоперационные осложнения раневые и общие, сроки пребывания в стационаре. Результаты исследования. В группе пациентов №2, болевой синдром был меньше на 49,3%, показатели лейкоцитов и пульса на 39,6%, количество местных осложнений на 9,2 %, обострение сопутствующей патологии на 69,2%. Сроки лечения в стационаре на 64,4% по сравнению с группой 1. Выводы: 1. Риски послеоперационных осложнений возрастают прямо пропорционально значению ПАРС. 2. Путем проведения предоперационной подготовки удалось улучшить показатели протекания послеоперационного периода и сократить количество осложнений. Удалось значительно уменьшить сроки пребывания в стационаре.

---

25. Критерии выбора вида и объема операции при острой obtурационной толстокишечной непроходимости

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

Уфа

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Актуальность. В большинстве случаев острая толстокишечная непроходимость обусловлена злокачественной опухолью ободочной и прямой кишки. Послеоперационная летальность среди больных с данной патологией достигает 44%, а послеоперационные осложнения 40%. Методы. Нами пролечено 115 больных острой толстокишечной непроходимостью: 67 (58,3%) мужчин и 48 (41,7%) женщин. Большинство больных были старше 60 лет. Наличие острой толстокишечной непроходимости подтверждалось клиническими, рентгенологическими, ультразвуковыми, эндоскопическими методами исследования. Интраабдоминальное давление измерялось путем измерения давления в мочевом пузыре, желудке, прямой кишке. Степень внутрибрюшной ишемии оценивалась по уровню лактата и рН крови. Результаты. В 94 (81,7%) случаях интраабдоминальное давление превышало 10 мм рт. ст. У 38 (33%) больных оно находилось в пределах 10–15 мм рт. ст., а уровень лактата и рН крови не превышали показатели нормы. Данные больные оперировались не позже 24 часов от момента поступления. У 36 (31,3%) больных интраабдоминальное давление находилось в пределах 16–25 мм рт. ст., в крови имел место слабо выраженный ацидоз, уровень лактата находился в пределах 2–8 ммоль/л. Из данных больных до операции 11 (9,6%) произведена лазерная реканализация толстой кишки, 12 (10,4%) зондовая декомпрессия, после чего у 17 (14,8%) больных в течение 6 часов интраабдоминальное давление снизилось на  $4,5 \pm 0,48$  мм рт. ст. При неэффективности дооперационной декомпрессии данные больные оперировались не позже 12 часов от момента поступления. У 20 (17,4%) больных уровень интраабдоминального давления превышал 25 мм рт. ст., в крови имели место выраженный ацидоз и повышение уровня лактата более 10 ммоль/л. Эти больные оперировались не позже 2 часов после предоперационной подготовки. Минилапаротомия с колостомией выполнены в 19 (16,5%), лапаротомия с колостомией в 26 (22,6%), обструктивная резекция толстой кишки в 15 (13%), резекция кишки с формированием межкишечного анастомоза в 55 (47,9%) случаях. У 3 (2,6%) больных повышение интраабдоминального давления явилось индикатором несостоятельности швов анастомоза. Выводы. Измерение интраабдоминального давления, рН и уровня лактата крови позволяют объективно оценить тяжесть острой толстокишечной непроходимости, эффективность консервативного лечения, своевременно выставить показания к тому или иному объему операции и определить сроки ее выполнения.

---

26. Расширенные и комбинированные операции при злокачественных опухолях толстой кишки

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

Уфа

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Актуальность. Колоректальный рак занимает одно из ведущих мест в структуре онкологических заболеваний. Относительная пятилетняя выживаемость составляет примерно 40%. Ведущей причиной летальности у больных, перенесших радикальные оперативные вмешательства, является опухолевая

диссеминация в брюшной полости. Методы. Нами проведен анализ результатов лечения 202 больных со злокачественными опухолями толстой кишки. Среди больных 62 (30,7%) было мужчин и 140 (69,3%) женщин. Большинство больных (82,2%) были старше 60 лет. 109 (54%) больных оперировано экстренно, 93 (46%) в плановом порядке. Летальность составила 12,4% (25 больных). У 18(8,9%) больных ввиду нерезектабельности опухоли или тяжести состояния больных проведено паллиативное лечение – колостомия, 184 (91,1%) больным проведены радикальные операции. У 74 (36,6%) больных проведены расширенные и комбинированные операции. При этом у плановых больных 50 (53,8% плановых операций), у экстренных 24 (22,0% экстренных операций). 60 больным оперированы при местнораспространенном процессе, 8 больным при солитарных метастазах и 6 больным с сочетанием местного распространения и метастазов. Левосторонняя гемиколэктомия выполнена 17 (23,0%) больным, правосторонняя гемиколэктомия 14 (18,9%), резекция поперечной ободочной кишки 6 (8,1%), резекция сигмовидной кишки 16 (21,6%), внутрибрюшная резекция прямой кишки 15 (20,3%), брюшноанальная резекция 3 (4,1%) и экстирпация прямой кишки 3 (4,1%) больным. Результаты. Методом выбора при распространенном раке толстой кишки являются расширенные и комбинированные вмешательства. Они включали в себя расширенную лимфодиссекцию 59 (79,7%), резекцию тонкой кишки 15 (20,3%), резекцию печени (гемигепатэктомию) 8 (10,8%), субтотальную колэктомию 7 (9,5%), резекцию мочевого пузыря 5 (6,7%), ампутацию матки 3 (4,1%), иссечение участка передней брюшной стенки 3 (4,1%), краевую резекцию желудка 2 (2,7%), резекцию стенки влагалища 2 (2,7%), резекцию мочеточника 2 (2,7) нефрэктомия 1 (1,3%). У 12 (16,2%) больных после комбинированных операций возникли послеоперационные осложнения. Чаще развивалось нагноение операционной раны 7 (58,3%), пневмония 3 (25,0%), абсцесс брюшной полости 1 (8,3%), ТЭЛА 1 (8,3%). При этом количество осложнения в группе с стандартными оперативными вмешательствами составили 17,1%. Летальность после комбинированных операций составила 8, 1% (6 больных). Выводы. Выполнение комбинированных операции при адекватном выборе объема операции не приводят к увеличению послеоперационных осложнений и летальности и улучшает качество жизни данной категории больных.

---

27. Роль интраабдоминальной гипертензии в патогенезе и выборе метода лечения больных с острой хирургической абдоминальной патологией

Тимербулатов В.М., Тимербулатов Ш.В., Фаязов Р.Р., Гареев Р.Н.

Уфа

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Примерно у 30% больных с экстренной абдоминальной патологией, находящихся в критическом состоянии имеется интраабдоминальная гипертензия (ИАГ) и примерно 4-5% больных в отделениях реанимации погибает от абдоминального компартмент-синдрома (АКС). Нашими исследованиями было также показана роль гипертензии в развитии АКС (296 больных). Из наблюдавшихся нами 296 больных с тяжелой острой абдоминальной патологией, наиболее частой причиной синдрома ИАГ была острая обтурационная кишечная непроходимость (25%), осложнения гастродуоденальных язв (15,6%), травмы органов брюшной полости (13,2%), острые нарушения мезентериального кровообращения (12%), острая спаечная кишечная непроходимость (12,1%) перитонит (11,8%), прочие заболевания (9,7%). Патогенез ИАГ определяется нарушениями в передвижении пищевых масс, перистальтики (спазм, парезы, параличи), расстройствами кровообращения, лимфообращения, патологическими реакциями центральной и периферической нервной системы. Реализация патологических эффектов избыточного давления в полостях организма происходит через патологические процессы в органах, заключенных в этих полостях. Следовательно, можно говорить о поэтапной реализации патологических эффектов по следующей схеме: внутриполостная гипертензия - внутриорганная гипертензия - внутритканевая гипертензия. Наиболее существенным компонентом внутритканевой гипертензии является воздействие избыточного давления на кровеносные, лимфатические сосуды, нервные структуры. При обычных вариантах патологических синдромов гипертензии, конечной

точкой воздействия являются клетки органов, тканей (внутриклеточная гипертензия). При развитии внутриполостной гипертензии, патологический эффект не ограничивается в пределах только данной полости, параллельно происходят процессы и в органах соседних, других полостей. Так, при синдроме ИАГ, происходит выраженное растяжение и смещение диафрагмы в грудную полость и респираторные нарушения являются ранними признаками внутрибрюшной гипертензии. Несколько позже присоединяется и проявление внутричерепной гипертензии. Таким образом, при синдроме внутриполостной гипертензии, в патологический процесс вовлекаются несколько органов не только данной полости, но и соседних, и других полостей, что приводит к типичному завершению - развитию полиорганной недостаточности. Синдром гипертензии - патофизиологический процесс, в его сущности большое значение имеют физические параметры давления. Под гипертензией следует понимать избыточное давление в полости, органе, параметры которого превышают возможности физиологической компенсации вызванных патологических эффектов. Важно отметить, что количественные показатели избыточного давления (степень гипертензии) могут быть разными, но в любом случае они должны быть значимыми и сопоставимыми со средними значениями венозного и артериального давлений. Крайний вариант синдрома гипертензии - компартмент-синдром можно констатировать при критическом уровне перфузионного артериального давления в полости, не обеспечивающем кровообращение на уровне микроциркуляторного русла. По литературным и нашим данным, избыточным (патологическим) давлением для брюшной полости являются показатели  $>10$  мм.рт.ст., а при уровне внутри-брюшного давления превышающем 35 мм. рт.ст - следует констатировать АКС. Как было отмечено, одним из основных патогенетических звеньев развития дисфункции органов является нарушение микроциркуляции, а ее эффективность определяется условиями адекватной перфузии. Перфузионное давление брюшной полости, определяемое как разница между средним артериальным давлением и внутрибрюшным давлением для сохранения оптимального кровоснабжения органов брюшной полости должно составлять не менее 50-60 мм.рт.ст.. При показателях абдоминального перфузионного давления

---

## 28. Неинвазивный способ мониторинга динамики внутрибрюшного давления

Гареев Р.Н., Фаязов Р.Р., Тимербулатов Ш.В., Сагитов Р.Б., Шарафутдинов Р.Р., Какаулина Л.Н., Зайнуллина И.А., Амирова А.М., Юсупова Л.Г., Гареев Е.М.

Уфа

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Введение. Интраабдоминальное давление (ИАД) можно измерять прямым методом непосредственно в брюшной полости при лапароскопии, перитонеальном диализе либо при наличии лапаростомы. Эти методы не нашли широкого применения из-за технической сложности и возможных осложнений. Сообщается о методах измерения ИАД с помощью катетера, проведенного в нижнюю полую вену. В настоящее время «золотым стандартом» непрямого измерения ИАД является измерение его в полости мочевого пузыря. Все вышеописанные способы являются инвазивными. В большинстве случаев в клинической практике наибольший интерес представляет динамика ИАД, нежели его конкретный показатель в определенный момент времени. Материал и методы. После получения информированного согласия определенной группы больных, которым планировалось проведение плановых лапароскопических оперативных вмешательств, нами выполнено измерение диаметра правой и левой общих бедренных вен у этих больных посредством выполнения ультразвукового исследования во время выполнения самих оперативных вмешательств при уровнях интраабдоминального давления 0, 5, 10, 15 и 20 мм рт.ст., который устанавливался инфлятором (создавался напряженный карбоксиперитонеум на определенных уровнях давления). Лапароскопия проводилась под интубационным наркозом с миорелаксацией. Для удобства измерений нами был выбран шаг в 5 мм рт. ст. 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. Полученные результаты измерений диаметра общих бедренных вен подверглись статистической обработке. Применительно к

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

имеющейся структуре данных и поставленным задачам нами была использована однофакторная схема параметрического дисперсионного анализа по Р. Фишеру. Результаты и обсуждение. Влияние ( $\eta^2$ ) фактора ИАД на диаметр общей бедренной вены оказалось очень сильным и высоко достоверным для правой и левой вены. Для правой вены влияние этого фактора составило 80% ( $F=108$ ,  $p <<$

---

## 29. Современная тактика при травматических забрюшинных кровоизлияниях

ГАРЕЕВ Р.Н., ТИМЕРБУЛАТОВ В.М., ФАЯЗОВ Р.Р., МУСТАФАКУЛОВ У.С., ХАБИБУЛЛИН И.Д., ЯРМУХАМЕТОВ И.М.

Уфа

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИПО ГБОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет"

Введение. Сегодня в литературе наименее освещены тактические вопросы при таком патологическом явлении, как забрюшинное кровоизлияние (ЗК), хотя последнее часто сопровождается травмой живота и таза, а тактические ошибки зачастую ведут к возникновению осложнений вплоть до летального исхода. Если при открытых ранениях с формированием ЗК тактический подход в основном однозначен и заключается в обязательной ревизии ЗК, то при закрытой, сочетанной травме живота тактика разнится. Все это делает дальнейшее изучение тактики при травматических ЗК актуальным. Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ лечения 395 (66,3% от всех пострадавших с закрытой травмой живота) пострадавших с ЗК, полученными в результате закрытой травмы живота, в том числе и сочетанной. Клинический материал был разделен на две группы. В основную группу вошли 156 пострадавших, тактика ведения которых определялась лечебно-диагностическим алгоритмом, разработанным с учетом анализа тактических ошибок при лечении ранее поступавших пострадавших с данной патологией и имеющейся в клинике современной лечебно-диагностической аппаратуры. При диагностировании ЗК при лапароскопии или лапаротомии и наличии пульсирования, напряженности или признаков нарастания последней (кроме гематом, обусловленных переломами тазового кольца), а так же расположения ЗК в проекции почек, поджелудочной железы, полого органа или магистральных сосудов выставлялись показания к ревизии ЗК через лапаротомный доступ, при изначально выполненной лапароскопии. Так же определить показания к ревизии ЗК помогло выявление признаков кровотока при интраоперационном ультразвуковом исследовании (УЗИ) ЗК, выполняемое прибором GE vivid e, датчиком GE i12L-R с частотой 3-11 МГц. При отсутствии на операции вышеуказанных признаков операция завершалась дренированием брюшной полости, далее над пострадавшим устанавливалось динамическое наблюдение за показателями гемодинамики, красной крови, выполнялось УЗИ, а при необходимости компьютерная томография (КТ) живота с целью контроля размеров ЗК, назначалось консервативное лечение (обезболивание, гемостатики, стимуляция кишечника и т.д.). В до- и послеоперационном периоде ЗК диагностировали при УЗИ и КТ. УЗИ проводилось на ультразвуковом сканере «LOGIQ 400» фирмы «General Electric». При исследовании использовался конвексный мультисекторный датчик со средней частотой 4 МГц. КТ на двухспиральном томографе «Hi Speed NX/I» фирмы «General Electric». При стабильном состоянии и отсутствии признаков повреждения органов брюшной полости за пострадавшим так же устанавливалось наблюдение, назначалось консервативное лечение. При отсутствии отрицательной динамики (снижение показателей красной крови, неустойчивая гемодинамика, нарастание ЗК по данным УЗИ и КТ) консервативное лечение продолжалось. При выявлении признаков продолжающегося забрюшинного кровотечения выполнялась трансфеморальная ангиография, в ходе которой при выявлении источника кровотечения выполнялась попытка эмболизации кровоточащего сосуда. Ангиография выполнялась на аппарате GE Innova 3100. При невозможности верифицировать источник кровотечения или достичь гемостаза выполнялась лапаротомия, ревизия ЗК. Следует отметить, что в ряде случаев после лапаротомной ревизии ЗК в послеоперационном периоде по забрюшинным дренажам отмечалось продолжающееся кровотечение. В данных случаях гемостаз достигали путем выполнения ангиографии, эмболизации кровоточащего сосуда. Всем пострадавшим основной группы с ЗК проводилось мониторирование интраабдоминального давления (ИАД). Остальные 239 пострадавших

контрольной группы велись без учета вышеописанных показателей, без использования определенного алгоритма, вышеописанных методов исследования и современных лечебно-диагностических мероприятий, таких как КТ и ангиография. Результаты и обсуждение. Причинами формирования ЗК в 129 (32,7%) случаев явился перелом костей тазового кольца, в 123 (31,1%) повреждение почки, в 28 (7,1%) повреждение корня брыжейки кишечника, в 16 (4%) разрыв мочевого пузыря, в 16 (4%) разрыв поджелудочной железы, в 12 (3%) повреждение двенадцатиперстной кишки, в 12 (3%) перелом поясничных позвонков с повреждением околопозвоночного венозного сплетения, в 8 (2%) повреждение ободочной кишки, в 4 (1%) повреждение нижней полой вены и аорты, в 12 (3%) имело место сочетание повреждения забрюшинно расположенных органов, в остальных 9,1% источник ЗК не верифицирован. В 75 (19%) случаев ЗК имело распространенный характер, в 79 (20%) левостороннюю латеральную локализацию, в 63 (16%) правостороннюю латеральную, в 134 (34%) тазовую, в 12 (3%) верхне-медиальную, в 12 (3%) ниже-медиальную, в 20 (5%) комбинированную. До операции ЗК диагностировано у 14 (5,9%) пострадавших контрольной и у 29 (18,6%) основной группы, как правило, при УЗИ. В основной группе в 17 (10,9%) случаях дооперационно ЗК выявили при КТ. У остальных ЗК диагностировано интраоперационно. Среди всех пострадавших шоковый индекс Альговера колебался от 0,3 до 3 и в среднем составлял  $0,8 \pm 0,01$ , средняя расчетная кровопотеря у пострадавших основной группы составляла  $729 \pm 94,5$  мл. Среди пострадавших группы контроля 97,1% (232), а основной группы 89,7% (140) оперированы. Из не оперированных пострадавших в приемном отделении в течение 10 минут после поступления в силу декомпенсированного не обратимого травматико-геморрагического шока скончались 3 (1,3%) пострадавших контрольной и 1 (0,6%) основной группы. Остальные не оперированные пострадавшие основной группы велись консервативно, после диагностирования ЗК при УЗИ и КТ. Так же в основной группе выполнено 10 (6,4%) ангиографий, из них 8 (5,1%) пострадавшим, у которых в ходе наблюдения отмечалась отрицательная динамика. Из этих 8 пострадавших гемостаз был достигнут путем эмболизации в 6 случаях. Остальным 2 пострадавшим источник кровотечения на ангиографии не верифицирован, ввиду чего они были взяты в операционную с целью ревизии органов живота. Следует отметить, что в 2 (1,3%) случаях ангиография с эмболизацией кровотока сосудов выполнена пострадавшим, после лапаротомии, ревизии органов забрюшинного пространства, ввиду не верифицированного при лапаротомии источника кровотечения и открывшегося кровотечения по дренажам в послеоперационном периоде. Среди пострадавших с травматическими ЗК в группе контроля умерло 25 (10,5%), а в основной группе 7 (4,5%) пострадавших ( $\varphi=2,254$ ,  $p$

---

### 30. РАНЕНИЯ ЖИВОТА ОГНЕСТРЕЛЬНЫМ ОРУЖИЕМ ОГРАНИЧЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ: ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

Гареев Р.Н., Тимербулатов В.М., Р.Р. Фаязов

Уфа

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии и стационарзамещающих технологий ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Введение. Тактика при огнестрельных ранениях живота общепринята и практически не менялась на протяжении десятилетий. Так при огнестрельных ранениях в живот выполняется первичная хирургическая обработка раны, затем при проникающем характере раны выполняется лапаротомия. Все это характерно, как правило, для боевой травмы. В мирное время все чаще стали встречаться ранения, нанесенные так называемым огнестрельным оружием ограниченного поражения (ОООП), ранее называемым «травматическим оружием». Часто ранения из данного вида оружия приносят тяжкий вред здоровью. В свете развития современных технологий актуальным является оптимизация хирургической тактики при ранениях в живот из ОООП. Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ хирургического лечения 9 пострадавших с огнестрельным ранением в живот, полученных из ОООП, находившихся на стационарном лечении в Больнице скорой медицинской помощи г. Уфы. Все пострадавшие были мужчинами. Из 9 пострадавших 7 (77,8%) поступили в состоянии алкогольного опьянения. Состояние 2 (22,2%) из них было оценено как тяжелое, 4 (44,4%) как средне тяжелое, 3 (33,3%) как относительно



удовлетворительное. У 2 (22,2%) пострадавших имелись явления геморрагического шока. При поступлении в ходе сбора анамнеза выяснялось, что ранение получено из ООП. Всем пострадавшим проведен минимум общеклинических исследований, включающих себя общие анализы крови и мочи, регистрацию электрокардиографии, определение группы крови и резус-фактора, ультразвуковое исследование (УЗИ) и рентгенография живота. Всем пострадавшим так же проведена первичная хирургическая обработка раны, в ходе которой выяснялся характер раны (проникающая / не проникающая в брюшную полость), ход раневого канала. Далее в случае проникающего характера ранения пострадавший транспортировался в операционную не зависимо от тяжести состояния. При не проникающем характере ранения в случае наличия признаков геморрагического шока, подозрения на внутрибрюшное кровотечение пострадавший так же транспортировался в операционную. При тяжелом состоянии пострадавшего, признаках геморрагического шока выполнялась срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, остановка кровотечения, обработка ран полых органов. В случае стабильного состояния пострадавшего при проникающем характере ранения операция начиналась с лапароскопии (ЛС), которая в ряде случаев являлась лечебной. При не проникающем характере ранения, отсутствии перитонеальных симптомов, признаков шока, отсутствии свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ после проведения хирургической обработки раны пострадавший госпитализировался в хирургическое отделение с целью проведения динамического наблюдения, включающего в себя проведение через каждые 2 часа УЗИ живота, общих анализов крови и мочи. Результаты и обсуждения. Из 9 пострадавших от ООП у 7 (77,8%) ранение проникало в брюшную полость. Из них 2 (22,2%) поступившим в тяжелом состоянии с признаками шока была в экстренном порядке выполнена срединная лапаротомия. Из них у 1 пострадавшего в результате ранения 9 мм резиновой пулей (при операции не найдена) выявлены гемоперитонеум, напряженная нарастающая тазовая гематома слева, при ревизии которой выявлено повреждение левой наружной подвздошной артерии. На место повреждения был наложен сосудистый шов, операция завершена дренированием брюшной полости. У второго пострадавшего с признаками шока при лапаротомии выявлено слепое ранение печени в области V-VI сегментов по диафрагмальной поверхности, гемоперитонеум. Данному пострадавшему удалось извлечь пулю из печени (резиновая пуля с металлическим сердечником выпущенная из пистолета типа «Оса»), гемостаз достигнут путем ушивания печени. Остальным 5 пострадавшим с проникающим ранением, поступивших без признаков шока после первичной хирургической обработки раны выполнена ЛС. Из них у 1 в результате ранения так же резиновой пулей с металлическим сердечником выпущенной из пистолета типа «Оса» выполнена конверсия в лапаротомию ввиду выявленного при лапароскопии малого гемоперитонеума и подозрения на повреждение сигмовидной кишки. При лапаротомии выявлено повреждение корня брыжейки сигмовидной кишки с остановившемся кровотечением. Операция завершена ушиванием брыжейки сигмовидной кишки, санацией, дренированием брюшной полости. У 1 пострадавшего в ходе лапароскопии так же выявлено не большое повреждение брыжейки тонкой кишки с гематомой не больших размеров. В данном случае необходимости в конверсии не было, операция завершена санацией, дренированием брюшной полости. У оставшихся 3 пострадавших с проникающим огнестрельным ранением живота повреждений внутренних органов при ЛС выявлено не было. Среди пострадавших с не проникающим характером ранения один ввиду имеющихся явлений перитонизма подвергся ЛС, в ходе которой повреждений внутренних органов не выявлено, второму в ходе динамического наблюдения повреждения внутренних органов были исключены. Из послеоперационных осложнений можно отметить лишь формирование центральной гематомы печени у пострадавшего с ранением печени. В ходе динамического УЗИ выявлено уменьшение гематомы в размерах с 50 до 30 мм, признаков кровотока в гематоме не выявлено. Данный пострадавший был выписан с выздоровлением с рекомендациями проведения УЗИ в динамике. Летальности среди данных пострадавших не наблюдалось. Выводы. Таким образом, в 77,8% случаев выстрел в живот из ООП создает угрозу для жизни ввиду проникающего характера полученного ранения. Учитывая данные проведенного анализа можно сделать заключение, что при абдоминальных огнестрельных ранениях из ООП, имеющего меньшую по сравнению с боевым огнестрельным оружием кинетическую энергию, при стабильном состоянии пострадавшего и отсутствии признаков шока возможно выполнение ЛС, которая в ряде случаев может перейти из диагностической в лечебную без конверсии в широкую лапаротомию. При этом, выполнение в таких случаях лапаротомии, минуя этап ЛС, не может считаться тактической ошибкой.

Винник Ю.С., Дунаевская С.С., Подрезенко Е.С., Никифорова А.А., Антюфьева Д.А.

Красноярск

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Развитие атеросклероза является многофакторным заболеванием, основные это - гиперхолестеринемия, артериальная гипертония, курение, сахарный диабет, ожирение, малоподвижный образ жизни, пожилой и старческий возраст. Сравнительно недавно к факторам риска развития атеросклероза стали относить гипергомоцистеинемию. Многие из этих факторов взаимосвязаны, а сочетание двух или нескольких факторов резко увеличивает риск развития атеросклероза. Целью исследования явилась оценка значения показателя гомоцистеина у больных ОАСНК в зависимости от длительности артериальной ишемии. Обследовано 55 больных ОАСНК находившихся на лечении в НУЗ ДКБ на ст. Красноярск ОАО РЖД с 2011 г. по 2014 г., из них 46 мужчин (84%) и 9 женщин (16%). Все больные были с ишемией ПА-III степени согласно классификации Фонтейна-Покровского и мультифокальным поражением артерий нижних конечностей. При изучении давности заболевания было принято решение больных разделить на три группы. В I группу до 5 лет от начала заболевания вошли 15 человек. Во 2 группе до 10 лет отобрано 25 человек. Заболеваемость более 10 лет в 3 группе составила 15 человек. Определение общего гомоцистеина производили методом твердофазного хемилюминесцентного иммуноферментного анализа на приборе Architect i2000 фирмы Abbot, который является модульной системой с хемилюминесцентной технологией Chemiflex. Оценка степени гомоцистеинемии трактовалась следующим образом: умеренная гипергомоцистеинемия диагностировалась в том случае, если уровень гомоцистеина в крови был в пределах 15-30 мкмоль/л, промежуточная - от 30 до 100 мкмоль/л, а более 100 мкмоль/л - тяжелая. У всех обследованных нами пациентов выявлена гомоцистеинемия, которая достоверно возрастала в зависимости от длительности артериальной ишемии. У пациентов с давностью заболевания более 10 лет в 13,4% случаев регистрировалась промежуточная степень гомоцистеинемии. Надо заметить, что очень важно выявлять отклонения по содержанию общего гомоцистеина в плазме крови человека как можно раньше, так как его повышение на 5 мкмоль/л приводит к повышению риска тромбозов, аналогично повышению уровня холестерина на 0,5 ммоль/л.

---

## 32. ПРИМЕНЕНИЕ ОТСРОЧЕННОГО МЕЖКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫМ ТРОМБОЗОМ

Лубянский В.Г., Жариков А.Н.

Барнаул

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра госпитальной хирургии

Хирургическое лечение острого мезентериального тромбоза (ОМТ) по-прежнему является одной из актуальных проблем современной хирургии. Летальность остается высокой и составляет при острой эмболии верхней брыжеечной артерии (ВБА) – 54,1% , а при ее тромботической окклюзии – 77,4%. Выживаемость пациентов непосредственно зависит от давности заболевания, однако, большинство из них поступает в хирургический стационар уже поздно, с развившимся некрозом кишки и перитонитом. Наряду с этим, даже после проведения резекции кишки ишемия ее оставшейся части прогрессирует в среднем у каждого второго пациента. С 2003 по 2014 год в клинике госпитальной хирургии находилось на лечении 37 пациентов с ОМТ. Возраст варьировал от 24 до 78 лет, в среднем достигая 53,2±2,0 года. Мужчин было 28 (75,7%), женщин 9 (24,3%). У всех пациентов ОМТ возник в бассейне ВБА и в дальнейшем осложнился распространенным перитонитом. 24 (64,9%) пациента уже были оперированы на предыдущем этапе в ЦРБ. У 14 (58,3%) из них операции сопровождались резекцией кишки по поводу ее некроза, в то время как у 10

(41,7%) первичные оперативные вмешательства в районных больницах были выполнены по другим причинам (аппендэктомия, холецистэктомия, ушивание перфоративной язвы желудка, диагностическая лапаротомия). Непосредственными причинами послеоперационного перитонита явились продолжающийся некроз тонкой кишки – 15 больных, из них у 7 в сочетании с дополнительным некрозом правых отделов ободочной кишки; несостоятельность межкишечных анастомозов – 6 больных; перфорации кишки – 3 больных. Всем пациентам были выполнены обструктивные резекции кишки с отсроченным межкишечным анастомозированием. Противопоказаниями к наложению первичного межкишечного анастомоза послужили: отсутствие четкого разграничения между васкуляризированной и некротической частью кишечника, угроза несостоятельности швов анастомоза, распространенность и тяжесть перитонита, нестабильность гемодинамики во время операции. После уточнения характера, распространенности воспалительного процесса в брюшной полости, причины образования дефекта в стенке тонкой кишки или правой половине ободочной кишки выполняли резекцию пораженного участка тонкой кишки (правостороннюю гемиколэктомию) с формированием культи тонкой кишки или тонкой и ободочной кишки. Заглушенные участки кишки не выводили на переднюю брюшную стенку, а оставляли в брюшной полости. Релапаротомия выполнялась через 48 часов, во время операции оценивалась жизнеспособность кишечника, выраженность перитонита. В случае отсутствия продолжающегося некроза кишечника, уменьшения воспалительных явлений в брюшной полости накладывался отсроченный межкишечный анастомоз (энтероэнтероанастомоз, энтеро-трансверзоанастомоз) с проведением кишечного зонда за зону анастомоза и эта санация считалась последней. Если во время релапаротомии имелись продолженные краевые некрозы оставленных культей, прогрессировал некроз в правых отделах ободочной кишки, не происходило улучшение мезентериального кровотока по данным интраоперационного дуплексного сканирования висцеральных артерий, не купировался перитонит, производилась дополнительная резекция культей тонкой кишки по уровню границ демаркации, в том числе в сочетании с правосторонней гемиколэктомией при некрозе правых отделов, а наложение межкишечного анастомоза откладывалось еще на 36 – 48 часов до следующей санации. Среди поступивших 13 (35,1%) больных с ОМТ не были оперированы в ЦРБ и при госпитализации в наш центр имели клинику распространенного перитонита. В 8 случаях выполнение дополнительных ангиографических исследований не представлялось возможным из-за тяжести состояния и клинической картины распространенного перитонита. В 3 наблюдениях с целью верификации диагноза с подозрением на ОМТ была выполнена аортомезентерикография путем катетеризации бедренной артерии по Сельдингеру и в 2-х МСКТ - ангиография брюшной полости. Хирургическая тактика у этих больных включала также выполнение обструктивных резекций кишечника (8 – тонкой кишки, 5 – тонкой и ободочной кишки). Кроме того, резекция пораженной кишки дополнялась реваскуляризацией оставшихся ее отделов с ревизией устья ВБА и тромбэмболэктомией у 2 больных, наложением аорто-мезентериального шунта в 1 наблюдении. Через 36 – 48 часов при проведении плановых санаций брюшной полости решался вопрос об отсроченном анастомозировании. Количество санаций у больных с ОМТ варьировало от 1 до 4. В целом из 37 пациентов отсроченный межкишечный анастомоз через 36 – 48 часов после обструктивной резекции тонкой кишки был наложен у 28 больных, через 48 – 96 часов у 7 больных. В 2 случаях вследствие тяжести состояния пациентов была выведена энтеростома. Несмотря на проводимое лечение из 37 больных с ОМТ умерло 18, составив общую летальность 48,6%. Из них, в группе ранее оперированных в ЦРБ с последующим специализированным лечением умерло 14 (58,3%) больных, а в группе после первичного оперативного лечения в центре – 4 (30,8%). Таким образом, выполнение у больных с ОМТ и некрозом тонкого кишечника обструктивных резекций без наложения анастомоза, особенно на этапе хирургического лечения в ЦРБ, позволяет обеспечить контроль возможного прогрессирования некроза оставшейся части кишки и профилактировать несостоятельность соустья. Дальнейшая активная хирургическая тактика с использованием программированных санаций брюшной полости и комбинированного хирургического лечения, включающего дополнительные резекции кишки, тромбэмболэктомию из ВБА, отсроченное межкишечное анастомозирование позволяют наложить анастомоз в условиях уменьшения явлений распространенного перитонита при достаточном кровоснабжении анастомозируемых отделов кишечника.

---

33. Системная озонотерапия при коррекции гипоксического типа генерации активных форм кислорода у больных тяжелым острым панкреатитом

Винник Ю. С., Дунаевская С.С., Антюфриева Д.А., Якимов С.В.

Красноярск

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Актуальность проблемы изучения диагностики тяжелых форм острого панкреатита и применения современных методов лечения обусловлена сохраняющейся высокой летальностью и длительными сроками госпитализации данной группы пациентов. Важное место занимает анализ активности неспецифического иммунного ответа, определяемый путем оценки функциональной активности нейтрофилов. При анализе хемилюминесценции фагоцитов выявляется образование активных кислородных радикалов, что также может использоваться как критерий интенсивности дыхания клетки при фагоцитозе. Прерогативой озонотерапии является разработка технологии системного применения озонированного физиологического раствора, возможности использования озона в терапии интенсивных состояний, сочетание с методами эфферентной терапии. Целью работы явилась определение эффективности применения озонотерапии у больных острым панкреатитом с гипоксическим типом генерации активных форм кислорода. Для проведения оценки современных методов визуализации была сформирована группа из 45 человек, с тяжелыми формами острого панкреатита, в ферментативную фазу заболевания. Диагноз тяжелого острого панкреатита ставился на основании 3 и более баллов по шкале Ranson/Glasgow; 8 и более баллов по шкале АРАСНЕ II. Для регистрации скорости образования активных форм кислорода (АФК) использовался метод люминол-зависимой хемилюминесценции, основанный на фиксации потока фотонов, образующихся при окислении люминола. Пациентам тяжелым острым панкреатитом с гипоксическим типом генерации АФК, проводили коррекцию функционального состояния фагоцитирующих клеток методом озонотерапии, под контролем хемилюминесцентного анализа. Больные были разделены на 3 группы. Первую группу составили пациенты, получавшие традиционную инфузионную терапию (15 человек). Во второй группе наряду с традиционным лечением больные получали внутривенную озонотерапию (15 человек). Больным третьей группы дополнительно к традиционному лечению применяли большую аутогемотерапию озонированной кровью (15 человек). В случае внутривенного введения озона наблюдалось изменение показателей хемилюминесцентной кривой характерные для гипероксического типа генерации АФК. Максимальное значение спонтанной реакции увеличилось в 2 раза в сравнении с контрольной группой, также на треть увеличились значения для индуцированной реакции. При анализе площади под кривой при спонтанной реакции она возрастает на треть, при индуцированной не имеет значимого отличия от контроля. Время выхода на пик также остается в пределах нормы и для спонтанной и для индуцированной реакций. Показатели степени остроты кривой на уровне  $\frac{1}{2}$  величины I max увеличились в 1,5 раза при спонтанной реакции и снизились в 1,3 раза при активированной реакции. Степень остроты кривой на уровне  $\frac{1}{3}$  величины I max возросла в 1,5 раза при спонтанной хемилюминесценции и при люминол-активированной реакции показатель достоверно не изменился. Симметричность кривой уменьшилась в 1,5 раза при спонтанной реакции и незначительно увеличилась при активированной. Таким образом, на фоне внутривенной озонотерапии генерация АФК протекает по гипероксическому типу, что является благоприятным прогностическим признаком. В случае применения экстракорпоральной озонотерапии для коррекции гипоксического типа генерации АФК при люминесценции нейтрофилов можно наблюдать показатели наиболее приближенной к нормоксическому варианту. Так, максимальное значение для спонтанной и индуцированной реакции составили -  $1759,26 \pm 132,23$  и  $3327,42 \pm 214,52$ . Площадь кривой и время выхода на пик так же не отличались от значений контрольной группы. Таким образом, методика экстракорпоральной озонотерапии у больных тяжелым острым панкреатитом с гипоксическим типом генерации АФК имеет следующие преимущества: она позволяет максимально приблизить метаболизм к нормоксическому типу, и не вызывает дополнительной гипероксической активности, позволяет наиболее полно реализовывать антиоксидантный потенциал организма.

---

34.ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ

Петрашенко И.И.

г. Днепропетровск, Украина

Государственное учреждение "Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины", кафедра хирургии № 2

Введение. Диагностика острой хирургической абдоминальной патологии у беременных по-прежнему является сложным и не полностью решенным вопросом. В общей совокупности заболеваний, требующих срочной операции на фоне беременности доминирует острый аппендицит (ОА), частота которого составляет 0,03-5,2%. Эта патология, ввиду стабильного уровня летальности, без тенденции к снижению (0,1-0,5%), по сей день остаётся актуальной проблемой. Диагностика острого аппендицита остается трудной, несмотря на обилие клинических симптомов и лабораторных тестов. Диагностические ошибки во время беременности находятся в пределах 11,9-44,0%, причем в равной мере допускается гипо- и гипердиагностика, соотношение которых составляет соответственно 25,0% и 31,0%. Широкое внедрение эндовидеохирургических технологий позволило оптимизировать диагностический этап ведения больных с острым аппендицитом, повысить качество диагностики этой патологии. Цель исследования заключалась в изучении роли и оценке эффективности лапароскопии в диагностике ОА у беременных, а также в определении значения отдельных эндоскопических признаков при разных формах ОА. Материал и методы. Проведен анализ результатов обследования 75 беременных, направленных в клинику областной клинической больницы им. И.И. Мечникова г. Днепропетровска с диагнозом острый аппендицит в период с 2012 по 2015 г. У 70 из них произведена лапароскопическая аппендэктомия, у 5 – диагноз не подтвержден при лапароскопии. Средний возраст обследованных составил 25,7±0,55 года. Сроки беременности колебались от 4-5 до 35-36 недель. Лапароскопические вмешательства выполнялись с применением эндовидеохирургического комплекса «Olympus» OTV — SC. Все операции проведены под внутривенным обезболиванием с искусственной вентилизацией легких эндотрахеальным путем. При лапароскопической аппендэктомии у больных в I триместре беременности первый троакар 10 мм вводили слепо под пупком. В II и III триместрах беременности применяли метод открытой лапароскопии Hassen и первый троакар вводили в эпигастрии по средней линии, или ниже и правее от мечевидного отростка грудины. У 43 (57,3%) беременных культю аппендикса перевязывали лигатурой, у 27 (36,0%) – металлическими клипсами. Когда во время лапароскопии увеличенная матка мешала манипуляциям в области правого бокового фланка, пересечение и лигирование культи отростка проводили экстракорпорально через расширенный порт в правой подвздошной области или в правой боковой стенке живота. Информативность лапароскопии изучали по следующим критериям: чувствительность, специфичность, точность и эффективность. Результаты исследования. Традиционно лапароскопическую картину оценивали на основании прямых (гиперемия и отек серозной оболочки червеобразного отростка, наличие фибрина и мутной жидкости в брюшной полости) и косвенных (гиперемия париетальной брюшины, инфильтрация купола слепой кишки и тканей брыжейки) признаков острого аппендицита у 70 (93,3%) беременных. Выявлены следующие морфологические формы острого аппендицита: катаральный – у 28 (37,3%) больных; флегмонозный – у 28 (37,3%), гангренозный – у 12 (16,0%), гангренозно-перфоративный аппендицит – у 2 (2,7%). У 5 (6,7%) женщин острый аппендицит не был подтвержден, что позволило избежать напрасной аппендэктомии. При катаральном ОА, диагностированном у 28 (37,3%) беременных, у 3 (4,0%) выявлялся серозный выпот местно, у 5 (6,7%) - гиперемия брюшины правой подвздошной ямки, у 4 (5,3%) - инъеция сосудов, гиперемия, напряжение червеобразного отростка. При флегмонозном ОА, развившемся у 28 (37,3%) больных, у 17 (22,7%) выявлялся выпот в брюшной полости: у 11 (14,6%) - серозный, у 3 (4,0%) - фибринозный, у 1 (1,3%) - гнойный. В то же время у 20 (26,7%) пациентов отмечены утолщение и гиперемия червеобразного отростка, у 25 (33,3%) - местная гиперемия брюшины, у 4 (5,3%) - наложения фибрина на червеобразном отростке. При гангренозном и гангренозно-перфоративном аппендиците изменения в отростке, выявленные у 14 (18,7%) женщин, сопровождалась гиперемией брюшины в подвздошной ямке и выпотом в 100% случаев: 3 (4,0%) больных выпот был серозным, у 4 (5,3%) - фибринозным, у 7 (9,3%) – гнойным. В 3 (4,0%) случаях выявлены напряжение, утолщение, гиперемия, инъеция сосудов червеобразного отростка, в 2 (2,7%) - ригидность. Наше исследование показало, что каждая форма ОА имеет свои эндоскопические признаки, которые должны использоваться в трудных диагностических случаях. Осложнений лапароскопии в анализируемой группе как со стороны матери, так и со стороны плода не отмечено. При сопоставлении макроскопической картины формы острого аппендицита и гистологическим заключением удаленного червеобразного отростка в 2 (2,7%) случаях наблюдалось несоответствие диагнозов – были выявлены признаки вторичного аппендицита на фоне правостороннего сальпингоофорита. Истинно положительных результатов было зафиксировано 68 (90,7%), ложно положительных – 1 (1,3%), истинно отрицательных – 4

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

(5,3%), ложно отрицательных – 2 (2,7%). Проведенные расчеты показали, что чувствительность метода составила 97,1%, специфичность – 80,0%, точность – 96,0%, диагностическая эффективность – 88,5%. Причиной получения двух ложно отрицательных результатов послужил выраженный спаечный процесс в нижнем этаже брюшной полости и атипичное расположение червеобразного отростка. Выводы. Эндовидеохирургические технологии в диагностике ОА во время беременности являются безопасными, высокоинформативными и показаны во всех сложных диагностических ситуациях поскольку позволяют избежать неоправданных аппендэктомий и не имеют какого-либо заметного отрицательного влияния на течение беременности, родов и состояние новорожденных. Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать!

---

35. Особенности комбинированной терапии с помощью пробиотиков у больных с язвенными заболеваниями толстой кишки при подготовке культи прямой кишки к восстановительным операциям.

Пазилова Д.У., Наврузов Б.С., Кутлиева Г.Д.

г.Ташкент

Республиканский научный центр колопроктологии МЗ РУз, Институт микробиологии АН РУз.

Реконструктивно-восстановительные операции на кишечнике относятся к наиболее сложным травматичным хирургическим вмешательствам. Развитие воспалительного процесса в отключённых отделах прямой кишки может служить препятствием к выполнению реконструктивно-восстановительного лечения, так как риск развития послеоперационных осложнений достигает 24%. Актуальность проблемы. Несмотря на развитие современных методов диагностики и лечения, больных с воспалительно-язвенными заболеваниями толстой кишки (ВЯЗК), не отмечается снижения числа осложнений течения болезни. Пробиотики оказывают выраженный лечебный эффект при ВЯЗК. Цель работы: улучшить результаты восстановительных операций у больных ВЯЗК путем использования пробиотиков для нормализации состояния культи прямой кишки после тотальной колэктомии. Материалы и методы: в исследование включены 115 больных ВЯЗК с тотальным поражением, с тяжелым течением, госпитализированных в научный центр колопроктологии МЗ РУз с 2005 по 2012 г. Всем больным проведены тотальная колэктомия с формированием культи прямой кишки и наложением илеостомы. Больные были распределены на 2 группы. Основную группу составили 62 больных, получавших в послеоперационный период базисную и общеукрепляющую терапию и пробиотики. Контрольная группа состояла из 53 больных, получавших только базисную и общеукрепляющую терапию. Пробиотики назначали каждые 3 мес. в течение 30 дней перорально и per rectum. Перорально использовали отечественные биопрепараты «Лактобактерин» и «Бификол» по 5 доз соответственно 3 и 2 раза в день. Кроме того, per rectum вечером вводили препарат «бакстимс». Проводили лазеротерапию. Всем больным были выполнены клинко-эндоскопические, микробиологические и лабораторные исследования до - и после лечения через 1,6 мес. и через год. Кишечную микрофлору изучали у 20% пациентов. Эффективность лечения оценивали по клиническим показателям, количеству отделяемого из прямой кишки, срокам эпителизации и появлению грануляций и т.д. Учитывали данные цито- и гистологического исследования, бактериологических, клинко-лабораторных и функциональных методов исследования. Результаты исследований: в основной группе из 62 хорошие результаты были достигнуты у 40 (64,5±6,0%) больных, удовлетворительные – 22(35,4±6,0%). Неудовлетворительные результаты не отмечались. Иную картину наблюдали в контрольной группе: хорошие результаты отмечали у 21 (39,6±6,7%), удовлетворительные - 29 (54,7± 6,8%), неудовлетворительные – 3(5,6%) больных. Таким образом, включение в комплексную терапию пробиотиков привело к достоверному повышению количества хороших результатов и снижению числа удовлетворительных (Р

---

### 36. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ И ТЕРАПИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Винокуров М.М., Савельев В.В., Гоголев Н.М.

г. Якутск

ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова» Медицинский институт

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 микроорганизмов. 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. Наибольшая 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, мокроте – в 40,0 и 33,3% проб соответственно. Изучение видового состава выделенных микроорганизмов показало, что при панкреатогенной инфекции преобладает грамотрицательная флора, составившая 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 в конкретном хирургическом стационаре, доза и тип антибактериального препарата, длительность предшествующей антибиотикопрофилактики и терапии (АБПиТ), длительностью нахождения больного в стационаре и/или ОРИТ, а также наличием факта развившегося экстраабдоминального инфекционного осложнения. 1 схема АБПиТ Цефепим/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 (ОРИТ) менее 5 суток, 4) Отсутствие септических осложнений. 2 схема АБПиТ ЦС III + Метронидазол или Пемфлоксацин/Левопемфлоксацин+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 (ОРИТ) менее 5 суток, 4) Отсутствие септических осложнений. 3 схема 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 (ОРИТ) более 5 суток, 4) Наличие септических осложнений, 5) Повторные поступления в ОРИТ. 4 схема 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 (ОРИТ) более 5 суток, 4) Наличие септических осложнений, 5) Повторные поступления в ОРИТ. Показанием к назначению 1-й и 2-й схем АБПиТ явились: тяжесть общего состояния и выраженность полиорганной недостаточности по интегральным шкалам АРАСНЕ II < 20 баллов, ТФС < 7, I-II фазы ЭИ; отрицание приема антибиотиков на момент госпитализации и/или длительность лечения в хирургическом стационаре (ОРИТ) менее 5 суток; отсутствие септических осложнений. Показанием к назначению 3-й и 4-й схем АБПиТ явились: тяжесть общего состояния и выраженность полиорганной недостаточности по интегральным шкалам АРАСНЕ II > 20, ТФС > 7 баллов, III-IV-V фазы ЭИ; АБПиТ в анамнезе и/или длительность пребывания в хирургическом стационаре (ОРИТ) более 5 суток; наличие септических осложнений; повторные поступления в ОРИТ. Положительный клинический эффект получен при применении всех 4-х представленных схем АБТ у больных с панкреонекрозом. Чувствительность

выделенной микрофлоры к антибиотикам 1-й схемы отмечена в 84,7%, 2-й схемы в 80,3%, 3-й схемы в 94,3% и 4-й схемы в 82,4% выделенных культур. Таким образом, по результатам исследования можно сделать следующие выводы: на определенном этапе развития панкреатогенной инфекции, панкреатогенного сепсиса наступает, по своей сути, борьба с нозокомиальной и условно-патогенной инфекцией, отличающейся высокой резистентностью к антибиотикам; эффективность АБПит и соответственно повышение вероятности благоприятного исхода заболевания во многом зависит от правильного использования информации о микробиологической ситуации в конкретном хирургическом стационаре; данные мониторинга нозокомиальной флоры и ее резистентности к антибактериальным препаратам позволяют обеспечить, прежде всего, обоснованный и адекватный режим эмпирической АБПит; исследования показали, что наиболее эффективными антибактериальными средствами в лечении панкреатогенной инфекции (на примере конкретного хирургического стационара) являются препараты группы карбапенемов и цефалоспоринов III поколения (ингибиторзащищенные); безусловно, резистентность микробных агентов к антибиотикам с течением времени повышается, поэтому непременным условием АБПит является своевременное пополнение больничного формуляра эффективными антибактериальными препаратами.

---

### 37. ДВУХУРОВНЕВАЯ СХЕМА ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Винокуров М.М., Савельев В.В., Гоголев Н.М.

Якутск

ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова» Медицинский институт

Объектом нашего исследования была оценка иммунного статуса у 188 (37,8%) больных со стерильными и у 57 (82,6%) больных с инфицированными клинико-патоморфологическими формами панкреонекроза. Анализ данных иммунного статуса у больных с панкреонекрозом свидетельствовал о развитии вторичного иммунодефицита, обусловленного преимущественно дефицитом Т-клеточного звена иммунитета. При этом замечено, что иммунодефицит более выражен при трансформации стерильных клинико-патоморфологических форм панкреонекроза в инфицированные, при развитии панкреатогенного сепсиса, и в целом, напрямую зависит от характера клинического течения заболевания. Проводимая оценка иммунного статуса по ходу лечебного процесса и выявленный характер вторичного иммунодефицита позволили составить программу иммунокорригирующей терапии для больных с панкреонекрозом. Иммунотерапия больных со стерильными клинико-патоморфологическими формами панкреонекроза (ферментативный асцит-перитонит, парапанкреатический инфильтрат), чаще всего имела профилактическое направление и включала терапевтические дозы тимусных пептидов (Тактивин) в период нахождения пациентов в отделении реанимации и рекомендовалась после их перевода в профильное отделение (в течение 7-10 дней). Напротив, иммунокорригирующее лечение у больных с инфицированными клинико-патоморфологическими формами панкреонекроза (инфицированный панкреонекроз, инфицированный панкреонекроз в сочетании с панкреатогенным абсцессом, панкреатогенный абсцесс) и генерализацией инфекции представляло более сложную задачу, требовало индивидуального подхода и включало два уровня. На начальном этапе (иммунокорригирующая терапия первого уровня) (1-3-е сутки), в условиях выраженного воспалительного процесса, коррекция вторичного иммунодефицита проводилась с акцентом на пассивную, заместительную терапию. Коррекция глубоких нарушений иммунитета осуществлялась введением больным свежезамороженной плазмы, внутривенных иммуноглобулинов. Нужно отметить, что только после улучшения общего состояния, нормализации показателей центральной и периферической гемодинамики, уменьшения признаков воспалительного синдрома и некоторой стабилизации показателей иммунитета назначалась иммунокорригирующая терапия второго уровня. Как правило, это происходило не ранее чем на 7-10-е сутки после операции и начала иммунной терапии. Так, на фоне препаратов первого уровня иммунотерапии, дополнительно, с целью активации клеточных механизмов иммунной защиты у 54 (94,7%) больных был назначен Полиоксидоний. Таким образом, целесообразность проведения



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

представленной схемы иммунотерапии, включающей два уровня, нашла подтверждение в стабилизации показателей иммунного статуса на всех этапах лечения.

---

### 38. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ВНЕОРГАННЫХ (ЭКСТРАПАНКРЕАТИЧЕСКИХ) ПСЕВДОКИСТ

М.М. Винокуров, В.В. Савельев, Н.М. Гоголев

Якутск

ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова» Медицинский институт

Нами проведен анализ результатов консервативного и хирургического лечения 497 больных панкреонекрозом находившихся на лечении в хирургических отделениях и Центре амбулаторной хирургии Республиканского центра экстренной медицинской помощи Республики Саха (Якутия) за период с 2010 по 2015 гг. У 53 (10,7%) больных отмечено формирование постнекротических псевдокист (ПНПК), спустя 4 и более недель от момента начала острого панкреатита, при этом у 17 (32,1%) больных наблюдалась внеорганная их локализация. Согласно цели исследования, все больные были распределены на 4 группы по периодам формирования постнекротических псевдокист (ПНПК), согласно классификации предложенной Костюченко А.Л., 1999. По результатам наших исследований в 29,4% случаев имело место быть осложненное течение ПНПК. Оперативному лечению, в связи с развившимися осложнениями течения заболевания подвергнуты 5 (29,4%) больных. При этом у 12 (70,6%) больных, после проведения многокомпонентной консервативной терапии отмечена редукция жидкостного образования или его значительное уменьшение в размерах с купированием клинических проявлений. Нагноение кисты выявлено у 2 (11,8%) больных, при этом местом локализации ПНПК являлась паранефральная клетчатка слева (все больные с периодом формирования ПНПК более 6 недель). Всем произведено дренирование полости нагноившейся ПНПК с использованием межмышечного минидоступа, используя универсальный базовый хирургический набор «Мини-ассистент». Абдоминальный ишемический синдром, который осложнил течение ПНПК внеорганной локализации зафиксировано нами у 2 (11,8%) пациентов (все больные с периодом формирования ПНПК 4-6 недель). В обоих случаях ПНПК находилась в проекции паракольной клетчатки слева с оттеснением корня брыжейки тонкой кишки (размер кист, как правило, составлял более 5 см в диаметре). Больным выполнено дренирование кист под контролем ультразвука из люмбального доступа. У всех больных наблюдали спадение стенок и облитерацию полости кисты. Региональная портальная гипертензия имела место быть у 1-го больного – 5,9% случаев (с периодом формирования ПНПК более 6 месяцев). В данном клиническом случае ПНПК локализовалась в проекции сальниковой сумки с оттеснением гепатодуоденальной связки латерально и компрессией воротной вены на 1/3 (по данным селективной ангиографии). Больному выполнено внутреннее дренирование кисты с использованием межмышечного минидоступа. В ходе проведенного исследования установлено, что частота формирования экстрапанкреатических кист значительно ниже их внутриорганной локализации и составляет не более 35%. Внеорганные (экстрапанкреатические) псевдокисты отличаются скудной клинической симптоматикой и характеризуются меньшим количеством осложнений в период своего существования – 29,4%. Неосложненные экстрапанкреатические постнекротические псевдокисты, как правило, не требуют оперативной коррекции, а при осложненном их течении методом выбора должен явиться один из методов широкого арсенала малоинвазивной хирургии.

---

### 39. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Гарипов Р.М., Мехдиев Д.И., Шамилов Р.Р., Гареев Р.Н.

Уфа

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО Башкирского государственного медицинского университета, г.Уфа

Актуальность. Острый деструктивный панкреатит – острое хирургическое заболевание поджелудочной железы, в основе которого лежит асептический некроз паренхимы железы, с возможным развитием инфицирования железы и забрюшинной клетчатки. В большинстве стран принята Международная классификация (Атланта, 1992) дополненная на XI Всероссийском съезде хирургов 2000г. в Волгограде. Различают по тяжести состояния больных - легкую форму панкреатита и тяжелый панкреатит. При легкой степени острого панкреатита наиболее часто встречаемая клиническая форма составляет 85%. Летальность минимальная и составляет при данной форме 0,5%. Частота панкреатита средней степени составляет 10%. Летальность 10 – 15%. Острый панкреатит тяжелой степени встречается в 5% случаев и летальность составляет 50 – 60%. Острый деструктивный панкреатит имеет фазовое течение с двумя пиками летальности: 1- я фаза – токсемия, обусловленная формированием ССВО в течении 7-14 дней от начала заболевания, как результат аутолиза и некролиза ПЖ и забрюшинной клетчатки. В данную фазу заболевания тяжесть состояния больных обусловлена панкреатогенной токсемией, которая может привести к панкреатогенному шоку и ранней ПОН. 2 –я фаза – поздняя, фаза секвестрации начинается с 3 –й недели и из-за прогрессирования деструкции железы парапанкреатической клетчатки может длиться до нескольких месяцев. В конце второй и третьей недели заболевания у подавляющего большинства пациентов наблюдается один из возможных исхода панкреонекроза: При мелкоочаговых формах – рассасывание инфильтрата, при котором наблюдается редукция местных и системных проявлений ССВО. При крупноочаговых формах – асептическая секвестрация с формированием кисты или кист. При крупноочаговых и распространенных формах – в очаге панкреатогенной деструкции отмечаются большие зоны инфильтрации и множественные очаги жидкостных скоплений без видимых четких границ и размеров. В настоящее время многими исследователями показано, что улучшение результатов хирургического лечения острого деструктивного панкреатита (ОДП) может быть достигнуто за счет обоснованной стратификации пациентов по риску осложнений, внедрения современных методов диагностики гнойно-септических состояний и реализации эффективных подходов комплексного лечения. Адекватная оценка тяжести состояния больных с ОДП позволяет точнее прогнозировать вероятность исхода, сроки госпитализации и оценивать эффективность проводимого лечения. Интегральные шкалы оценки тяжести состояния APACHE 2, Ranson, Glasgow, MPM, SAPS требуют для сбора данных минимум 24-48 часов или не учитывают некоторые предикторы тяжести возможных осложнений. Материалы и методы. В период с 2011 – 2014 гг. в клинике хирургии с курсом эндоскопии ИПО БГМУ пролечено 1148 больных с острым панкреатитом, среди них деструктивным панкреатитом 74 (6,4%) больных. Средний возраст больных был 48,3±14,2 года (21-79 лет), соотношение мужчины и женщины 1,56:1. Трудоспособный возраст больных составил 59(79,7%) больных. Этиология ОДП была желчнокаменная (43% случаев), алкогольная (31%), идиопатическая (15%) и смешанная (11%). Сопутствующие заболевания – сердца, легких, печени, почек, язва желудочно-кишечного тракта, сахарный диабет имели 28(37,8%) больных, из них 18 больных (64,2%) имели по одному заболеванию, 10 больных (35,7%) имели от 2 до 4 заболеваний. 9 (12,1%) больных были с ожирением. У 11(14,8%) больных развилась органная дисфункция: дыхательная 4 (36,6% случаев), сердечно-сосудистая 3(27,2%), почечная 2 (18,1%), печеночная 2 ( 18 %). Всем больным проводилось оперативное лечение. 38 (51,3%) проведена лапароскопическая оментобурсоскопия, санация и дренирование сальниковой сумки. 23(31,1%) больным проводилась диагностическая лапароскопия с конверсией на лапаротомию, секвестрнекрэктомию после лапароскопических санаций. 13(17,6%) проводилась релапаротомия, секвестрнекрэктомию, вскрытие забрюшинных флегмон). Изолированные локальные осложнения были у 15 (20,2%) больных, в 59 (79,7%) случаях было сочетание локальных осложнений с органной дисфункцией. Распространенность панкреонекроза составила 33-50% у 22 больных и >50% у 52 больных. Средняя продолжительность койко дня составила 37 дней, у больных оперированных только лапароскопически 26 дней. Самой распространенной клинической формой гнойно-септических осложнений (ГСО) был сепсис (n=33), следом шли септический шок (n=13), тяжелый сепсис (n=11) и инфекция без синдрома системного воспалительного ответа (n=4). Летальные случаи были только среди больных тяжелым сепсисом и септическими шоком, летальность составила 13,7%. Результаты и обсуждение. С помощью искусственной нейронной сети оценивалась предполагаемая длительность госпитализации; с помощью критериев синдрома системного воспалительного ответа (ССВО), лихорадки, прокальцитонинового теста и искусственных нейронных сетей (ИНС) отслеживались начальные проявления гнойно – септических осложнений (ГСО). Максимальный

показатель госпитальной летальности при ОДП был отмечен в 2000 г. (25,4%), в дальнейшем наблюдалась отчетливая тенденция к снижению летальности, которая в тестовой группе составила 13,7%. Абсолютное снижение госпитальной летальности составило 10,6% ( $p=0,054$ ). Использование методики искусственных нейронных сетей позволяет корректно стратифицировать больных с острым панкреатитом по риску развития системных осложнений и летального исхода. Дискриминационная способность методики искусственных нейронных сетей статистически значимо не отличалась от методики логистического регрессионного анализа, но статистически значимо превосходила точность формализованных систем оценки тяжести состояния в диагностике гнойно-септических осложнений ( $p$

---

#### 40. ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Мелконян Г.Г., Мумладзе Р.Б.

Москва

ГБОУ ДПО РМАПО

Появление современных технологий позволяют широко внедрять в хирургическую практику малоинвазивные вмешательства. Это позволяет снизить операционный риск, а так же расширяет возможности хирургического лечения больных, особенно пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Нами проведен анализ лечения 517 пациентов с желчнокаменной болезнью и ее осложнениями, находящихся на лечении в хирургическом стационаре ГКБ им. С.П. Боткина в 2001 — 2014 гг. У 103 (20,4%) пациентов был холангит, из них 58 (56,3%) проводили эндохоледохеальное лазерное облучение. С острым калькулезным холециститом было 328 (65,0%) пациентов, из них 94 (28,6%) оперированы с использованием лазера при выделении желчного пузыря. И наблюдалось 86 (14,4%) пациентов с холедохолитиазом, из которых у 52 (60,4%) была произведена эндохоледохеальная лазерная литотрипсия. Для внутрипротокового лазерного облучения использовали отечественную лазерную установку «ЛАМИ» с длиной волны 750 нм в импульсно-периодическом режиме с длиной импульса 50 мсек и интервалом 100 мсек, мощность лазерного излучения 0,1. Лазерное волокно вводили в желчные протоки антеградно, через ранее установленную чрескожную чреспеченочную холангиостому (патент РФ №2491968). Применение внутрипротокового лазерного излучения у больных с холангитом является высокоэффективным и позволило получить в короткие сроки с минимальной травматизацией тканей выраженный клинический эффект, состоящий в быстром стихании воспалительного процесса в желчных протоках за 3 – 5 дней и как следствие уменьшении интоксикации всего организма. Так, у больных данной группы отмечена более быстрая нормализация температуры тела, количество лейкоцитов крови снижалось быстрее и приходило к норме к 7 суткам. Больные из данной группы были выписаны из стационара в среднем на 5 суток быстрее, чем пациенты, которым проводилась традиционная антибактериальная терапия. При оперативном лечении больных с калькулезным холециститом был использован высокоэнергетический гольмиевый лазер «УЛХК-01-Компакт» (тип лазера - Ho:YAG) с длиной волны 2088 нм; максимальная энергия 3 Дж; частота до 15 Гц; длительность импульса 600 мкс. Использование лазера заключалось в выделении желчного пузыря из его ложа во время лапароскопической холецистэктомии. Кварцевое оптоволокно подводилось непосредственно к зоне оперативного вмешательства через установленный в правом подреберье 5мм порт. При выделении желчного пузыря данным способом одновременно происходит надежная коагуляция ложа желчного пузыря, что позволяет сократить время оперативного вмешательства, т.к. повторное коагулирование ложа после выделения пузыря не требуется (сокращение длительности операции до 20 мин.). В отличие от электрокоагуляции при лазерной коагуляции образуется нежный струпа на поверхности паренхимы печени и отсутствие повреждения печеночной ткани в ее глубине, что обусловлено малой глубиной проникновения гольмиевого лазерного излучения (0,4 мм.). У данной группы больных лишь у 8 (8,51%) пациентов выявлено жидкостное скопление в подпеченочном пространстве, причем объем жидкостного компонента был в среднем 5,0 мл. У 2 (2,12%) пациентов оперативное лечение завершено дренированием подпеченочного пространства профилактически в связи с перфорацией желчного

пузыря во время его выделения. Дренажи были удалены на 2 сутки. Во всех случаях применения лазера при холецистэктомии в послеоперационном периоде осложнений не было. Больные выписаны под наблюдение хирургов поликлиники по месту жительства на 3 сутки. У больных с холедохолитиазом, при невозможности извлечения конкрементов, под контролем фиброскопа производили эндохоледохиальную лазерную литотрипсию так же с помощью аппарата «УЛХК-01-Компакт» (тип лазера - Но:YAG) с длиной волны 2088 нм., в импульсном режиме 15 Гц, энергия импульса 2,0 Дж. Световод заводили в холедох через рабочий канал холедохоскопа, дробление выполняли в контактном режиме под визуальным контролем, фрагментированные конкременты извлекали в последующем с помощью корзинки Dormia. Время, необходимое для фрагментации конкремента в среднем составило около 1 минуты, а длительность оперативного вмешательства сокращалась в среднем на 30 мин. Использование лазерного дробления конкрементов сопровождается меньшей травмой протоков и соответственно менее выраженной воспалительной реакцией. Так же, лишь у одного (1,92%) больного в послеоперационном периоде было отмечено повышение уровня амилазы до 200 ед. Таким образом, использование лазера позволило улучшить результаты лечения больных с доброкачественными заболеваниями желчных протоков. Особенно актуальным это является у больных пожилого и старческого возраста, а также у больных с наличием выраженной сопутствующей соматической патологии, что позволяет избежать выполнения более длительных и объемных оперативных вмешательств.

---

41. Особенности хирургического лечения рака желудка в зависимости от вариантного строения висцеральных сосудов.

Седов В.М., Данилов И.Н., Яицкий А.Н., Захаренко А.А., Вовин К.Н., Быкова А.Л.

Санкт-Петербург

Кафедра факультетской хирургии ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский Государственный медицинский Университет им. акад. И.П.Павлова» Минздрава РФ.

Актуальность. В настоящее время своевременная диагностика и лечение рака желудка является одной из актуальнейших проблем, как абдоминальной хирургии, так и онкологии. Несмотря на снижение заболеваемости и несомненные достижения в лечении, рак желудка остается одной из ведущих причин смерти практически во всех странах мира. Высокий уровень развития хирургической техники, разработка современных методов оперативных вмешательств позволяет достоверно улучшить выживаемость больных раком желудка. Однако, основной причиной высокой смертности по-прежнему является рецидивирование опухолевого процесса. Частота развития регионарного рецидива после хирургического лечения рака желудка зависит от стадии опухоли и составляет 45% при T3-4 и 19% - при T1-2. Многочисленные рецидивы в зоне опухоли, в регионарных лимфатических узлах, культе желудка и в месте анастомоза связывают с наличием субклинических микрометастазов, которые остаются неудаленными, несмотря на «радикальный» характер операции. Улучшение результатов лечения рака желудка, на современном этапе, возможно за счет совершенствования методов диагностики рака желудка, индивидуального планирования объема операции и технических аспектов выполнения лимфодиссекции. Стандартом при радикальном хирургическом лечении рака желудка является лимфодиссекция D2, технические аспекты выполнения которой подробно описаны многими авторами. Известны различные анатомические вариации строения чревного ствола и висцеральных сосудов. Однако, в современной литературе недостаточно уделено внимания диагностике анатомических вариантов висцеральных сосудов при раке желудка, необходимости выбора оперативного приема и объема лимфодиссекции при различных особенностях строения сосудистого русла. Материалы и методы. В настоящее время в стандарт предоперационного обследования больных раком желудка входят: видеоэндоскопическая эзофагогастродуоденоскопия с биопсией, морфологическое исследование биопсийного материала, МСКТ органов брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки, ультразвуковое исследование малого таза. Дополнительно в объем исследования больных могут быть включены эндоскопическая сонография, МСКТ органов грудной клетки и малого таза, диагностическая лапароскопия для исключения перитонеального метастазирования. Помимо

вышеперечисленного, в клинике факультетской хирургии ПСПбГМУ им.акад. И.П.Павлова с октября 2013г. рутинным диагностическим методом обследования в предоперационном периоде у больных раком желудка является выполнение мультиспиральной компьютерной томографии в ангиографическом режиме с целью визуализации вариантов строения висцеральных сосудов. Данное исследование на дооперационном этапе позволяет планировать технические варианты выполнения мобилизации желудка и адекватную конкретному случаю лимфодиссекцию, уровень перевязки и пересечения сосудов. По настоящее время это исследование выполнено 91 больному страдающему раком желудка. МСКТ-ангиография выполнялась на 64-срезовом компьютерном томографе «Optima 660», General Electric, с использованием контрастных препаратов (ультравист, оптирей, омнипак 300-370мг/мл 50-100мл). Результаты. У 60 пациентов особенностей чревный ствол (ЧС) был представлен типичной трифуркацией селезеночной (СА), общей печеночной (ОПА) и левой желудочной артерий (ЛЖА). У 31 (34,1%) пациентов выявлена вариантная анатомия висцеральных сосудов. Наблюдались варианты строения сосудов от присутствия единого чревно – брыжеечного ствола (отхождение от аорты ЧС и верхней брыжеечной артерии (ВБА) единым основанием) до наличия нескольких дополнительных артериальных ветвей чревного ствола. В каждом конкретном случае, в зависимости от выявленного варианта строения сосудов планировалось оперативное вмешательство. Учитывая тщательное дооперационное обследование все пациенты были радикально оперированы, выполнялась лимфодиссекция в объеме D2 и D2+. 1. У 7 (7,7%) пациентов с краниальной левой печеночной артерией (ЛПА), отходящей от ЧС с последующим отхождением ЛЖА, всегда выполнялось её скелетирование на всем протяжении с визуализацией основания левой желудочной артерии и последующей её перевязкой. Данный прием позволял избежать перевязки краниальной ЛПА и как следствие возможного некроза левой доли печени. 2. При отхождении ЛЖА от аорты (4 случая, 4,4%) выполнялся медиальный подход к лимфодиссекции с элементами парааортальной лимфодиссекции и перевязкой ЛЖА в месте её отхождения от аорты. 3. В случае отхождения ОПА (2 пациента, 2,2%) или СА (1 пациент, 1,1%) от аорты выполнялся латеральный подход, от печени и ворот селезенки к аорте, так же с элементами парааортальной лимфодиссекции. 4. У 23 пациентов с наличием дополнительных ветвей, отходящих от ЧС или его ветвей (25,3%) встречены следующие варианты: раздельное отхождение от него правой и левой печеночных артерий у 3 пациентов(3,3%). У 9 пациентов выявлено отхождение от ЧС выраженных артериальных стволов к диафрагме, желудку, печени (9,9%). В таких случаях выполнялся комбинированный подход к лимфодиссекции. Перевязка и пересечение сосудов осуществлялись после достоверной визуализации их органной принадлежности. Все лимфатические узлы маркировались согласно классификации Японской Ассоциации по лечению рака желудка (JGCA, 2010), с параллельной привязкой к уровню расположения на магистральном сосуде. У всех оперированных больных специфических осложнений, связанных с объемом лимфодиссекции не было. Выводы. Выполнение мультиспиральной КТ в ангиографическом режиме на дооперационном этапе является эффективным способом визуализации магистральных сосудов, позволяющим планировать объем и технику оперативного вмешательства, снизить интраоперационные риски повреждения артериальных стволов, более прецизионно выполнить лимфодиссекцию.

---

42.Новый способ панкреатоцистогастростомии при кистах головки поджелудочной железы

Одишелашвили Г.Д, Пахнов Д.В, Ильясов Р.К

Астрахань

ГБОУ ВПО Астраханский государственный медицинский университет Минздрава РФ

В вопросах хирургической тактики при панкреатических кистах у специалистов отсутствует единое мнение. Диапазон оперативных вмешательств, выполняемых по поводу панкреатических кист, довольно широк: наружное дренирование кист, энуклеация кист, различные по объему резекции поджелудочной железы с кистами поджелудочной железы, формирование внутренних соустьев между стенкой кисты и различными отделами желудочно-кишечного тракта. При нарушении проходимости панкреатического протока операцией выбора считается панкреатико- цистоеюностомия. Внутреннее дренирование ложных кист ПЖ производят путем формирования широкого соустья кисты с тощей кишкой на выключенной петле по Ру или

по Брауну в нижнем полюсе кисты. При широком интимном прилежании стенки кисты с желудком или двенадцатиперстной кишкой, выполняют панкреатоцистогастростомию или панкреатоцистодуоденостомию. Но существующие способы внутреннего дренирования имеют некоторые недостатки, которые могут привести к серьезным послеоперационным осложнениям (несостоятельность анастомозов, развитие панкреатита). Выбор варианта хирургического лечения панкреатических кист многообразен, и умение отдать предпочтение при этом оптимальному методу вмешательства остается непростой задачей для практикующих врачей. В связи с этим нами в эксперименте разработан способ панкреатоцистогастростомии (заявка на изобретение №2014151538(082555) 18 декабря 2014 года, получена приоритетная справка). Способ заключается в следующем: после срединной лапаротомии, отступая 5 см от пилоруса как по большой кривизне, так и по малой кривизне, мобилизуем участки желудка на протяжении 3 см в проксимальную сторону. Затем производим на этом уровне отсечение пилорического отдела от проксимальной части желудка. Через зияющее отверстие пилорического отдела желудка выполняем пункцию кисты головки поджелудочной железы и рассекаем заднюю стенку пилорического отдела желудка и переднюю стенку кисты головки поджелудочной железы на протяжении 3 см с удалением содержимого кисты. После удаления содержимого выполняют эндоскопическую ревизию кисты. Добившись тщательного гемостаза накладываем анастомоз между задней стенкой пилорического отдела желудка и передней стенкой кисты непрерывным швом. После этого зияющее отверстие пилорического отдела ушивается наглухо однорядным швом. Непрерывность желудочно-кишечного тракта восстанавливается наложением анастомоза между проксимальной частью желудка и тощей кишкой по типу «конец в бок». Данный способ применен в клинике у 2 больных с хорошими результатами. Больные осмотрены через 2 года, состояние удовлетворительное, болевой синдром отсутствует, трудоспособны.

---

#### 43. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВНУТРИПОЛОСТНОГО УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОБЛУЧЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ

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

Саранск

ФГБОУ ВПО "МГУ им. Н.П. Огарёва"

Лечение больных острой эмпиемой плевры (ОЭП), являющейся осложнением абсцессов легких, является актуальной проблемой торакальной хирургии из-за частого перехода в хроническую форму, неблагоприятных исходов и высокой летальности. Цель работы: изучение клинической эффективности трансторакальной санации (ТТС) эмпиемных полостей с использованием внутриполостного ультрафиолетового облучения (ВПУФО) у больных ОЭП. Материалы и методы: представлены результаты лечения 42 пациентов с ОЭП, осложнившей течение острых абсцессов легких. В I группу (сравнения) вошло 22 больных с ОЭП (в т.ч. 10 – с деструкцией легкого), которым применяли медикаментозную терапию, ежедневную ТТС 0,01% раствором хлоргексидина, санационную ФБС. II группу (основную) составили 20 больных ОЭП (из них у 10 – с деструкцией легкого), у них ТТС сочетали с ВПУФО, которое проводили с помощью кварцевого световода аппарата ОВК-03, введенного через микродренаж (на выходе мощность излучения составляла 30 мВт,  $\lambda = 310-600$  нм). Сеансы ВПУФО проводили ежедневно; продолжительность – 10 минут; курс лечения – 10 дней. Эффективность ВПУФО оценивали по динамике клинических, лабораторных, инструментальных методов (рентгенография, МСКТ и УЗИ органов грудной клетки) и данных бактериологического обследования содержимого эмпиемных полостей. Результаты и их обсуждение. При использовании ВПУФО в ходе ТТС больные отмечали улучшение общего состояния уже в первые 3 суток; у них нормализовались сон и аппетит, не беспокоили общая слабость и утомляемость. Объем продуцируемой жидкости в плевральной полости в первые 3-е суток по сравнению с I группой увеличился на 35-50 мл, затем резко уменьшался, и на 7-е сутки он составлял  $27 \pm 9$  мл (в I группе –  $85 \pm 12$  мл, р

#### 44. Малоинвазивные технологии лечения геморроя в общехирургическом стационаре

Рахимов Б.М., Галкин И.В., Колесников В.В., Баранов В.Р., Кривов А.И.

Тольятти, Самарской обл. РФ

ГБУЗ СО ТГКБ №5

Традиционная геморроидэктомия не обеспечивает короткие сроки реабилитационного периода. Цель: внедрение малоинвазивного метода дезартериализации геморроидальных артерий под контролем ультразвуковой доплерометрии в общехирургическом стационаре. Материал и методы: под нашим наблюдением находилось 42 больных в возрасте 50,1 (22 - 77) лет, мужчин было - 27, женщин - 15. Третья стадия болезни диагностировано у 30 пациентов, четвертая - у 12. Основными жалобами были: боли - 39 пациентов, кровотечение - 49 больных, зуд и жжение отмечали 36 пациентов. Больные госпитализировались в плановом порядке в тот же день под эндотрахеальным наркозом проводилась операция - дезартериализации геморроидальных узлов с мукопексией под контролем ультразвуковой доплерометрии. Стула добивались на вторые сутки с помощью слабительных и микроклизм. Выписывали на пятые сутки послеоперационного периода. Осложнений не было. Осмотрены через 1 год 40 пациентов. Жалобы предъявляли двое: один на незначительные боли при твердом стуле, другой на зуд и жжение не регулярного характера. У 38 больных никаких жалоб не было. Заключение: HAL-RAR значительно менее травматичная манипуляция, по сравнению с геморроидэктомией. Отдаленные результаты свидетельствуют об эффективности процедуры.

---

#### 45. Результаты ушивания перфоративных пилородуоденальных язв в отдаленном периоде

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

Владикавказ

ГБОУ ВПО "Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, кафедра хирургических болезней №3

Цель исследования: Изучение отдаленных результатов ушивания перфоративных пилородуоденальных язв. Материалы и методы исследования: Работа основана на изучении отдаленных результатов хирургического лечения 636 больных с перфоративной пилородуоденальной язвы, находившихся на стационарном лечении в клиниках Республики Северная Осетия – Алания за 10 лет. В республике Северная Осетия – Алания за 10 лет, по поводу перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки оперированы 1522 человека. Послеоперационная летальность составила 11,3% (172 человека). Из общего количества прооперированных больных нами было изучено 636 историй болезни, отобранных из архивов ЛПУ республики и их отдаленные результаты. Возраст пациентов, вошедших в исследуемую группу, был от 18 до 90 лет, средний возраст составил 54 года. Большинство больных (78%) было наиболее трудоспособного возраста – 20 - 49 лет. Мужчин было 568 (89,3%), женщин – 68 (10,7%). Срок от момента перфорации до поступления в стационар не превышал 12 часов у большинства пациентов и составил в среднем (79,7%), причём из них 471 пациент (92,9%) поступили в первые 6 часов после развития перфорации. Следует отметить, что среди всех больных с перфоративной дуоденальной язвой, поступивших в клинику за изучаемый период, доля пациентов, поступивших в первые 24 часа после перфорации составила 90,7% (из них менее чем через 6 часов поступили 74%) и лишь 9,3% пациентов поступили через сутки и более от момента перфорации. Общее состояние оценивалось по данным объективного исследования. В анализируемой группе у 320 больных

(50,3%) общее состояние при поступлении было близкое к удовлетворительному, гемодинамика – стабильная, дыхательных нарушений не было. У 288 больных (45,3%) общее состояние расценено как среднетяжелое. Следует отметить, что у 28 (4,4%) больных с поздними стадиями перитонита и пациентов с декомпенсированной сопутствующей патологией состояние было расценено как тяжелое и крайне-тяжелое. Число больных с наличием выраженной сопутствующей патологией составило 175 (27,5%) пациентов. Сопутствующие заболевания, учитывая то, что возраст большинства оперированных (84,4%) был менее 50 лет, были выражены в основном в старшей возрастной группе. (23 пациента страдали сахарным диабетом средней степени тяжести. У 54 пациентов зарегистрирована гипертоническая болезнь различной степени выраженности. У 70 пациентов выставлен диагноз ИБС, атеросклеротический кардиосклероз с различной степенью недостаточности кровообращения.) Абсолютное большинство больных поступило без выраженных признаков перитонита. Выявляемые на операции у 565 больных невыраженные патоморфологические изменения брюшной полости – местный и распространенный серозный перитонит - регистрировались при прикрытой перфорации и/или небольшом сроке от начала заболевания. У 17,5% больных отмечалась макроскопическая картина распространенного серозно-фиброзного перитонита, который протекал без септических проявлений и регистрировался у пациентов до суток с момента перфорации. Выраженные патоморфологические изменения, проявляющиеся распространенным гнойным перитонитом, определялись в поздние сроки от начала заболевания и зарегистрированы у 48 больных. По локализации перфоративного отверстия, определяемого интраоперационно, было установлено: язва передней и передне-боковых поверхностей двенадцатиперстной кишки определялась у 98,2% пациентов; язва задней стенки двенадцатиперстной кишки регистрировалась у 1,8% больных; язва пилорического отдела желудка определялась у 6,5% пациентов. Язва постбульбарного отдела ДПК составила 93,5%. Всем больным исследуемой группы выполнено ушивание перфоративного отверстия. Однако, учитывая, что большинство больных этой группы, относились ко второй и третьей возрастной группе, не имели выраженной сопутствующей патологии и тяжелого перитонита, по общему состоянию они способны были перенести различные варианты этиопатогенетического вмешательства. Нами были изучены отдаленные результаты хирургического лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки у всех 636 пациентов в сроки от 3 до 10 лет. По срокам наблюдения больные распределились следующим образом: от 3 до 5 лет – 129, 6-8 лет – 345, 9-10 лет – 162 пациента. Оценивая полученные отдаленные результаты ушивания перфоративной пилородуоденальной язвы, применяя шкалу Visick в модификации Панцырева Ю.М., нами получены следующие данные. Что из 636 пациентов, которым было выполнено ушивание перфоративной пилородуоденальной язвы, отличные отдаленные результаты получены только у 30 человек, хорошие результаты у 175 пациентов. Основную массу составили пациенты с удовлетворительными и плохими отдаленными результатами (67,8%), 431 больной. При изучении отдаленных результатов оценивалось наличие и характер болей, диспепсических расстройств, тошноты, отрыжки, и качество жизни. Более чем у половины обследованных пациентов отмечаются жалобы на боли возникающие с различной периодичностью от нескольких раз в месяц до ежедневных болей. При этом 53,6% из них отмечают интенсивные боли, имеющие связь с приемом пищи, а у 34,4% характеризуются боли как голодные и ночные. Тошнота и рвота с той или иной периодичностью отмечена у 31% исследуемых. Изжогу, отрыжку кислым, воздухом как частое проявление заболевания характеризуют 54% пациентов и еще 22% иногда отмечают эту жалобу. У трети обследуемых выявляется вздутие живота и расстройство стула. При обследовании пациенты III и IV группы в той или иной степени вынуждены соблюдать предписанную врачами диету, несоблюдение которой, по словам большинства из опрошенных, провоцирует прогрессирование клинической симптоматики. Для больных с заболеваниями пищеварительного тракта, диета является одним из основных факторов показателя здоровья. 19,5% больных считали возможным не соблюдать диету, так как их состояние позволяло это - все они вошли в группу с хорошими и отличными результатами. Большинство больных 85,5% вынуждены либо строго соблюдать диету (51,7%) либо частично (28,8%), что подтверждает наличие самой язвенной болезни, либо выраженных функциональных и морфологических изменений со стороны желудка и ДПК, характерных для гастрита и дуоденита. Выявлен высокий уровень пациентов с частотой обострения язвенной болезни после ушивания перфоративной пилородуоденальной язвы раз в год и чаще, преимущественно составивших группу с плохими отдаленными результатами. Соответственно частоте обострения отмечается и кратность получаемой пациентами курсов амбулаторной и стационарной противоязвенной терапии. 53,3% получают противоязвенную терапию 1 раз в год и чаще. Частые обострения язвенной болезни, проводимая терапия и вынужденное соблюдение режима и диеты влияет на физическую активность пациентов, которая у 45% снижена по сравнению с состоянием до операции. Фиброзофагогастродуоденоскопия проведена 448 (70,4%) обследуемым, 188 пациентам ФЭГДС не проводилась при отсутствии жалоб и категорическом отказе пациента от процедуры. По данным ФЭГДС у 54% пациентов выявлена рубцовая деформация луковицы ДПК. У 73,2% обследованных выявлены эрозивно-язвенные поражения слизистой желудка и ДПК. Контрастная рентгеноскопия желудка проведена



210 пациентам, у 184 (87,6%) из них выявлена деформация луковицы ДПК с той или иной степенью задержки эвакуации бария из желудка. У 26 (12,4%) пациентов патологических изменений со стороны желудка и ДПК не выявлено. В отдаленном периоде нами изучена секреторная функция желудка у 136 (21,3%) больных. У пациентов с хорошими отдаленными результатами базальная и максимальная секреция находится на безопасном, нормоцидном, уровне, тогда как плохой и удовлетворительный результат ушивания перфоративной пилородуоденальной язвы сопровождается выраженным гиперсекреторным фоном. Показатели базальной и максимальной кислотопродукции наиболее высокими были у 68 пациентов, вошедших в группу с плохими отдаленными результатами. Полученные в результате исследования данные анализировались с использованием шкалы Visick. Окончательная оценка отдаленных результатов проводилась с учетом данных исследований желудочной секреции, моторно-эвакуаторной функции желудка и ДПК, эндоскопической картины. Отличные и хорошие результаты получены всего у 32,2%. Группу с удовлетворительными результатами составили 200 (31,5%) пациентов в возрасте от 26 до 58 лет. Неудовлетворительные результаты выявлены у 231 (36,3%) пациента. Таким образом, полученные отдаленные результаты ушивания 636 перфоративных язв доказывают, что только у 32,2% больных выполненная операция оказалась достаточно эффективной в отдаленном периоде. Эти больные не нуждаются в медикаментозной терапии, повторном хирургическом лечении. Все остальные 67,8% больных нуждаются в периодическом или постоянном наблюдении и лечении проявлений язвенной болезни, а большая часть в повторной хирургической операции. Для определения индекса качества жизни мы провели анкетирование всех 636 пациентов с использованием вопросника ИКЖ ФХК разработанный Кузиным Н.М. и Крыловым Н.Н., а также вопросника Центра болезней пищеварения Медицинского университета штата Южная Каролина (США). Согласно проведенным расчетам значение среднего индекса DDQ-15 для здоровых лиц составляет 4,13, а для ИКЖ ФХК – 124,1±5,4 балла. Индекс качества жизни Н.М.Кузина и Н.Н.Крылова в отдаленном послеоперационном периоде у пациентов после ушивания перфоративной язвы у 26,8% расценен как «плохой». «Хороший» и «отличный» результаты зарегистрированы у 35,5% пациентов. Индекс качества жизни DDQ-15 больных в отдаленном послеоперационном периоде после ушивания перфоративной дуоденальной язвы колебался от 2,23 до 4,2. У пациентов с возвратом язвы величина индекса качества жизни составила в среднем 2,6 у 24,1% пациентов - КЖ оценено как «плохое». «Хороший» и «отличный» результаты получены у 261 пациента (41%). Качество жизни было удовлетворительным у 223 пациентов. Согласно классификации Visick у 205 пациентов отдаленные результаты лечения были отличными и хорошими (Visick I и II), у 200 – удовлетворительными (Visick III). Результаты лечения 231 пациента, у большинства которых развился рецидив язвы, признаны плохими (Visick IV). Имеющееся несоответствие в оценке результатов по классификации Visick и с применением вопросников качества жизни является следствием разницы используемых подходов к определению эффективности оперативных вмешательств. Следует отметить, что эти два метода не заменяют, а дополняют друг друга. Качество жизни отражает субъективную оценку пациентом своего состояния, следовательно, применение обоих методов позволяет объективизировать оценку эффективности оперативных вмешательств. Таким образом, применяя различные объективные и субъективные шкалы определения отдаленных результатов ушивания перфоративных пилородуоденальных язв, удалось установить, что у от 370 пациентов (58,1%) по одной классификации и до 430 (67,5%) по другой результаты расценены как «удовлетворительные» и «плохие», требующие дополнительного наблюдения и лечения. Анализ отдаленных результатов ушивания перфоративной пилородуоденальной язвы у 636 пациентов даёт неоднозначные результаты и условно их можно разделить на 3 группы. Первая группа – абсолютное большинство больных (67,5%) вынуждены, с плохими и удовлетворительными результатами наблюдаться и лечиться постоянно, без желаемого эффекта и низким индексом качества жизни, а зачастую нуждаются в хирургическом лечении. Вторая группа больных (27,8%) – больные с хорошим индексом качества жизни, которые периодически вынуждены обращаться и лечиться у врачей, соблюдать диету и получать консервативную терапию. В третьей группе (4,7%) – результаты ушивания перфоративной язвы и индекса качества жизни расценены как отличные, пациенты не нуждаются в постоянном медицинском контроле. Выводы: 1. Количество больных с перфоративной пилородуоденальной язвой за последние 10 лет в РСО-Алания не имеет тенденции к снижению, при этом большинство больных (79,7%) с перфоративной пилородуоденальной язвой поступали в стационар в первые 12 часов с невыраженными проявлениями перитонита, и способны перенести различные варианты этиопатогенетического вмешательства. 2. Установлено, что только у 4,7% больных выполненная операция ушивания перфоративной язвы оказалась эффективной и обоснованной в отдаленном периоде. Эти больные не нуждаются в медикаментозной терапии и в дальнейшей хирургической коррекции состояния. 3. Отдаленные результаты ушивания перфоративной язвы у 67,8% нельзя признать хорошими. Все эти больные нуждаются в периодическом или постоянном наблюдении и лечении проявлений язвенной болезни, а большая часть в повторной хирургической операции, что не может считаться приемлемыми для современной хирургии и требует своего решения. 4. При оценке качества жизни в отдаленном периоде с

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

помощью анкетирования по вопроснику Н.М.Кузина и Н.Н.Крылова и вопроснику DDQ-15, установлено, что полученные данные коррелируют с результатами оценки отдаленных результатов лечения по модифицированной шкале Visick и составили ИКЖ ФЖК – 26,8% с плохим качеством жизни, ИКЖ DDQ-15 – 24,1% и по шкале Visick (IV) – 36,3% плохих результатов.

---

#### 46. Малоинвазивное лечение варикозной болезни

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

Владикавказ

ГБОУ ВПО "Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, кафедра хирургических болезней №3

Цель - Анализ результатов использования миниинвазивных хирургических методов у больных с варикозной болезнью в реальной клинической практике. Материал и методы. Обследовали и лечили 165 больных в возрасте от 20 до 75 лет (средний – 47,5). Мужчин было 51 (31%), женщин – 114 (69%). Продолжительность заболевания колебалась от 1 до 43 лет. В 132 случаях (80%) диагностировали поражение системы большой подкожной вены, в 33 % (20%) – малой подкожной вены. Всем пациентам проведено комбинированное хирургическое вмешательство, включавшее лигирование магистрального подкожного ствола, инвагинационное удаление его с помощью зонда в пределах обнаруженных при ультразвуковом исследовании изменений (в 45% случаев стволы в дистальных сегментах голени не удаляли), Эндоскопическая субфасциальная диссекция перфорантных вен (ЭСДПВ), минифлебэктомиию. Оценку результатов лечения проводили в ближайшем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки (6-24 мес.) после операции. Анализировали характер послеоперационных осложнений, динамику объективных и субъективных симптомов хронической венозной недостаточности. Результаты. Неврологические осложнения в виде парестезий наблюдали у 3 (1,8%) больных. Тромбофлебит ствола БПВ развился у (1,2%), гематомы у 3 (1,8%) и лимфорей у 6 (3,6%) больных. Частота выявления чувства тяжести снизилась с 94,5% до 4,8%, в течение первого месяца после операции, ощущения отечности – с 49% до 7,3%. В отдаленном периоде рецидив варикозной трансформации подкожный вен обнаружили у 12 пациентов (7,8%), повторное возникновение трофических язв – у 3 пациентов (9,6%) Жалобы на боли, тяжесть, утомляемость предъявляли 20 (13%) больных. Все больные отмечали хороший косметический результат операции. Заключение. Использование в рутинной клинической практике методов миниинвазивной хирургии варикозной болезни позволяет достигать хороших ближайших и отдаленных клинических результатов даже у наиболее тяжелых категорий больных при минимальном уровне послеоперационных осложнений.

---

#### 47. Пути улучшения результатов лечения тяжелых травм груди

Рахимов Б.М., Руденко М.С., Кутепов Е.Н., Колесников В.В., Соловьев А.В., Расщепкин А.Ю., Середин Л.В., Слугин А.В.

Тольятти, Самарской Обл РФ

ГБУЗ СО ТГКБ №5

Летальность при сочетанной травме в группе доминирующих повреждений груди достигает 34,9% Цель работы: оптимизация показаний к выбору метода стабилизации каркаса грудной стенки. Материал и методы: проведен ретроспективный анализ карт стационарного больного у 1452 пострадавших закрытой травмой груди различной степени тяжести: неосложненными переломами ребер и грудины - 608, с гемо- и/или пневмотораксом - 779, тяжелой сочетанной травмой с преобладанием травмы груди - 68 из них с нарушением каркасности грудной стенки - 21. Для стабилизации грудной стенки использовали искусственную вентиляцию легких с положительным давлением на выдохе - 6/4, вытяжение на "балканской" раме с помощью резиновых тяг - 5/4. Различные методы остеосинтеза с применением специального реберного перфоратора (патент на изобретение №-2539187) - 12 пострадавших. Влияние операции на функцию внешнего дыхания изучали до и после операции определением частоты дыхания в 1 мин, объем воздуха в мл, напряжения кислорода в артериальной крови в мм рт ст. Получены следующие данные соответственно: до 24,0+-1,6 после 18+-1,2; до 332,0+-12,2 после 450,0+-12,1; до 70,6+-4,1 после 97,0+-10,2. Результаты: При использовании ИВЛ с положительным давлением на выдохе из 47 пациентов умерли 4, в группе где проводили фиксацию на "балканской" раме также умерли - 4. В группе остеосинтеза каркаса грудной стенки летальных исходов не было. Наблюдали одно осложнение в виде нагноения перикостальных спиц у пострадавшего с сопутствующим сахарным диабетом. Изучение функции внешнего дыхания позволяет утверждать о положительном влиянии оперативного вмешательства. Заключение: У части пострадавших с тяжелым повреждением груди, ее флотацией хирургической фиксации является противошоковым мероприятием, позволяющим улучшить основные физиологические показатели функции дыхания.

---

48.Способ профилактики послеоперационных осложнений при ушивании ран печени

Одишелашвили Г.Д., Исмаилов Э.Х., Одишелашвили Л.Г.

Астрахань

ГБОУ ВПО Астраханский государственный медицинский университет Минздрава РФ

В хирургии повреждений печени с целью предотвращения возникновения кровотечения и желчеистечения, прорезывания нити паренхимы используются в качестве подкладочного материала биологические и синтетические ткани. Однако из данных литературы известно, что они обладают следующими недостатками: неполный гемо-желчестаз в местах проведения кетгутовых нитей, прорезывание нитью паренхимы печени приводящее к дополнительной травме и усилению кровотечения, которое требует повторного наложения гемостатических швов, некроз изолированных тканей под действием желчи при котором происходит образование рубцовых изменений на поверхности печени, при использовании синтетических тканей, происходит отторжение и секвестрация подкладочного материала. вследствие аутоиммунного процесса. В связи с этим нами в эксперименте на 14-и кроликах разработан способ профилактики послеоперационных осложнений при ушивании ран печени (заявка на изобретение № 2014152425 от 23.12.14), где технический результат достигается тем, что перед связыванием концов нити на места её проведения наносят клей сульфакрилат из расчета на один квадратный миллиметр две капли с экспозицией 30 сек. В результате проведенных исследований установлено, что для достижения полного гемо-желчестаз в местах проведения кетгутовой нити и профилактики её прорезывания достаточно две капли на один квадратный миллиметр с экспозицией 30 сек. Предлагаемый способ был успешно апробирован в хирургическом отделении КБ№2 ФГУ ЮОМЦ ФМБА России г. Астрахани у 21 больного с повреждениями печени. У всех больных послеоперационный период протекал гладко. Кровотечения и желчеистечения не наблюдалось. Средний послеоперационный койко-день составил 9. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии. При использовании разработанного способа достигается полный гемо-желчестаз при повреждениях трубчатых структур печени в местах проведения нити, предотвращается усиление кровотечения и желчеистечения из мест проведения нити при возможном прорезывании её паренхимы печени. Применение данного способа позволяет отказаться от использования подкладочного материала, прост в исполнении и сокращает время операции и уменьшает ее травматичность.

Используемый клей сульфакрилат является нетоксичным для печени и не вызывает контактный гепатит. Данный способ может быть рекомендован в клиническую практику.

---

49. Прогнозирование динамики гнойно-воспалительного процесса у больных острым аэробным парапроктитом

Сергацкий К.И., Никольский В.И.

Пенза

ФГБОУ ВПО "Пензенский государственный университет", Медицинский институт

Введение Острый парапроктит (ОП) является самым распространенным заболеванием в практике неотложной хирургической проктологии [Абдуллаев М.Ш. и соавт., 2012]. В числе острых гнойных поражений аноректальной зоны, частота ОП достигает 48% [Демьянов А.В. и соавт., 2013]. Актуальным аспектом, влияющим на исход лечения больных ОП, является борьба с прогрессирующими гнойно-некротическими процессами в клетчаточных пространствах [Борсова Ф.З., 2006]. Одним из направлений исследований, позволяющих вплотную приблизиться к возможности прогнозирования динамики гнойно-воспалительного процесса, является изучение биологических и электрохимических процессов, протекающих непосредственно в очаге воспаления [Никольский В.И. и соавт., 1994]. Джоульметрия в отличие от других методов контроля биологических объектов проста в реализации, а для проведения анализа необходимо незначительное время (Янкина Н.Н., 2012). В основу метода положено соответствие между работой, совершаемой внешним источником энергии в исследуемом объекте, и изменением состояния исследуемого объекта. Работа тока (РТ) напрямую зависит от напряжения и времени, затраченного током определенной силы для электрохимического преобразования ткани или жидкости. Для здоровой ткани требуется меньшее время для изменения напряжения в определенном диапазоне, а для пораженной – большее. По изменению параметра РТ во времени можно судить о динамике гнойно-воспалительного процесса. Цель исследования – клиническая апробация объективного метода оценки динамики гнойно-воспалительного процесса у больных ОП. Материал и методы исследования Исследование проведено 56 пациентам с глубокими ОП (ишео-, пельвио- и ретроректальной локализации), вызванными банальной микрофлорой. Большим во время хирургического вмешательства, направленном на вскрытие и санацию гнойного очага, в послеоперационную полость устанавливали диагностический датчик диаметром 6 мм и длиной 500 мм (патент РФ на полезную модель № 86431 от 10.09.2009), Пассивный электрод помещали непосредственно на уровне расположения первого электрода. Затем, через каждые 24 часа (с первых по четвертые сутки, далее – по необходимости) производили измерения параметров биологической жидкости, находящейся в послеоперационной полости при постоянном токе разной силы и различной продолжительности. Одновременно с регистрацией РТ осуществляли контроль клинической картины заболевания, общего состояния пациента, динамики маркеров воспаления, проводили МРТ и КТ при необходимости в динамике, проводили вычисление лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) Я. Я. Каль-Калифа (1941). Результаты исследования В зависимости от полученных данных при джоульметрическом исследовании всех больных ОП аэробной этиологии (n=56) разделили на 2 группы. В первой группе, состоящей из 48 (87,5%) человек, отмечали снижение значений РТ, соответствующее клиническим и лабораторным данным регрессии воспалительного процесса. Во второй группе у 6 (12,5%) больных регистрировали нарастание значений РТ в электрохимической реакции и воспалительных изменений в процессе лечения, что указывало на прогрессирование воспалительного процесса. У данных пациентов клинически отмечали ухудшение состояния. Больные этой группы были подвергнуты повторным операциям, направленным на повторную санацию очага воспаления, а так же вскрытие дополнительных гнойных затеков. Для оценки эффективности джоульметрического метода за контролем динамики воспалительного процесса проведено также сравнение динамики температуры тела и ЛИИ при прогрессировании и регрессии воспалительного процесса после установки диагностического датчика. При прогрессировании воспаления среднесуточная температура тела стремительно возрастала с  $37,5 \pm 0,2^\circ\text{C}$  на первые сутки до  $37,9 \pm 0,2^\circ\text{C}$ ,  $38,4 \pm 0,3^\circ\text{C}$  и  $39,2 \pm 0,4^\circ\text{C}$  на 2, 3 и 4 сутки послеоперационного периода соответственно. Среднесуточная температура тела у больных с

регрессией гнойно-воспалительного процесса на первые, вторые, третьи и четвертые сутки была  $37,5 \pm 0,2^\circ\text{C}$ ;  $37,2 \pm 0,2^\circ\text{C}$ ;  $37,0 \pm 0,2^\circ\text{C}$  и  $36,6 \pm 0,2^\circ\text{C}$  соответственно. Отличия между средними значениями среднесуточной температуры тела в сравниваемых группах больных на вторые, третьи и четвертые сутки после установки диагностического датчика статистически значимы ( $p < 0,05$ ). На первые сутки после оперативного вмешательства среднее значение ЛИИ у больных с положительной динамикой было  $1,6 \pm 0,2$  условных единиц, а с отрицательной  $1,6 \pm 0,3$  соответственно ( $p > 0,05$ ). На вторые, третьи и четвертые сутки средние значения ЛИИ у больных с регрессией процесса снижались до  $1,4 \pm 0,2$ ;  $1,1 \pm 0,2$  и  $0,9 \pm 0,2$  условных единиц, а у больных с прогрессированием воспаления значительно повышались до  $1,9 \pm 0,3$ ;  $2,2 \pm 0,2$  и  $2,5 \pm 0,2$  соответственно ( $p < 0,05$ ). На основании статистической обработки данных получена объединенная характеристика динамики электрохимической реакции в послеоперационной полости у больных аэробным ОП. Динамика положительных результатов характеризуется линейным снижением значений РТ с первых по четвертые сутки исследования с  $0,224 \pm 0,015$  до  $0,059 \pm 0,011$  мкДж соответственно. При прогрессировании воспалительного процесса РТ повышается с  $0,219 \pm 0,02$  до  $0,921 \pm 0,04$  мкДж. Было изучено соответствие динамики показателей РТ с клиническими проявлениями ОП и изменениями лабораторных маркеров воспаления. У 52 (92,6%) больных ОП параметры электрохимической реакции в очаге воспаления полностью совпадали с клиникой заболевания, у 46 пациентов (82,1%) - с лабораторными данными. В 25 из 56 случаев (44,6%) данные, полученные при исследовании электрохимических свойств раневого отделяемого после вскрытия аэробного ОП, более чем на сутки опережали появление негативной динамики маркеров воспаления. Выводы 1. Измерение джоульметрических параметров (РТ) у больных ОП аэробной этиологии может быть использовано в клинической практике для оценки динамики развития гнойно-воспалительного процесса. 2. Метод джоульметрии при ОП является высоко информативным способом контроля, позволяющим объективизировать динамику гнойно-воспалительного процесса в параректальной клетчатке, а так же в комплексе с другими лабораторно-инструментальными и клиническими методами диагностики по объективным данным выставить своевременные показания для повторной операции (санации очага воспаления, вскрытия дополнительных гнойных затеков).

---

50.Современные методы диагностики метастатического поражения печени.

С.В. Козлов, О.И. Каганов, М.В. Ткачев, Д.С. Швец, С.М. Козлов.

Самара

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер».

Цель. Изучение зависимости показателей онкомаркеров (ОМ) от степени распространенности метастатического поражения печени при колоректальном раке. Материалы и методы. В программу исследования вошли 60 больных с диагнозом колоректальный рак. Прогрессия процесса в виде метастатического поражения печени в данной группе больных была выявлена в среднем через  $15,18 \pm 6,09$  месяцев после удаления опухоли толстой кишки. Всем пациентам в сыворотке крови определяли концентрацию РЭА, СА19-9, СА242 методом иммунохемилюминесцентного анализа с использованием анализатора Immulite 2000 (DPC, США). Результаты. В группе больных, у которых было выявлено до 3 метастазов (mts) в печени, показатели РЭА составили  $69,37 \pm 59,49$  нг/мл, СА19-9  $142,21 \pm 105,21$  Е/мл, СА242  $142,53 \pm 105,19$  Е/мл, в группе пациентов имевших 4-5 mts значения ОМ были выше: РЭА  $88,89 \pm 78,30$  нг/мл, СА19-9  $163,71 \pm 73,37$  Е/мл, СА242  $180,87 \pm 104,70$  Е/мл ( $p=0,05$ ,  $p=0,12$ ,  $p=0,05$  соответственно). В группе больных с суммой максимальных размеров выявленных mts до 7 см показатель РЭА составил  $57,08 \pm 39,12$  нг/мл, СА19-9  $115,29 \pm 96,64$  Е/мл, СА242  $126,46 \pm 83,47$  Е/мл, а в группе пациентов с суммой максимальных размеров выявленных mts более 7 см показатели ОМ были значимо выше: РЭА  $99,43 \pm 81,45$  нг/мл, СА19-9  $176,65 \pm 75,03$ , СА242  $191,45 \pm 111,81$  Е/мл ( $p=0,03$ ,  $p=0,01$ ,  $p=0,01$  соответственно). Заключение. Проведенные исследования показали, что у больных с наличием до 3 колоректальных mts в печени и с суммой максимальных размеров до 7 см средние показатели РЭА, СА19-9, СА242 были значимо ниже, чем у больных, имевших более 3 mts, с суммой максимальных размеров более 7 см.

51. Опыт хирургического лечения флеботромбозов глубоких вен нижних конечностей.

Йовбак В.М., Потапенков М.А., Шимкус Ю.Э., Береговая Н.М.

Симферополь

ГБУЗ РК "РКБ им.Н.А.Семашко"

С 2010 по 2015 годы в отделении проведено лечение флеботромбозов глубоких вен нижних конечностей у 720 больных, мужчин было 180 больных, женщин 540, возраст больных составлял от 25 до 75 лет. У 255 больных отмечались флеботромбозы бедренно-подколенного сегмента, развившиеся после абдоминальных операций, в 22 случаях у больных с онкопатологией малого таза, в 25 критической ишемии нижних конечностей, 257 случаев подвздошно-бедренный сегмент, флеботромбоз нижней полой вены у 8 больных, в 60 случаях подвздошно-бедренно-подколенный и у 48 больных флеботромбоз глубоких вен голени. Наиболее часто отмечался флеботромбоз подвздошно-бедренного и бедренно-подколенного сегментов. Флеботромбоз глубоких вен осложнился тромбозом мелких ветвей легочной артерии в 42 случаях. Всем больным проведено консервативное лечение с использованием антикоагулянтов, дезагрегантных препаратов, веноotonиков. Установка постоянного кава-фильтра «OCOT», «CORDIS» выполнена у 188 больных с тромбозом легочной артерии, тромбозом нижней полой вены, подвздошно-бедренным и бедренно-подколенным флеботромбозом и флотацией тромба. Тромболитический выполнен 13 больным. В сроки наблюдения в течение 5 лет посттромбофлебитический синдром развился у 553 человек, тромбоз кава-фильтра в 2 случаях, миграция кава-фильтра в полости сердца у 2 больных, перфорация кава-фильтра в просвет двенадцатиперстной кишки у 2 больных. При тромбозе кава-фильтра применена тромболитическая терапия с полным восстановлением просвета нижней полой вены, при миграции кава-фильтра в камеры правого сердца у одной больной выполнена операция на сердце в условиях искусственного кровообращения. Двум больным с перфорацией кава-фильтра в просвет двенадцатиперстной кишки проведена консервативная терапия. Консервативная терапия при раннем сроке флеботромбоза бедренно-подколенно-бедренного сегмента позволяет добиться хороших отдаленных результатов с полным восстановлением просвета вены без повреждения клапанного аппарата. Умерло 2 больных (0,2%) с флеботромбозами подвздошно-бедренного сегмента, осложненными тромбозом легочной артерии.

---

52. Новый метод профилактики постаблационного синдрома.

С.В. Козлов, О.И. Каганов, М.В. Ткачев

Самара

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер».

Актуальность. В послеоперационном периоде при выполнении термоабляции происходит резорбция в кровяное русло токсических компонентов из очага асептического некроза, что вызывает патологические симптомы и объединены в «постаблационный» синдром. Цель исследования. Оценить результаты применения озонотерапии в послеоперационном периоде с целью профилактики и лечения «постаблационного» синдрома у больных с метастазами колоректального рака (КРР) в печени. Материал и

методы. В 2005-08 году на базе ГБУЗ Самарского областного клинического онкологического диспансера 98 больным было выполнено чрескожная радиочастотная термоабляция (РЧА) метастазов КРР в печени под контролем УЗИ. В послеоперационном периоде 58 пациентам, которые вошли в основную группу исследования, с целью профилактики и лечения «постабляционного» синдрома был применен метод озонотерапии. Пациентам контрольной группы (n=40) в послеоперационном периоде проводилась инфузионная, ан-тибактериальная, обезболивающая терапия. Пациентам основной группы с первых суток после операции проводился метод озонотерапии крови в количестве 5 сеансов. Результаты проведенного исследования. «Постабляционный» синдром в основной группе возник у 8 (15%), в контрольной - у 29 (73%) больных (p=0,000). Было выявлено, что применение метода озонотерапии позволяет снизить абсолютный риск возникновения «постабляционного» синдрома на 57,4% при отношении шансов 0,067. У пациентов контрольной группы в послеоперационном периоде на 2 сутки отмечалось повышение температуры до  $37,96 \pm 0,52^\circ\text{C}$ , продолжающееся в течение 4-5 суток, в основной группе температура повышалась лишь до субфебрильных цифр  $37,30 \pm 0,25^\circ\text{C}$  в течение двух первых дней после операции. Оценку интенсивности болевого синдрома проводили с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). В контрольной группе максимальные болевые ощущения были на 1 сутки и достигли  $7,20 \pm 1,13$  баллов, данный синдром сохранялся на уровне 6 баллов со 2 по 4 сутки. В основной группе максимальные значения ВАШ отмечались также на 1 сутки и составил  $7,37 \pm 1,07$  балла с прогрессивным снижением показателей в течение 5 дней. Сравнительный дисперсионный анализ с повторными измерениями в основной и контрольной группах показал значимую разницу значений ВАШ в контрольные сроки исследования (F=9,79 p=0,000). Вывод. Таким образом, применение метода озонотерапии в послеоперационном периоде у больных с РЧА метастазов в печени позволило провести не только профилактику возникновения «постабляционного» синдрома, но и нормализовать у больных клиническую картину в более ранние сроки.

---

53. Гнойные послеоперационные осложнения - факторы прогноза.

С.В. Козлов, О.И. Каганов, М.В. Ткачев, Д.С. Швец, А.М. Козлов.

Самара

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер».

Актуальность. Разработка эффективных мер профилактики послеоперационных осложнений является актуальной проблемой современной онкохирургии. Цель исследования. Выявить значимые прогностические критерии развития гнойных послеоперационных осложнений (ГПО) у больных колоректальным раком (КРР). Материалы и методы исследования. В исследование были включены 278 больных КРР, которым были выполнены радикальные или циторедуктивные хирургические вмешательства. К первой группе были отнесены: пол, возраст, наличие тяжелой сопутствующей патологии, индекс массы тела, локализация опухоли, стадия основного заболевания, длительность догоспитального периода, характер ранее перенесенного специального лечения, наличие осложненного рака толстой кишки, наличие анемии, степень анестезиологического риска по ASA. Ко второй группе предикторов ГПО были отнесены: характер оперативного вмешательства, вариант восстановления кишечной непрерывности, стаж работы хирурга (< 5 лет, > 5 лет), длительность операции (3 часов), объем кровопотери (1 литра), интраоперационная контаминация брюшной полости. В нашем исследовании мы предлагаем интегральный прогностический критерий, учитывающий субъективную интегральную оценку оперирующим хирургом предоперационных факторов риска (общее состояние больного, запущенность основного заболевания, тяжесть сопутствующей патологии, объем планируемой операции: 1 балл - хороший, 2 балла - удовлетворительный, 3 балла - плохой прогноз), а также таких интраоперационных критериев, как продолжительность операции (более 3 часов - + 1 балл) и интраоперационная контаминация раны +1 балл. Результаты. ГПО осложнения были диагностированы у 48 пациентов (17,2%). Частота ГПО при локализации опухоли в прямой кишке составила 22,2%, в правой половине ободочной кишки - 3%, в левой половине - 11,1%. (p

54. Результаты абляции метастатических очагов в печени.

С.В. Козлов, О.И. Каганов, М.В. Ткачев, Д.С. Швец, А.М. Козлов.

Самара

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер».

Лечение больных с диагнозом рак толстой кишки с метастазами в печени является актуальной проблемой современной онкологии. Одним из методов лечения таких больных является радиочастотная термоабляция. Цель работы: изучить результаты и обосновать применение радиочастотной термоабляции (РЧА) в комбинированном лечении больных с метастазами колоректального рака (КРР) в печени. Материалы и метод. В программу исследования вошли 178 больных с билобарными единичными и множественными метастазами колоректального рака (КРР) в печени, выявленными после радикального хирургического лечения опухоли толстой кишки. В основную группу (n=93) больные, которые получали комбинированное лечение: химиотерапия и радиочастотной абляции (РЧА). Больным контрольной группы (n=85) проводилась только химиотерапия без хирургического воздействия на метастатические очаги. Сравнительный анализ результатов лечения проводился: в основной (n=39) и контрольной (n=33) группах - с единичными метастазами; и в основной (n=54) и контрольных (n=52) группах - с множественными метастазами. Результаты исследования. У больных в основной группе с единичными метастазами КРР в печени была достигнута трехлетняя безрецидивная выживаемость, которая составила 3,5%, медиана безрецидивной выживаемости достигла 15 месяцев. В контрольной группе с единичными метастазами были получены только двухлетние показатели – 6,9%, медиана выживаемости составила 9 месяцев. Общая пятилетняя выживаемость в основной группе с единичными метастазами - 4,3%, медиана общей выживаемости достигла 28 месяцев, тогда как в контрольной группе была получена лишь трехлетняя выживаемость – 9,9%, с медианой выживаемости 15 месяцев. В основной группе больных с множественными билобарными метастазами КРР в печени проведение РЧА позволило достичь двухлетней безрецидивной выживаемости - 3,4% с медианой безрецидивной выживаемости 9 месяцев, в то время как в контрольной группе с множественными метастазами аналогичный показатель равнялся нулю, медиана выживаемости достигла 6 месяцев. Применение РЧА в основной группе с множественными метастазами позволило достичь показателя общей четырехлетней выживаемости – 1,8%, медиана выживаемости 18 месяцев, тогда, как в контрольной группе была получена лишь трехлетняя выживаемость - 2,1%, медиана выживаемости 11 месяцев. Вывод. Применение метода РЧА в комбинации с химиотерапией при лечении единичных и множественных билобарных метастазов КРР, позволяет значительно улучшить показатели безрецидивной и общей выживаемости.

---

55. Паллиативные операции у больных с метастатическим колоректальным раком.

С.В. Козлов, О.И. Каганов, М.В. Ткачев, Д.С. Швец.

Самара

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер».



Актуальность. За последние десятилетия произошли качественные изменения в подходе к лечению больных колоректальным раком. Это стало возможным благодаря достижениям современной медицины - улучшению качества диагностики и внедрению современных методов лечения. Широкие возможности применения методов лучевой терапии, химиотерапии, а в последние годы появления лекарственных препаратов для таргетной терапии, обуславливают стремления онкологов к максимальному удалению опухолевой массы путем выполнения паллиативных операций. Цель работы: изучение непосредственных результатов паллиативных операций у больных при колоректальном раке. Материалы и методы: С 2009 по 2012 года в отделение абдоминальной онкологии Самарского областного клинического онкологического диспансера выполнено 741 операций по поводу колоректального рака. Из них 43 носили паллиативный характер: гемиколэктомия справа - 20, гемиколэктомия слева - 17, резекция сигмовидной кишки - 4, передняя резекция прямой кишки - 2. У 2 больных дополнительно проводилась радиочастотная абляция метастазов печени, 2 больным выполнялись симультанные операции, дополненные с резекциями печени. Также имеется группа больных, которым резекции печени по поводу метастазов выполнялись отсрочено. Таким образом, за последние годы удельный вес паллиативных операций вырос с 1,6 % до 2,3 %. Результаты: В послеоперационном периоде осложнения возникли у 5 больных (11,6 %): гнойные осложнения - 1, несостоятельность анастомоза - 1, тромбоэмболия легочной артерии - 1, острое нарушение мозгового кровообращения - 1, перфорация язвы желудка - 1. Умерло 3 больных, причина смерти: тромбоэмболия легочной артерии - 1, перфорация хронической язвы желудка - 1, острое нарушение мозгового кровообращения - 1. послеоперационная летальность составила - 4,6 %. Выводы: Таким образом, низкий уровень послеоперационных осложнений и летальности после паллиативных операций свидетельствует о возможности и целесообразности их выполнения у больных с метастатическим колоректальным раком.

---

56. Циторедуктивное лечение онкологических больных.

С.В. Козлов, О.И. Каганов, М.В. Ткачев, Д.С. Швец, А.М. Козлов.

Самара

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер».

Актуальность. Новейшие разработки в области радиочастотной термической абляции (РЧА) расширили возможности лечения пациентов с новообразованиями печени. Минимально инвазивная терапия может обеспечить эффективное лечение единичных и множественных метастатических образований, а также может быть использована в качестве дополнения к химиотерапии. Термоабляция наиболее эффективна при комплексном паллиативном лечении метастазов колоректального рака (КРР) в печени. Данный метод позволяет уменьшить объем интраоперационной кровопотери, снизить абсолютный риск развития осложнений в послеоперационном периоде. Цель работы: оценка результатов применения РЧА метастазов КРР печени при циторедуктивных операциях (ЦО). Материал и методы. С целью проведения анализа результатов РЧА колоректальных метастазов печени при паллиативных операциях нами проведено исследование двух групп больных: 54 пациента с РЧА метастатических очагов составили основную группу, в контрольную группу вошел 61 больной с атипичной резекцией. Средний возраст в основной и контрольной группах составил 55,47\*6,71 и 57,39\*4,99 лет ( $t=1,71$ ,  $p=0,089$ ) соответственно. Общее число метастазов, удаленных при атипичной резекции составило - 177, РЧА - 194. Количество метастатических новообразований в основной группе было от 2 до 6, среднее их число составило - 3,09\*0,76, в контрольной - от 1 до 4, среднее число - 2,88\*0,89 ( $p=0,24$ ). Результаты исследования. Проведенный анализ годовых отчетов хирургических отделений ГБУЗ СОКОД с 2001 года по 2008 годы показал, что общее число ЦО при КРР 4 стадии в данный период значительно не менялось и составило 54,37\*7,71 операции в год. В основной группе послеоперационные осложнения наблюдались у 7 (13%), в контрольной - у 18 (29,5%) пациентов ( $p=0,04$ ). Осложнения, связанные с операцией на печени после РЧА были диагностированы - у 2 (28,6%), а после атипичной резекции - у 10 (55,5%) пациентов. Пятилетняя бессобытийная выживаемость в основной группе была выше, чем в контрольной, их значения составили 13,1% и 6,0% соответственно, медианы

бессобытийной выживаемости составили 24 и 15 месяцев соответственно ( $p=0,04$ ). Показатели пятилетняя общей выживаемости в основной и контрольной группах составили 26,4% и 12,7% соответственно ( $p=0,07$ ). Выводы. Таким образом, применение РЧА в лечении единичных билобарных метастазов в печени позволило значимо увеличить число ЦО R0, выполняемых при лечении КРР 4 стадии, снизить объем интраоперационной кровопотери и риск развития послеоперационных осложнений.

---

57. Специфика мониторинга больных после радиочастотной абляции метастазов колоректального рака в печени.

С.В. Козлов, О.И. Каганов, М.В. Ткачев.

Самара

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер».

Применение современных технологии при персонализированном мониторинге онкологических больных наиболее актуально. Цель работы. Прогнозирование на дооперационном этапе риска развития прогрессии заболевания после выполнения радиочастотной термоабляции (РЧА) метастазов колоректального рака (КРР) в печени. Материалы и методы. Проведено исследование результатов комбинированного лечения с применением чрескожной радиочастотной термоабляции (РЧА) у 93 больных с единичными и множественными билобарными метастазами колоректального рака (КРР) в печени, выявленными в различные сроки диспансерного наблюдения после удаления первичной опухоли. Проводился многофакторный анализ, изучающий влияние различных предикторов на риск развития рецидива и появления новых метастазов после проведения РЧА. Результаты исследования. На основании проведенного исследования была создана математическая модель  $P=1/1+2,71-z$ , где  $p$  - вероятность того, что произойдет интересное событие; 2,71 – основание натуральных логарифмов;  $z$  – формула множественной линейной регрессии:  $Z= 4,68*X1+0,02*X2+0,03*X3-4,68*X4-12,03$ , В настоящем исследовании математическую модель строили в модуле логистической регрессии по алгоритму Вальда, с пошаговым исключением в программе SPSS. При использовании этого метода первоначально брались в расчет все 11 предикторов, после чего они ранжировались и пошагово исключались в соответствии с их вкладом в модель. В результате была получена модель, включающая в себя 4 наиболее значимых предиктора ( $X1-X4$ ):  $X1$ -число выявленных метастазов;  $X2$ -значение СЕА до операции в нг/мл;  $X3$ - значение СА19-9 до операции в Ед/мл;  $X4$  - число метастазов размером от 2 до 3 см. Далее приведена классификационная таблица, рассчитанная на основании вышеуказанной модели. Проведено сравнение результатов у 93 больных, полученных при выполнении КТ брюшной полости с целью выявления рецидива и прогрессии метастатического процесса (наблюдаемые результаты) и предсказанных результатов, полученных при помощи математической модели. Была просчитана чувствительность 95,5%, специфичность 100% и точность 96,8% данной математической модели. Выводы. Применение математической модели позволяет выбрать наиболее эффективный алгоритм обследования больных после выполнения малоинвазивного лечения, что позволяет своевременно выявлять дальнейшую прогрессию заболевания.

---

58. Реконструкция молочной железы при онкологических операциях.

С.В. Козлов, О.И. Каганов, В.Н. Савельев, Р.И. Кочетков, М.В. Ткачев.

Самара

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер».

Реконструктивные операции на молочной железе в настоящее время является общепризнанным стандартом лечения рака молочной железы (РМЖ), а также доказано, что это и лучший способ комплексной реабилитации. Желание восстановить молочную железу в один этап для большинства больных РМЖ является основным моментом, влияющим на выбор способа реконструкции. Цель исследования: Сравнить результаты одноэтапных (ОРО) и двухэтапных (ДРО) реконструктивных операции на молочной железе с использованием имплантов. Материалы и методы: Нами проанализированы результаты реконструктивных операции у больных I-III стадией раком молочной железы. В основную группу вошли больные (n=33), которым проводилось ОРО. Показаниями к ОРО были желание больных восстановить молочную железу в один этап, птоз 1-2 степени, объем железы не более 400 мл и отсутствие показаний для послеоперационного облучения. Больным контрольной группы (n=28) выполнялась ДРО. Показаниями к ДРО стали невозможность получить эстетический результат за один этап, высокая вероятность или обязательное адьювантное лечение. Во время первого этапа, по возможности, сохранялась ареола и сосок, при этом избытки кожного лоскута не иссекались, а деэпидермизировались с целью увеличения количества мягких тканей над экспандером. Экспандер раскачивался в первые два месяца (во время первых трех курсов химиотерапии) на 20-25% больше номинала и оставался без изменения на этапе облучения. Второй этап выполнялся через 4-6 месяцев после завершения комплексного лечения. На втором этапе, при необходимости, производили капсулэктомию и ремоделирование субмаммарной складки. У больных выполнена корригирующая операция на противоположной молочной железе: мастопексия (n=7), масторедукция (n=9), эндопротезирование (n=6). Сравнение результатов основной и контрольной групп проводилось по времени операции, степени выраженности капсулярной контрактуры и эстетическому результату. Результаты: Продолжительность операции в основной группе было на 60-90 минут больше чем в контрольной. Послеоперационные осложнения возникли у четырех [больных основной группы (двум из них проведены повторные операции по удалению гематом, а у двух отмечен частичный некроз кожного лоскута.) В контрольной группе у двух больных отмечен разрыв экспандера и рожистое воспаление. Протрузия протеза на втором этапе возникла у одной больной через 1,5 месяца после операции. Формирование фиброзной контрактуры 3-4 степени (постоянная болезненность, деформация протеза) зарегистрировано у 5 пациенток основной группы и только у одной из контрольной. Эстетические результаты через 6-12 месяце после завершения второго этапа оценены как отличные (n=8), хорошие (n=13), удовлетворительные (n=7) у больных контрольной группы, в основной группе отличные (n=3), хорошие (n=10), удовлетворительные (n=20). Вывод. Таким образом, способ ДРО может быть рекомендован больным РМЖ как основной в случае предполагаемого специального лечения или для достижения более значимого эстетического результата.

---

59. Возможности применения видеоассистированных реконструктивно-пластических операций у больных раком молочной железы.

С.В. Козлов, О.И. Каганов, В.Н. Савельев, Р.И. Кочетков, М.В. Ткачев.

Самара

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер».

Сегодня эндохирургические методики радикальных онкологических операций стали широко использоваться в лечении больных с новообразованиями различных локализаций. Лучшая визуализация анатомических структур через минимальный доступ делает привлекательным применение видеохирургии во время

выполнения реконструктивно-пластических операций у больных РМЖ. Цель исследования: освоить и внедрить видеоассистированные реконструктивно-пластические операции (ВАРПО) у больных раком молочной железы. Материалы и методы: ВАРПО были использованы у 5 пациенток РМЖ. Трех пациенткам во время второго этапа реконструкции молочной железы (замена экспандера на эндопротез), у одной пациентки в случае отсроченной пластики экспандером и у одной больной во время одномоментной реконструкции молочной железы эндопротезом. У первых четырех пациенток длина кожного разреза не превысила 5 см, доступ осуществлен через латеральную часть предшествующего разреза (преимущественно в подмышечной области). У последней больной разрез проходил по наружной трети субмаммарной складки, первоначально его длина также не превышала 5 см, но в последующем для осуществления адекватного доступа для подмышечной лимфодиссекции возникла необходимость в его продлении на 4 см вверх. Первоначально у первых трех пациенток выполнялось удаление экспандера, далее в образовавшуюся полость вводился специальный крючок с системой дымоотсоса и гильзой для фиксации оптической системы. Ассистент осуществлял направленную тракцию мягких тканей грудной клетки вверх, хирург производил циркулярную капсулотомию, при необходимости дополнял радиальными насечками. Особое внимание уделялось диссекции нижнемедиального угла раны, так как прецизионное рассечение поверхностной фасции вдоль новой субмаммарной складки предопределяло формирование максимально естественной складки, как по уровню расположения, так и степени выраженности. В случае отсроченной реконструкции видео-ассистенция использовалась после формирования первичной оптической полости, к которой следует отнести ретропекторальное пространство. Дальнейшие манипуляции были направлены на формирование мышечного кармана с обязательным отсечением большой грудной мышцы от грудины в нижне-внутреннем углу раны и далее по нижнему краю латерально к подмышечной области, одновременно мобилизуя волокна передней зубчатой мышцы. У последней пациентки была попытка применить видеоассистенцию на этапе мобилизации мастэктомических лоскутов от передней поверхности молочной железы, однако, она была безуспешной из-за узости доступа и возникших неудобств в манипуляции одновременно 3 инструментов. Однако, мобилизация задней поверхности железы и формирование мышечного кармана эндопротеза прошли без затруднений. Полученные результаты: увеличение продолжительности оперативного вмешательства на 35 минут отмечено только у пациентки во время одномоментной реконструкции молочной железы, увеличение объема кровопотери не зарегистрировано. Послеоперационных осложнений не было. Использование видеоассистированной методики позволило прекрасно визуализировать все анатомические структуры и зоны оперативного вмешательства через минимальный доступ без совершения «лишней» мобилизации тканей, ранее применяемой при стандартном доступе. То есть ни разу не возникла необходимость в продлении разреза медиально, где, как правило, качество рубца значительно хуже, выраженность подкожной клетчатки меньше, что потенциально повышает вероятность развития послеоперационных осложнений и, в первую очередь, протрузии эндопротеза. Выводы: целесообразно использование видеоассистированной реконструкции молочной железы у пациенток в случае отсроченного варианта (установка экспандера, замена экспандера на эндопротез). Необходимо дальнейшее совершенствование методик ВАРПО при одномоментном восстановлении железы на этапе мобилизации мастэктомических лоскутов и подмышечной лимфодиссекции.

---

60. Радикальные резекции молочной железы у онкологических больных.

С.В. Козлов, О.И. Каганов, В.Н. Савельев, Р.И. Кочетков, М.В. Ткачев.

Самара

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер».

Современная общепринятая мировая тактика при лечении первично операбельного рака молочной железы (I- II стадий) предусматривает хирургическое лечение в объеме органосохраняющей операции. Официально признано, что качество жизни онкологических пациентов так же важно, как и ее продолжительность.

Реконструктивно-восстановительные операции на практике применяются в ограниченном объеме по нескольким причинам, одной из которых является недостаток информации у пациенток на догоспитальном этапе. Радикальная резекция молочной железы является общепринятым стандартом и выполняется в нескольких вариантах в зависимости от расположения опухоли в молочной железе. Цель работы: доказать, что радикальная резекция, выполняемая с соблюдением стандартов у больных первично-операбельным раком молочных желез в плане комплексного и комбинированного лечения, не вызывает увеличения количества рецидивов и не влияет негативно на отделенные результаты. Материалы и методы: В отделении общей онкологии СОКОД за период 2012-2013 гг. выполнено 1640 хирургических вмешательств на молочной железе по поводу злокачественных новообразований. Из них радикальных резекций 77(4,7%). По стадиям пациенты распределились следующим образом: 0 - 1(1,3%), I - 46(59,7%), II - 30(38,9%). Основными критериями для выбора этого варианта хирургического лечения являлись: размер опухоли до 3,0 см; по данным маммографии отсутствует мультицентричный или мультифокальный рост; желание пациентки получить удовлетворительный косметический результат, не прибегая к травматичным реконструктивно-восстановительным операциям (TRAM лоскут, двухэтапная реконструкция). Расположение опухоли не является основным критерием для отказа в радикальной резекции. При локализации опухоли в наружных квадрантах выполняется удаление квадранта с продолжением разреза в подмышечную область для выполнения лимфаденэктомии. Результаты: При локализации опухоли во внутренних квадрантах возможно выполнение квадрантэктомии, и через отдельный разрез выполнение подмышечной лимфаденэктомии. В отделении выполнено 31(40,25%) операций при расположении опухоли в наружных квадрантах. При расположении во внутреннем квадранте - 18(23,37%). При подобной локализации, пациенткам выполнялась клиновидная резекция молочной железы, с перемещением латерального контура, и сосково-ареолярного комплекса. Считается, что расположение опухоли в центральном квадранте вызывает выраженную деформацию, а удаление соска и ареолы делает эстетический результат ниже. При такой локализации опухоли проведено 28(36,38%) операций. Для восполнения объема молочной железы использовался glandулярный лоскут по Grizotti. Любая радикальная резекция в обязательном порядке сопровождалась исследованием краев резекции. Радикальная резекция не выполнялась при «позитивном» заключении цитологического и гистологического исследований. За период наблюдения было 2 подобных случая. В плановом гистологическом исследовании в 7 (9%) случаях выявлены опухолевые эмболы в сосудах. План лечения этих пациенток был дополнен адьювантной химиотерапией. Стандартом является облучение оставшейся части молочной железы с целью предотвращения местного рецидива. Лучевая терапия применялась у 74(96,10%) пациенток. Не продлилось лечение у 1 пациентки с TisNOMO, и у 2 пациенток по сопутствующей патологии. В послеоперационном периоде не было выявлено ни одного осложнения. Лимфоррея не превышала 16 дней. За время наблюдения развился один местный рецидив 1,3%, который привел к ампутации молочной железы с последующей пластикой эндопротезом. После проведенного радикального хирургического лечения, 65 (84,42%) пациенток оценивают результат как хороший и 12 (15,58%), как отличный. Выводы: Выполнение органосохранной операции, в зависимости от локализации опухоли в молочной железе, позволяет получить хороший косметический результат. Выполнение радикальной резекции не ухудшает отдаленные результаты. При использовании этого варианта хирургического лечения не снижается социальная активность пациенток и возрастает эстетическая удовлетворенность результатами лечения.

---

61.Ранний послеоперационный период после радикальной мастэктомии.

С.В. Козлов, О.И. Каганов, В.Н. Савельев, Р.И. Кочетков, М.В. Ткачев

Самара

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер».

Актуальность: Лимфоррея после радикальной мастэктомии (РМЭ) отмечается в 100% случаев и является закономерным явлением. Появление лимфорреи более вероятно у больных преклонного возраста, с

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

избыточной массой тела, сниженными регенеративными способностями тканей. При неблагоприятном течении после оперативного лечения формируется грубыми фиброзными стенками, в которой постоянно скапливается жидкость, в результате чего послеоперационный период заживления затягивается. Длительная лимфоррея создает благоприятную среду для развития микроорганизмов. Цель работы: Изучение влияния гипербарического кислорода в раннем послеоперационном периоде после РМЭ у больных раком молочной железы. Барокамера является единственным медицинским приспособлением, позволяющие проводить интенсивную кислородотерапию. Метод гипербарической оксигенации (ГБО) заключается во вдыхании кислорода при окружающем давлении, превышающем одну атмосферу, его растворении в плазме крови и проникновении через капилляры в ткани организма, повышая их насыщенность. При помощи барокамеры, возможно, увеличить содержание кислорода в тканях организма в 20 раз превышающее обычный уровень, не подвергая при этом пациента опасности развития каких-либо осложнений. Подобная высокая дозировка кислорода ведёт к запуску различных физиологических механизмов, способствующих восстановлению тканей. Кислород необходим при различных физиологических процессах, связанных с заживлением ран, в том числе, для нормальной работы белых клеток крови (лейкоцитов), роль которых заключается в борьбе с инфекцией, остеокластов и остеобластов, участвующих в разрушении и образовании костной ткани, фибробластов, вырабатывающих коллаген, необходимый для регенерации тканей при заживлении ран и т. д. Материалы и методы исследования: исследована возможность использования ГБО с целью повышения регенеративных способностей тканей. Больные были разделены на две группы сравнения: 1 группа - больные, которым проводилась ГБО после оперативного лечения (25 человек); 2 группа больных - ГБО не проводилось (30 человек). Возраст больных составил от 35 лет до 60 лет. Средний возраст 48,5±2,3 года при I и II стадии заболевания. Сеансы проводились в одноместной барокамере БЛКС-303 один раз в сутки на режиме 1,4 Атм, время изопрессии 40 мин. Курс 5 сеансов. Результаты исследования. У больных I группы отмечалось снижение лимфорреи в два раза (с 230 мл до 120 мл) на 3-4 день после начала применения ГБО, а также уменьшение интенсивности болевого синдрома на 2 сутки, чего не было у больных II группы. Выводы: Раннее применение ГБО при РМЭ дает возможность сохранить жизнеспособность тканей, способствует формированию эластичной рубцовой ткани. По мере восстановления функции верхней конечности включаются коллатеральные пути оттока лимфы, что ускоряет восстановительные процессы.

---

62. Возможности реконструкции молочной железы при злокачественных образованиях.

С.В. Козлов, О.И. Каганов, В.Н. Савельев, Р.И. Кочетков, М.В. Ткачев.

Самара

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер».

Сегодня реконструктивно-пластические операции (РПО) стали неотъемлемой частью современного лечения больных раком молочной железы (РМЖ), их выполнение позволяет достичь высоких показателей социальной и психологической реабилитации пациенток. Существующие методики восстановления железы базируются на использовании собственных тканей, аллотрансплантатов (протезы и экспандеры) или их комбинации. Многочисленные научные публикации свидетельствуют о различных преимуществах или недостатках того или иного варианта РПО, что делает актуальным данное исследование. Цель исследования: оценить непосредственные результаты РПО у больных РМЖ с использованием различных методик и предложить варианты по улучшению эстетических результатов. Материалы и методы: Проведен анализ непосредственных результатов РПО у 75 пациенток РМЖ, находившихся на лечении в отделении общей онкологии в 2013-14 гг. Реконструкция молочной железы с использованием экспандеров-эндопротезов выполнена у 52 пациенток, у 23 пациенток использованы собственные ткани (поперечный нижний эпигастральный кожно-мышечный (ТРАМ) и торакодорзальный (ТД) лоскут. Показаниями для одномоментной РПО с использованием эндопротезов служили I, II стадия РМЖ, возможность максимального сохранения кожи молочной железы, объем молочной железы менее 550 мл. Двухэтапная реконструкция была показана пациенткам со II и III стадией РМЖ, в случае обязательного адьювантного

лечения, при объеме молочной железы более 500 мл или необходимости проведения корригирующей операции на контралатеральной молочной железе. Собственные ткани применялись у пациенток с умеренным и значительным объемом молочной железы вне зависимости от стадии РМЖ, при высоких требованиях пациентки к эстетическому результату и желании «получить железу» мягко-эластичной консистенции. Выбор способа отсроченной пластики зависел от выраженности послеоперационных и постлучевых рубцовых изменений в мягких тканях грудной клетки, степени выраженности птоза противоположной молочной железы и уровня эстетических претензий пациентки. Методом выбора была реконструкция молочной железы ТРАМ-лоскутом. Методика РПО с использованием аллотрансплантатов заключалась в отсечении большой грудной мышцы от места прикрепления по нижнему краю до грудины с последующей мобилизацией наружной зубчатой мышцы с целью обязательного создания полного мышечного кармана экспандера/эндопротеза. Начало экспансии мягких тканей осуществлялось через 10-14 дней с момента операции при благоприятном течении послеоперационного периода. В дальнейшем объем вводимой жидкости составлял в среднем 50-80 мл с частотой введения 1 раз в 10-14 дней до превышения объема в средней на 25-30% по отношению к контралатеральной молочной железе. Второй этап реконструкции (замена экспандера на эндопротез) выполнялся через 9-12 месяцев после первого или через 3-6 месяцев после завершения адьювантного лечения. В случае РПО собственными тканями преимущественно использовался ТРАМ - лоскут на ипсилатеральной ножке с резекцией II и IV зон, обязательно вшивался сетчатый аллотрансплантат в дефект апоневроза. Забор ТД лоскута производился по стандартной методике с сохранением нерва и обязательным отсечением мышцы у мест ее прикрепления. Результаты: Выполнение РПО не привело к увеличению продолжительности госпитализации и не привело к изменению ранее составленного плана онкологического лечения. Средний послеоперационный койко-день составил 17 суток и не зависел от вида РПО. Отдаленные онкологические и эстетические результаты прослежены в течение 2 лет. Прогрессия заболевания в виде отдаленного метастазирования возникла у 6 пациенток (8%), местный рецидив у одной (1,3%). У 5 (9,6%) пациенток диагностирована ротация эндопротеза, еще у 7 (13,4%) развитие капсулярной контрактуры 2 степени, у 3 (13,1%) женщин отмечено образование липогранулем в проекции ТРАМ-лоскута. Эстетические результаты оценивались непосредственно сразу после проведения операции и спустя один год. Критериями оценки служило воссоздание формы и объема молочной железы, достижение симметрии и удовлетворенность пациентки полученным результатом. Отличный результат достигнут у 11 пациенток, хороший у 23, удовлетворительный у 15 и неудовлетворительный отмечен у 3 пациенток при использовании аллотрансплантатов, после выполнения РПО собственными тканями у 10 пациенток отличный результат, у 9 - хороший и у 3 - удовлетворительный. Через год треть пациенток с реконструкцией аутоканями посчитали свои результаты более значимыми, в то время как пациентки после РПО экспандерами/эндопротезами отнеслись к ним более критично. 12 женщин были не удовлетворены тактильными ощущениями в области эндопротеза, увеличив число просто удовлетворительных результатов. Выводы: Выполнение РПО не приводит к ухудшению непосредственных результатов лечения больных РМЖ. Малое количество отсроченных реконструктивных операций делает необходимым активное пропагандирование методик хирургической реабилитации на этапе Диспансерного наблюдения в поликлинике. Более значимые эстетические результаты, полученные после РПО собственными тканями, требуют дальнейшего совершенствования методик РПО аллотрансплантатами и освоения новых методик реконструкции с применением микрохирургической техники.

---

63. Особенности пластической хирургии при раке молочной железы.

С.В. Козлов, О.И. Каганов, В.Н. Савельев, Р.И. Кочетков, М.В. Ткачев.

Самара

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер».

Цель. Внедрить реконструктивно-пластические операции (РПО) с сохранением сосково-ареолярного комплекса (САК) у больных РМЖ, оценить полученные результаты в зависимости от вида реконструктивной операции. Материалы и методы. С 2010–2013 83 больным РМЖ (23–63 лет) выполнены радикальные мастэктомии (РМЭ) с сохранением САК и одномоментной реконструкцией. 1 стадия у 24 пациенток, 2 – у 45, 3 – у 14. Реконструкция собственными тканями (нижний эпигастральный (ТРАМ), торакодорзальный лоскут) произведена 39 пациенткам, имплантами в один этап – 31, в два этапа – 13 больным. Показания к сохранению САК: отсутствие клинического, инструментального и гистологического подтвержденного вовлечения САК в опухолевый процесс. Толщина оставляемого участка железистой ткани под соском не более 0,5 см. Доступы – радиарные разрезы до САК у 62 больных, субмаммарный у 21. РПО ТРАМ-лоскутом (37) выполнена на ипсилатеральной ножке, с частичной или полной деэпидермизацией, ТДЛ – 2 пациентки. Симметричная коррекция противоположной железы – 12 пациенток (масторедукция). РПО имплантами: полный мышечный карман – 18, сетчатый имплант – у 13 пациенток. Двухэтапная РПО имплантом – у 13 пациенток с высоким риском назначения адьювантной химио-лучевой терапии. Для достижения симметрии 5 больным выполнена мастопексия, у 13 масторедукция, у 11 – эндопротезирование. Адьювантная полихимиотерапия проведена 59 пациенткам, лучевая терапия – 15, гормональная терапия тамоксифеном – 28. Результаты. У 4 пациенток САК удален по результату гистологического исследования (срочное 3, плановое 1). Полных некрозов САК не было, частичный некроз – у 4 (4,8%) пациенток. Частичный некроз ТРАМ-лоскута – у 1 (1,2%) пациентки. Рецидив в подмышечной области возник у 2 (2,4%) пациенток, отдаленные метастазы у 2 (2,4%), рецидива в области САК не было. У 6 (7,2%) – ротация эндопротеза, у 4 (4,8%) развитие капсулярной контрактуры 3 степени, у 3 (3,6%) – образование липогранулем. Эстетические результаты оценивались после операции и через год. Отличный, хороший, удовлетворительный и неудовлетворительный результату 8/21/13/2 пациенток РПО имплантами, у 15/20/4/- РПО собственными тканями. Через год треть пациенток с реконструкцией аутоканями нашли свои результаты более значимыми, а пациентки после РПО имплантами отнеслись к ним более критично. Выводы. РПО с сохранением САК онкологически безопасны, РПО собственными тканями определяют более значимый эстетический результат.

---

64. Сетчатый эксплант как важный этап пластической операции.

С.В. Козлов, О.И. Каганов, В.Н. Савельев, Р.И. Кочетков, М.В. Ткачев.

Самара

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер».

Максимально возможное мышечное укрытие импланта молочной железы во время первичной реконструкции являлось теоретически обязательным условием неосложненного послеоперационного периода, фактором, снижающим частоту развития капсулярной контрактуры. Цель работы. Оценить возможность применения синтетических эксплантов для создания кармана эндопротеза при выполнении реконструкции молочной железы. Материалы и методы. В 2013 году пятнадцати 15 больным I-II стадией РМЖ после радикальной мастэктомии с сохранением сосково-ареолярного комплекса выполнялась реконструкция молочной железы имплантом с использованием синтетического экспланта, вшиваемого между субмаммарной складкой и осеченной от нее большой грудной мышцей. Показаниями к использованию послужили ptоз молочных желез 1-2 степени и объем молочной железы более 300 мл. Мобилизация передней зубчатой мышцы для укрытия импланта выполнена четырем больным при расположении опухоли в нижне-наружном квадранте. Первым этапом фиксировали сетку к складке, начиная от медиального края отдельными узловыми швами. Далее размещали имплант и сшивали сетку по краю большой грудной мышцы отдельными матрацными швами. Нижний мастэктомический лоскут отдельно фиксировали к сетке. Дренажи удаляли на 4-6 сутки при объеме отделяемого менее 50 мл. У всех больных были установлены высокопрофильные протезы: 300-400 мл у шести пациенток, 400-500 мл - у семи, 500-550 мл у двух. Результаты. Ранних послеоперационных осложнений не было. Лимфорея в области экспланта к



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

14 суткам составляла в среднем 20 мл и обычно прекращалась через 2 недели. У одной больной произошла протрузия протеза на 2-м месяце на фоне курсов химиотерапии в связи с расположением кожного рубца непосредственно над сетчатым эксплантом. Эстетические результаты через 6-12 месяце после завершения хирургического лечения наблюдались как отличные (n=5), хорошие (n=8), удовлетворительные (n=1). У восьми больных удалось восстановить птоз молочной железы, достигнув значительной симметрии без вмешательства на противоположной железе. Ни у одной пациентки не зарегистрировано формирование фиброзной капсулярной контрактуры 3-4 степени, напротив, отмечалась выраженная подвижность импланта в сравнении с больными, у которых выполнено полное мышечное укрытие эндопротеза. Вывод: Таким образом, неполное мышечное укрытие импланта не приводит к увеличению числа послеоперационных осложнений. Использование сетчатого экспланта позволяет добиться более значимого эстетического результата за счет формирования птоза молочной железы и большей подвижности импланта.

---

65. Радикальная мастэктомия с редукцией оставшейся молочной железы.

С.В. Козлов, О.И. Каганов, В.Н. Савельев, Р.И. Кочетков, М.В. Ткачев.

Самара

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер».

Современные представления о повышении качества жизни больных с заболеваниями молочных желез заставляют оценивать результаты лечения с точки зрения комплексного подхода, включающего в себя не только позиции онкологии, эстетики и психологической полноценности, но и ортопедические показатели отдаленных результатов. Под термином «гигантомастия» в современной классификации следует понимать увеличение объема груди до 1500 см<sup>3</sup> и выше. Самая распространенная гипертрофия молочных желез - двусторонняя, встречается и односторонняя гиперплазия, приводящая к искривлению позвоночника. Односторонняя гигантомастия приводит к асимметрии грудной клетки, динамико - статических показателей, следствием чего является затруднение дыхания, головная боль, боль во всех отделах позвоночника, а также изменение осанки. Данная симптоматика становится более выраженной при одностороннем удалении молочной железы, что приводит к ухудшению качества жизни пациентки и преждевременной инвалидности. В таких случаях рекомендовано хирургическое вмешательство в виде масторедукции с противоположной стороны. Цель исследования: Доказать необходимость планирования хирургического лечения у больных с гигантомастией в объеме радикальной мастэктомии (РМЭ) и первичной масторедукции с противоположной стороны. Материалы и методы: С 2012 г. в отделении общей онкологии ГУЗ СОКОД выполнена 21 масторедукция у больных с гигантомастией, которым была проведена РМЭ с противоположной стороны. У 11 женщин была первичная масторедукция, у 10 - отсроченная. Послеоперационные осложнения в виде воспаления послеоперационной раны возникли у одной пациентки, еще у одной пациентки диагностирована гематома. Консервативное лечение было эффективным и не повлияло на сроки и результат лечения. Согласно исследованиям травматолога - ортопедической службы Самарской области, у женщин с гигантомастией после радикальной мастэктомии в 90% случаев в течение первого года после операции развивается компенсаторная кифотическая, сколиотическая осанка или их комбинация. Для разработки математических моделей и оценки достоверности полученных результатов применяется подография, стабилметрия, электромиография, рентгенография и МРТ позвоночника. При планировании типа масторедукции учитывали рост-весовые показатели, индекс массы тела, возраст, индивидуальные антропометрические данные молочных желез. При выполнении первичной масторедукции ортопедические нарушения не проявлялись. У лиц, которым масторедукция была произведена в отсроченном периоде через 1,5-3 года после мастэктомии, отмечали следующие осложнения: у 9 пациенток сформировались спинно-мозговые грыжи и кифосколиотическая осанка. Выполняя первичную масторедукцию, мы придерживались следующих положений: операция выполняется в один этап, без корректирующих вмешательств; сосково-ареолярный комплекс перемещается в более высокое положение; грудь должна иметь естественный вид, сохраняются соски с ареолами, при необходимости их диаметр уменьшается. Первичная масторедукция

выполнялась со следующими вариантами питающих лоскутов: верхне-нижний, верхне-боковой, нижний и боковой (наружный и внутренний). Выводы: Первичную масторедукцию у больных с гигантомастией, перенесших радикальную мастэктомию с противоположной стороны, необходимо включить в стандарты планирования объема хирургического лечения.

---

66. Оптимизация нутриционной коррекции у пациентов с илеостомой в раннем послеоперационном периоде

Костюченко Л.Н., Кузьмина Т.Н., Смирнова О.А., Петраков А.В., Сильвестрова С.Ю.

Москва

Московский клинический научно-практический центр

Нутриенты, резистентные к усвоению и всасыванию в тонкой кишке, подвергаются гидролизу толстокишечной микробиотой. У пациентов перенесших колэктомию место «заселения» толстокишечной микробиотой анатомически отсутствует, что может привести к ее транслокации в тонкую кишку (синдрому избыточного бактериального роста) и соответственно синдрому мальнутриции, ухудшающему течение послеоперационного периода. Цель: изучить функциональное состояние слизистой оболочки (СО) тонкой кишки и метаболическую активность ее микрофлоры для оптимизации нутриционной коррекции в раннем послеоперационном периоде у больных с илеостомой. Материалы и методы: наблюдали 17 пациентов в возрасте -  $56,2 \pm 14,8$  лет, после колэктомии в сроки 5-7 дней. Причиной операции у 7 больных был язвенный колит, а 10 больных страдали раком толстой кишки. Оценивали нутритивный статус стандартными методиками, изучили потребность в нутритивной поддержке с помощью скрининг-опросника NRS-2002. Определяли концентрацию цитруллина сыворотки крови натощак, отражающую функциональное состояние СО тонкой кишки (методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (норма 12-55 мкмоль/л)). Состояние микробиоценоза кишечника оценивали методом газовой высокоэффективной хроматографии, по концентрации и профилю короткоцепочечных жирных кислот (КЦЖК) копрофильтрата. Результаты: У всех наблюдаемых пациентов цитруллин сыворотки крови соответствовал нормальному значению ( $33,9 \pm 5,5$  мкмоль/л). Были выявлены однотипные изменения профиля КЦЖК копрофильтрата: очень низкий уровень КЦЖК, за счет всех кислот, кроме изо-капроновой кислоты, что отражает низкую метаболическую активность сахаролитических микробов, возможно обусловленную соблюдением диеты без пищевых волокон и антибактериальной терапией, а протеолитическая группа была более активна. Пациентам проводилась нутритивная коррекция включающая питательную полимерную смесь, без пищевых волокон, пробиотики, растворы электролитов. После курса нутритивной коррекции восстанавливался белково-энергетический обмен, в спектре и концентрации КЦЖК отмечался рост общего уровня за счет уксусной кислоты. Изо-капроновая кислота значительно не изменилась. Выводы: при определении тактики нутриционной терапии у пациентов, перенесших колэктомию, в раннем послеоперационном периоде необходимо учитывать функциональное состояние СО тонкой кишки для определения пути введения нутритивной коррекции (парентеральной или пероральной) и сроков начала введения пероральных смесей. Необходимо контролировать состояние микробиоценоза для своевременной диагностики избыточного бактериального роста в тонкой кишке.

---

67. РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ

Никитин Н.А., Онучин М.А., Прокопьев Е.С., Авдеева М.М.

г. Киров

ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России

Цель исследования: Конкретизировать показания к выполнению резекции желудка (РЖ) при перфоративных язвах (ПЯ), условия и технические аспекты ее выполнения и оценить полученные результаты. Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов лечения 387 больных после РЖ при ПЯ, что составило 32% от общего числа пациентов с ПЯ. Больные представлены двумя сравнимыми группами: 1-я группа – 167 (43,2%) пациентов, у которых интраоперационная тактика включала диагностику и обоснованную коррекцию хронических нарушений дуоденальной проходимости (ХНДП), зависимость выбора способа РЖ от их наличия и выраженности, оценку категории сложности мобилизации пилородуоденальной зоны (ПДЗ) и в зависимости от этого выбор типа РЖ и способа обработки дуоденальной культи при ее формировании. РЖ по Бильрот-I (Б-I) выполнена в 11 случаях, по Бильрот-II (Б-II) с вертикальным поперечным анастомозом – в 152 и по Ру – в 4; 2-я группа – 220 пациентов, у которых диагностика ХНДП и их коррекция не проводились, выбор способа РЖ определялся техническими возможностями, выбор типа РЖ и способа ушивания дуоденальной культи не ставился в прямую зависимость от сложности мобилизации ПДЗ. РЖ по Б-I выполнена в 37 случаях, по Б-II с поперечным анастомозом без соблюдения принципа его вертикальности – в 179 и по Ру – в 4. Согласно проведенному нами микробиологическому исследованию перитонеального экссудата в разные сроки от момента перфорации на аэробную (142 исследования) и анаэробную (40 исследований) флору, развитие истинного бактериального перитонита в сроки до 12 часов происходит в 10% случаев, от 12 до 24 часов – в 30%, позднее 24 часов – в 68,2%. Между микробиологической и клинической по Мангеймскому перитонеальному индексу (МПИ) оценками тяжести перитонита прослеживается прямая корреляция: МПИ свыше 20 баллов в сроки до 12 часов отмечен у 10% больных, от 12 до 24 часов – у 30%, позднее 24 часов – у 70%. Значение МПИ в 20 баллов является пограничным для выполнения радикальной операции. Таким образом, с позиций развития бактериального перитонита интервал до 12 часов с момента перфорации следует трактовать как интервал низкого риска для выполнения РЖ, от 12 до 24 часов – умеренного риска, а позднее 24 часов – высокого риска. Результаты. Показаниями к РЖ считаем так называемые сложные ПЯ, к которым относятся язвы с подозрением на малигнизацию, язвы больших и гигантских размеров, каллезные язвы, наличие сочетанных с перфорацией других осложнений ЯБ, повторный характер перфорации, перфорация язв после органосохраняющих операций, двойная локализация язв. Условиями для выполнения РЖ при этом должны выступать отсутствие высокого риска по бактериальному перитониту, отсутствие противопоказаний по сопутствующим заболеваниям и проведение обязательной периоперационной антибактериальной терапии с включением в ее состав препаратов, воздействующих на анаэробную составляющую. С этих позиций РЖ, выполняемую в интервале высокого риска по бактериальному перитониту, необходимо рассматривать как операцию отчаяния. РЖ в качестве операции отчаяния на 387 наблюдений выполнена нами в 27 (7,0%) случаях. Диагностику ХНДП и оценку категории сложности мобилизации ПДЗ проводили на основе предложенных нами и опубликованных ранее критериев. ХНДП интраоперационно диагностированы у 119 (71,3%) больных 1-й группы. По категории сложности мобилизации ПДЗ больные распределились следующим образом: 0-я категория – 16 (9,6%) случаев в 1-й группе и 25 (11,3%) – во 2-й; 1-я – 40 (24,0%) и 60 (27,3%), 2-я – 63 (37,7%) и 71 (32,3%), 3-я и 4-я – 48 (28,7%) и 64 (29,1%) соответственно. Различия незначимы ( $p > 0,05$ ). При выборе способа РЖ у больных 1-й группы сохранение дуоденального пассажа осуществляли только в случаях отсутствия ХНДП и «трудной» пилородуоденальной язвы. Из 119 больных с ХНДП в 110 наблюдениях выполнена их коррекция, в 9 наблюдениях при минимальных признаках ХНДП их коррекцию не проводили. В качестве корригирующей операции при РЖ по Б-II выполняли рассечение связки Трейтца (106 наблюдений). При артериомезентериальной компрессии, а также при язвах медиогастральной локализации, независимо от выраженности ХНДП, выполняли РЖ по Ру с рассечением связки Трейтца. Радикальный тип РЖ выполнен у 143 (85,6%) больных 1-й и 200 (90,9%) больных 2-й групп, экстерриторизирующий – у 24 (14,4%) и 20 (9,1%) больных соответственно. Различия незначимы ( $p > 0,05$ ). Послеоперационные осложнения развились в 1-й группе в 6 (3,7%) случаях, во 2-й – в 27 (12,3%). Летальность в 1-й группе составила 1,2% (2 случая), во 2-й – 7,2% (16). Различия достоверны ( $p < 0,05$ ).

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

## 68.ВЛИЯНИЕ ЭНДОХИРУРГИИ НА ТЕХНОЛОГИЮ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Баулина Н.В., Николашин В.А., Баулин А.А., Усанов В.Д., Николашин О.А., Ильясов Р.Р., Баулин В.А.

Пенза

Кафедра акушерства и гинекологии МИ ПГУ, кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ПИУВ

Видеоэндохирургические методы диагностики и лечения, а особенно при круглосуточном обеспечении, произвели значительные изменения в тактике оказания экстренной помощи. С 1994 в нашей многопрофильной больнице в 0,5 миллионном городе с ежедневными дежурствами по гинекологии, травме и нейрохирургии и 2-3 раза в неделю по хирургии - внедрение круглосуточного обеспечения видеостойкой фактически изменило технологию оказания экстренной помощи. В дежурной бригаде все владеют методикой лапароскопии, часто в составе эндо- гинеколог и хирург, есть дежурные на дому. Такой подход значительно изменил технологию оказания экстренной помощи и улучшил результаты лечения. Мы сократили сроки установки диагноза и время с момента поступления до операции. Особенно это коснулось больных с подозрением на перитонит, внематочной беременностью, острым холециститом, травмами живота и аппендицитом. Диагностические лапаротомии до 20 за год перешли в разряд казуистики, также как и имевшие ранее место лапаротомии при подозрении на повреждение внутренних органов при травмах, болевых формах апоплексии яичников, а также эксплоративные - в плановой хирургии. Тактически с 1994 года мы плавно перешли от ранних холецистэктомий классических к лапароскопическим. Классическим способом формируем лишь стому у тяжелых больных или осуществляем переход на открытую холецистэктомию при невозможности выполнить эндоскопически. При наличии билирубинемии, подозрении на холедохолитиаз или при диагностируемом холедохолитиазе производим лапароскопическую холецистэктомию с дренированием холедоха с последующей холангиографией и при необходимости ЭПСТ. Осложнения снизились в 4,2 раза. Повреждение общего печеночного протока и холедоха произошло у 6 больных, что составляет менее 0,1%. Легко тактически решаются вопросы у больных с различными травмами, любым подозрением на повреждение органов таза, живота и груди. Раньше стали оперировать больных с панкреонекрозом, появился опыт эндоскопического лечения более 90 больных. При развитии послеоперационных осложнений после классических или лапароскопических операций в первую очередь используем видеоэндоскопию, которая чаще бывает исчерпывающей в плане лечения. При внематочной беременности достигли потолка в 97% оперированных эндоскопически, только при геморрагическом шоке ставим сразу вопрос о лапаротомии из-за технической невозможности провести быструю остановку кровотечения. У 12-18 пациенток в год подозревается, устанавливается диагноз перекрута придатков матки и у 3-11 – перекрута жировой подвески толстой кишки, и всех больных успешно оперировали эндоскопически. Количество аппендэктомий сократилось в 2,5 раза, растёт число лапароскопических аппендэктомий, деструктивная форма аппендицита подтверждается уже у 91-94% пациентов против 62-67% ранее. При гнойных процессах гениталий сократилось число лапаротомий. Изменилась технология с включением динамических санирующих лапароскопий, увеличилось количество органосохраняющих операций на гениталиях с восстановлением репродукции в перспективе. При другой экстренной патологии применяем эндотехнику реже, по причине не выделенных штатов и второй стойки. В целом в городе уже назрел вопрос о выполнении подавляющей части холецистэктомий только эндохирургически. Организационные усилия упираются в экономическое обеспечение. Решение этого вопроса несомненно улучшит качество оказания неотложной помощи, уменьшит количество осложнений, затраты на лечение, будет способствовать быстрейшему возврату людей к трудовой деятельности и в семью. Надо укомплектовывать техникой, штатами и постепенно учить. Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать!

---

## 69.КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРИТОНИТА КАК ПРОГРАММА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

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

Баулина Н.В., Баулин А.А., Габараев В.В., Баулина Е.А.

г. Пенза, г. Москва

Кафедра акушерства и гинекологии МИ ПГУ, кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ПИУВ, кафедра госпитальной хирургии №1 МГМУ

Гнойно-септические процессы в экстренных гинекологии и хирургии занимают ведущую нишу не только в количественном отношении, но и в причинной связи с тяжелыми осложнениями и летальностью. Классификации того или иного патологического процесса преследуют в первую очередь создание отправных точек для формирования лечебной программы. Многолетний опыт работы на базе городских экстренных хирургического и гинекологического отделений, основной поток пациенток которого составляют женщины с гнойно-воспалительными процессами (более 35 %), даёт возможность нам взглянуть на эту проблему в первую очередь с прикладного применения для гинекологической практики. Поэтому нам представляется, что для гинекологии, как для хирургической специальности, наиболее рационально классифицировать перитониты следующим образом. 1. По причине перитонита, который как основное заболевание формирует доступ, программу хирургического воздействия на очаг. 2. По возможности радикального удаления очага: а - полного его удаления, б - вскрытия или частичного удаления. 3. В зависимости от вида микроорганизма формируется антимикробная терапия, но важнее - 4. Аэробный или анаэробный перитонит – это требует принятия решения - зашивать брюшную, оставлять открытой или прибегать к программированию. 5. По выпоту: серозный, фибринозный, гнойный, гнилостный. Оценка в том числе количества нацеливает на необходимость зашить наглухо, как дренировать, санировать ли повторно. 6. Накопление выпота ведёт к неотграниченному или ограниченному перитониту. Здесь хирургическая тактика различна. 7. Важно делить на местный процесс и распространенный. Это указывает на доступ, объём, кратность санации. 8. Очень важный пункт - поражение кишечника перитонеальным процессом: парез или паралич, выбор профилактики и борьбы вплоть до тотальной интубации. 9. Деление по стадиям: реактивную, токсическую и терминальную влияет и на хирургическую тактику, и на консервативное лечение, и пребывание в ОРИТ. 10. По степени повышения внутрибрюшного давления - рационально делить по стадиям, которые указывают на закрытое или открытое ведение брюшной полости. Таким образом, клиническая классификация подсказывает путь хирургического действия в брюшной полости. Как минимум с трех из десяти представленных в классификации позиций перитонит должен быть охарактеризован еще до операции, а в процессе последней - со всех десяти, что в целом и определит программу предоперационной подготовки, характер и объём оперативного вмешательства, масштаб интубации ЖКТ, вид дренирования брюшной полости, специфику антибактериальной и интенсивной терапии и др. Применение данной классификации в условиях ургентной хирургии и гинекологии 0,5 миллионного города привело к совершенствованию схемы лечения и сказалось улучшением результатов лечения пациенток с перитонитом. Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать!

---

## 70. НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЭРБ И ГПОД

Баулин В.А., Стародубцев В.А., Баулин А.А., Сигаева Н.С., Баулина О.А., Баулина Е.А., Креймер В.Д., Ерюшкин В.П., Акжигитова А.А., Шешкина И.В.

г. Пенза, г. Москва, г. Заречный

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ПИУВ, «Медиклиник», кафедра госпитальной хирургии №1 МГМУ, «Медицина»

Есть ряд нерешенных проблем хирургического лечения ГЭРБ И ГПОД, в частности: особенно травматично проходит этап мобилизации и последующего образования муфты; по литературным данным все больные до и 56% после операции имеют функциональные расстройства работы пищевода, желудка и

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

двенадцатиперстной кишки. Для улучшения результатов лечения совершенствуются классические антирефлюксные операции (по Ниссену, Дору, Тупе, Черноусову), но и они не всегда полностью удовлетворяют пациентов и хирургов. Для уменьшения травматичности, улучшения фиксации, создания полноценного угла Гиса и восстановления клапана Губарева нами используется оригинальный метод (способ профессора А.А.Баулина – Патент № 2 431 448), который реализуется, как классическим доступом, так и эндоскопическим. При выполнении не выделяются ножки диафрагмы, не производится круорография. В окончательном варианте реализуется следующим образом. Толстый зонд вводится в желудок, пищевод и желудок низводятся в брюшную полость, обычно связки пищеводажелудочного перехода закрывают отверстие в диафрагме. В бессосудистом участке рассекается малый сальник, брюшина параллельно правой и левой ножкам. В зависимости от ситуации по жировой ткани, ориентируясь на заднюю стенку пищевода, зажимом справа налево, формируется узкий тоннель. При затруднениях можно использовать «золотой палец» слева-направо или наоборот. При открытом доступе формирование тоннеля осуществляется тупо пальцем. В тоннель заводится имплантат (лента из полипропиленовой сетки, ксеноперикарда) и её концы фиксируются к передней брюшной стенке: к задней поверхности при открытом способе, а при лапароскопическом - выводятся через проколы в подреберьях, фиксируются к передним листкам влагалищ прямых мышц или один из концов проводится в подкожной клетчатке на противоположную сторону и там сшиваются. Показателем для степени натяжения является зрительный контроль расположения пищеводажелудочного перехода под диафрагмой. По новой методике оперировано 239 больных 11 – открытым, 228 – эндохирургическим. Провели сравнительное исследование с группой больных (171), оперированных классическими способами. Ранний послеоперационный период протекает очень легко. Максимальный срок наблюдения 7 лет, у 207 – более одного года. Контрольные клинические, эндоскопические и рентгенологические данные изучили через 1 месяц и 1 год. В основной группе получены обнадеживающие результаты. Ожидаемыми и фактически единственно значимыми явились имплантатоассоциированные осложнения: инфицирование (4) и миграция (8) через 3 месяца. Замена у последних 79 пациентов сетки на ксеноперикард привело к исчезновению миграции, но возможность инфицирования или отторжения остаётся. Лишь у двух больных отмечались явления дисфагии до 1,5 месяца, у 8 – только от большого глотка, прошли без лечения. Замыкательная функция восстановлена у 93%, эзофагит регрессировал, клапан Губарева хорошо выражен, недостаточность кардии 1 степени сохранилась у 6, от коррекции воздерживаются, так как клинически чувствуют себя хорошо. Рентгенологически у части больных находят данные, которые трактуют как грыжу (следует подчеркнуть, что мы и не зашивали отверстие), эвакуаторных расстройств желудка нет, у одной больной сохраняются явления эзофагита и замедление эвакуации (хотя эндоскоп проходит свободно). Трое больных реоперированы в связи с неудовлетворённостью результатом. При миграции ленту рассекаем аргоноплазменным коагулятором с хорошим результатом. Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать!

---

## 71. РОЛЬ МИКОБАКТЕРИАЛЬНЫХ АССОЦИАЦИЙ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СТОП У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

БАБАДЖАНОВ Б.Д., МАТМУРОТОВ К.Ж., АТАКОВ С.С., АТАЖАНОВ Т.Ш.

г.Ташкент, Узбекистан

Ташкентская Медицинская Академия

Цель: улучшить результаты лечения у больных гнойно-некротическими поражениями на фоне сахарного диабета. Материал и методы: исследование включало в себя 126 пациентов получившие стационарное лечение в Республиканском центре гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета МЗ РУз в 2012-2014 годы. Все пациенты наряду с инфузионной и антибактериальной терапией в комплекс лечения включена эмпирическая противогрибковая терапия (флуконазол). При микологических и бактериологических исследованиях больных с гнойно-некротическими заболеваниями на фоне сахарного диабета различной локализации была выделена грибковые возбудители у 65 (51,6%) больных. Из них у 56 больных обнаружены возбудители грибковых инвазий в ассоциации с различными бактериальными

76

флорами («микобактериальная ассоциация») и это составлял 86,1 %. У большинства больных выявлено грибки из рода *Candida spp.* (54 больных), а также из рода *Aspergillus sp.* (8) и *Fusarium sp.* (3). Грибковая обсемененность определялась методом посева на питательной среде и микроскопически в виде мазка. Наряду с определением грибов, одновременно из раны взяты материалы для бактериологического исследования. Результаты: на бактериологическом исследовании наряду с грибами наиболее часто высевались *Staphylococcus aureus* и *Enterobacter*. При исследовании анализы для определения грибов взяты в день поступления и в динамике лечения. Повторное исследование проводилось 5-7 сутки, при этом отмечался элиминация микробов и грибов из раны у пациентов получивших противогрибковую терапию внутривенно. Высокая эффективность лечения отмечалась у пациентов, которые получали ДВАКТ. У этих больных уже 3-и сутки после начала комплексного лечения выявлена полная элиминация грибковых возбудителей. Во время исследования больным проводилось наряду с антибактериальной терапией целенаправленная противогрибковая терапия после определения чувствительности к препаратам в течение 7-10 дней. При этом все грибки были чувствительны к флуконазолу и малочувствительны итраконазолу. Поэтому местное лечение ран в комплексе в обязательном порядке включено лекарственный препарат имеющий противогрибковый эффект. Обсуждение: таким образом, у больных сахарным диабетом и гнойно-некротическими поражениями стоп наряду с определением состава бактериальной флоры должно включать определение возбудителей грибковых поражений. Высокая частота обнаружения грибов (51,6%) свидетельствует о необходимости включением в комплекс лечебных мероприятий лекарственные средства и методики антимикотического действия в зависимости от чувствительности. Назначение антибактериальной терапии должно базироваться на результатах бактериологических исследований. При наличии микотической обсемененности раны антибактериальную терапию целесообразно комбинировать назначением противогрибковых препаратов как системного, так и местного лечения. Выводы: в свое очередь приведенные данные клиницистам работающим в этой сфере дает своевременно предотвращать микт – инфекцию (соединение бактериальной флоры) и прогрессирование гнойно-некротических процессов, так как грибковая инфекция считается фоновым субстратом для присоединения вторичных бактериальных инфекций. При недоучете выявленной картины грибковых поражений стоп на фоне сахарного диабета будет увеличиваться риск развития генерализованных инфекционных осложнений. Наряду с этим целенаправленное проведение дальнейших исследований в данном направлении считаем весьма актуальным.

---

## 72.ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ ПРОТИВОГРИБКОВЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СТОП НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

БАБАДЖАНОВ Б.Д., МАТМУРОТОВ К.Ж., АТАКОВ С.С., АТАЖАНОВ Т.Ш.

г.Ташкент, Узбекистан

Ташкентская Медицинская Академия

Цель: изучение эффективности внутриартериального введения противогрибковых препаратов в лечении гнойно-некротических поражениях стоп. Материалы и методы: проанализированы результаты лечения 98 больных с гнойно-некротическими поражениями диабетической стопы, которые находились на стационарном лечении в Республиканском Центре Гнойной Хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета МЗ РУз в 2014 году. Всем больным противогрибковый (флуконазол) препарат введен внутриартериально через бедренную артерию пораженной конечности установленный ангиографическим способом катетер. Регионарное струйное введение (200 мг/40 мин 1 раз в сутки) позволяло обеспечить высокую концентрацию флуконазола в очаге гнойно-некротического поражения. Средний возраст пациентов составил 57,5±1,5 лет. Из 51 больных в группе женщин было 20 (39,4%), мужчин - 31 (60,5%). В исследуемой группе больных преобладающими клинико-патогенетическими формами поражения диабетической стопы были нейропатическая – 48,2%. Нейроишемическая форма поражения составляла – 32,4%. В меньшей степени были больные с ишемической формой поражения ДС – 18,7%. Наряду с общепризнанными клинико-лабораторными методами обследования больных с ГНПС, с целью оценки

эффективности проводимой терапии нами проводились следующие методы исследования: - микологические исследования отделяемого из раны (микроскопия, посев на среды); - бактериологические исследования раневого экссудата (бактериоскопия, бактериологические посевы в аэробных и анаэробных условиях); С целью создания максимальной концентрации лекарственных препаратов в очаге поражения больным при поступлении под рентгеноангиографическим контролем устанавливался внутриартериальный катетер с подведением дистального конца к устью бедренной артерии на стороне поражения. Результаты: критериями эффективности противогрибковой терапии в сравниваемых группах было наличие грибковой обсемененности на 3-е, 7-е сутки в комплексе с клиническими и местными проявлениями. Анализ динамики изменения грибковой обсемененности при применении флуконазола показал, что при внутривенном введении противогрибкового препарата на 3-сутки возбудители выявлялись в 25 (53,2%) случаях из 47, в 6 случаях (12,7%) грибковая инфекция продолжала выявляться из патологического очага даже на 7 сутки. В ходе анализа выявлено, что на фоне внутриартериального введения флуконазола на третьи сутки отмечалась резкая элиминация всех видов грибковых возбудителей с выявлением их лишь в 13 больных (25,5%) из 51. В динамике исследования на 3-сутки кандиды выявлены у 11 (25,6%) больных из 43, аспергиллы у двоих (33,3%) из 6 пациентов. Обсуждение: внутриартериальное введение флуконазола оказалось более эффективным в отношении грибов рода *Fuzarium* sp. что подтверждается результатами микологического исследования полученные на 3 сутки лечения. Таким образом, представленные данные убедительно показывают на высокую роль грибковых инвазий в патогенезе гнойно-некротических поражений на стопе при СД. Частота выявления различных представителей грибов по нашим данным составляла 51,6%. Уместно отметить, что в 44,4% случаев имело место сочетание грибковых инвазий с аэробными и анаэробными микроорганизмами. Выводы: в патогенезе гнойно-некротических поражений стоп важную роль играет сочетание грибковых инвазий с аэробными и анаэробными микроорганизмами, встречающееся в 44,4% случаев, причем общая частота выявления грибов из патологического очага составляет 51,6%. Внутриартериальное введение противогрибковых препаратов (флуконазола) обеспечивает их высокую концентрацию в гнойно-некротическом очаге и позволяет к 3 суткам добиться двухкратного (с 53,2% до 25,5%) снижения частоты выявления грибов, а на 7 суткам полной их элиминации из гнойно-воспалительного очага. Недоучет роли грибковой инвазии стоп при гнойно-некротических поражениях на фоне СД на наш взгляд является одной из причин прогрессирования патологического процесса и высоких ампутаций нижних конечностей.

---

### 73. ЛЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА В УСЛОВИЯХ НАРАСТАЮЩЕЙ МИКРОБНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ

Хачатрян Н.Н., Федоров В.П., Муслимов Б.Г., Карсотьян Г.С.

Москва

Московский Государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова. Кафедра хирургических болезней и клинической ангиологии

В условиях нарастающей микробной резистентности лечение распространенного перитонита остается одной из самых актуальных проблем в экстренной хирургии в связи с сохраняющейся высокой летальностью и большим количеством гнойно-септических послеоперационных осложнений. Безусловно, адекватное оперативное вмешательство с полноценной санацией очага инфекции является непременным условием эффективности наших последующих мероприятий, направленных на уничтожение микроба и ликвидацию последствий его пребывания в организме. Но 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.[Vare M, 2002]. Вместе с тем в условиях непрерывного роста резистентной флоры во всех странах, обусловленным в том числе, и чрезмерным потреблением антибиотиков, дезэскалационная 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. Мы провели ретроспективный анализ историй болезни больных с интраабдоминальной инфекцией, поступивших в ГКБ 50 за 2011-2014 годы. Проанализировали факторы риска по стратификационной шкале Carmelli и сопоставили 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 26%. 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 препараты больных с высоким риском. Возможность предположить наличие 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, мы снижаем 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.

---

#### 74.ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ПРОГРАММЫ ПРИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

БАУЛИН А.А., ЛЕСИН В.Н., БАУЛИНА Н.В., УСАНОВ В.Д., БАУЛИН В.А., НИКОЛАШИН О.А., БАУЛИНА О.А.

г.Пенза

Кафедра акушерства и гинекологии МИ ПГУ, кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ПИУВ, Областной онкодиспансер

Несостоятельность толстокишечных анастомозов - важная проблема брюшной хирургии встречается у 4,1-17,6% чаще экстренно оперированных. Она связано с целым рядом причин и является результатом летальности у половины умерших. Целью исследования было изучить частоту несостоятельности анастомозов, найти оптимальный способ профилактики и лечения. Мы располагаем опытом лечения более 1,5 тысяч больных с различными видами непроходимости и опухолями толстой кишки, у которых формировался толстокишечный анастомоз. У 922 – плановых осложнения возникли у 152(17,4%). У 39(4,2%) больных(24,3% от всех осложнений) возникла несостоятельность анастомоза: после правосторонней гемиколэктомии у 1,4%, резекции поперечной – 4,7%, левосторонней гемиколэктомии – 1,2%, резекции сигмы – 3,4%, передней резекции прямой кишки – 6,9%, брюшно-анальной резекции прямой кишки – 22,7%, субтотальной резекции прямой кишки – 7,1%, реконструктивной операции у 9,1%. Чаще использовался ручной шов. Профилактически применяли только дренирование брюшной полости. Несостоятельность возникала на 2-36 сутки, отграниченный характер процесс носил у 16, 14 – лечили консервативно. Релапаротомия, санация брюшной полости выполнялась у 25(от 1 до 4), разгрузочная стома

сформирована у 17. У 5 зона несостоятельности ушита. У экстренных больных анастомозы накладывали редко из-за опасности несостоятельности. Важными считаем следующие моменты: обязательная беседа с больным о возможной несостоятельности, повторных санациях и формировании профилактических или лечебных стом, очищение кишечника, бережная подготовка отрезков кишок для анастомозирования, возможное отграничение зоны анастомоза, дренирование пучком дренажей зоны анастомоза, обязательная деульсия анального сфинктера, дренирование ампулы не менее чем 2 трубками. Предпочтительными считаем ручные «телескопические» и аппаратные анастомозы (АКА). Критическими считаем 9-10 дней. Дренажи не убираем до этого срока, из прямой кишки извлекаем после первой дефекации. При появлении признаков несостоятельности и разлитого перитонита - проводим санацию брюшной полости и формируем концевую илеостому по оригинальной методике. При местном гнойном процессе – ведем на инъекционно-вакуумных дренажах, а в правой подвздошной области под местной анестезией формируем илеостому из локального доступа. Оригинальность методики заключается в создании «У»-образного сшивания отводящего наглухо зашитого конца с приводящим, который открытым выводится на брюшную стенку. Подобная конструкция исключает восстановительное вмешательство снова на толстой кишке, создает удобную ситуацию для послеоперационного ухода и для восстановления проходимости локальным доступом под местной анестезией после заживления места несостоятельности. Её можно применять и при повреждениях толстой кишки. Умерли 28 (общая летальность - 3,0%), из них - 8(0,9%) – от несостоятельности, т.е. в структуре летальности это 30%, а в группе с несостоятельностью – 20,5%. Мы не обнаружили связи с возрастом, полом и стадией заболевания. Снижение частоты несостоятельности зависит от многих факторов, один из важных – тщательное соблюдение всех технических условий операции. Применение оригинальной илеостомы улучшило результаты лечения. Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать!

---

## 75.ПРОГРАММИРОВАННЫЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ И ОТКРЫТЫЕ САНАЦИИ ПРИ ГНОЙНОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

БАУЛИНА Н.В., УСАНОВ В.Д., БАУЛИН В.А., НИКОЛАШИН О.А., БАУЛИН А.А., БАУЛИНА.О.А.

г.Пенза

Кафедра акушерства и гинекологии МИ ПГУ, кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ПИУВ

Подходы в лечении гнойной гинекологической патологии постепенно стали изменяться в связи с внедрением видеоэндохирургии. Вынужденные и программированные релапаротомия и релапароскопия на современном этапе в хирургии рассматриваются как необходимая мера при развивающихся послеоперационных внутрибрюшных осложнениях, особенно при перитонитах, вследствие острых воспалений гениталий, акушерских и гинекологических операций, а также после внебольничных аборт. В нашей клинике ранее пациентки с неосложненными формами заболеваний в подавляющем большинстве лечились консервативно, и это приводило к перитонеальному бесплодию. В связи с внедрением лапароскопии выросла оперативная активность по отношению заболеваний, леченных ранее консервативно: с 23,6% в первые годы достигла 38,3%. Воздействие на очаг заключается в ревизии органов малого таза, адгезиолизисе, санации и дренировании. У пациенток с осложненными формами (60-70 ежегодно) процент замены классического способа на эндохирургический достиг 58,9. Объем оперативных вмешательств варьирует в зависимости от интраоперационной ситуации. Кроме одиночных исчерпывающих операций за последние 13 лет было выполнено 123 программируемых эндоскопических санаций малого таза у 49 пациенток от 2 до 6 у одной, выполняемых через 24-36 часов. В объём операций входили санация или удаление гнойного очага, санация брюшной полости, ревизия, дренирование или дополнительное дренирование. Актуальность этой темы возросла в последнее время в связи с увеличением количества больных с запущенными формами гнойных перитонитов и увеличением частоты вынужденных релапаротомий и положительным влиянием релапароскопий. При анализе лечения запущенных перитонитов (3 стадия) у 67 пациенток выявлены 111 хирургических осложнений (у 100% от 1 до 3): 86 – внутрибрюшные осложнения (продолженный перитонит, межпетельные абсцессы, непроходимость

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

кишечника), 29 – гнойные раневые осложнения, в том числе в месте стояния дренажей, 5 – другие. В данной группе у 13 было повреждение желудочно-кишечного тракта. Осложнения привели к вынужденным релапаротомиям у 61 женщины в сроки от 3 до 8 дней с момента первой операции. Среднее пребывание в больнице составило 31,2 дня. Последние 12 лет мы изменили тактику, по которой у подобных больных стали программировать релапаротомии без лапароскопии поскольку не всегда удавалось произвести полноценную санацию. Показаниями мы считали интегральные признаки невозможности санировать за один этап. Всего оперировано 45 женщин, релапаротомии проводились через 21-30 часов. Во время программированной релапаротомии у всех отмечалась положительная динамика, но у 36 - в тазу сохранялись остатки некротических тканей, у 16 - обнаружены формирующиеся межпетельные абсцессы, у 8 - имелись гнойные наложения вокруг лигатур, у 24 - кишечные петли создавали ангуляцию, у 17 - в пространстве между брюшной стенкой, кишечными петлями и дренажами найдены большие скопления гнойно-фибринозной массы, а у 1 больной обнаружены 2 некротизированные жировые подвески. Две программированные релапаротомии выполнены 3 женщинам, три – четверем, после которых рану зашивали классически наглухо с оставлением дренажей в контрапертурах. Никому не производились вынужденные релапаротомии и не потребовались релапароскопии. Осложнений внутрибрюшных и раневых не было. Среднее пребывание в больнице составило 21,7 дня. Отдалённые результаты лучшие. Считаем оправданной данную тактику. Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать!

---

## 76. ПРОФИЛАКТИКА ЭВЕНТРАЦИИ ПОСЛЕ СРЕДИННОЙ ЛАПАРОТОМИИ

БАУЛИНА О.А., БАУЛИНА Н.В., УСАНОВ В.Д., БАУЛИН В.А., БАУЛИН А.А., БАУЛИНА Е.А., ЕРЮШКИН В.П.

г. Пенза, г. Москва

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ПИУВ, кафедра госпитальной хирургии №1 МГМУ, ГБОУ ВПО Медицинский институт Пензенского государственного университета

Как известно, особенно кишечная непроходимость опасна развитием повышением внутрибрюшного давления, вздутием живота, возрастающей нагрузкой на швы операционной раны. Это приводит к прорезыванию тканей, развязыванию швов и эвентрации. При изучении результатов абдоминальных операций через срединный доступ мы обнаружили у 37 (1,55%) из 2380 больных разной степени эвентрации в сроки от суток до 14 дней после операции. Причинная связь: непроходимость – 31, перитонит – 26, возраст более 60 лет – 14, воспаление операционной раны – 11, онкологический процесс – 9, релапаротомия – 8, лапаростомия – 6. У некоторых больных несколько факторов. Испытав несколько способов, мы выработали единый подход в профилактике эвентрации. Критерии были сформулированы по единым признакам возможного осложнения: возраст, онкологический процесс, запущенный перитонит, программированные и вынужденные релапаротомии, лапаростомии, явления имеющейся или предполагаемой непроходимости, отёчные, не крепкие края раны, воспаление краёв раны. Методика удержания краёв за счёт марлевых салфеток следующая. В зависимости от длины разреза выбираются 3-4 места, где должны находиться данные подкрепляющие швы. Намечаются 3-4 точки (зелёной) мест вколов и выколов, обычно в 4-5 см от края раны. Берётся максимально толстая нить (№5,6) длиной с таким расчётом, чтобы было 2,5-3 расстояния от предполагаемых точек вкола на одной стороне до места выкола на другой. Нити складываются пополам и заряжаются в ушко большой иглы так, что оба конца становятся равными. Концы нитей зажимаются зажимом для страховки. Через выбранную точку перпендикулярно к коже иглой пронизываем все слои до брюшины и подбрюшинно кончик проводим к краю раны, извлекаем вместе с петлёй. Вторым движением, напротив, в противоположный край раны игла идёт под брюшиной, поворачивается вверх с расчётом выхода в противоположной намеченной точке. За иглой извлекалась петля нити, отсоединялась от иглы. В петли вставлялась салфетка, нити слегка подтягивались, края раны сближались до расстояния удобного для наложения швов на брюшину и апоневроз. По мере наложения швов на брюшину и апоневроз нити подтягивались под контролем зрения, чтобы не оставались петли внутри и было видно, что под нити не попали внутренности. После полного зашивания апоневроза, укрепляющие нити подтягиваем, разводим

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

медиально и латерально каждую пару, между ними укладывается салфетка и нити завязываются. Мы оценивали влияние предполагаемого стяжения, стремились не усугублять итак уже повышенное давление в животе, поэтому у 12,3% больных вместо провизорного шва через все слои, мы применяли проведение нитей только через кожу и подкожную клетчатку. Завершали операцию редкими краевыми швами на кожу. Если предполагается программированная релапаротомия, то швы ни на апоневроз, ни на кожу не накладывали, изолировали раневую поверхность мазевой повязкой с левомеколем. Больные были на ИВЛ с миорелаксантами, вероятность расхождения краёв раны в таких случаях отсутствует. Швы снимали по мере ликвидации причины повышения внутрибрюшного давления. Подтягивали за одну из салфеток, пространство под ней обрабатывали антисептиком, обе нити пересекали, тракцией за противоположную салфетку все нити свободно извлекали. Подобная тактика дала возможность улучшить результаты лечения, наблюдали только две эвентрации на 2458 последующих операций (0,08%). Однако причиной была не техника и методика, а хирургическая инфекция. В связи с начинающейся флегмоной передней брюшной стенки нити пришлось убрать, кожную рану раскрыть, заживление было вторичным натяжением. Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать!

---

## 77. КОГДА НУЖНО СТАВИТЬ ВОПРОС О ПРОГРАММИРОВАННОЙ РЕЛАПАРОТОМИИ?

БАУЛИНА Н.В., УСАНОВ В.Д., БАУЛИН В.А., БАУЛИН А.А., БАУЛИНА Е.А., БАУЛИНА О.А., ЕРЮШКИН В.П.

г. Пенза, г. Москва

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ПИУВ, кафедра госпитальной хирургии №1 МГМУ, ГБОУ ВПО Медицинский институт Пензенского государственного университета

Крайне актуальна проблема разработки и внедрения в клиническую практику оценки тяжести состояния пациента, эффективных методов лечения, системного подхода к методологии прогнозирования послеоперационного течения распространенного перитонита, что позволит объективизировать лечебную тактику и осуществлять оценку эффективности проводимого лечения, включая программированные санации и показания к ним. Учитывая теорию развития гнойного процесса, мы брюшную полость при перитонитах рассматриваем как огромную раневую поверхность, огромную гнойную рану с определенной спецификой. Отсюда считаем необходимым вторую и, возможно, последующие осмотры, санации брюшной полости и брюшной стенки проводить в обязательном порядке. Программированные релапаротомии показаны тогда, когда невозможно произвести полноценную санацию брюшной полости за один этап. В экстренной гинекологии мы исходим из интегральных понятий. 1. Применительно к гинекологии, показатель времени имеет значение, но более гибкое, нежели в хирургии, зависит от степени изолированности основного очага, связи с желудочно-кишечным трактом, вовлечения соседних органов, площади поражения и др. 2. Оценка степени контаминации, характера экссудата брюшной полости, количественная характеристика, склонность к осумковыванию, сочетание этих показателей с уровнем токсемии носят совокупный характер для принятия решения. 3. Важно с прогностической точки зрения рассмотрения особенностей процесс выпадения фибриновых наложений на париетальной и висцеральной брюшине, по которым можно судить о необходимости деконтаминации, длительности процесса, степени и глубины повреждений, опасности их удаления, особенно с кишечника. 4. Основным моментом операции по поводу гнойно-воспалительных заболеваний женских половых органов являются целенаправленные действия операторов на радикальное унесение очага воспаления. Необоснованный радикализм приводит порой к фатальным последствиям, поэтому важно своевременно принять решение об оставлении части патологического процесса с условием последующих программированных вмешательств. 5. Состояние желудочно-кишечного тракта, нарушения моторной функции, избыточная контаминация и нарушение барьерной функции стенки кишки и транслокация микрофлоры требуют повторных входов в брюшную полость. Данные показания выработаны на основании многолетнего опыта оказания помощи более 6 тысяч пациенткам с острыми гнойными процессами гениталий, из которых 621 были с разлитым перитонитом. При выжидательной тактике у 54 пациенток были выявлены 86 хирургических послеоперационных

осложнений (у 100% от 1 до 3), вынужденные релапаротомии выполнили у 46 женщин (85%). В группе с программированными релапаротомиями(1-3 раза) из 37 женщин в животе всегда находили предикторы осложнений, но никого не оперировали вынужденно. Основываясь на хороших как ближайших, так и отдаленных результатах оперативного лечения пациенток с острыми гнойными процессами гениталий с применением программированных релапаротомий, считаем данную тактику оправданной.

---

## 78.ОПТИМИЗАЦИЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ НАГНОЕНЫХ РАН С ПОМОЩЬЮ ПОЛИВАЛЕНТНЫХ БАКТЕРИОФАГОВ В УСЛОВИЯХ ИММУНОРИЕНТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

Зубрицкий В.Ф. (1), Ивашкин А.Н. (1), Ковалев А.И. (2), Низовой А.В. (3), Фоминых Е.М.(1)

Москва

1.Медицинский институт усовершенствования врачей «МГУПП», кафедра хирургии, 2. Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, Факультет фундаментальной медицины, кафедра хирургии, 3. Медицинский учебно-научный

Послеоперационные гнойно-септические осложнения продолжают оставаться важной медицинской проблемой, что во многом связано с широким распространением в стационарах полиантибиотикорезистентных бактерий, а также относительным увеличением доли пациентов с иммуносупрессивными состояниями. В последнее время, с целью профилактики и лечения гнойных осложнений разработаны комбинированные препараты фагов, направленные на уничтожение подобных возбудителей инфекций – «секстафаг» или «Бактериофаг Пио поливалентный» (производство ОАО «Микроген»). Ранее, с целью профилактики инфекций мягких тканей после хирургических вмешательств, данный препарат не использовался, однако был с успехом применён при лечении ряда гнойно-септических заболеваний. На предыдущем этапе исследований были обследованы пациенты с развившимися гнойно-септическими осложнениями послеоперационного периода – выявлено, что почти у 70% всех пациентов в дооперационном периоде тесты выявляли снижение числа или функциональную недостаточность лимфоцитов или их фракций. Среди препаратов, используемых для коррекции таких нарушений иммунитета, особо выделяется дрожжевой, рекомбинантный, идентичный человеческому интерлейкин-2 («Ронколейкин» производенный ООО «Биотех»). В отличие от других препаратов, корректирующих недостаточность лимфоцитов - иммуномодулирующее действие развивается уже в течение первых суток после введения. В данном исследовании оценивалась эффективность бактериофагов и иммуномодулирующей терапии для предупреждения инфекционных осложнений в послеоперационном периоде у больных с ампутациями нижних конечностей на уровне бедра. Обследовано 90 пациентов страдающих облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей и диабетической ангионейропатией с декомпенсированной ишемией дистальных отделов конечностей. Больные были распределены на три группы по 30 больных (контрольная и две основные). Всем больным проводилась предоперационная антибиотикопрофилактика цефазолином в дозе 2.0 грамма внутримышечно за 30-40 минут до операции. В основных группах, с целью профилактики нозокомиальной инфекции пациенты принимали внутрь по 20 мл «Бактериофаг Пио поливалентный» дважды: за 30-40 минут до операции и на 5 сутки после неё. Больным второй основной группы кроме бактериофага, за 30-40 мин до операции, а также на 3 и 5 сутки после операции вводили 50000ЕД «Ронколейкина». (рекомбинантного человеческого интерлейкина-2). При развитии инфекционного воспаления в послеоперационном периоде проводили бактериологическое исследование раневого отделяемого. Посев брали в стерильных условиях, стерильным ватным тампоном в пробирку с мясоептонным агаром. Установлено, что у 10% больных (3 пациента) контрольной группы в ране развилось воспаление с образованием гноя. Во всех посевах при этом был обнаружен золотистый стафилококк в количестве от 10<sup>5</sup> до 10<sup>7</sup> в 1 грамме ткани, который был резистентен к метициллину, цефазолину и чувствителен к ванкомицину. В первой основной группе у одного больного развилось нагноение в области операционной раны, в посевах раневого отделяемого которого выявлена ассоциация *Escherichia coli* в количестве 10<sup>6</sup> в 1 грамме ткани с резистентностью к ампициллину, линкомицину, цефазолину, ципрофлоксацину и с чувствительностью к амикацину, цефепиму, ванкомицину,

цефотаксиму, цефоперазону. При одновременном использовании антибиотика, бактериофагов и ронколейкина случаев гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде отмечено не было.

---

#### 79. Особенности хирургической тактики при повреждении магистральных желчных путей

Гоч Е.М., Борисов В.А., Толстокоров А.С., Осинцев Е.Ю., Князевская К.Э.

Саратов

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им Разумовского Минздрава России

Одним из ранних осложнений хирургии желчного пузыря и желчных протоков является ятрогенное повреждение магистральных желчных путей. Хирургическое повреждение общего желчного протока могут быть диагностированы во время операции, раннем или позднем послеоперационном периоде. Хирурги отмечают, что интраоперационно выявляется повреждение общего желчного протока лишь в 20% случаев. У подавляющего числа больных повреждение гепатикохоледоха остаются незамеченными. За период с 2009 по 2013 годы произведены реконструктивные и восстановительные операции 27 больным с травмой гепатикохоледоха. Учитывая специфику ОКБ все больные ранее были оперированы в центральных районных больницах области. 20 больным операция производилась открытым традиционным способом, 7-лапароскопическая холецистэктомия. У 3 больных ятрогенное повреждение гепатикохоледоха замечено интраоперационно. Им в условиях ЦРБ выполнено наружное дренирование гепатика. Двум из них произведено через 10-15 дней редренирование гепатикохоледоха в условиях ОКБ, одному - восстановительную операцию в виде билио- билиарного анастомоза на дренаже Холстеда. 24 больных были доставлены в ОКБ в сроки от 7 до 15 дней после операции с клиникой желтухи – 16, желтухи и перитонита – 8. При поступлении для уточнения диагноза выполнялось ЭРХПГ, где констатирован обрыв поступления контрастного вещества на уровне гепатика. В течение суток они оперированы. В 24 случаях на операции выявлено иссечение сегмента гепатикохоледоха по типу: «-1» у одной, «0» у трех больных, «+1» у 12 больных, «+2» у 8 пациентов ( классификация Э. И. Гальперина 2002г). Всем больным выполнено наружное дренирование, из них 4 – дренирование долевых протоков, 20- гепатика. Двое больных погибли от прогрессирующей печеночно-почечной недостаточности. Остальным выполнены реконструктивные операции через 3-4 месяца (гепатикоэюностомия по Ру - 18 больных, 4 - по методике Микулича-Брауна). В качестве каркасного дренажа применялись транспеченочные дренажи по Прадери- Смиту у 6, по Сейпол-Куриану у 10, по Фелькеру у 6. В послеоперационном периоде умерло двое больных, с абсцедирующей гематомой печени, печеночно-почечной недостаточностью. Таким образом хирургическая тактика при повреждении желчевыводящих путей должна быть активной. При диагностированном интраоперационно повреждении необходимо наложение билиодигестивного анастомоза, при незамеченном: первый этап- наружное дренирование, второй- реконструктивная операция.

---

#### 80. Выбор рационального способа оперативного лечения острого деструктивного холецистита у пациентов пожилого и старческого возраста.

Величко Е.А.(1), Некрасов А.Ю.(1), Сергеев А.В.(2)

1) МО г. Новогорск, 2) Смоленск

1)ФГБУ ФКЦ ВМТ ФМБА России, ОГБУЗ "КБСМП"

Цель. Улучшить результаты оперативного лечения острого деструктивного холецистита у пациентов с повышенным анестезиолого-операционным риском путем использования прогностического критерия по шкале SAPS II. Актуальность. Лапароскопические технологии в настоящее время широко используются хирургами всего мира не только в плановой, но и в экстренной хирургии, ввиду имеющегося большого количества преимуществ перед «открытыми» операциями. Однако не у всех пациентов применим данный вид миниинвазивного вмешательства. У пациентов с тяжелой сопутствующей сердечно-легочной патологией влияние напряженного карбоксиперитонеума опасно вследствие снижения компенсаторных возможностей организма и развития негативных последствий и осложнений, нередко приводящих к летальному исходу. Одним из вариантов решения данной проблемы является использование лифтинговой технологии, позволяющей создать оперативное пространство в брюшной полости путем подъема передней брюшной стенки без использования пневмоперитонеума и возможного развития его негативных последствий в интра- и послеоперационном периоде. Многие хирурги предлагают использовать лифтинговые технологии при операциях по поводу острого деструктивного холецистита у пациентов с повышенным анестезиолого-операционным риском с целью улучшения результатов лечения и снижения послеоперационной летальности данной категории пациентов. Материалы и методы. В работе обобщены результаты лечения 154 пациентов пожилого и старческого возраста с острым холециститом, находившихся на лечении в хирургических отделениях с 2007 по 2013 г. В основную группу включено 78 (50,6%) пациентов в возрасте от 40 до 87 лет, которым лапароскопическая операция производилась в условиях лифтинговой методики вмешательства. Контрольную группу составили 76 (49,4%) пациентов в возрасте от 43 до 80 лет, которым лапароскопическое вмешательство осуществлялось в условиях карбоксиперитонеума при давлении газа 6-8 мм рт.ст. Женщины составили большинство от прооперированных больных - 115 (74,7%); мужчины – 39 (25,3%). Средний возраст больных обеих групп составил 65,8 лет, причём в контрольной группе – 64,5 года, а в основной – 67 лет. Достоверных отличий по возрасту и половой принадлежности не выявлено. С целью объективизации оценки тяжести общего состояния и прогнозирования исходов лечения использована шкала Simplified Acute Physiology Score – SAPS II. По характеру сопутствующей, а также острой и хронической патологии и степени их компенсации все пациенты были распределены следующим образом: сумма баллов у которых при поступлении составила более 30 баллов (78 пациентов), и сумма баллов у которых при поступлении составила менее 30 (76 пациентов). Результаты и обсуждение. Все больные оперированы в экстренном порядке, после предоперационной подготовки, которая включала в себя дезинтоксикационную, противовоспалительную, инфузионную, противозвонную, антибактериальную терапию, компенсацию или стабилизацию тяжелой сопутствующей патологии и определение балльного показателя по шкале SAPS II. Средний показатель SAPS II у больных, оперированных с использованием лапаролифта (n=78), составил 31,9±1,6 балла, у пациентов оперированных лапароскопически с минимальным давлением в брюшной полости (n=76) – 29,8±1,4 балла. Предположительный риск смерти у пациентов основной группы составил – 9,5±0,6% (p

---

## 81. ВИРТУАЛЬНЫЕ ТРЕНАЖЕРЫ-СИМУЛЯТОРЫ В ОБУЧЕНИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ

Джумабеков А.Т., Жораев Т.С., Артыкбаев А.Ж., Абуов С.М., Жарменов С.М., Калымбетов Р.Б.

Алматы, Республика Казахстан

Казахский медицинский университет непрерывного образования Кафедра хирургии с курсами торакальной хирургии и колопроктологии

Цель: Определение эффективности отработки практических навыков курсантами с использованием виртуального тренажёра-симулятора LapSim® фирмы Surgical Science, Швеция. Материалы и методы: 38 курсантов, не имевших предварительной подготовки по эндохирургии, были разбиты на две группы, которые были статистически сопоставимы по полу, возрасту, уровню базовых навыков, моторике и т.п. Основная группа проходила обучение с использованием виртуального симулятора лапароскопических

операций - тренажера LapSim® с целью овладеть уровнем практических навыков. Контрольная группа обучалась по традиционным методикам. Затем хирурги обеих групп были допущены к самостоятельному выполнению неосложненных лапароскопических холецистэктомий. Каждый из них выполнил по десять вмешательств, которые были сняты на видео. Эти видеозаписи были маркированы и анонимно изучены преподавателями кафедры. Каждая видеозапись оценивалась несколькими преподавателями, результаты данной оценки сопоставлялись и суммировались. Оценка производилась на предмет количества допущенных неточностей и ошибок, как в операции в целом, так и на отдельных ее этапах. Результаты: В основном начинающими хирургами допускались следующие неточности и ошибки: бранши инструмента вне поле зрения, неправильная диссекция, коагуляция окружающих тканей, повреждение окружающих тканей, плохая визуализация при клипировании, клипирование ненадлежащих структур. При этом наблюдалось достоверное различие между количеством ошибок, допущенных хирургами основной и контрольной групп. Те, кто проходил обучение на виртуальном тренажере-симуляторе LapSim® с последующей сертификацией уровня их навыков, допускали от 21 до 32 ошибок и неточностей за одну операцию; в контрольной группы - от 54 до 108 ошибок и неточностей. Выводы: Использование виртуального тренажера-симулятора LapSim® в учебном процессе существенно, в 2-3 раза снижает количество ошибок, которые допускают начинающие хирурги при выполнении своих первых лапароскопических операций. Прежде чем допускать хирурга до самостоятельного выполнения лапароскопических вмешательств, он должен в совершенстве отработать практические навыки на симуляторе и подтвердить (сертифицировать) приобретенный уровень.

---

## 82. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НАВИГАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

ЭКТОВ В.Н.(1), СОКОЛОВ А.Н.(2), МИНАКОВ О.Е.(2), КУРКИН А.В.(2), МЕЛЬНИКОВ Ю.Ю.(2), ЛАБЛЮК П.Ф.(2), АНТОНЬЕВ А.А.(1)

Воронеж

1) Воронежская государственная медицинская академия им .Н.Н.Бурденко, 2) Воронежская областная клиническая больница №1

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ** - изучить показания, технические варианты и результаты применения дренирующих миниинвазивных хирургических вмешательств под контролем ультразвука и спиральной компьютерной томографии в лечении абсцессов брюшной полости. **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Под нашим наблюдением находилось 431 больной с абсцессами брюшной полости в возрасте от 16 до 75 лет. Формирование абсцессов брюшной полости было обусловлено наличием острой абдоминальной патологии (острый деструктивный аппендицит, дивертикулез толстой кишки, инфицированный панкреонекроз), послеоперационными осложнениями после различных видеоэндоскопических и открытых абдоминальных хирургических вмешательств. Всем больным были выполнены различные виды миниинвазивных чрезкожных вмешательств под контролем ультразвука или спиральной компьютерной томографии. При наличии небольших образований (диаметром до 3см и объемом до 15мл) использовали пункционный метод лечения гнойников под ультразвуковым контролем. При средних размерах абсцессов (диаметром 3-6 см или объемом до 100 мл) нами применялось одномоментное дренирование абсцессов брюшной полости одним дренажом. При больших размерах абсцессов (объемом более 100 мл) проводилось одномоментное дренирование полости двумя или большим количеством дренажей. Пациентам этой группы (12 больных) проводилось местное введение тканевого активатора плазминогена (актилизе). Введение актилизе по дренажам осуществляли 2 раза в сутки в концентрации 1 мг/мл с экспозицией 30-40 минут в течение 3 дней после дренирования гнойника. В связи с трудностями проведения качественной санации больших абсцессов (размером более 10 см) нами разработан и применён у 6 больных комбинированный пункционно-эндоскопический метод лечения. На первом этапе производили установку двух дренажей в полость абсцесса под ультразвуковым контролем. После этого в гнойную полость вводили 2 мм троакары фирмы "Auto Suture" из набора мини-сайт, через который осуществляли осмотр и санация гнойной полости с



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

последующей установкой дополнительного дренажа под визуальным контролем. При локализации абсцессов в гипогастальной области 6 пациентам выполнены хирургические вмешательства с использованием пассивной локализирующей системы на основе метода 2D КТ-флюороскопии. РЕЗУЛЬТАТЫ. Осложнения, связанные с применением методики были выявлены у 7 больных на начальном этапе освоения методики чрезкожных вмешательств У 2 больных вследствие неадекватного выбора траектории пункции и методики дренирования в раннем послеоперационном периоде произошло инфицирование брюшной полости, что явилось показанием для срочной лапаротомии. В 5 случаях отмечалось нагноение мягких тканей в зоне дренажа, что не требовало дополнительного хирургического лечения. У 9 больных после дренирования под УЗК в дальнейшем потребовалось традиционное (“открытое”) оперативное лечение, что было связано с наличием больших полостей с затёками и, в одном случае, секвестра печени после травмы. После применения чрезкожных вмешательств под ультразвуковым контролем умерло 11 больных. Летальные исходы не были связаны с использованием методики, а обусловлены развитием прогрессирующей полиорганной недостаточности на почве инфицированного панкреонекроза. ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Основой успешного применения миниинвазивных дренирующим операций при абсцессах брюшной полости является четкая визуализация гнойного очага при помощи различных вариантов томографии. Выбор операционного доступа и варианта дренирования зависит от локализации, размеров и особенностей конфигурации полости абсцесса. Миниинвазивные чрезкожные вмешательства с использованием различных методов навигации являются эффективным методом лечения абсцессов брюшной полости. Подобного рода дренирующие операции целесообразно осуществлять врачам-хирургам, имеющим специальную подготовку по лучевой диагностике.

---

## 83.ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Баулин А.А., Баулин Н.А., Ильясов Р.Р., Пьянов Н.А., Карпов А.Ф., Баулина Н.В., Куприянов М.П.

Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ПИУВ, кафедра акушерства и гинекологии МИ ПГУ, ЦГБ – ГКБ СМП им.Захарьина

Улучшение основных показателей оказания экстренной помощи зависит от многих факторов. Казалось бы, что они хорошо известны, а тем не менее, цифровые данные разных регионов и ЛПУ значительно отличаются друг от друга. Об этом в своём докладе сообщил главный хирург РФ академик В.А.Кубышкин, не отрицая субъективный фактор. Г.Пенза была пионером объединения БСМП и СП в городах, и это хорошо работало многие годы. Единоначалие давало прекрасную возможность адаптировать работу экстренных служб для достижения лучших результатов. В основе были заложены основные принципы оказания экстренной хирургической помощи, сформировавшиеся в нашем коллективе и больнице. 1. Выбор определяющего фактора, который, по нашему мнению, является ведущим – это ФАКТОР ВРЕМЕНИ. Стационары не могут влиять на время с момента заболевания до поступления больных, но свести до минимума время с момента поступления до момента операции была поставлена как главная задача. Мы стали фиксировать этот показатель. 2. Одним из базисных вопросов - система подбора и подготовки кадров (обучение основам, многократное повторение основных положений, конвейерное обучение, увеличение количества операций, внедрение нового, подготовка сестринского персонала на всех этапах и др.). 3. Создание условий для приближения диагностических служб к круглосуточному бесперебойному обеспечению хирургической бригады высокоинформативными методами, начиная с приемно-диагностического отделения (эндоскопия, УЗИ, рентгенологи, врачи-лаборанты, эндохимиurgi, возможность – круглосуточно и быстро пригласить смежного специалиста или вызвать из дома консультанта – всё это было реализовано в 80-х годах, дополнено КТ и МРТ). 4. Применение принципа «на себя» у экстренного больного, т.е. использование всех возможностей хирургов для подтверждения или снятия диагноза, особенно у неясного больного, вплоть до лапароскопии. 5. Формирование потока профильных больных, выработка и коррекция четких стандартных схем диагностики и хирургической помощи, т.е. определенного

алгоритма и постоянное совершенствование, то что сейчас делается фактически в РФ было реализовано в 80-х годах. 6. Внедрение малотравматичных методов, этапных операций и программированных санаций. 7. Выработка стереотипа поведения в коллективе: не бояться возразить, четко аргументировать свою позицию и менять тактику только после утверждения. 8. Обеспечение высокопрофессиональными врачами анестезиологами-реаниматологами и увеличение уровня участия их в лечебном процессе. 9. Создание и развитие центра гнойной хирургии, как основы ранней диагностики, современных подходов к лечению послеоперационных гнойных заболеваний и осложнений – ведущих причин летальности. 10. Внедрение активных методов дренирования и централизованного вакууммирования. 11. Материальное обеспечение всего лечебно-диагностического процесса и приспособление к меняющейся экономической ситуации. 12. Создание условий для «обратной связи» - информационному обеспечению по вертикали и горизонтали о дефектах и ошибках. Приводим лишь один показатель – это снижение послеоперационной летальности при остром холецистите с 6,6% до 0,3% при средней за последние 25 лет – 1,3%. Последние годы: скорая помощь выделена как самостоятельная структура, санавиация также, взаимосвязь нарушена, ликвидированы хирургические отделения в районах, кроме четырёх, плановые хирургические отделения в городе, в области менее 5 хирургических коек на 10 тыс. населения, разрушены хирургические коллективы, институт главных специалистов, в хирургию не идут выпускники, значительно возросла поздняя доставка и число запущенных больных, особенно из-за отдалённых деревень, в худшую сторону сдвигается показатель соотношения экстренных и плановых больных при грыжах, хирурги вынуждены «хитрить» и госпитализировать плановых больных под видом экстренных, хирурги просто завалены бумажной работой, ФОМС и страховые компании формально лютуют с необоснованными и непомерными штрафами, разрушается поликлиническая служба, общественный совет врачей более двух лет добивался встречи с местным министром, который, по словам очевидца, признал, что о многих проблемах он не знал. С таким настоящим не сложно себе представить будущее. Особенно грустно всё это обозреть специалистам, проработавшим и отдавшим себя на откуп специальности не один десяток лет.

---

#### 84. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МОНИТОРИНГА ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕБНОЙ ПРОГРАММЕ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

Костырной А.В., Каракурсаков В.Н.Э.

Симферополь

Медицинская академия им.С.И.Георгиевского КФУ,

Цель: улучшить результаты лечения больных с распространенным перитонитом путем коррекции внутрибрюшного давления, как профилактики полиорганной недостаточности. Объект: клинические исследования проведены у 12 больных оперированных по поводу распространенного перитонита. Методы: лабораторно-инструментальные (измерение внутрибрюшного давления), рентгенологические, ультразвуковые методики. Результаты: под нашим наблюдением находилось 12 больных оперированных по поводу распространенного перитонита, в зависимости от этиологии перитонита, больные были разделены следующим образом: острый аппендицит – 4 (33,3%); осложнения гастродуоденальных язв – 3 (25%); панкреонекроз – 1 (8,3%); острое нарушение мезентериального кровообращения – 2 (16,7%); обтурационная кишечная непроходимость – 2 (16,7%). Женщин было 8 (67%), мужчин 4 (33%). 75% больных были старше 60 лет. Всем больным до операции производилось измерение внутрибрюшного давления по общепринятой методике. По завершению оперативного пособия устанавливалась специальная система для мониторинга внутрибрюшного давления, позволяющая фиксировать колебания давления в брюшной полости в любой момент течения послеоперационного периода. В раннем послеоперационном периоде повышение внутрибрюшного давления до 10-15 мм.рт.ст./13-20 см.вод.ст. (1-я степень интраабдоминальной гипертензии) было у 7 (58,4%) больных; у 3 (25%) оперированных внутрибрюшное давление составило от 16 до 25 мм.рт.ст./21-33 см.вод.ст. (2-я степень интраабдоминальной гипертензии); у 1 (8,3%) больного внутрибрюшное давление колебалось от 25 до 30 мм.рт.ст./34-40 см.вод.ст. (что соответствует 3-й степени интраабдоминальной гипертензии); у 1 (8,3%) оперированного уровень внутрибрюшного давления был

высшее 35 мм.рт.ст./46 см.вод.ст. (4-я степень интраабдоминальной гипертензии). У 10 (83,4%) больных в раннем послеоперационном периоде, в течение первых 3-х суток отмечали снижение уровня внутрибрюшного давления в среднем на 3-4 мм.рт.ст./4-5 см.вод.ст. ежедневно. Такая тенденция понижения внутрибрюшного давления считалась благоприятной и свидетельствовала о купировании воспалительного процесса. У 2 (16,6%) больных наблюдалась тенденция к повышению внутрибрюшного давления, была выполнена релапаротомия в связи с развитием внутрибрюшных осложнений — несостоятельностью швов анастомозов, ранней спаечной кишечной непроходимостью. При этом релапаротомия, помимо устранения причин осложнения, выполняла роль декомпрессии брюшной полости. У 1 (8,3%) больного, показатели внутрибрюшного давления которого, были выше 35 мм.рт.ст./46 см.вод.ст, все проведенные мероприятия оказались неэффективными в развитии полиорганной недостаточности. Выводы: 1. Прогрессивное снижение внутрибрюшного давления в течение первых 3-5 суток послеоперационного периода является прогностически благоприятным фактором и свидетельствует о купировании перитонита, в тоже время быстрое нарастание интраабдоминальной гипертензии диктует необходимость безотлагательной декомпрессии брюшной полости. 2. Разработанный способ измерения и мониторинга внутрибрюшного давления в послеоперационном периоде технически прост в выполнении, удобен для контроля внутрибрюшного давления в течение всего послеоперационного периода.

---

#### 85. НЕ СФОРМИРОВАННАЯ «У»-ОБРАЗНАЯ КОНЦЕВАЯ ИЛЕОСТОМА ПО МЕТОДУ ПРОФЕССОРА А.А.БАУЛИНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ ШВОВ

Баулин В.А., Смолькина А.В., Баулина Н.В., Баулина О.А.

Пенза, Ульяновск

Кафедры хирургии, онкологии и эндоскопии ГИУВ, акушерства и гинекологии мединститута ПГУ, госпитальной хирургии УГУ

Конечно, хирург в экстренной ситуации, оперируя на толстой кишке, в первую очередь решает задачу спасения жизни, не задумываясь о том, какие проблемы возникнут в последующем. Отсюда и неоднозначное отношение к разгрузочным стомам для сохранения швов на кишке: для одних это обязательная процедура, для других как эпизод. С нашей точки зрения, мы должны добиваться прекращения попадания содержимого кишки в зону швов и формировать разгрузочную стому для толстой кишки, не создавая проблему толстокишечного шва при её закрытии. Целью было найти способ - оптимальный надежный, малотравматичный, последовательный, безопасный, стратегически правильный, без создания новых проблем при закрытии. Формирование конструкции производится из разреза длиной 6-8см в правой подвздошной области по типу Волковича-Дьяконова. Оцениваем подвижность терминального отдела подвздошной кишки в 30-40см от илеоцекального угла, рассекаем брыжейку кишки от места предполагаемого её пересечения до корня для увеличения подвижности концов, рассекаем кишку, оральный конец зашиваем наглухо, подшиваем его серозно-мышечными швами изоперистальтически к приводящей кишке в 7-8см от конца (это и будет будущий анастомоз при восстановлении). Ушиваем окно в брыжейке, за нити или зажимом выводим аборальный конец на кожу, убеждаемся, что конструкция лежит хорошо, и не создаются условия для развития непроходимости механического характера, фиксируем к коже. Часть раны ушиваем, если у больных выраженная непроходимость, то фиксируем участок кишки длиной 4-6см над кожей, и его безопасно можно использовать для освобождения тонкой кишки в первый день. При несостоятельности и разлитом перитоните выполняем широкую релапаротомию и производим санацию брюшной полости, дополнительное дренирование, подготовку конструкции производим из срединного разреза, а фиксируем локально через разрез 3-4см отдельно от основной раны. При наличии местного гнойного изолированного процесса в области несостоятельности толстокишечного анастомоза - широкую релапаротомию не производим. Преимущества: происходит полное отключение вышележащих отделов, осуществляется сброс давления, соединение тонкой кишки гораздо прочнее, надёжнее, уход за тонкокишечной стомой проще, она может быть сформирована и ликвидирована под местной анестезией, не

нужно искать в животе отводящий участок - он уже подшит, нет проблемы толстокишечного шва при восстановлении проходимости, задняя губа анастомоза фактически сформирована и др. Пролечено более 250 больных, среди которых были с разлитым перитонитом, которым выполнялась релапаротомия или несколько программированных, с местным перитонитом, которым производилась дополнительная местная санация, и с изолированным гнойным процессом. Всем им с успехом применена предлагаемая технология лечения несостоятельности. По подобной методике у 24 больных илеостома с успехом сформирована профилактически. Осложнения связанные непосредственно со стомой наблюдали у 2 больных, когда хирурги невнимательно фиксировали кишку в ране и перегнули приводящий отдел – ангуляция ликвидирована локальным доступом. Такой хирургически подход выручал не только, когда проводится профилактика несостоятельности или реализуется лечебная хирургическая тактика при свершившемся осложнении, но и в других ситуациях, например, при сложных повреждениях толстой кишки с образованием множественных свищей.

---

86. Перитонит, как основная причина острой спаечной кишечной непроходимости.

Борсак И.И., Земляной В.П., Филенко Б.П., Котков П.А.

Санкт-Петербург

Северо-Западный Государственный медицинский Университет им. И.И. Мечникова.

Проведен анализ и прослежены отдаленные результаты лечения 137 больных, оперированных по поводу местного или распространенного перитонита, которым помимо общепринятого лечения, с целью первичной профилактики развития спаечного процесса, в послеоперационном периоде брюшная полость обрабатывалась лекарственным аэрозолем. Методика обработки брюшной полости с помощью высокочастотной инсуффляции лекарственных аэрозолей разработана и используется в клинике с конца 90-х годов прошлого столетия. Использование разработанного метода позволяет обрабатывать практически всю поверхность брюшины, включая труднодоступные отделы (завороты, карманы, складки брыжейки, поддиафрагмальные пространства). Использование метода высокочастотной инсуффляции лекарственных аэрозолей позволяет в короткие сроки эффективно санировать брюшную полость, что способствует лизису выпавшего фибрина, восстановлению перистальтики и функций мезотелия брюшины, в том числе и фибринолитической, предупреждая таким образом образование спаек. Если это происходит в течение первых трех суток, развитие спаечного процесса в брюшной полости исключается. Таким образом, осуществляется первичная профилактика развития острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН). Отдаленные результаты лечения 118 больных с использованием высокочастотной инсуффляции лекарственного аэрозоля в брюшную полость показали, что спаечная болезнь была диагностирована у 16 пациентов (13%). Один пациент был оперирован, в связи с развившейся ОСКН. В группе сравнения, из 240 больных, лечившихся по поводу перитонита с использованием общепринятых методик обработки инфицированной брюшной полости, спаечная болезнь была диагностирована у 65 (27%). Из них оперировано по поводу ОСКН -9, двое пациентов хирургическому вмешательству подвергнуты несколько раз. Т.о., у больных с вторичным перитонитом, после удаления очага инфицирования, необходимо проведение мер, направленных на предупреждение развития послеоперационного спаечного процесса. Для этого, в послеоперационном периоде, начиная с первых суток, брюшную полость целесообразно обрабатывать лекарственным аэрозолем методом высокочастотной инсуффляции.

---

87. ОПЫТ СТЕНТИРОВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Полутарников Е.А., Довбета Е.В., Мерзляков М.В., Хапаева Т.Н.

Кемерово

ГАУЗ «Кемеровская областная клиническая больница»

**АКТУАЛЬНОСТЬ** За последние годы рост заболеваемости раком толстой кишки отмечается во всех экономически развитых странах. По данным ВОЗ рак ободочной кишки прочно занимает третье место в структуре злокачественных заболеваний, а как причина онкологической смертности рак толстой кишки уступает лишь раку лёгкого. (Трапезников Н. Н., Аксель Е. Н. Статистика злокачественных заболеваний в России и странах СНГ). Рак толстой кишки является ведущей причиной кишечной непроходимости (85%). Традиционное лечение обтурационной кишечной непроходимости завершается формированием колостомы, при которой послеоперационная летальность составляет 23- 52%. Колостома – серьёзный психологический фактор, ограничивающий физическую активность пациента и нормальный образ жизни. Оперативное лечение, выполняемое по неотложным показаниям чаще всего, не сопровождается адекватной лимфодиссекцией по причине зачастую связанных с отсутствием подготовленных хирургов-проктологов, в результате чего, с позиций современной онкологии, данное хирургическое лечение не считается радикальным. Восстановление непрерывности толстой кишки осуществляется вторым этапом через 6 – и более месяцев. С развитием эндоскопической техники появилась возможность применения методик малоинвазивного лечения острой кишечной непроходимости. Использование колоректальных стентов открывает новые возможности лечения тяжёлого контингента больных. Эта методика может быть использована как с целью предоперационной подготовки, так и в качестве окончательного способа лечения больных, которым операция не показана вследствие распространенности опухолевого процесса либо из-за тяжести сопутствующих заболеваний. Установка толстокишечного стента дает возможность проведения подготовки, стабилизации пациента и выполнения плановой, одноэтапной, радикальной хирургической операции. [ В.В.Веселов, А.В. Васильченко, А.Н. Кузнецов 2006 г.] Первый опыт эндопротезирования толстой кишки металлическим стентом описал в 1991 году Dohmoto M. Основная цель применения стентирования кишки при опухолевой обструкции – избежать неотложной операции с её «негативным» завершением, обеспечив, или пролонгированное паллиативное состояние (нерезектабельные случаи), или элективное оперативное лечение после трансанальной декомпрессии (резектабельные случаи). **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ** Оценить результаты колоректального стентирования на основании первого опыта использования саморасширяющихся нитиноловых стентов. **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ** Проанализированы результаты использования стентирования толстой кишки в клинике хирургии ГАУЗ КОКБ у 12 пациентов. Методика начала использоваться с 2012 года. Из них 9 мужчин и 3 женщины. Возраст варьировал от 42 до 86 лет. Срок госпитализации от установления диагноза рака левой половины толстой кишки и прямой кишки от 2 недель до 2 месяцев. Все пациенты были госпитализированы в стационар по «скорой помощи» с клинико-рентгенологической картиной острой или частичной непроходимости кишечника. Всем больным при поступлении выполнены обзорная рентгеноскопия брюшной полости, УЗИ брюшной полости и фиброколоноскопия. Причинами непроходимости кишечника явились: рак нисходящего отдела ободочной кишки – 3, рак сигмовидной кишки –4, рак прямой кишки -3; доброкачественная стриктура зоны анастомоза после ранее выполненных резецирующих вмешательств – 2. Всем пациентам, в первые сутки госпитализации были установлены саморасправляющиеся стенты SX- ELLA Stent из никелид-титанового сплава. Имплантация проводилась в рентгенооперационной, без предварительной подготовки толстой кишки, вариантом выбора премедикации было внутримышечное введение раствора сибазона, по показаниям. Дистальный край опухоли отмечали наложением рентгеноконтрастной эндоскопической клипсы. По инструментальному каналу в просвет опухоли, под контролем рентгеноскопии, проводили жесткую струну–проводник с атравматическим наконечником, затем аппарат извлекали. По струне-проводнику проводили доставочное устройство, устанавливали рентгеноконтрастными метками дистальной части выше на 2,0см. наложенных клипс маркеров. Полному раскрытию стента предшествовало введение водорастворимого контрастного вещества по катетеру доставочного устройства. После раскрытия стента доставочное устройство извлекалось. **РЕЗУЛЬТАТЫ** Технически стентирование выполнено у всех больных. Стул у всех пациентов состоялся на операционном столе. Полное расправление стентов достигнуто на первые сутки после имплантации. Нормализация стула получена на вторые - третьи сутки. В одном случае у пациентки с доброкачественной стриктурой возникла перфорация зоны анастомоза, которая была сразу же диагностирована. 9 пациентов радикально оперированы после подготовки кишечника на 4-7 сутки. Пациент с неоперабельным раком прямой кишки после стентирования, в течение первых 6 месяцев дважды обращался в клинику для повторной имплантации стента, вследствие его миграции. Смерть пациента через 11 месяцев после первичного установления стента. До последнего дня жалоб на нарушения стула не было.

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

**ВЫВОДЫ:** Установка никелид-титановых саморасправляющихся колоректальных стентов для купирования явлений острой кишечной непроходимости с последующим выполнением радикального вмешательства является оптимальным вариантом хирургической тактики. Эндопротезирование позволяет улучшить качество жизни пациентам с неоперабельным раком толстой кишки в качестве окончательного способа лечения.

---

88. Успешное хирургическое лечение язвы Дъелафуа в условиях БСМП.

Заговеньев И.Г., Заговеньева С.Н., Дубовко В.Р., Полфунтиков А.А. Турушева Л.С.

Шадринск

ГБУ Шадринская БСМП.

В связи с развитием эндоскопии в последние годы всё чаще диагностируются пороки развития и сосудистые аномалии желудка и пищевода, которые осложняются профузными кровотечениями. К этим порокам относится изолированное расширение артериовенозных соустьев подслизистой оболочки желудка - язва Дъелафуа. Два аутопсийных случая этой патологии впервые описал T.Gallard в 1884г., но она стала широко известна с 1898 года, когда Дъелафуа первый выделил её как отдельную нозологическую форму - «простое изъязвление». Клиника заболевания. Чаще всего заболевание начинается без предвестников с признаками профузного внутреннего кровотечения. Основным методом диагностики – фиброгастроскопия в 98% случаев профузного кровотечения. При этом, участок поражения может быть легко просмотрен. Как правило видна эрозированная артерия, выступающая в просвет желудка в виде небольшого сосочка-кратера вулкана с центральным обесцвеченным участком среди нормально окрашенной слизистой оболочки. На высоте кровотечения виден фонтан артериальной крови. Прогноз зависит от своевременной диагностики и метода лечения. Ранее смертность достигала до 80%. При развитии эндоскопических методов лечения летальность сократилась до 20%. Представлено редкое наблюдение болезни Дъелафуа, диагностированное при жизни пациента 34 лет, которая выздоровела. На высоте профузного кровотечения ей выполнена клиновидная резекция язвы. У этой больной имело место кровотечение в 4 эпизодах за 19 дней лечения. Срочная ФГС: острая язва желудка с профузным артериальным кровотечением F-1-A. (адрес просмотра видеоролика в интернете: <http://youtu.be/c9VU16wlenk>). Клинический диагноз подтверждён гистологически при жизни пациента, имеются снимки препаратов выполненные электронным микроскопом и их описание. В 3 последующих эпизодах кровотечения остановлено эндоклипированием. При повторных профузных артериальных кровотечениях неясной этиологии необходимо помнить об этой патологии. Обязательное условие - повторное проведение ФГС. Методом выбора лечебной тактики у данной категории больных должно быть повторное эндоскопическое лечебное клипирование эрозивного сосуда в язве, которое с успехом может заменить хирургический метод иссечения и прошивания язвы желудка. При неэффективности эндоскопического гемостаза показана лапаротомия, гастротомия, клиновидная резекция кровоточащей язвы с последующим гистологическим исследованием. Больная осмотрена через год, жалоб нет, при ФГС язвы не определяется.

---

89. ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Эктов В.Н.(1), Попов Р.В.(2), Воллис Е.А.(2)

Воронеж

1) Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко, 2) Воронежская областная клиническая больница №1

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Многоэтапные вмешательства являются наиболее распространенным способом хирургического лечения обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии, использование которых, вместе с тем, ухудшает показатели общей выживаемости пациентов. Данная проблема делает актуальным поиск результативных вариантов применения первичных межкишечных анастомозов в неотложной хирургии рака толстой кишки. **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В колопроктологическом отделении Воронежской областной клинической больницы №1 накоплен опыт использования первичных межкишечных анастомозов в лечении 54 больных с обтурационной толстокишечной непроходимостью. При выполнении данного типа оперативных вмешательств применялись следующие технические приемы – субтотальная колэктомия с наложением илеосигмоидного анастомоза (3 больных), интраоперационный кишечный лаваж (12 больных), наложение У-образных межкишечных анастомозов (39 больных). При локализации опухолей в правой половине толстой кишки предпочтение отдавали хирургическим вмешательствам на основе трех различных вариантов У-образных илеотрансверзанастомозов. Данная оперативная методика позволяет осуществить опорожнение кишечника, обеспечить надежную декомпрессию межкишечного анастомоза и восстановить естественный транзит кишечного содержимого. При локализации опухолей в левой половине толстой кишки наряду с У-образными анастомозами использовали методику интраоперационного лаважа через временную аппендикостому с последующим наложением первичного межкишечного анастомоза. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** Различные послеоперационные осложнения выявлены у 11(20,4%) больных. Умерли 4(7,4%) больных, у 3 пациентов летальный исход был связан с несостоятельностью межкишечного анастомоза. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** При обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии в условиях специализированных стационаров возможно применение операций с первичным восстановлением непрерывности кишечника. Эффективными вариантами подобного типа операций могут являться хирургические вмешательства с использованием интраоперационного лаважа кишечника и применением У-образных межкишечных анастомозов.

---

90. Билиарный илеус-причина острой кишечной непроходимости

Петрушин А.Л., Федотова Е.В., Баранов С.Н.

Карпогоры Архангельская область, Северодвинск, Архангельск

ГБУЗ "Карпогорская ЦРБ", Северодвинская городская больница №2 "Скорой медицинской помощи" Северный государственный медицинский университет, кафедра госпитальной хирургии

Билиарный илеус, как причина острой кишечной непроходимости. Билиарный илеус или кишечная непроходимость, вызванная желчным камнем, встречается у 0,2— 0,6 % больных, страдающих доброкачественными заболеваниями желчных путей. Причина данной патологии – обтурация просвета кишки камнем, при наличии внутреннего свища. В 68% случаев свищ формируется между желчным пузырем и двенадцатиперстной кишкой, реже между желчным пузырем и желудком или толстой кишкой. Клиническая картина желчнокаменного илеуса зависит от уровня обтурации, величины конкремента, изменений в стенке кишки. В зависимости от зоны обтурации выделяется три вида желчнокаменной кишечной непроходимости: пилоро-дуоденальная, тонкокишечная, толстокишечная. Наиболее часто обструкция локализуется в дистальной части подвздошной кишки. Пилорoduоденальная окклюзия, или синдром Бувере (Bouvere), развивается при ущемлении камня в области привратника или двенадцатиперстной кишки. В 30% случаев камень локализуется в тощей кишке, в 2,5% в толстой. Чаще всего билиарный илеус развивается у пациентов старше 65 лет и составляет до 25% случаев острой

тонкокишечной непроходимости. Следует отметить, что среди женщин, эта патология встречается в 3-5 раз чаще (S. Chatterjee et al., 2008). В диагностике данной патологии методом выбора является обзорная рентгенография живота. Существует триада рентгенологических признаков, описанных Риглером, характерная для этого вида кишечной непроходимости: аэробилия, как последствие желчной фистулы, рентгенологические признаки тонкокишечной непроходимости, эктопия желчных камней (M. Elabsi et al., 2007; M. Strauss et al., 2009). Одновременное присутствие этих симптомов встречается в 9-14% случаев (M. Elabsi et al., 2007). Диагностическим методом выбора может быть и компьютерная томография. Основным методом лечения при данной патологии это операция, хотя в литературе описаны случаи консервативного лечения пациентов с пилородуоденальной окклюзией желчным камнем (Карпов И.Б и соавт 1989 г.) Если камень находится в пределах досягаемости эндоскопа возможна литотрипсия с удалением конкрементов малоинвазивным путем. С успехом применяется и экстракорпоральная, ударноволновая литотрипсия, но скопление газов в кишечнике ограничивает возможность применения данного способа лечения. В абсолютном большинстве случаев пациентам приходится выполнять лапаротомию, энтеротомию, энтеролитотомию. Ряд авторов предлагает сразу же выполнять и холецистэктомию с одновременной фистулопластикой. Однако, большинство авторов считает, что выполнять холецистэктомию целесообразней в отсроченном порядке, для снижения послеоперационных осложнений и летальности, кроме того в половине случаев свищи закрываются самостоятельно. Клинические наблюдения: 1. Пациентка 78 лет весом 100 кг госпитализирована 14.11.13. в ГБУЗ АО Карпогорская ЦРБ через 3-е суток от начала заболевания, с жалобами на боли в эпигастрии, многократную рвоту. На момент госпитализации – умеренно выраженная болезненность и напряжение мышц в эпигастрии, перитонеальные симптомы отрицательные. Общий анализ крови лейкоцитов  $8 \times 10^9$ , амилаза 45ед/л, прочие показатели в пределах нормы. Диагноз при поступлении: острый панкреатит. Выполнено УЗИ органов брюшной полости 15.11.13. и 18.11.13 – желчный пузырь не визуализируется. В эпигастрии жидкостное образование диаметром до 8см. Консервативная терапия с незначительным положительным эффектом: уменьшение болевого синдрома. 15.11.13. и 18.11.13 периодически рвота желчью. 18.11.13 выполнена фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) при которой выявлено: в желудке и луковице 12-й перстной кишки большое количество желчи и мутного содержимого, в нисходящем отделе неясно определяется часть плотного образования темного цвета. Заподозрена острая кишечная непроходимость вследствие обтурации просвета кишки желчным камнем. Ни при опросе, ни при анализе данных амбулаторной карты не выявлено указаний на перенесенный деструктивный холецистит. Оперирована 19.11.13. - Верхнесрединная лапаротомия. Выпота в брюшной полости нет. Желчный пузырь отсутствует. В области ворот печени и гепатодуоденальной связки выраженный старый спаечный процесс. При ревизии тонкой кишки в нижнем горизонтальном отделе 12-й кишки обнаружено инородное тело – конкремент. Конкремент продвинул за связку Трейца. Выполнена энтеротомия, извлечен конкремент диаметром до 5см. Рана кишки ушита 2-х рядным швом. Контроль на гемостаз – сухо. Срединная рана ушита наглухо. Превентивная аугментация передней брюшной стенки сетчатым полипропиленовым эндопротезом. Послеоперационный период без осложнений. Выписана на 11 сутки. Б-ная осмотрена через 11 месяцев. Жалобы на периодические боли в эпигастрии и правом подреберье после погрешностей в диете. Диету строго не соблюдает. Живот не вздут, слегка болезнен в эпигастрии. УЗИ печень правая доля 147\*127мм, левая 78\*54мм, структура повышенной эхогенности. Внутривенные протоки не расширены. ОЖП до 4мм. Ж/пузырь не визуализируется. П/желелеза 20\*19\*11мм, контуры неровные, структура повышенной эхогенности. ФГДС В просвете луковицы слизь. По передней стенке луковицы отверстие до 0,2см, ограничено выраженным воспалительным валом, из отверстия выделения прозрачной желчи. Слизистая БДС гиперемирована. Заключение - пузырьно-дуоденальный свищ. 2. Пациентка Н 64 лет, поступила в клинику госпитальной хирургии с симптомами обтурационной тонкокишечной непроходимости (ОКН), через 2-е суток от начала заболевания. Первичная помощь оказывалась в условиях Центральной районной больницы (ЦРБ), где проводились консервативные мероприятия по разрешению ОКН с рентгенологическим контролем. Ввиду отсутствия положительного эффекта по санации переведена в Архангельскую областную клиническую больницу. Из анамнеза: страдает Желчнокаменной болезнью (ЖКБ) Хроническим калькулезным холециститом с периодическими обострениями. Сопутствующая патология: СД 2 тип, компенсация. Морбидное ожирение. Артериальная гипертензия. Тяжесть состояния при поступлении в клинику обусловлена нарастающей ОКН. Ренгенконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта подтверждает наличие высокой тонкокишечной непроходимости. По срочным показаниям выполнена верхне - срединная лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости выявлено, что причиной непроходимости является плотное, мало подвижное образование, обтурирующее просвет желудочно-кишечного тракта в области илеоцекального клапана. Выполнена энтеротомия, извлечен желчный конкремент. Непроходимость устранена. Энтерорафия и назоинтестинальная интубация. Ревизия панкреатодуоденальной зоны и подпеченочного пространства бала невозможна ввиду выраженного грубого



рубцового процесса. Брюшная полость ушита послойно наглухо. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная была выписана в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано: контрольное ультразвуковое исследование желчного пузыря, холедоха, печени, поджелудочной железы через 6 месяцев, с последующим осмотром и решением вопроса о плановой холецистэктомии. Выводы. Не смотря на то, что билиарный илеус редко встречающаяся патология, необходимо помнить об этой причине кишечной непроходимости. Особого внимания заслуживают пожилые пациенты с клиникой кишечной непроходимости. Операция должна выполняться как можно в более ранние сроки от начала заболевания. Своевременно выполненная плановая холецистэктомия у пациентов с желчнокаменной болезнью, до наступления осложнений, является важным звеном в работе хирургической службы.

---

## 91. КОМБИНИРОВАННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛАТЕКСНОГО ЛИГИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Эктов В.Н.(1), Сомов К.А.(2)

Воронеж

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко, Воронежская областная клиническая больница №1

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Латексное лигирование геморроидальных узлов является одним из наиболее распространенных вариантов миниинвазивных хирургических вмешательств в лечении хронического геморроя. Снижение результативности данной методики при 3 и 4 стадии заболевания и существующие риски развития рецидивов болезни в отдаленном периоде делают актуальным поиск возможных путей совершенствования технологии выполнения латексного лигирования. **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В отделении колопроктологии Воронежской областной клинической больницы №1 различные варианты латексного лигирования были применены для лечения 432 больных хроническим геморроем с различными стадиями заболевания. В качестве нового варианта лечения хронического геморроя нами разработана методика латексного лигирования слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки. Методика осуществляется следующим образом. Мягким зажимом по оси выявленного при аноскопии геморроидального узла захватывается слизистая нижнеампулярного отдела прямой кишки на 4- 5 см выше зубчатой линии. Механическим лигатором производится наложение латексной лигатуры на слизистую нижнеампулярного отдела прямой кишки таким образом, чтобы высота лигированного участка слизистой составляла не менее 1,5 см. При этом в зону лигирования попадает округлой формы участок слизистой и подслизистой оболочки нижнеампулярного отдела прямой кишки диаметром около 3 см с подлежащими сосудами. Наряду с дезартеризацией данная процедура обеспечивает одномоментное подтягивание вверх (лифтинг) внутреннего геморроидального комплекса и фиксацию слизистой оболочки прямой кишки в зоне лигирования. При 4 стадии хронического геморроя мы применяли одномоментное комбинированное вмешательство – латексное лигирование внутренних геморроидальных узлов и латексное лигирование слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки с лифтингом и мукопексией. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** После применения различных вариантов латексного лигирования в раннем послеоперационном периоде у 2 пациентов отмечалась задержка мочеиспускания, в 2-х случаях - кровотечение, остановленное консервативными мероприятиями, у одного больного - тромбоз наружного геморроидального узла. Отдаленные результаты лечения методом лигирования изучены у 110 пациентов в сроки от 6 мес. до 6 лет. Хорошие результаты лечения отмечены у 87,3% больных. Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности различных вариантов латексного лигирования в лечении хронического геморроя, в том числе – при третьей и четвертой стадии заболевания. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Предлагаемая тактика применения латексного лигирования расширяет диапазон использования данной методики и повышает ее результативность в лечении различных стадий и клинических форм хронического геморроя.

---

92. Особенности лечения больных с портальной гастропатией, осложненной кровотечением.

Щеголев А.А., Аль Сабунчи О.А., Павлычев А.В.

Москва

РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Среди причин летальных исходов у взрослого населения цирроз печени и его осложнения занимают восьмое место. Основной причиной летальных исходов у больных циррозом печени является неизбежно развивающаяся при этой патологии портальная гипертензия и ее осложнения – кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, а также кровотечения, связанные с развитием портальной гастропатии. Портальная гастропатия (ПГ) представляет собой изменения слизистой оболочки желудка у больных циррозом печени (ЦП), проявляющиеся избыточным формированием анастомозов между сосудами слизистой желудка и мышечного слоя. Определение ПГ предусматривает отсутствие макроскопических проявлений воспаления слизистой оболочки желудка. В настоящее исследование включено 76 пациентов, находившихся на стационарном лечении с циррозом печени, синдромом портальной гипертензии, которые поступили в клинику с состоявшимся кровотечением. Источники кровотечения у всех больных были верифицированы при экстренном эндоскопическом исследовании - портальная гастропатия различной степени тяжести, осложненная кровотечением. В соответствии с задачами исследования все больные были поделены на две группы: первую составили 47 пациентов которым с целью профилактики рецидива кровотечения выполняли аргоноплазменную коагуляцию слизистой желудка после чего больным назначали синтетически аналог соматостатина – октреотид; вторую группу составили 29 пациентов в лечении которых применялся только октреотид. В обеих группах наблюдения октреотид вводили внутривенно непосредственно после завершения экстренного эндоскопического вмешательства в виде болюса в объеме 100 мкг активного вещества, растворённого в 10 мл физиологического раствора. По окончании болюсной инъекции больного переводили на непрерывное, в/венное капельное введение в дозе 25 мкг в час в течение 3-х суток. С четвертых суток больного переводили на подкожное введение этого препарата в дозе 600 мкг в сутки на протяжении еще 3-х дней. Оценка эффективности действия препаратов у больных с кровотечением включала в себя количество рецидивов кровотечения, летальных исходов, эндоскопическую динамику портальной гастропатии. Необходимо подчеркнуть, что все больные не получали других препаратов способных повлиять на уровень портального давления. Каких-либо побочных эффектов на фоне введения синтетических аналогов соматостатина у больных основной группы отмечено не было. Рецидивов кровотечения и летальных исходов не было в первой группе наблюдения. Во второй группе отмечено два рецидива кровотечения (6,89%) на 3 и 4 сутки пребывания больных в стационаре, оба скончались от нарастания явлений печеночно-клеточной недостаточности. При контроле эндоскопическом исследовании состояния слизистой желудка у всех больных обеих группах наблюдения улучшилось и соответственно уменьшилась степень тяжести портальной гастропатии. Таким образом, синтетические аналоги соматостатина в комбинации к эндоскопическим методам гемостаза позволяют существенно снизить риск рецидива кровотечения и улучшить результаты лечения данной категории больных в целом.

---

93. Определение литогенности желчи методом джоульметрии

Никольский В.И., Герасимов А.В., Сергацкий К.И., Панюшкина Л.И., Чернева К.В.

Пенза

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет»

Актуальность. В последние годы в медицинских исследованиях стали применять методы, основанные на изучении физико-химических свойств биологических объектов. Способ оценки биологического объекта заключается в том, что при патологических процессах в тканях изменяются их электрические свойства. Сотрудниками Пензенского государственного университета (ПГУ) разработан интегральный метод оценки электрохимических свойств биологических объектов, названный джоульметрией. Преимуществами джоульметрии в отличие от других методов контроля биологических объектов являются ее простота в реализации и незначительное время для получения результата. Материал и методы. В период с 2012 по 2014 года на базе Пензенской областной больницы им. Н.Н. Бурденко сотрудниками кафедры «Хирургия» совместно с сотрудниками кафедры «Медицинские информационные системы и технологии» ПГУ было проведено исследование желчи 64 больных механической желтухой. Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от причины механической желтухи: 1 группа – больные с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), 2 группа – больные без признаков ЖКБ (доброкачественные и злокачественные стриктуры желчных протоков, опухоли гепатопанкреатодуоденальной зоны, патология большого сосочка двенадцатиперстной кишки и др.). Причину механической желтухи устанавливали с помощью инструментальных методов исследования (ультразвукового исследования, спиральной компьютерной и магнитно-резонансной томографии, эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии). Данное разделение на подгруппы было обусловлено предположением о различной степени литогенности желчи («высокая» и «низкая») в зависимости от причины механической желтухи. В первую группу вошли 36 (56,2%) больных, во вторую – 28 (43,8%) пациентов. Желчь больных, полученную при дренировании билиарного тракта, брали в количестве 1 мл, после чего в дистиллированной воде готовили серии разведений желчи различной концентрации (1:1, 1:2, 1:3, 1:4). Затем с помощью джоульметрического прибора «Диво» оценивали показатели работы тока, совершаемой внешним источником электрической энергии в исследуемом объекте. В свою очередь работа тока зависела от изменения состояния самого исследуемого объекта. Результаты. В ходе исследования электрохимических свойств желчи с помощью джоульметрии было выявлено, что показатель работы тока при разных разведениях у больных 1 группы колебался в пределах от 0,6 до 1,7 мкДж, у пациентов 2 группы – от 0,04 до 0,59 мкДж. Получены достоверные данные ( $p < 0,05$ ) о степени литогенности желчи у больных с механической желтухой. При ЖКБ регистрировали высокий показатель работы тока (в среднем  $0,94 \pm 0,2$  мкДж), что свидетельствовало о «высокой» литогенности желчи, тогда как при другой патологии был низкий показатель работы тока (в среднем  $0,23 \pm 0,13$  мкДж), что свидетельствовало о «низкой» литогенности желчи. Помимо этого в ходе электрохимического исследования желчи было замечено, что показатель работы тока у пациентов с опухолевыми процессами отличался от показателя работы тока у больных с ЖКБ. Выявлено, что полученные показатели работы тока у больных с ЖКБ достоверно отличаются от показателей работы тока у пациентов с опухолевым процессом и заболеваниями, не связанными с ЖКБ и опухолевым процессом ( $p < 0,05$ ), тогда как достоверной разницы между показателями работы тока у пациентов с опухолевым процессом и у больных с заболеваниями, не связанными с ЖКБ и опухолевым процессом, не обнаружено. Выводы. 1. Полученные результаты электрохимического исследования желчи доказывают эффективность применения джоульметрии для оценки ее литогенности. 2. Джоульметрический метод исследования желчи косвенно позволяет предположить причину механической желтухи.

---

#### 94. Эффективность видеолaparоскопии в неотложной абдоминальной хирургии

Шапкин Ю.Г., Фомин Н.Н., Хильгияев Р.Х.

Саратов

ГБОУ ВПО "Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского" Минздрава России

Неотложные оперативные вмешательства в абдоминальной хирургии составляют значительную часть работы хирургических отделений клиник и больниц. Результаты лечения острых заболеваний органов брюшной полости не всегда удовлетворительны, что в значительной степени определяется сложностью их диагностики. Важнейшим диагностическим методом в экстренной хирургии является видеолaparоскопия,

которая дает возможность уточнить характер патологического процесса в брюшной полости, выполнить ряд хирургических вмешательств или избежать не нужной операции. Цель настоящей работы: провести анализ результатов видеолaparоскопии, выполненной в экстренном порядке. В период с 2010 по 2014 г.г. в клинике общей хирургии СГМУ им. В.И. Разумовского было выполнено 767 экстренных видеолaparоскопий. Показанием к ним служило отсутствие топического диагноза после проведенного неинвазивного обследования, либо картина ферментативной фазы панкреонекроза с ферментативным перитонитом (с целью дренирования брюшной полости). Операции выполняли с использованием эндовидеохирургического оборудования в условиях общей анестезии. В нашей клинике видеолaparоскопию выполняют исключительно врачи-хирурги, что повышает информативность оценки изменений в брюшной полости. Из общего числа пациентов, подвергнутых лапароскопии, мужчины составили 293 человека (38,2%), женщины – 474 (61,8%). Возраст больных от 15 лет до 91 года. Нозологические формы, подтвержденные при видеолaparоскопии, распределились следующим образом: - острый аппендицит – 130 (17,0%); - панкреонекроз – 122 (15,9 %); - перитонит различной этиологии – 105 (13,7%); - гинекологическая патология – 90 (11,7%). Оперированы 35 женщин (38,9%); - сосудистая болезнь кишечника в различных стадиях – 76 (9,9%); - закрытая травма живота – 46 (6,0%). Оперирован 21 пациент (45,7%); - ранения живота – 29 (3,8%). Оперированы 16 пострадавших (55,2%); - деструктивный холецистит с перитонитом – 18 (2,3%); - отсутствие хирургических заболеваний (псевдоабдоминальный синдром) – 138 (18,0%); - иные заболевания органов брюшной полости – 13 (1,7%). В 99,8% наблюдений видеолaparоскопия позволила сформулировать диагноз и определить лечебную тактику. Лишь в двух случаях (0,2%) выраженный спаечный процесс в брюшной полости представлялся опасным для эндоскопического адгезиолизиса и не позволил визуализировать зону интереса. В зависимости от выявленной патологии принималось решение об объеме оперативного вмешательства, а также об обоснованном отказе от него. Осложнений видеолaparоскопии (как местных, так и общих), а также негативных последствий карбоксиперитонеума не было. Таким образом, использование видеолaparоскопии оказалось эффективным для верификации диагноза и сокращения времени диагностического поиска при экстренной абдоминальной патологии, а также для уменьшения сроков госпитализации больных, которым оперативное вмешательство не потребовалось.

---

95.Лапароскопическое лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы при симультанной патологии органов брюшной полости

Гербали О.Ю., Костырной А.В., Калиниченко А.П.

Симферополь

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского "Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского"

Актуальность. В настоящее время грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) являются распространенным заболеванием и занимают третье место в структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта. Следует отметить, что истинная распространенность ГПОД выше, так как более 1/3 больных не обращаются к врачу в связи с бессимптомным течением. Выполнение минимально инвазивных операций при лечении ГПОД в современном мире является наиболее актуальным подходом. Цель: оценить результаты лечения больных с ГПОД и сопутствующей патологией органов брюшной полости. Материалы и методы. В хирургическом отделении ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница» за период с 2010 по 2015 год из 102 больных с ГПОД, которым выполнялись лапароскопическая фундопликация по Ниссону, 58 (57,0 %) сопровождалась различными симультанными вмешательствами, как лапароскопическими, так и обычными. Общее количество мужчин – 43 (42,2 %), женщин – 59 (57,8 %). Средний возраст женщин – 53 года, мужчин – 46 лет. Структура симультанных операций при эндоскопическом вмешательстве у больных с ГПОД: лапароскопическая холецистэктомия – 43 (74,1 %), лапароскопическая герниопластика при паховых грыжах – 6 (10,3 %), при послеоперационных вентральных грыжах – 12 (20,7 %), пупочная герниопластика – 8 (13,8 %), дренирование кисты поджелудочной железы – 4 (6,9 %), абдоминопластика – 7 (12,1 %), резекция одного или обоих яичников – 15 (25,9 %), миомэктомия – 6 (10,3 %). У одного больного было по 2-3

сопутствующих заболеваний. Сопутствующая сердечно-легочная патология на момент оперативного вмешательства была откорректирована. Результаты. Оценивая результаты внедрения симультанных операций можно сказать, что летальности в группе больных с симультанной патологией не было. Не было ни одной конверсии на открытую операцию. В раннем послеоперационном периоде отмечена дисфагия у 15 % пациентов, которым выполнена лапароскопическая фундопликация по Ниссену. Выводы. Эндоскопическое лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы при сочетанной патологии органов брюшной полости и малого таза избавляет больного от нескольких заболеваний сразу, не превышая длительности послеоперационного периода, исключает возможность обострения сопутствующего заболевания в послеоперационном периоде и снижает риск послеоперационных осложнений при тщательной подготовке больных к оперативному вмешательству.

---

96. Выбор оптимального метода хирургического лечения прободной язвы двенадцатиперстной кишки

Бебуришвили А.Г., Панин С.И., Михайлов Д.В., Кувшинов Д.А., Нестеров С.С., Шарашкина Л.В., Постолов М.П.

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет Клиника факультетской хирургии

Цель работы. Улучшение результатов хирургического лечения больных с прободной язвой двенадцатиперстной кишки. Материал и методы. В период с 1994 г. по 2013 г. в клинике факультетской хирургии ВолГМУ лечились 456 пациентов с диагнозом прободная язва двенадцатиперстной кишки. Оперировано за этот период 99,2 % (n=452) больных. Полученные результаты. Нами отмечена тенденция к уменьшению количества госпитализированных и оперированных пациентов. В период с 1994-2003 гг. было выполнено 62 % (n=281) операций, с 2004 г. по 2013 г. прооперировано 38 % (n=171) больных. Анализ генеральной совокупности показал, что стволовая ваготомия с пилоропластикой была произведена в 53 % (n=240) наблюдений. Перфоративная язва ушита из минидоступа в сочетании с лапароскопической санацией брюшной полости в 33 % (n=149). Ушивание выполнено из лапаротомного доступа. Другие вмешательства (лапароскопическое ушивание перфорации, иссечение прободной язвы) в 12 % (n=56) выполнены у 2 % (n=7) больных. При оценке структуры оперативных вмешательств мы отметили увеличение степени внедрения малоинвазивных вмешательств при прободной язве с 13 % (n=36) в течение 1994-2003 гг., до 66 % (n=36) в период 2004-2013 гг. Произошло значительное снижение количества выполняемых стволых ваготомий с дренирующей желудок операцией с 87 % (n=209), в период 1994-2003 гг., до 13 % (n=31) во второй декаде (2004-1993 гг.), а также, увеличение числа ушивания перфорации в малотравматичном варианте. В настоящее время степень внедрения миниинвазивных технологий в нашей когорте больных составляет 72 % (n=149). При выборе метода оперативного лечения прободной язвы двенадцатиперстной кишки учитываем возраст больного, анамнез язвенной болезни, размер перфоративного отверстия и характер перитонита, а также особенности «оперированного живота», после ранее перенесённых лапаротомий. Кроме того, в связи с более широким применением миниинвазивных технологий считаем целесообразным выполнение срочного эндоскопического исследования, которое позволяет исключить или подтвердить наличие других сочетанных осложнений язвенной болезни. С целью прогнозирования возможного летального исхода у пациентов с перфоративной язвой используем диагностическую шкалу Воеу (1987). Среди всех прооперированных с прободной язвой двенадцатиперстной кишки, у которых количество факторов риска варьировало от 0 до 3, послеоперационная летальность составила 3,8 % (n=18). В когорте больных, перенесших миниинвазивные операции, с отсутствием или наличием только 1 фактора риска, умер 1 пациент, летальность составила 0,7 %. Выводы. Операцией выбора, которая может быть выполнена у большинства пациентов с прободной язвой двенадцатиперстной кишки, является ушивание перфорации из минилапаротомного доступа с лапароскопической санацией брюшной полости. Лапаротомное ушивание показано при наличии распространённого гнойного перитонита и общих противопоказаниях к выполнению миниинвазивных операций. Необходимость выполнения стволых ваготомий с дренирующей желудок операцией в настоящее время возникает у 13 % пациентов с прободной

язвой двенадцатиперстной кишки. Ваготомия показана при сочетании перфорации с другими осложнениями язвенной болезни (стеноз пилородуоденальной зоны, пенетрация, кровотечение), при атипичных перфорациях в забрюшинное пространство, а также при перфорации язвы передней стенки и наличия язвы задней стенки двенадцатиперстной кишки.

---

97. Новый взгляд на предоперационную подготовку больных раком толстой кишки.

Яновой В.В.(1), Ходус С.В.(1), Симоненко А.А.(2), Брегадзе Е.Ю.(2), Пустовит К.В.(1).

Благовещенск

1) ГБОУ ВПО Амурская ГМА Минздрава России 2) ГАУЗ АО Амурская областная клиническая больница МЗ Амурской области, Амурский центр колопроктологии

Предоперационная подготовка больных, несомненно, играет решающую роль на течение как оперативного вмешательства, так и на его последствия. Цель исследования: улучшить непосредственные результаты операций по поводу рака толстой кишки. Материалы и методы исследования: Обследован 51 пациент в возрасте 60-65 лет, опухоли T2 – T3. Учитывая различную функциональную значимость отделов толстой кишки, в группу вошли больные с локализацией новообразований в левой половине толстой кишки. На первый взгляд, анатомо-функциональные особенности при данной локализации опухоли, ее течение менее негативно воздействует на общее состояние пациентов. Исключены лица, имеющие острые воспалительные заболевания сопровождающиеся синдромом системного воспалительного ответа. Для контроля обследовано 35 здоровых лиц с целью определения гематологических показателей интоксикации, средних величин клеточного состава крови. Использован гематологический анализатор «DREW D3» (Великобритания), газовый анализатор «RADIOMETER» AVL-995 Hb (Австрия). Дыхательные расстройства оценивали путем анализа показателей кислородного статуса на этапе клеточного газообмена, доставки его к тканям, тканевая утилизация. Результаты исследования: Выявлено, что 52,9% больных с локализацией рака в левой половины толстой кишки имеют симптомы синдрома эндогенной интоксикации I и II степени, дыхательные расстройства соответствующие острой дыхательной недостаточности I – II стадии ОДН (Кассиль В.Л., 2004г.). Они сопровождаются повышенным потреблением кислорода тканями. Найдена статистически значимая связь параметров кислородного статуса и гематологических показателей интоксикации. На основании исследования предложен метод предоперационной подготовки больных раком толстой кишки, осложнившимся синдромом эндогенной интоксикации, заключающийся в применении комбинированного препарата Цитофлавин® по определенной схеме (патент РФ на изобретение №2526828 от 02.06.2014г.). Заключение. Предложенный метод предоперационной подготовки больных раком толстой кишки, имеющих синдром эндогенной интоксикации позволяет улучшить ближайшие результаты хирургического лечения больных, что подтверждается уменьшением значения лейкоцитарного индекса интоксикации (В.К. Островский, 1983г.) на 34,8%, а так же уменьшением показателей утилизации кислорода тканями.

---

98. Первый эпизод спонтанного пневмоторакса: консервативное лечение или операция

Полянцев А.А.(1), Быков А.В.(1), Котрунов В.В.(2), Полянцев А.А.(мл.)(1)

Волгоград

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

1)ГБОУ ВПО "Волгоградский государственный медицинский университет" МЗ РФ, 2)ГБУЗ "Волгоградская областная клиническая больница №1

В отличие от практически единодушного мнения о необходимости хирургического лечения рецидивного спонтанного пневмоторакса (СП), спорными остаются вопросы о необходимости операции при первом эпизоде заболевания, обсуждаются показания и сроки выполнения противорецидивного хирургического вмешательства. Материал и методы. С 2010 по 2014 годы под нашим наблюдением находилось 125 больных с первым эпизодом СП. Мужчин было 120(96%), женщин-5(4%), возраст пациентов колебался от 17 до 77 лет. Причиной первого эпизода СП в 95,2%(n=119) была буллезная болезнь легких. У 25 больных в качестве основного метода лечения использовалась торакостомия по Бюлау (у 10 из них с химическим плевродезом). Рецидив заболевания наблюдался у 9 человек через 4 месяца после лечения. При торакотомии и атипичной резекции пораженного участка легкого с плевродезом (50 пациентов) рецидив заболевания возник у двоих через 4 года после операции. VATC+резекция легкого+плевродез применена у 20 больных. Торакоскопическая резекция легкого с плевродезом сделана 30 больным. В качестве метода плевродеза у всех оперированных больных применялась парietальная плеврэктомия. Отмечено по 1 случаю рецидива после видеоассистированной и торакоскопической операции. Выводы. 1)В связи с потенциально рецидивирующим течением СП его патогенетическое лечение простым дренированием плевральной полости невозможно. 2)Наиболее надежным методом лечения первого эпизода СП является хирургическое вмешательство в объеме резекции пораженной части легкого и парietальной плеврэктомии. 3)Торакоскопические операции являются методом выбора, но и торакотомия имеет "право на жизнь".

---

99.Повышение герметичности межкишечных анастомозов у больных послеоперационным перитонитом

Жариков А.Н., Лубянский В.Г., Момот А.П.

Барнаул

ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России, кафедра госпитальной хирургии, лаборатория патологии гемостаза

Наложение межкишечных анастомозов в условиях тяжелого перитонита и абдоминального сепсиса представляет собой серьезный риск несостоятельности швов. Установлено, что одной из основных причин развития этого осложнения с последующим прогрессированием перитонита в 8,2 – 50,0% случаев является, так называемая, биологическая несостоятельность при технически безупречно наложенном кишечном шве. Известно, что для локального формирования биологического каркаса ткани, включая ткань кишечника, необходимо достаточное присутствие ряда известных высокоадгезивных белков плазмы крови – фибронектина, фибриногена, фактора Виллебранда, витронектина, фактора XIII (фибрин-стабилизирующего фактора) и ряда других, содержащих трипептид RGD, распознающийся интегринами рецепторами эндотелиальных клеток и тромбоцитов. Очевидно, что концентрация этих белков в плазме крови больных с послеоперационным перитонитом (ПП) может отличаться от их профиля у практически здоровых людей. В 50 случаях пациентов с ПП, разделенных на группы по тяжести состояния в соответствии со шкалой APACHE II (23 больных без признаков полиорганной недостаточности – APACHE II 15 баллов) было проведено исследование следующих показателей системы гемостаза в обедненной тромбоцитами плазме венозной крови: активность фактора XIII (фибрин-стабилизирующего фактора) с помощью диастазы «Berichrom Factor XIII» и определение уровня нативного (не подвергшегося протеолизу эластазой лейкоцитов и плазмином) фибронектина с использованием иммуноферментной тест-системы «FIBRONECTIN ELISA Kit». Группу контроля составили 25 практически здоровых людей, сходных по полу и возрасту с группой больных. Хирургическая тактика включала проведение этапного хирургического лечения с использованием программированных санаций брюшной полости, выполнение резекций тонкой кишки и наложение межкишечных анастомозов не сразу, а в отсроченном порядке по мере купирования перитонита. Исследование перитонеального экссудата вначале исследования показало, что наряду высоким содержанием фибриногена, уровень продуктов деградации фибрина (Д-димеров) в брюшной полости был катастрофически выше таковых в системном кровотоке. Так, в выпоте из свободной брюшной полости

101

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

уровень Д-димеров составил  $3245 \pm 689$  мкг/л, а венозной крови  $745 \pm 62,0$  мкг/л, соответственно (р 195 мкмоль/л) криопреципитат был не показан в связи с опасностью усугубления органной дисфункции и в качестве альтернативы применялись трансфузии свежзамороженной плазмы в дозе 15 – 20 мл/кг массы тела в сочетании с гепаринотерапией (20 тыс. ед/сут), В конце лечения у больных ПП без полиорганной недостаточности наблюдалось значимое повышение активности фактора XIII с  $58,9 \pm 4,5\%$  до  $76,4 \pm 6,9\%$  (р

---

100. Чрескожные вмешательства в лечении псевдокист поджелудочной железы.

Ребров А.А., Семёнов Д.Ю., Васильев В.В., Мельников В.В., Шестопалова О.Ю., Майорова Е.А.

Санкт-Петербург

Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет имени академика И.П.Павлова.

В настоящее время неоспорим тот факт, что псевдокисты поджелудочной железы являются относительно благоприятным осложнением острого деструктивного панкреатита, которое по данным разных авторов происходит до 50% случаев. Ограниченность патологического очага, отсутствие, как правило, системной воспалительной реакции организма дают предпосылки широкого применения малоинвазивных методов при данном заболевании. Однако, не сформулирован чёткий алгоритм применения различных (чрескожных, эндоскопических) малоинвазивных операций, вызывает вопрос возможность лечения данными методами осложнённых псевдокист поджелудочной железы. Материалы и методы. Проведен анализ и оценка результатов лечения с использованием чрескожных вмешательств под контролем УЗИ у 164 больных с хроническими псевдокистами поджелудочной железы за период с 1994 по 2014 гг. Причиной формирования псевдокист у всех пациентов явился перенесенный острый панкреатит тяжелого течения в сроки от 6 месяцев до 5 лет. Инструментальное обследование проводили по стандартной схеме, включающей УЗИ, компьютерную томографию, эндоскопическое исследование (в последние годы в большинстве случаев комплекс обследования также включал МРТ и эндосонографическое исследование). Показанием к хирургическому лечению являлось наличие у пациента псевдокисты диаметром более 5 см, или менее при наличии клинико-инструментальных признаков инфицирования, панкреатической гипертензии, компрессии окружающих органов. На ранних стадиях исследования – 54 (32,9%) пациентам проводилось пункционное лечение псевдокист: многократные санационные пункции под УЗ-контролем со склеротерапией при отсутствии признаков инфицирования и цистопанкреатического сообщения. Остальным 110 (67,1%) больным – изначально выполнено чрескожное дренирование псевдокист (дренажи 10,2-12 Fr, в большинстве случаев – типа pig tail), с последующей санацией и в ряде случаев склеротерапией. Из них у 17 (10,4%) – выявлены гнойные псевдокисты, у 30 (18,3%) – имелись клинические признаки сдавления окружающих органов. Результаты и обсуждение. В исследуемой группе лечение с использованием чрескожных методик оказалось эффективным у 155 (94,5%) пациентов. Смертельных исходов не было. Несмотря на достаточно приемлемые полученные результаты, накопленный опыт лечения требует определённых комментариев. 1. Необходимость многократных пункций, рецидивы заболевания у 18 больных, потребовавшие чрескожного дренирования в дальнейшем, позволил нам в настоящее время практически полностью отказаться от пункционного лечения больных с псевдокистами ПЖ, а пункцию псевдокисты рассматривать в ряде случаев только как вариант дифференциальной диагностики. 2. Чрескожное дренирование за счёт возможного варьирования диаметра дренажей обеспечивает оптимальную санацию и уменьшение в размерах псевдокист ПЖ, особенно при осложнённом течении заболевания, позволяет «контролировать» очаг в отличие от эндоскопического внутреннего дренирования. 3. Отрицательной стороной чрескожных методик является необходимость устранения гипертензии в панкреатических протоках в случаях формирования стойкого наружного панкреатического свища. В нашем исследовании с данной проблемой мы столкнулись у 36 (22%) пациентов, из которых 10 больным выполнено чрескожное стентирование ГПП через свищ или отдельно, 9 (при трансгастральном прохождении дренажа) – формирование цистогастротомы на «потерянном дренаже», у 5 - произведено эндоскопическое стентирование ГПП и у 12 выполненная ЭПСТ оказалась недостаточной для закрытия свища.



101.Связь между повышением внутрибрюшного давления и синдромом системного воспалительного ответа (ССВО)

Г. В. Арутюнян

ЕРЕВАН

ЕРЕВАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ МХИТАРА ГЕРАЦИ,  
Кафедра Хирургии № 2

Внутрибрюшная гипертензия (ВБГ) - одна из актуальных проблем современной медицины. У больных с ВБГ повышение давления в брюшной полости приводит к развитию синдрома полиорганной недостаточности. Повышение внутрибрюшного давления может быть обусловлено застоем крови в капиллярах вследствие синдромом системного воспалительного ответа (ССВО), повышением проницаемости микроциркуляторного русла, что приводит к накоплению жидкости во внеклеточном пространстве, развитию отека висцеральной и париетальной брюшины, забрюшинного пространства, а также к накоплению свободной жидкости в брюшной полости. Для изучения патогенетических связей между повышением внутрибрюшного давления и синдромом системного воспалительного ответа было проведено клиническое исследование. Клинический материал представляет собой результаты обследования и лечения 151-го больного с синдромом системного воспалительного ответа. В обследование были вовлечены больные с синдромом системного воспалительного ответа, которые по зарегистрированному внутрибрюшному давлению до декомпрессионной лапаротомии были разделены на 3 группы: до 12 мм. рт. ст. (33,1%), 12-15 мм. рт. ст. (27,8%) и 16-20 мм. рт. ст. (39,1%). У больных с ССВО также параллельно с возрастанием внутрибрюшного давления растет число симптомов синдрома системного воспалительного ответа. У больных III группы до 4-го дня после декомпрессионной лапаротомии еще регистрировался высокий уровень патологического внутрибрюшного давления. По сравнению с I и II группами в III группе даже на 7-10-е постоперационные дни внутрибрюшное давление было высоким. У больных I группы после декомпрессионной лапаротомии симптомы ССВО сохранялись до постоперационного 4-го дня, во II группе – до постоперационного 7-го дня, а в III группе – до 14-го постоперационного дня (у n=1 больного – до 22-го постоперационного дня). Наше исследование показало, что у больных с ССВО в процессе диагностики, профилактики и лечения внутрибрюшной гипертензии особо информативно изучение внутрибрюшного давления и абдоминального перфузионного давления в динамике. Для больных с внутрибрюшной гипертензией для прогноза возможного развития осложнений наиболее информативны не столько средние значения параметров ССВО, сколько число симптомов ССВО в динамике. Исход у больных с ССВО и внутрибрюшной гипертензией обусловлен не только распространенностью патологического процесса и объемом оперативного вмешательства, но также от того уровня внутрибрюшного давления, при котором проводилась декомпрессионная лапаротомия.

---

102.СИНДРОМ «СВОБОДНОЙ ЖИДКОСТИ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ» ПРИ ЗАКРЫТОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ: ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА.

Щеголев А.А.,Товмсян Р.С.,Калинин И.А.,Герасимова Н.А.

Москва

РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Свободная жидкость в брюшной полости является основным, а иногда и единственным признаком повреждений внутренних органов у пострадавших с закрытой травмой живота. Ключевым моментом, определяющим хирургическую тактику (лапаротомию, лапароскопию или консервативное лечение) у таких больных являются уровень сознания пациента, наличие признаков внутрибрюшного кровотечения или перитонита, а при отсутствии таковых – количества свободной жидкости, оцененной при динамических исследованиях. Цель: Улучшить результаты лечения у пострадавших с закрытой абдоминальной травмой. Материалы и методы: В исследование включено 335 пациентов, проходивших лечение в ГКБ 36 г. Москвы с диагнозом «изолированная или сочетанная закрытая абдоминальная травма» и выявленными при УЗИ и КТ признаками свободной жидкости в брюшной полости. Средний возраст пациентов составил 38,3±7,9. Мужчин было 213 (63,6%), женщин 122. Основными механизмами получения травмы были ДТП, падение с высоты и избиение. Сочетанная травма диагностирована у 157 пострадавших (46,9%), причем черепно-мозговая травма выявлена у 86 больных, скелетная травма - у 97, торакальная травма - у 52 пострадавших. Изолированная абдоминальная травма выявлена у 178 больных. Все эти пациенты были первично госпитализированы в отделение реанимации. Результаты: Пациентам с абдоминальной травмой при стабильной гемодинамике и наличии сознания на момент поступления и осмотра, при отсутствии признаков продолжающегося кровотечения, а также отсутствии признаков перфорации полого органа и перитонита при выявлении свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ и КТ в количестве до 500 мл, проводилось консервативное лечение с динамическим УЗ и КТ контролем. Пациентам, у которых по данным УЗИ гемоперитонеум оценивался как «большой» (более 1000 мл), а также пациентам с меньшим количеством крови в брюшной полости при отсутствии сознания и нестабильной гемодинамике, выполнялась диагностическая лапароскопия. Увеличение количества свободной жидкости при УЗИ в динамике также являлось показанием к диагностической лапароскопии. Показанием к лапаротомии являлось продолжающееся внутрибрюшное кровотечение (по данным лапароскопии) при невозможности эндоскопического гемостаза, наличие повреждения внутренних органов, требующее экстренной операции, перитонит и нестабильные забрюшинные гематомы. Консервативное лечение проведено 91 пациенту (27,2%), диагностическая лапароскопия была выполнена 211 пациентам, причем по результатам исследования только у 52 было принято решение о необходимости экстренной лапаротомии. У 159 пациентов с гемоперитонеумом лапароскопия явилась единственным инвазивным хирургическим вмешательством. Трое пациентов были оперированы более чем через сутки после лапароскопии в связи с поступлением «свежей» крови по дренажам. У 84 пациентов, источником гемоперитонеума у которых явились забрюшинная гематома, разрывы паренхиматозных органов брюшной полости, забрюшинного пространства, брыжейки тонкой и толстой кишки, повреждения большого сальника выполнена эндоскопическая санация и дренирование брюшной полости. Ещё у 12 пациентов, у которых при наличии гемоперитонеума источников его выявлено не было, выполнено эндоскопическое дренирование брюшной полости. Лапаротомия была выполнена 85 пациентам, из них как уже указывалось, 52 - после выполнения диагностической лапароскопии. Летальность составила 16,3%, причём в группе больных с консервативным лечением (27,2% пациентов) летальных исходов не отмечено. Основными причинами летальных исходов явились геморрагический шок 2-3 степени (6,2%, из них умерло во время операции - 3,4% и в первые послеоперационные сутки - 2,8%), травматический шок при сочетанной травме (4,9%, из них умерло во время операции - 2,7% и в первые послеоперационные сутки - 2,2%), профузное кровотечение вследствие повреждений крупных сосудов и нестабильных переломов костей таза, обуславливающих возникновение обширной забрюшинной гематомы (1,6%), гнойно-септические осложнения (2,4%), черепно-мозговые травмы (1,2%). Заключение: Таким образом, внедрение в клиническую практику тактики дифференцированного подхода (которая заключается, прежде всего, в стремлении избежать «напрасной» лапаротомии), использование малоинвазивных технологий диагностики и хирургического лечения, позволили значительно снизить показатели летальности, сократить количество осложнений и объем оперативной активности у пациентов с абдоминальной травмой.

---

103. Ошибки в лечении спонтанного пневмоторакса в общехирургических стационарах

Полянцев А.А.(1), Быков А.В.(1), Котрунов В.В.(2), Полянцев А.А.(мл.)(1)

Волгоград

1)ГБОУ ВПО "Волгоградский государственный медицинский университет" МЗ РФ, 2)ГБУЗ "Волгоградская областная клиническая больница №1"

В 26-47% наблюдений при первичном обращении больного ставится ошибочный или несвоевременный диагноз. Такое положение вещей становится причиной совершения ошибок в лечебной тактике. Материал и методы. За период с 1990 по 2014 год под нашим наблюдением было 599 больных спонтанным пневмотораксом (СП). Мужчин было 563 (94%), женщин-36(6%). Результаты и их обсуждение. Ошибки в лечебной тактике или нарушения техники оказания медицинской помощи были выявлены у 17% (n=102) больных. В это число также вошли наблюдения, когда пациенты просто не обращались за медицинской помощью. Все ошибки можно разделить на несколько групп. 1. Позднее обращение больного за медицинской помощью (20,5%,n=21)- на 4-7 сутки от начала заболевания или случайное обнаружение СП при флюорографии, когда момент его развития установить вообще невозможно (7,8%,n=8). 2. Нарушение техники дренирования плевральной полости: а)введение дренажа в I межреберье (3,9%,n=4)с риском повреждения подключичных сосудов; б)установка дренажа в VIII межреберье по задне-подмышечной линии (0,9%,n=1)и полным отсутствием его функции; в)использование в качестве дренажной трубки подключичного катетера, не способного обеспечить адекватный отток воздуха из плевральной полости (14,7%,n=15); г)проведение дренажа в плевральную полость на глубину до 50-80см от последнего отверстия с возникновением перегибов и отсутствием функции (2,9%,n=3); д)сквозная перфорация паренхимы легкого троакаром с проведением дренажа через легкое и видимостью его функционирования при отсутствии расправления легкого и, что удивительно, при отсутствии гемоторакса (1,9%,n=2). 3.Длительное (до 7-11 суток) дренирование плевральной полости при сохранении сброса воздуха по дренажу, на фоне недорасправленного легкого и позднее направление больного в специализированный стационар.Как результат - формирование ригидного легкого, развитие плевропультмональных сращений (47%,n=48). Развитие эмпиемы плевры мы наблюдали только у 5 из этих больных. Выводы. В общехирургическом стационаре следует оказывать только первую врачебную помощь, руководствуясь соответствующими стандартами, и в максимально короткие сроки переводить больного в специализированный стационар, либо вызывать для консультации торакального хирурга. Это позволит снизить вероятность ошибок и частоту осложнений.

---

104.Вероятность развития тяжелого сепсиса у больных некротической рожей

Шапкин Ю.Г., Хильгияев Р.Х., Фомин Н.Н.

Саратов

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей хирургии

Введение. При лечении некротической формы рожи требуется как можно раньше распознать начинающийся тяжелый сепсис и своевременно назначить необходимую терапию. Однако у определенной категории пациентов (особенно у лиц старческого возраста) сепсис характеризуется слабой выраженностью характерных признаков, зачастую отсутствуют значительная гипертермия и лейкоцитоз. В связи с этим необходима разработка дополнительных критериев, позволяющих оценить тяжесть состояния больных некротической рожей, выделить категорию пациентов с риском/наличием органной дисфункции, риском/наличием сепсиса, вероятностью неблагоприятного исхода. Цель: на основании комплексной оценки (клиническое обследование с применением систем -шкал и определение уровня маркеров синдрома системной воспалительной реакции (ССВР)) определить вероятность развития тяжелого сепсиса у больных некротической рожей. Материал и методы. Проведен анализ особенностей клинического течения некротической рожи у 59 больных. В первую группу вошли 17 пациентов с тяжелым сепсисом, во вторую — 18 больных с сепсисом без полиорганной недостаточности, в группу сравнения — 22 пациента с локальной

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

инфекцией. Определяли альбумин, мочевины, креатинин, прокальцитонин плазмы крови. Для количественного выражения ССВР использовали шкалу SAPS III, для определения степени повреждения органов и систем — шкалу SOFA. Результаты и обсуждение. Наиболее чувствительным маркером развивающегося сепсиса у больных некротической рожой оказался прокальцитонин. У всех больных первой группы его уровень превысил 10 нг/мл. У больных второй группы с сепсисом без ПОН уровень прокальцитонина составил 0,5-2 нг/мл. В группе сравнения, у пациентов с локальными проявлениями инфекции, уровень прокальцитонина оставался в пределах нормы (до 0,5 нг/мл). Следует отметить, что значения 2-10 нг/мл в данном исследовании не встречались. Вторым важным индикатором тяжести ССВР при некротической роже явился альбумин крови. Обнаружено достоверное различие абсолютных значений данного показателя между обеими группами больных с сепсисом и группой сравнения. Изменение концентрации альбумина является индикатором изменений в микроциркуляции, а значит, и выраженности системной воспалительной реакции. В этой связи параллельно с определением абсолютных значений проведен динамический контроль за средней скоростью понижения концентрации альбумина за 2 суток. В первой группе средняя скорость снижения концентрации альбумина составила 6,5 [5,25; 7] г/л (за сутки), во второй 2,5 [2;3] г/л (за сутки), в группе сравнения 1 [1;2] г/л (за сутки). Имеется достоверное различие (р

---

#### 105.ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ АДРЕНАЛЭКТОМИЯ: ПОКАЗАНИЯ, ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ.

Щеголев А.А.(1),Пантелеев И.В.(2),Косов А.Ю.(1)

Москва

1. РНИМУ им. Н.И. Пирогова2. ГБУЗ “ГКБ №36 ДЗМ”

Цель работы: улучшить результаты хирургического лечения больных с новообразованиями надпочечников. Материалы и методы: в исследование включены 69 пациентов, находящихся на стационарном лечении в клинике хирургических болезней РНИМУ имени Н.И. Пирогова (городская клиническая больница №36 г. Москвы) с новообразованиями надпочечников в период с 2013 по 2014 года. Пациенты I группы (11 больных) были оперированы традиционным (“открытым”) методом. Показанием к применению такого операционного доступа явились: большие (более 8 см) размеры новообразований надпочечников (5 больных) и злокачественный характер их поражений (6 больных), что по сути дела явилось и противопоказанием к выполнению эндоскопического вмешательства. Пациентам II группы (58 больных) выполнялась эндоскопическая адреналэктомия. Пациенты оценивались по возрасту, полу, продолжительности пребывания в больнице, продолжительности операции, срокам начала приема пищи, развитию раневой инфекции и другим осложнениям периоперационного периода. Результаты: у 5 пациентов (7.25%) II группы выполнена конверсия доступа. Причинами конверсии явились повреждение нижней полой вены (1 больной), диффузное кровотечение из забрюшинной клетчатки (1 больной), выраженность забрюшинной клетчатки (3 больных). Продолжительность эндоскопической операции составила 149.36±18.22 минуты и 119.14±9.78 минут - при открытой. Раневая инфекция развивалась в 6% случаев при открытой операции и в 2% случаев при эндоскопическом доступе. Продолжительность пребывания пациентов в больнице составила 7.1 дней при открытой адреналэктомии против 5.1 дня при эндоскопической. Возвращение к приему пищи наступило через 2.42 дня для группы пациентов, перенесших открытую операцию по сравнению с 1.05 днями при эндоскопическом доступе. Периоперационных смертельных исходов не отмечено. Выводы: таким образом, эндоскопическая адреналэктомия является золотым стандартом хирургического лечения при доброкачественных и отдельных злокачественных новообразованиях надпочечников. Эндоскопическая адреналэктомия является безопасной и эффективной методикой, обеспечивая непродолжительный постоперационный болевой синдром, более короткое пребывание пациентов в больнице, более раннее возвращение к приему пищи и лучшие эстетические показатели в сравнении с открытым вмешательством.

106. Лапароскопическое лечение рецидивных паховых грыж

Мехтиханов З.С.

Дербент, РД

ГБУ РД, ГБ "Дербентская"

Лапароскопическая герниопластика рецидивных паховых грыж является эффективным методом лечения, но для ее выполнения необходим опыт и знание как нормальной, так и измененной после предыдущей герниопластики анатомии задней стенки паховой области. Цель исследования - провести сравнительную оценку непосредственных и отдаленных результатов лапароскопического трансабдоминального преперитонеального (ТАПП) протезирующего метода пластики в сравнении с методом Лихтенштейна при лечении рецидивных паховых грыж. Материал и методы. В хирургическом отделении многопрофильной городской больницы г. Дербента с августа 2012 г по октябрь 2014 г. были оперированы лапароскопическим методом 65 (1 группа) и методом Лихтенштейна 32 пациента (2 группа). Ранее всем пациентам была выполнена герниопластика паховой области собственными тканями преимущественно по способу Бассини и Жирару-Кимбаровскому. Для подтверждения диагноза рецидивной паховой грыжи всем пациентам в обязательном порядке выполняли ультразвуковое исследование паховой области, а у 12 пациентов первой и у 8 пациентов второй групп дополнительно проведена рентгеновская компьютерная томография из-за избыточного веса пациентов и выраженной подкожной клетчатки в паховой области. Лапароскопический (ТАПП) метод проводился традиционно при не нарушенной анатомии задней стенки паховой области. В случаях деформаций вызванных смещением в латеральную сторону медиальной складки, связанной с ранее выполненным перемещением шейки грыжевого мешка латерально по методу Кымова, брюшина рассекалась латерально от грыжевого дефекта и отсепаровывалась медиально и вниз освобождая латеральную ямку стараясь не травмировать семенной канатик и семенные сосуды, а затем освобождалась медиальная ямка до срединной складки визуализируя верхнюю лонную кость и заднюю поверхность прямой мышцы. В обязательном порядке извлекалась липома из грыжевого канала. Если возникали затруднения технического плана в полном извлечении грыжевого мешка, то он пересекался на некотором протяжении от шейки. Особое внимание уделялось гемостазу. Пластику задней стенки пахового канала выполняли предварительно моделированными полипропиленовыми сетками 10x15 см без разреза. Сетку фиксировали тейкерами герниостеплера "PROTACK" и перитонизировали брюшиной. При выполнении операции по методу Лихтенштейна иссекали старый послеоперационный рубец, рассекали апоневроз и выделяли элементы семенного канатика, затем вправляли грыжевой мешок. Полипропиленовую сетку соответствующего размера рассекали сверху наискосок для выведения семенного канатика и подшивали к пупартовой связке и к апоневрозу полипропиленовыми швами. Результаты. При проведении лапароскопической (ТАПП) герниопластики у 9 пациентов первой группы выявлены грыжевые лакуны с противоположной стороны и выполнены симультанные герниопластики. Причем у одного пациента к внутренней поверхности грыжевого мешка был подпаян аппендикс, в этом случае одновременно выполнена и аппендэктомия. Продолжительность лапароскопических операций составили в среднем 76,2±0,3 мин, не было ни одного случая конверсии и ни одного случая рецидива в сроки наблюдения от двух месяцев до двух лет. Во второй группе продолжительность операции была несколько большей - в среднем 87,3±0,6 минут, у двух пациентов в сроки на 5 и 7 месяце диагностирована первичная грыжа с противоположной стороны, рецидивов со стороны операции не было. В раннем послеоперационном периоде у пациентов первой группы наблюдались серомы у 13 пациентов, гематомы паховой области и мошонки у двух пациентов, в сроки более трех до 6 месяцев у двух пациентов имелись нейропатические ощущения в паховой области. У всех пациентов этой группы операция протекала с техническими трудностями. Средний послеоперационный койко/день - 1,8±0,4. Во второй группе пациентов в раннем послеоперационном периоде у семи отмечался отек мошонки, у пяти гематома паховой области и мошонки, подкожная серома у трех и умеренный болевой синдром у двух пациентов. Средний послеоперационный койко/день - 5,4±0,3. Выводы. Лапароскопическая герниопластика имеет определенные преимущества перед открытым методом, так как позволяет выявить и санировать скрытые грыжи с противоположной стороны и коррегировать сопутствующую патологию, ниже количество послеоперационных осложнений, быстрее идет реабилитация пациентов. Лапароскопический метод обеспечивает более надежную пластику грыжевого дефекта, в техническом плане более легче идет

выделение семенного канатика и семенных сосудов и грыжевого мешка. Лапароскопический (ТАПП) герниопластика может быть рекомендована при желании пациента и для лечения первичных паховых грыж.

---

107. Острая спаечная кишечная непроходимость - профилактика рецидивирования

Филенко Б.П., Земляной В.П., Борсак И.И., Котков П.А.

Санкт-Петербург

Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им. И.И. Мечникова

Несмотря на современный прогресс в медицинской науке, проблема послеоперационного спаечного процесса брюшной полости и абдоминальной спаечной болезни (СБ) остается одной из актуальных в общей хирургии. Число больных продолжает увеличиваться пропорционально количеству оперативных вмешательств, предпринимаемых преимущественно в экстренном порядке по поводу острой спаечной кишечной непроходимости (ОСТК), а спаечные осложнения занимают одно из первых мест в структуре послеоперационной летальности. Проведен анализ и прослежены отдаленные результаты лечения 74 пациентов с ОСКН, оперированных в экстренном порядке с проведением мероприятий по вторичной профилактике рецидивирования кишечной непроходимости. Применяемый нами алгоритм хирургического вмешательства на органах брюшной полости, при наличии в ней спаечного процесса, по нашему мнению, помимо проведения тотального энтеролиза должен включать продленную назоинтестинальную интубацию (НИИ) и обработку брюшной полости противоспаечными средствами. Обязательным у данной категории больных должно быть использование каркасной функции кишечного зонда, т.е. сохранение его в кишке на срок, соответствующий стабилизации и началу организации выпавшего фибрина, т.е. не менее 14 суток (для достижения эффекта физиологической энтеропликации). Удаление зонда в более ранние сроки, чревато, в результате неравномерно восстанавливающейся перистальтики, возникновением ранней спаечной кишечной непроходимости или рецидивированием приступов ОСКН. Хирургическое лечение, у оперированных по поводу ОСКН или СБ, целесообразно заканчивать обработкой брюшной полости противоспаечными средствами. Из существующего арсенала препаратов мы используем либо АДЕПТ (4% икодекстрин), для создания эффекта гидрофлотации, либо Мезогель (водный гель натриевой соли карбоксиметилцеллюлозы), для создания противоспаечного рассасывающегося барьерного слоя. Эти средства обладают минимальным побочным эффектом. Выбор противоспаечного средства зависит от выраженности спаечного процесса в брюшной полости, наличия их на российском лекарственном рынке, доступной цены. Использование комплекса противорецидивных мер позволяет несколько снизить интенсивность послеоперационного фибрирования брюшной полости, но не ликвидировать его полностью, в связи с замещением мезотелия брюшины соединительной тканью. Поэтому происходящее рубцевание петель кишок на зонде предупреждает рецидивирование ОСКН. Изучение отдаленных результатов у больных, оперированных по поводу ОСКН показало состоятельность предложенной лечебной программы. Из числа оперированных данным способом хорошие отдаленные результаты достигнуты у 60 (81%) пациентов. Обратились за медицинской помощью 14 (19%). Из них двое были повторно оперированы. Таким образом, помимо тотального энтеролиза и обработки брюшной полости противоспаечными средствами, показано проведение продленной назоинтестинальной интубации тонкой кишки, что является эффективной мерой вторичной профилактики рецидивирования спаечной кишечной непроходимости.

---

108. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ КИСТЫ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА (II типа по Tadani)

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

Чжао А.В., Ионкин Д.А., Андрейцева О.И., Циганков В.Н., Жариков Ю.О., Королева А.А., Шуракова А.Б.

Москва

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В.Вишневского» Министерства здравоохранения России

Актуальность: Остается открытым вопрос диагностики и лечения больных кистозными трансформациями желчных протоков. Цель исследования: определение оптимального диагностического алгоритма и адекватной тактики хирургического лечения при кистозных трансформациях желчных протоков. Материалы и методы. За последние годы нами накоплен опыт лечения более 80 больных в возрасте от 16 до 62 лет (средний возраст – 32,4 г). У всех пациентов проявления болезни отмечались с детского возраста. Пациентка 29 лет поступила с жалобами на периодические боли в правом подреберье. В сентябре 2014 г. амбулаторно при КТ в области ворот печени было выявлено жидкостное образование, размерами 25x35x23 мм, прилежащее к общему желчному протоку. При МРТ органов брюшной полости диагностирована киста общего желчного протока (ОЖП) (II тип по Тодани), располагавшаяся тотчас ниже желчного пузыря с утолщенными до 4 мм стенками и неоднородной взвесью внутри просвета. По результатам МРПХГ было выявлено атипичное впадение главного панкреатического протока в общий желчный проток пол острым углом (тип В по классификации аномальных панкреатобилиарных соустьев Т.Тодани (1984)). Показаниями к операции послужили наличие кисты с клиническими проявлениями и риск малигнизации. Пациентки в плановом порядке из лапароскопического доступа после холецистэктомии было выполнено удаление кисты протока с использованием биполярной коагуляции и клипирования «ножки» кисты. По данным морфологического исследования была выявлена киста ОЖП без признаков малигнизации. Результаты. На вторые сутки были отмечены клинические проявления механической желтухи (билирубин-96 мкмоль/л). По данным МРПХГ – резкое сужение ОЖП в области стояния клипсы на месте на фоне отсутствия билиарной гипертензии. С учетом аномального панкреатобилиарного соустья и высокого риска развития панкреатита от ретроградного вмешательства было решено воздержаться. Было выполнено наружное чрескожное чреспеченочное дренирование (за область стояния клипсы зайти не удалось). Через 10 дней после установки наружного дренажа и через 5 дней после выписки больная была вновь госпитализирована с клиникой острого холангита. По данным чрескожной чреспеченочной холангиографии отмечался сброс в двенадцатиперстную кишку. Во время бужирования области стриктуры отмечено смещение клипсы. Наружный дренаж был заменен на наружно-внутренний. С перекрытым дренажом и после стихания воспалительных проявлений больная была выписана из стационара. Планируется удаление дренажа после контрольного обследования через 8-10 месяцев. Выводы. Наличие клинических проявлений и высокий риск малигнизации диктует необходимость проведения активной хирургической тактики. В ходе удаления кисты была допущена стандартная ошибка, неоднократно отмеченная в ходе лапароскопической холецистэктомии, когда за счет тракции стенка ОЖП принимается за шейку и клипруется. Раннее выявление осложнения позволило применить оптимальную малотравматичную хирургическую тактику с хорошими перспективами.

---

#### 109. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ МЕТОДОВ ЛОКАЛЬНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ И МЕТАСТАТИЧЕСКОМ РАКЕ ПЕЧЕНИ.

Чжао А.В.(1), Ионкин Д.А.(1), Жаворонкова О.И.(1), Шуракова А.Б.(1), Кунгурцев С.В.(2)

Москва

(1) - ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения РФ, (2) - Некоммерческая организация «Профессиональное сообщество криохирургов»,

Актуальность: До 70% и выше больных первичным раком печени и > 80% метастатическим не подлежат хирургическому лечению, но к ним могут быть применены методы локальной деструкции (ЛД). Цель: улучшение результатов лечения пациентов первичным и метастатическим раком печени. Материалы и

методы: Нами накоплен опыт использования следующих методов локальной деструкции патологических новообразований печени: радиочастотой абляции (РЧА) с 2002 г. - 348 сеансов РЧА у 268 больных, микроволновой абляции (МВА) с 2000 г. - 12, криодеструкции (КД) с 2000 г. - 64 вмешательства. Были применены следующие комбинации локального РАЗРУШЕНИЯ: 1. Резекция печени + КД и/или РЧА (5 наблюдений). После резекции при интрапаренхиматозном расположении остающегося очага 5 см и вблизи магистральных структур – КД. 2. Сочетание РЧА, а затем КД при отказе от резекции было выполнено в 3-х наблюдениях по поводу метастатического поражения и в 1 случае при ГЦР на фоне выраженного цирроза. 3. Комбинация МВА очагов вблизи сосудов и РЧА интрапаренхиматозных была применена в 2-х случаях. 4. РЧА в 6 наблюдениях по поводу ГЦР и одном при mts КРР была одномоментно дополнена чрескожной инфузионной терапией этанолом при близком расположении сосудов, подкапсульной локализации, значительном размере. Еще в 8 наблюдениях ЧИТЭ выполнялась в ближайшем периоде после РЧА. 5. При множественном поражении печени, когда один из патологических очагов трудно доступен для аппаратов «Крио-МТ» и «КРИО-01» оправдано их применение в сочетании с пористо-проницаемыми аппликаторами из никелида-титана (n=3). Важно, что в последние годы всем больным после различных вмешательств на печени по поводу первичного и метастатического рака в последующем производится адьювантная химиотерапия, которая в 10 случаях, была дополнена региональной химиоэмболизацией. Результаты. Ближайший послеоперационный период у всех больных протекал без особенностей. Отмечавшийся в 2 наблюдениях умеренный гидроторакс был излечен пункционно. Раны зажили первичным натяжением. При контроле через 2,4,6 месяцев признаков продолженного роста и иных проявлений прогрессирования ракового процесса выявлено не было. Заключение: Методы ЛД: РЧА и КД могут быть применены в сочетании с резекцией печени для воздействия на очаги, остающиеся в паренхиме печени. РЧА может быть использована для воздействия на интрапаренхиматозно расположенные образования до 5 см. При наличии поверхностно расположенных очагов > 5 см возможно применение КД. При прогнозировании сомнительной эффективности применения одного из методов ЛД оправдано использование их комбинации. Методы ЛД должны сочетаться с системной химиотерапией и/или трансартериальной химиоэмболизацией

---

#### 110.ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ СЕЛЕЗЕНКИ.

Ионкин Д.А., Икрамов Р.З., Кармазановский Г.Г., Жаворонкова О.И., Ионкина Л.Д.

Москва

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В.Вишневского» Министерства здравоохранения России

Актуальность: увеличение числа больных эхинококкозом селезенки диктует необходимость выбора оптимального хирургического лечения. Цель исследования: определение адекватной тактики хирургического лечения у больных эхинококкозом селезенки. Материалы и методы. В Институте хирургии с 1976 г. наблюдалось более 400 больных с очаговыми образованиями селезенки, из них 37 пациентов страдали эхинококкозом. Сочетанное поражение других органов наблюдалось в 22 случаях (59,5%), из них печень была поражена в 18 (48,6%), легкие – в 3 (8,1%), почка - 3 (8,1%), распространение по брюшной полости было выявлено в 6 (16,2%) наблюдениях. Нагноение паразитарной кисты было отмечено в 5 случаях (13,5%). Среди больных мужчин – 20 (54%), женщин – 17 (46%). Средний возраст – 38,6 лет. На этапе диагностического поиска использовались современные неинвазивные методы – УЗИ и КТ, МРТ. Спленэктомия была выполнена в 19 случаях (51,3%), из них в сочетании с одномоментной эхинококкэктомией печени – в 18 (48,6%) наблюдениях, легкого – в 2-х (5,4%), почки – 1 (2,7%), удаление паразитарных кист брюшной полости - 6 (16,2%). Перицистэктомия с сохранением селезенки была выполнена в 15 случаях (40,5%), из них лапароскопическим доступом – в 2 (5,4%). Чрескожные вмешательства с химической обработкой полости кисты и удалением хитиновой оболочки паразита было выполнено в 2-х (5,4%) наблюдениях. Обязательно выполнялись срочное цитологическое исследование содержимого образования и гистологическое исследование стенки, а также плановое морфологическое исследование. Всем больным в послеоперационном периоде проводилась терапия альбендазолом по принятой схеме. Результаты. На фоне проведения послеоперационной химиотерапии признаки рецидива



(резидуальная киста?) были отмечены в 1 наблюдении. Статистически достоверно меньшее число осложнений и лучшие отдаленные результаты, включая оценку качества жизни, отмечены у пациентов после органосберегающих операций, особенно при использовании чрескожного или лапароскопического доступа. Худшие результаты выявлены у пациентов после удаления органа. Заключение. На этапе диагностического поиска необходимо широко использовать современные неинвазивные методы – УЗИ и КТ, МРТ. При подтверждении доброкачественного генеза очага в селезенке, при сохранении хотя бы небольшой части непораженной паренхимы предпочтительнее выполнение органосберегающей операции с применением современных средств гемостаза и соответствующих технических приемов. В зависимости от локализации очага в селезенке, его размеров, анатомических особенностей возможно выполнение чрескожных или лапароскопических органосберегающих операций.

---

#### 111. Опыт лечения послеожоговых рубцовых стриктур пищевода миниинвазивными способами

Климашевич А.В., Никольский В.И., Шабров А.В.

Пенза

Пензенский государственный университет медицинский институт

Основным методом лечения послеожоговых рубцовых стриктур пищевода является бужирование. Частота перфораций пищевода при бужировании колеблется от 1 до 17,6 %. В 11 % случаев при бужировании послеожоговых рубцовых стриктур пищевода возможно развитие кровотечения из пищевода и желудка. Цель исследования – улучшить результаты лечения больных с последствиями химических ожогов пищевода путем создания и применения миниинвазивных методов внутрипросветного воздействия. Материалы и методы. Проведено проспективное исследование 173 пациентов с послеожоговой рубцовой стриктурой пищевода, находившихся в хирургическом отделении ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» за период 2007–2013 гг. Возраст больных составлял от 18 до 83 лет. Из общего числа больных женщин было 52 (30,1 %), мужчин – 121 (69,9 %). Совокупность количественного признака – возраст имела ненормальное распределение. Медиана составила 54 года (Q25 – 47 лет, Q75 – 65 лет). Обследованные больные распределены в две группы: I группа (основная) – 95 больных, которым применены современные способы лечения послеожоговых рубцовых стриктур пищевода методом стентирования как рассасывающимися стентами из полидиоксанаона, так и нитиноловыми конструкциями. II группа (группа сравнения) – 78 пациентов, которым проводили лечение сформированной послеожоговой рубцовой стриктуры пищевода традиционными методами (различные варианты бужирования). Группы больных были сопоставимы по гендерным признакам, частоте выявления сопутствующих заболеваний, локализации, протяженности стриктуры и степени сужения пищевода ( $p > 0,05$ ). Методы лечения послеожоговых сужений пищевода. Всем пациентам, госпитализированным в стационар, назначали щадящую диету, по показаниям проводили энтеральное и парентеральное питание, дезинтоксикационную терапию. Выбор медикаментозной терапии и количество препарата осуществляли индивидуально у каждого пациента. Методы бужирования пищевода. По мере формирования стриктуры применяли лечебное бужирование. Из всех известных методов лечебного бужирования использовали: ортоградное бужирование по струне направителю; ретроградное бужирование пучками нитей; ретроградное бужирование по струне направителю. Данные методы лечения применены у 78 больных с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода. Методы стентирования пищевода. Применяли метод временного лечебного стентирования металлическими (нитиноловыми) стентами и метод превентивного и лечебного стентирования рассасывающимися стентами из полидиоксанаона. Показания к стентированию нитиноловыми стентами: длительно существующие рубцовые стриктуры (более 6 месяцев), со склонностью к непрерывным рецидивам (более 3 раз в год). Стентирование пищевода нитиноловыми стентами применено у 44 больных с длительно существующими, непрерывно рецидивирующими послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода. Данный метод лечения не являлся окончательным. Стент устанавливали в месте стриктуры на промежуток времени не более 60 суток. Металлическую конструкцию извлекали из пищевода либо по требованию: в случае преждевременной миграции в дистальные отделы, либо в случае образования гипергрануляционной ткани у краев стента, либо по

истечению срока стентирования (60 суток с момента установки). Для лечения послеожоговых рубцовых стриктур пищевода использовали цельноплетеные и полностью покрытые конструкции. При имплантации цельных конструкций можно было избежать осложнений в виде отрыва сегмента стента и его миграции. Покрытые стенты предотвращали врастание металлической конструкции в орган, что способствовало удалению стента без проблем через определенный промежуток времени. Метод стентирования биодеградируемыми стентами применен 51 пациенту. Осуществлено превентивное и лечебное стентирование рубцовой стриктуры пищевода на этапе ее формирования (Патент на изобретение № 2464939 «Способ лечения постожоговых рубцовых стриктур пищевода»). Показания к превентивному стентированию определяли на основании неблагоприятного прогноза формирования послеожоговой рубцовой стриктуры пищевода. Осуществлено у 8 больных. Стенозирования у этих пациентов не отмечали. Лечебное стентирование применили 43 больным с явлениями дисфагии. Стентирование пищевода осуществляли биодеградируемыми стентами из полидиоксанона на 30–40 сутки с момента получения химического ожога пищевода, в фазу начала образования соединительной ткани. Методы хирургического лечения. Симптоматические операции, направленные на обеспечение желудочного питания при обструкции пищевода. К данным видам хирургического вмешательства относили гастростомии. Наложение гастростомы преследовало две цели: 1) осуществление энтерального питания; 2) эндоскопическое ретроградное заведение проводника за место стриктуры в проксимальные отделы пищевода для осуществления его дилатации. Данный метод лечения применен у 4 пациентов. Оперативные вмешательства при сочетанном повреждении пищевода и желудка. С сочетанным повреждением пищевода и желудка находилось на лечении 5 больных. Оперативное вмешательство и манипуляцию выполняли двумя хирургическими бригадами. Формировали задний позадибодочный гастроэнтероанастомоз с интраоперационным ортоградным бужированием. Радикальное хирургическое лечение послеожоговых рубцовых стриктур пищевода. Оперировано 13 (16,7 %) пациентов. Абсолютными показаниями считали: полную облитерацию пищевода (2 (5,6 %) пациента); малигнизацию стриктуры (3 (3,9 %) пациента). Относительные показания: длительно существующие, постоянно рецидивирующие стриктуры пищевода (8 (10,3 %) больных). Результаты исследования и обсуждение. С целью определения эффективности методов внутрипросветного воздействия – бужирования и стентирования – проведен сравнительный анализ результатов лечения пациентов с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода. Интенсивность, длительность болевого синдрома и температурной реакции, у пациентов, которым выполняли лечебно-профилактическое стентирование пищевода, были меньше, чем у больных после манипуляции бужирования пищевода ( $p < 0,05$ ). Частота диспепсического синдрома среди пациентов обеих групп исследования практически не отличалась ( $p > 0,05$ ). Частота осложнений в виде кровотечения и перфораций полых органов возникала достоверно чаще при использовании в качестве основного метода – бужирования, по сравнению со стентированием ( $p < 0,05$ ). Учитывая количество дилатаций, необходимых для достижения стойкого клинического эффекта, и время, затраченное на лечение осложнений внутрипросветных манипуляций, средний койко-день пребывания больных в стационаре в группе сравнения превышал время пребывания пациентов основной группы (разница статистически значима,  $p < 0,05$ ). У 22 больных, оперированных по поводу осложнений лечения рубцовых стриктур пищевода, было зарегистрировано 45,5 % раневых послеоперационных осложнений, в том числе: в основной группе пациентов – у 1 больного; в группе сравнения – у 9 пострадавших ( $p < 0,05$ ). Результаты хирургического лечения. После внутрипросветного лечения рубцовых стриктур пищевода были оперированы 22 (12,7 %) человека. Данным больным ранее осуществляли бужирование и стентирование пищевода; по причине возникновения различных осложнений и неэффективности манипуляции им были выполнены оперативные вмешательства. Изучены раневые послеоперационные осложнения. В послеоперационном периоде было выявлено нагноение послеоперационного рубца у 1 пациента основной группы и у 4 – группы сравнения. Верификацию этого осложнения проводили с помощью ультразвукового исследования. У всех больных послеоперационные раны вскрыты, санированы раствором антисептиков. Заживление проходило путем вторичного натяжения. Формирование инфильтрата в зоне послеоперационной раны отмечено у 2 пациентов группы сравнения. Инфильтрат возникал через 3–4 суток с момента операции. Пациентам проводили комплексную консервативную терапию, включающую антибиотики и физиотерапию. Воспаление у всех больных удалось полностью купировать. Резорбтивная лихорадка (фебрильная температура свыше 3 дней) была отмечена у 3 пациентов в группе сравнения. Больным проведено комплексное лабораторно-инструментальное обследование с целью исключения очагов гнойно-воспалительного процесса. На фоне коррекции антибактериальной терапии лихорадка была купирована. Умер один пациент группы сравнения, оперированный по поводу малигнизации длительно существующей послеожоговой рубцовой стриктуры пищевода, на фоне несостоятельности эзофагогастроанастомоза, медиастинита. Таким образом, послеоперационная летальность в группе сравнения составила 5 %, общая летальность 1,28 %. Заключение. Стентирование пищевода позволило увеличить частоту хороших отдаленных результатов лечения рубцовых

стриктур на 35,9 % по сравнению с бужированием пищевода, а частоту неудовлетворительных результатов лечения уменьшить на 27,1 % ( $p < 0,05$ ).

---

## 112. ПЕРВЫЙ ОПЯТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕМИТИРЕОИДЭКТОМИИ ИЗ АКСИЛЛО-БИПАРААРЕОЛЯРНОГО ДОСТУПА.

Пантелеев И.В. (2), Щеголев А.А. (1), Митичкин А.Е. (2), Гадзыра А.Н. (2), Крамарова Л.А. (1)

Москва

(1) ГБОУ ВПО РНИМУ имени Н. И. Пирогова (2) ГБУЗ «ГКБ №36 ДЗМ»

В Российской Федерации ежегодно оперируется более 40 000 пациентов, страдающих заболеваниями щитовидной железы (ЩЖ), причем основной категорией оперируемых больных являются женщины молодого возраста. В настоящее время все более широко используются минимально инвазивные хирургические вмешательства. Основной их целью является получение максимальных косметических результатов. Ограничениями к проведению данных операций является наличие крупных доброкачественных новообразований и рака ЩЖ. Изучены результаты 7 эндоскопических гемитиреоидэктомий из аксилло-бипараареолярного доступа у женщин: 5 правосторонних и 2 левосторонних. Средний возраст пациенток составил  $34.5 \pm 13.5$  лет (диапазон от 21 до 48 лет). У 5х показанием к операции явилось наличие фолликулярной опухоли ЩЖ размерами 3 см, у двух – коллоидный узел диаметром 4 см. Инструменты, используемые при хирургическом вмешательстве включали в себя три 10 мм троакара, волоконно-оптический эндоскоп с углом  $45^\circ$  диаметром 10 мм (Karl Storz), гармонический скальпель Harmonic Ace 36P® (Johnson & Johnson Medica), 1,5 мм диссекторы и ножницы, датчик идентификации возвратного гортанного нерва (Биоптрон). Операция выполнялась под общей анестезией с эндотрахеальной интубацией. Положение пациента: лежа на спине с запрокинутой головой, рука на стороне поражения отведена под  $90^\circ$  целью лучшего доступа к подмышечной впадине. Хирургическая бригада состояла из хирурга и одного ассистента. Первый разрез кожи 1 см производился параллельно складке в подмышечной ямке, через который затем вводился 10 мм троакар. Кожа приподнималась над грудной мышцей до переднего края кивательной мышцы. Второй 1 см разрез кожи производился вдоль верхнего края ареолы молочной железы на стороне опухоли ЩЖ для 10 мм троакара, который направлялся вдоль срединной линии грудины над поверхностью ключицы. Используя гармонический скальпель, отделяли переднюю границу кивательной мышцы от грудино-подъязычной и, в некоторых случаях, разделяли лопаточно-подъязычную мышцу. Третий 1 см разрез кожи производился вдоль верхнего края ареолы второй молочной железы с установкой 10мм троакара по направлению к стороне поражения. Инсуффляция диоксидом углерода (CO<sub>2</sub>) проводилась под эндоскопическим контролем, поддерживая давление от 8 до 10 мм рт. Тупым и острым путем постепенно формировалось рабочее пространство под m.platisma до уровня m.sternocleidomastoideus латерально и подъязычной кости сверху. В качестве срединного ориентира использовалась трахея. Мобилизация ЩЖ начиналась с нижнего полюса. Далее с помощью поддержания постоянной медиальной тяги производили мобилизацию боковой и задней поверхностей до уровня верхнего полюса, идентифицировали и коагулировали сосуды максимально близко к ЩЖ с помощью гармонического скальпеля, сохраняя дистанцию не менее 5 мм от основных сосудисто-нервных структур и трахеи на уровне связки Берри. Это позволило избежать интраоперационной травмы околощитовидных желез и возвратного гортанного нерва. Доля ЩЖ выделялась до уровня перешейка и отсекалась гармоническим скальпелем. Удаленную долю ЩЖ извлекали через подмышечный разрез Накладывались косметические швы на кожу. Послеоперационные раны дренировались с помощью латексных выпускников, удалявшихся на 2е сутки. Средняя продолжительность операции составила 80 мин (от 50 до 120 мин). Интраоперационная потеря крови – в среднем 30 мл (диапазон 10 мл до 50 мл). Случаев осложнений хирургического вмешательства в виде пареза возвратного гортанного нерва, гипопаратиреоза или послеоперационных гематом не было. У одной пациентки развился плексит плечевого сплетения справа с клиническими проявлениями в виде периодически возникающих при движении болей, онемения и слабости правой верхней конечности. Средняя продолжительность послеоперационного периода составила 3.4 дня. Все пациентки были довольны

косметическим результатом. Описанная эндоскопическая гемитиреоидэктомия из аксилло-бипараареолярного доступа удачно сочетает в себе преимущества малоинвазивных методик. Улучшение результатов эндоскопических операций и возможность их применения для лечения рака ЩЖ требуют более детального изучения с помощью более масштабных исследований.

---

### 113.РИСК РАЗВИТИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ РАНЕВОЙ ЭКССУДАЦИИ И СЕРОМ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ И ЕГО ОЦЕНКА

Никитин Н.А., Головин Р.В.

г. Киров

ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России

Цель исследования. Разработать балльную оценку риска развития длительной раневой экссудации и сером при послеоперационных вентральных грыжах (ПОВГ). Материал и методы. Работа основана на анализе результатов лечения 152 пациентов с ПОВГ, которым были выполнены протезирующие пластики. В плановом порядке оперировано 99 (65,1%) больных, по экстренным показаниям – 53 (34,9%). Возраст пациентов варьировал от 30 до 83 лет. Согласно классификации J.P. Chevrel и A.M. Rath, грыжи W2 были у 81 больного, W3 – у 40, и W4 – у 31. Сердечно-легочные заболевания выявлены у 93 (61,2%). Использованы четыре способа пластики, из них два восстановительных: технология onlay – 38 и sublay – 17 наблюдений; реконструктивный способ Белоконева-I – 49 и реконструктивно-восстановительный авторский способ (патент РФ № 2398530 от 10.09.2010г.) – 48 наблюдений. В качестве трансплантата использовали сетки Prolene и Ultrapro и шовный материал пролен. При выборе способа учитывали критерий W, состояние мышечно-апоневротических структур и наличие сердечно-легочных заболеваний. Необходимо отметить, что на начальном этапе работы нами у 19 больных с грыжами W3-4 при выраженной атрофии мышечно-апоневротических структур и отсутствии сердечно-легочных заболеваний была выполнена пластика по onlay-технологии. В последующем, после проведения этим больным послеоперационного мониторинга внутрибрюшного давления, выявившего стойкую интраабдоминальную гипертензию 2-3 степеней, мы отказались от восстановительных способов при грыжах W3 и W4, оставив их применение только при грыжах W2 при условии отсутствия при этом сердечно-легочной патологии. Состояние мышечно-апоневротических структур при восстановительных способах учитывали при выборе технологии размещения протеза: при истончении апоневроза и склонности его к разволокнению применяли onlay-технологию, при отсутствии выраженных изменений предпочтение отдавали технологии sublay. При использовании реконструктивной и реконструктивно-восстановительной пластики выраженность атрофии тканей, особенно прямых мышц, влияла на выбор способа по степени восстановления анатомии брюшной стенки: при выраженных изменениях предпочтение отдавали способу Белоконева-I, при отсутствии таковых – предложенному. Известно, что мышечная ткань в отличие от апоневроза обладает выраженными резорбтивными свойствами. Чем больше площадь соприкосновения протеза с мышцами, тем более выражены процессы резорбции экссудата. Исходя из этого, при выполнении пластики способами Белоконева-I и предложенным мы проводили измерение площади общей раневой поверхности и площади обнаженных мышц. Соотношение этих площадей обозначили как коэффициент резорбтивной активности способа. При технологии onlay этот коэффициент всегда имеет значение «0», так как мышечные структуры не обнажаются и трансплантат контактирует только с апоневротической тканью. При sublay-технологии трансплантат контактирует с мышечной тканью всей поверхностью, коэффициент в этой ситуации имеет значение «1». При способе Белоконева-I он составил  $0,35 \pm 0,027$ , при предложенном способе –  $0,73 \pm 0,016$ . Для определения достоверных критериев риска развития длительной раневой экссудации и сером нами проведен многофакторный корреляционный анализ по всей группе пациентов и разработана оценка риска развития этих осложнений (свидетельство о госрегистрации программы для ЭВМ №2011616534 от 19.08.2011г.). Статистически значимыми оказались шесть факторов: длительность грыженосительства, критерий W, площадь эндопротеза, тип (плотность) эндопротеза, способ пластики, величина коэффициента резорбтивной активности способа. Каждому признаку с учётом его выраженности эмпирически были

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

присвоены баллы от 1 до 3. Сумма баллов по этим признакам является оценкой степени риска развития осложнений. Результаты. Длительная раневая экссудация отмечена у 19 (50%) из 38 больных при пластике по технологии onlay и 12 (24,5%) из 49 – при способе Белоконовева-1. Развитие сером также отмечено только в этих группах, соответственно в 12 (31,6%) и 2 (4,1%) наблюдениях. У 81 пациента с суммой баллов от 6 до 10 ( $M \pm m = 9,3 \pm 0,4$ ) раневых осложнений не отмечено. Из 57 больных с суммой баллов от 11 до 14 ( $M \pm m = 13,8 \pm 0,9$ ) у 31 (54,4%) развилась длительная раневая экссудация. У всех 14 пациентов с суммой баллов от 15 до 18 ( $M \pm m = 16,5 \pm 1,2$ ) зарегистрировано формирование сером. Следовательно, интервал 6-10 баллов следует трактовать как интервал низкого риска; 11-14 – умеренного риска; 15-18 – высокого риска по развитию этих осложнений. Ретроспективный анализ показал, что у 12 из 14 больных с серомами при грыжах W3-W4 была необоснованно выбрана пластика по onlay-технологии. Развитие сером в 2 случаях при грыжах W4 после пластики по Белоконовеву-1 объясняется выраженной атрофией прямых мышц, снижающей их резорбтивные свойства. Заключение. Предложенная балльная оценка риска развития длительной раневой экссудации и сером при ПОВГ позволяет достоверно оценить степень риска и целенаправленно воздействовать на управляемые факторы прогноза, каковыми являются тип эндопротеза, способ протезирующей пластики и, связанный с ним, коэффициент резорбтивной активности. При этом выбор способа пластики должен базироваться на учете критерия W, состояния мышечно-апоневротических структур и наличия сердечно-легочных заболеваний. Применение способов восстановительной пластики показано только у пациентов с грыжами W2 при условии отсутствия у них сердечно-легочной патологии, методом выбора должна являться sublay-технология, применение onlay-технологии необходимо ограничить наличием выраженных атрофических изменений мышечно-апоневротических структур. У пациентов с грыжами W2 при наличии сердечно-легочных заболеваний и у всех пациентов с грыжами W3-W4 показана протезирующая пластика реконструктивными или реконструктивно-восстановительными способами.

---

#### 114.КАРОТИДНАЯ ЭНДАРТЕРЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОЙ СТАДИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНФАРКТА ГОЛОВНОГО МОЗГА

Папоян С.А.(1), Щеголев А.А.(2), Семенцов Д.П.(1), Квицаридзе Б.А.(1), Красников А.П.(1), Мутаев М.М.(2), Савкова О.Н.(1), Радченко А.Н.(1)

Москва

1) ГБУЗ ГКБ № 36 , Региональный сосудистый центр (Москва, Россия)2) ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Цель исследования: оценка результатов хирургического лечения стенозов сонных артерий более 60% в острой период ОНМК по ишемическому типу. Материал и Методы: В период с 01.01.2013 по настоящее время в ГКБ № 36 прооперированно 140 пациентов с стенотическим поражением сонных артерий. Из них в исследование было включено 97 больных, перенесших ОНМК. Среди оперированных больных мужчин 72 (74,2%), женщин 25 (25,8 %). Средний возраст составил 64+6,2 года. Перед операцией всем больным проводилось УЗАС БЦА с ТКДГ и мультиспиральную компьютерную томографию интра и экстракраниальных артерий с контрастированием с оценкой степени стенозов и состояния Вилизиева круга и осмотр невролога для оценки неврологического статуса. Все операции проводились под эндотрахеальным наркозом в сочетании с блоком шейного сплетения Интраоперационно проводилось измерение ретроградного давления для решения вопроса об использовании внутрипросветного шунта. При ретроградном давлении менее 40 мм рт.ст. устанавливался внутрипросветный шунт. Оперированные пациенты были разделены на две группы: первая группа 32 больных, которым выполнена операция каротидная эндартерэктомия при стенозах ВСА более 60% в период до 3 недель после перенесенного ОНМК по ишемическому типу с восстановлением неврологической симптоматики до 3 баллов по шкале Рэнкина. Вторая группа 65 пациентов, которым выполнена операция каротидная эндартерэктомия при стенозах ВСА более 60% через 2 месяца после перенесенного ОНМК. Результаты: В первой группе средний возраст пациентов составил 63+4,2года, в во второй 65+3,4года. Длительность операции в первой группе составило 74+11,2 мин, во второй 80+3,5мин. Длительность пережатия сонных артерий составила в первой группе

115

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

20+2,6мин, во второй 22+3,5мин. Внутрипросветный шунт использовался в первой группе у 3 (9,4%) больных, во второй группе у 7 (10,8%) больных. Средний койко-день в стационаре после операции составила в первой группе 4+1,2 дня, во второй группе 5+0,1 дня. Летальных исходов или очаговой неврологической симптоматики после операции не наблюдалось в обеих группах. В ближайшем послеоперационном периоде в каждой из групп наблюдалось осложнение в виде гематом послеоперационных ран. Выводы: Сравнимые группы не отличались по среднему возрасту и полу, не выявлено существенной разницы по частоте использования внутреннего шунта и длительности пережатия сонных артерий и длительности лечения после операции. Летальных исходов и повторных ОНМК в ближайшем послеоперационном периоде не было. Полученные результаты показали высокую эффективность и безопасность хирургического лечения значимых стенозов в острой стадии ишемического нарушения мозгового кровообращения, что безусловно важно с точки зрения профилактики повторных инсультов.

---

#### 115.РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ АОРТО-ПОДВЗДОШНОГО СЕГМЕНТА ПО ТИПУ С И D ПО КЛАССИФИКАЦИИ TASC II

Папоян С.А.(2), Щеголев А.А.(1), Квицаридзе Б.А.(2), Красников А.П.(2), Мутаев М.М.(1), Громов Д.Г.(2), Радченко А.Н.(2)

Москва

1)ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России2)ГБУЗ ГКБ № 36, Региональный сосудистый центр (Москва)

Цель: Оценить непосредственные результаты эндоваскулярного лечения больных с атеросклеротическим поражением аорто-подвздошного сегмента. Материалы и методы: с 2013 по настоящее время в отделении сосудистой хирургии РСЦ ГКБ № 36 прооперированы 117 пациентов с поражением аорто-подвздошного сегмента. Средний возраст пациентов составил 69±2,2 лет. Мужчин - 101 (86,3%) женщин — 16(13,7%). Все пациенты страдали гипертонической болезнью 2–3-й степени. ИБС различной степени тяжести (СН 2–3 ФК) страдали 46 (39,4%) пациентов, ПИКС — у 43 (37,3%). АКШ в анамнезе у 3 (2,56%) пациента. У 7 (6%) пациентов в анамнезе было стентирование коронарных артерий. Мерцательная аритмия у 24 (12,1%). Сахарный диабет у 24 (10,2%) пациентов. Предшествующая операция на органах брюшной полости у 12 больных(10,2%). По классификации хронической ишемии нижних конечностей Фонтейн-Покровского пациенты делились: 2Бст. - 85(72,7%) пациента, 3ст. – 21 (18,1%) пациента, 4ст. – 11 (9,2%). По классификации TASC II пациенты разделились следующим образом 67 (57,3%) пациентов с поражением по типу А, 19 (16,2%) – по типу В, 11 (9,4%) – по типу С и 20 (17%) – по типу D. Перед операцией всем больным проводилось УЗАС артерий нижних конечностей с измерением лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ), мультиспиральная компьютерная томография аорты и артерий нижних конечностей с контрастированием с оценкой дистального русла. В группе больных с поражением по типу D, у четырех пациентов имелась окклюзия терминального отдела аорты и ОПА с обеих сторон. В двух случаях у пациентов с поражением по типу D были выполнены гибридные операции (ТЛАП, стентирование ОПА и эндартерэктомия из НПА). Перед операцией среднее значение ЛПИ составляло 0,4. Проанализированы результаты лечения больных с поражением типа С и D. Результаты: Во всех случаях выполнялась механическая реканализация гидрофильными проводниками и стентирование подвздошных артерий. Технический успех в группе с поражением по типу С составил 100%. У двух пациентов с поражением по типу D, первично не удалось реканализовать окклюзированные участки (в первом случае - терминальный отдел аорты с двухсторонней окклюзией подвздошных артерий, во втором - односторонняя окклюзия подвздошных артерий). Пациентам, в дальнейшем выполнена шунтирующая операция. В итоге технический успех в группе с поражением по типу D составил 90%. Ишемия регрессировала у всех больных. Средний прирост ЛПИ составил 0,2. Заключение: Согласно TASC II (Межобщественный консенсус по ведению пациентов с заболеванием периферических артерий) для поражения по типу D методом выбора является хирургическое вмешательство - аорто-бедренное бифуркационное шунтирование. Наш опыт, как и данные

116

литературы говорит о возможности эндоваскулярной хирургии при лечении пациентов с поражением по типу С и D и позволяет достичь хороших непосредственных результатов. Технический успех при поражении типа С достигает 100% при поражении типа D 90% при отсутствии осложнений.

---

## 116. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ.

Дану М., Павлюк Г., Круду О., Писаренко С.

Кишинёв

Молдавский государственный университет медицины и фармации им. Николая Тестемицану

Для сахарного диабета характерно поражение как мелких (микроангиопатия), так и крупных сосудов (макроангиопатия) с выраженным болевым синдромом. По данным различных авторов (Asburg A.K., Fields H.V., Pricet, Dubner R.T.) патология сопровождается поражением периферических нервов, а также суставов. Пролiferация эндотелия, утолщение базальных мембран, отложение мукополисахаридов в стенках приводит к сужению и облитерации просвета и, как следствие, к гипоксии тканей, в результате чего появляется воспалительный процесс в виде язвы или гангрены. Цели и задачи. На анализе клинических наблюдений оценить эффективность лечения препаратами - Лецитин, Хитозан, а также эффективность использования в комплексном лечении наноплазменного аппарата «Rotor» у пациентов с диабетической стопой, имеющих в сопутствующей патологии цирроз печени. Материалы и методы: В клинике с 2012 по 2014 лечились 145 больных, в возрасте 40-70 лет и 35 больных в возрасте от 20 до 40 лет. У 65 больных были явления нейропатии с потерей глубокой чувствительности и полиневрита различной степени тяжести (от чувства жжения и онемения до выраженного болевого синдрома) – I степень. У 55 больных со II степенью были трофические язвы пальцев и стопы с инфицированием плантарного пространства и остеомиелитом костей дистального отдела стопы. У 25 больных с III степенью наблюдались ещё более выраженные дистрофические изменения - в 15 случаях была сухая гангрена, у 10 – влажная. Комплексное обследование включало: общеклинические и биохимические методы исследования, УЗИ, доплерографию сосудов нижних конечностей, реовазографию. Результаты: Проведенные исследования показали повышенный уровень аммиака – мочевины и выраженный дисбаланс аминокислот плазмы крови, которые являются ведущими звеньями в развитии печёночной недостаточности (ПН) и печёночной энцефалопатии (ПЭ), а также снижение иммунобиологических реакций организма. Комплексное лечение включало препараты, улучшающие реологические свойства тканей, спазмолитики, витаминотерапию, гепатопротекторы, плазму и плазмозаменители, иммуностимуляторы, антибиотикотерапию в сочетании с местным лечением. В течение последних 5 лет к вышеперечисленному лечению мы добавили препараты Хитозан и Лецитин, относящиеся к биологическим добавкам. По нашим наблюдениям, это привело к нормализации дисбаланса аминокислот плазмы и повышению иммунитета. У 65 больных проводилось местное лечение с использованием наноплазменного аппарата «Rotor», изобретённого V. Rudenko. Методика заключалась в следующем: активный электрод накладывался на поражённый участок нижней конечности на 10-12 минут ежедневно, всего 12-14 процедур. Анализ наших результатов показал, что у 65 больных на 2-3 день отмечался положительный эффект, - уменьшение чувства жжения и болевого синдрома в зоне пограничного участка. 55 пациентов после проведенного лечения были оперированы. У 25 больных с диабетом тяжёлой степени и циррозом печени процесс протекал по типу сухой гангрены (10 больным проведена ампутация на уровне верхней трети голени, у 6 больных – ампутация на уровне верхней трети бедра). Послеоперационный период протекал благоприятно. У 15 больных с длительным течением заболевания была произведена поясничная симпатэктомия, 5 из них в последующем были оперированы – ампутация конечности на уровне верхней трети бедра, в 10 случаях удалось сохранить нижнюю конечность. Результаты и обсуждение: Послеоперационная летальность составила 46% (7 пациентов). Проведенные исследования позволяют рекомендовать использование препаратов Лецитин, Хитозан и наноплазменный аппарат «Rotor» в лечении диабетической стопы у больных сахарным диабетом, как в дооперационном, так и послеоперационном периоде.

117. Хирургическое лечение повреждений печени

Зурнаджянц В.А., Одишелашвили Г.Д., Пахнов Д.В., Исмаилов Э.Х.

Астрахань

Зурнаджянц В.А.(1), Одишелашвили Г.Д.(1,2), Пахнов Д.В (1), Исмаилов Э.Х.(1) ГБОУ ВПО Астраханский ГМУ Минздрава России) ГБУЗ АО АМОКБ

Нами проанализировано 312 историй болезни больных, находившихся на лечении в хирургических клиниках г. Астрахани по поводу повреждений печени. Из 312 больных с повреждениями печени у 148 пациентов были применены разработанные способы остановки кровотечения. В каждой группе больных в зависимости от характера ран нами был проведен анализ результатов оперативного лечения повреждений печени, выработаны показания к применению разработанных способов остановки кровотечения, определен план ведения послеоперационного периода, проведены сравнительная оценка применения разработанных способов остановки кровотечения с известными. Проведенный анализ показал, что чаще всего практические хирурги использовали узловую, «П», «8», «Z» - образные швы. Используя только один шов они не всегда достигали гемо-желчестазы и поэтому прибегали к дополнительной пластике сальником на ножке, круглой связкой печени, диафрагмой, гемостатической губкой даже при точечных ранах до 1 см в длину. Иногда при ранах от 1 до 2 см в длину применялись два, а то и три шва, что вызывало дополнительную травму печени и усиление кровотечения. В связи с чем, в конце операции с гемостатической целью применялся марлевый тампон, который отвергнут как отечественными, так и зарубежными авторами. Использование пластического материала при линейных ранах намного удлиняет операцию, не гарантируя от образования абсцессов в ране печени, от некроза самого пластического материала под действием желчи. В одном случае при применении сальника на ножке возникла острая стронгуляционная непроходимость. С 1986 года нами применяются разработанные гемостатические швы при ранах печени. Петлевой «П» -образный шов (Авт.св.№ 149147) и двойной «8»-образный шов (Авт.св.№1630794). Полученные результаты применения разработанных гемостатических швов при линейных ранах печени, позволили нам отказаться от применения марлевых тампонов, подкладочного и пластического материалов. Разработанные швы применяются в зависимости от длины раны независимо от их глубины, их можно накладывать на раны различной локализации. Осложнений связанных с гемостазом и желчестазом не было. Средний послеоперационный койко-день составил при ушивании линейных ран - 11,2, что меньше на 4,9, чем в контрольной группе и при ушивании сквозных ран - 9, что меньше на 8,7 чем в контрольной группе. При ушивании разрозненных ран печени важны два момента: это выбор надежного гемостатического шва и выбор пластического материала. Что касается известных тканей (сальник, круглая связка, диафрагма), которые применялись у наших больных, нужно отметить, что диафрагму можно использовать при ранах диафрагмальной поверхности печени (2,7,8 сегменты), но не всегда, поскольку раны могут быть обширными. Круглую связку можно применить при ранах 4 сегмента, частично 3 и 5, но учитывая строение круглой связки, нужно сказать, что она недостаточно герметична. Что касается сальника, то по данным многих авторов он недостаточно обладает гемостатическим эффектом, пористый, под действием желчи некротизируется и может секвестрироваться. По нашему мнению здесь подойдут пластические материалы, имеющие серозную поверхность. Мы применяли серозно-мышечно-подслизистый лоскут из большой кривизны желудка на сосудистой ножке (Патент на изобретение №2007133). Он достаточно герметичный, за счет длины сосудистой ножки можно укрыть рану в любом сегменте печени. Данный трансплантат не склерозизируется и обладает способностью реваскуляризации раневой поверхности печени. Из пролеченных 312 больных у 51 больного (16,3%) оперированных по поводу повреждений печени, наблюдались различные осложнения. Чаще всего это были шок и острая кровопотеря (28 больных), нагноение послеоперационных ран (6 больных), которые зажили вторичным натяжением, желчный свищ (5 больных), что говорит о недостаточных желчестатических свойствах узлового, «П» и «8» - образных швов. У одного больного - развитием острой спасечной кишечной непроходимости, повлекшей за собой кишечные свищи, разлитой гнойно-фибринозный перитонит. При применении разработанных способов осложнений связанных с кровотечением и желчеистечением не было. Из 312 больных умерло 12 человек (3,8%). Половина больных



(1,9 %) погибли от шока и острой кровопотери, вызвавших необратимые изменения в жизненно важных органах и системах из них двое умерло на операционном столе. У одного больного сразу после операции было отмечено внутрибрюшное кровотечение, что потребовало релапаротомии. Причиной кровотечения был недостаточный гемостаз при ушивании раны «Z» - образным швом. Двое умерло от развившегося разлитого желчного перитонита, из-за желчеистечения из ушитых ран печени «П» и «8» - образными швами. Один больной погиб от печеночно-почечной недостаточности. Двое больных погибли от сердечно-сосудистой недостаточности на фоне острой кровопотери. Таким образом, полученные данные показывают преимущество разработанных способов над известными и позволяют рекомендовать их в широкую клиническую практику.

---

## 118. АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Мухин А.С., Отдельнов Л.А.

Нижний Новгород

Нижегородская государственная медицинская академия Минздрава России

Цель исследования: проанализировать случаи летальных исходов от перфоративных гастродуоденальных язв (ПГДЯ), показать ошибки, допущенные на различных этапах оказания медицинской помощи, и предложить пути их профилактики. Материал и методы: произведен ретроспективный анализ 41 летального исхода больных с ПГДЯ за период с 2003 по 2012 гг. Мужчин было 19, женщин – 22. Преобладали больные пожилого и старческого возраста (63,4%). 26 пациентов обратились за медицинской помощью позднее суток с момента начала заболевания. Обзорная рентгенография брюшной полости выполнена 18 больным, при этом свободный газ был выявлен лишь у 6. Лапароцентез выполнен 15 пациентам и оказался информативным у 13. ФГДС ни в одном из 3 случаев не выявила перфорацию. Перфорация сочеталась с другими осложнениями язвенной болезни в 8 случаях: с кровотечением – у 6 больных, с пенетрацией в поджелудочную железу – у 5 (в т.ч. у 5 больных перфорация сочеталась и с кровотечением, и с пенетрацией). Перфорации язв желудка были у 17 больных (пилорический отдел n=6, тело n=6, задняя стенка n=2), язв двенадцатиперстной кишки – у 24 (в т.ч. у 2 – перфорации задней стенки). Результаты и обсуждение: после первичного осмотра хирургом приемного отделения диагноз перфоративной язвы был установлен лишь у 10 больных. Из 41 пациента оперированы 34 (82,9%), при этом 32,4% больных оперированы позднее суток с момента поступления. Ушивание перфорации произведено 31 пациенту, резекция желудка – 3. В 6 случаях имели место послеоперационные осложнения. Релапаротомии выполнялись 11 больным (до 4 санаций лапаростомы). Выявлен ряд особенностей, в той или иной степени обусловивших неблагоприятный исход. К некорректируемым факторам можно отнести позднее обращение за медицинской помощью и преобладание больных пожилого и старческого возраста, имевших «стертую» клиническую картину основного заболевания, а также сопутствующую патологию. Ошибки диагностики можно связать с нетипичной клинической картиной при прикрытых перфорациях и сочетаниях осложнений язвенной болезни с невыполнением рентгенографии брюшной полости и, в сомнительных случаях, лапароцентеза. Ряд больных имел «зеркальные» язвы, не диагностированные интраоперационно и явившиеся источниками осложнений в послеоперационном периоде. К ошибкам хирургической тактики можно отнести продолжительную предоперационную подготовку при наличии показаний к экстренной операции, отказ от первичной лапаростомии и выполнение релапаротомий «по требованию», что обуславливало позднюю диагностику продолжающейся контаминации брюшной полости. Выводы: Диагноз ПГДЯ должен целенаправленно исключаться у больных пожилого и старческого возраста. Обязательно выполнение клинического минимума, а в сомнительных случаях – лапароскопии (лапароцентеза с лабораторным исследованием промывных вод). Отсутствие свободного газа под диафрагмой не исключает ПГДЯ. ФГДС малоинформативна. Необходимо помнить о возможности прикрытой перфорации, сочетании осложнений язвенной болезни и наличии «зеркальных» язв. По показаниям следует выполнять лапаростомию. Релапаротомии должны выполняться «по программе».

## 119. ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

Лукоянова Г.М.(1), Обрядов В.П.(2), Цидрава Г.Ю.(3), Рожденкин А.Е.(3)

Нижний Новгород

1) ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России 2) ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница» 3) ФГБУ «Нижегородский научно-исследовательский институт детской гастроэнтерологии» Минздрава России

Радикальным способом снижения портального давления в системе воротной вены при ее блокаде и предупреждения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка является портосистемное шунтирование. Показаниями к хирургическому лечению служат кровотечения из варикозных вен пищевода и желудка и высокой степени риска их возникновения. В отделении хирургии прооперировано 102 больных в возрасте от 2 до 18 лет с портальной гипертензией, причиной которой у 89 детей была патология воротной вены, у 13 – цирроз печени. Длительность заболевания составила от 6 до 12 лет. Пищеводно-желудочные кровотечения имели место у 79 больных (77,4 %) детей. У третьей части из них они были повторными, а 12,2 % случаев эпизоды геморрагий наблюдались трижды. У 23 (22,5 %) детей кровотечений не было, но существовала угроза их. Из декомпенсированных сосудистых анастомозов предпочтение отдавали спленоренальному (СРА) или спленокавальному (СКА), как наиболее физиологичным. Мезентерикокавальная Н-шунт использовали в тех случаях, когда сосуды верхнебрыжеечной вены не позволяли сформировать анастомоз между ней и нижней полой веной. Н-шунтирование чаще применяли при повторных операциях после ранее удаленной селезенки и у детей до 5 лет из-за малого диаметра сосудов. СРА чаще всего формируют по типу конец в бок. Однако у детей диаметр селезеночной вены часто бывает недостаточным для наложения хорошо проходимого соустья, что увеличивает риск тромбоза и снижает адекватность сброса. Мы применяем боковые терминальные анастомозы в собственной модификации. Наряду с шунтирующими операциями применяют эндоскопическое склерозирование вен пищевода, как с целью остановки кровотечения, так и с целью профилактики кровотечений. [1, 2, 5]. Эндоскопическое склерозирование было проведено у 23 больных, у 18 из них оно было проведено 3% тромбоваром. У 6 больных склерозирование проведено с целью остановки кровотечения, у остальных – с целью его профилактики. Всего проведено 24 сеанса, 3 больным склерозирование производилось дважды. У 5 больных склерозирование выполнено по методике foam-form. С этой целью использовали 1% этоксисклерол, смешивая его с воздухом в соотношении 1:3 до получения пенной субстанции. Преимуществом данной методики является то, что полученная субстанция распространяется по пораженным венам мгновенно во все стороны, убирая большой объем крови и воздействуя на большую площадь пораженных сосудов. После данной методики рецидивов кровотечений не наблюдалось в течение двух лет. После операции все больные обследуются через 6 месяцев и затем ежегодно в течение 5 лет, в последующем индивидуально, что позволяет своевременно выявить рецидив варикозного расширения вен и, с целью профилактики кровотечений, произвести склерозирование варикозных узлов. Таким образом, комбинированное лечение, включающее портокавальное шунтирование и эндоскопическое склерозирование вен пищевода, улучшает результаты лечения портальной гипертензии у детей.

---

## 120. Редкое осложнение желчнокаменной болезни

Джумабеков А.Т., Калымбетов Р.Б., Абуов С.М., Жарменов С.М., Жораев Т.С., Артыкбаев А.Ж.

Алматы, Республика Казахстан

Казахский медицинский университет непрерывного образования

Введение. Желчнокаменная острая кишечная обтурационная непроходимость относится к числу редких заболеваний – в 0,3 – 2,1% по отношению ко всем другим видам острой кишечной непроходимости, и наблюдается у 0,2 – 0,6% больных желчнокаменной болезнью. Следствием образования внутренних билиодигестивных свищей и миграции желчных камней в просвет тонкого кишечника является обтурационная кишечная непроходимость. Чаще внутренние свищи образуются между желчным пузырем и двенадцатиперстной кишкой. Цель: улучшить диагностику и результаты лечения острой желчнокаменной тонкокишечной непроходимости. Материал и методы. С 2007 по 2014 гг на хирургической базе кафедры (ЦГКБ г Алматы) находились 5 пациенток с желчнокаменной непроходимостью. Это были женщины пожилого и старческого возраста, от 62 до 83 лет. Результаты. Кишечные аркады, горизонтальные уровни жидкости обнаружены на первичных и контрольных рентгенограммах брюшной полости у всех 5 пациенток, которым проводились рентгенологические исследования. Выявление на рентгенограммах признаков билиодигестивного свища (наличие газа в желчных протоках, тени конкремента вне зоны желчного пузыря, переход контрастной массы из двенадцатиперстной кишки в желчный пузырь и желчные протоки) дает возможность судить об истинной природе заболевания. Типичный симптом внутренних желчных свищей – аэрохолия – рентгенографическим методом выявлен только у 1 больной. Более информативно УЗИ брюшной полости, которое было выполнено всем больным. Этот метод позволил выявить камни в желчном пузыре у 4 больных, газ в пузыре и протоках – у 1, гастростаз – у 3, пневматоз тонкой кишки – у 3, маятникообразную перистальтику – у 3, свободную жидкость в брюшной полости – у 3 обследованных. У всех больных во время операции обнаружен холецистодуоденальный свищ, обтурирующий камень располагался на разных уровнях тонкой кишки, на расстоянии 1 – 1,5 м от связки Трейца. Чаще всего камень останавливается. Желчные камни достигали 5 - 7 см в длину, 3 - 5 см в диаметре. В подпеченочном пространстве у всех больных отмечался выраженный спаечный процесс либо плотный инфильтрат. У 4 оперированных больных по поводу желчнокаменной тонкокишечной непроходимости холецистэктомии не производилась, в отдаленном послеоперационном периоде повторных обращений не было. У одной произведена холецистэктомия наряду с энтеролитотомией, так как в анамнезе уже имела операция по поводу острой желчнокаменной тонкокишечной непроходимости. Выводы. Таким образом, особенности желчнокаменной непроходимости заключаются в ее волнообразном течении, медленном прогрессировании с периодами мнимого благополучия. Диагноз желчнокаменной непроходимости ставится на основании данных анамнеза о наличии желчнокаменной болезни, динамического клинического наблюдения, рентгеноконтрастного исследования брюшной полости и особенно на результатах динамического УЗИ. Операцией выбора при желчнокаменной непроходимости является энтеролитотомия. Одномоментная ликвидация кишечной непроходимости и разобщение свища выполняются по строгим показаниям.

---

121. Хирургическая тактика при анаэробном парапроктите.

Тимербулатов М.В., Тимербулатов Ш.В., Мехдиев Д.И.

Уфа

БГМУ

Острый парапроктит среди хирургических инфекций мягких тканей занимает одно из ведущих мест, сопровождается тяжёлой интоксикацией, синдромом системной воспалительной реакции и иногда сепсисом. Основные принципы хирургического лечения острого парапроктита: радикальное иссечение гнойно-некротических тканей в колоректальной клетчатке, эффективное дренирование и лаваж остаточной гнойной

полости, устранение входных ворот инфекции (крипэктомия, криптотомия), системная антибактериальная, дезинтоксикационная терапия. Особую проблему при остром парапроктите составляют анаэробные, гнилостно-гангренозные формы, которые в структуре острого парапроктита, по нашим данным, составили 2,2%. При анаэробном парапроктите, все вышеуказанные принципы хирургического лечения не могут быть применены, лечебные мероприятия включают максимально возможную некрэктомию, широкое дренирование, иногда и открытое ведение, массивную антибактериальную, дезинтоксикационную терапию, в некоторых случаях респираторную поддержку и гипербарическую оксигенацию. Под нашим наблюдением было 27 больных с анаэробным парапроктитом за последние 10 лет. Средний возраст больных составил 50,5 лет. В большинстве случаев был задний острый парапроктит (48%), передняя, боковые локализации – по 12%, в 16% некротический процесс охватывал соседние клетчаточные пространства. В 2 случаях был рецидивный анаэробный парапроктит. Сахарный диабет был у 20%, а также у 2 из 4 умерших. При неклостридиальном парапроктите газообразование выражено слабо или отсутствовало, кажа над гнойником, в отличие от анаэробной гангрены, не имеет бронзовой окраски. Уточнению диагноза помогает микроскопия операционных образцов, экссудата, УЗИ и КТ. Достаточно точным методом дифференциальной диагностики анаэробного и гнойного парапроктита является исследование хемилюминесценции плазмы крови. КТ является наиболее точным методом исследования. Нами, на основании клинических, лабораторных, инструментальных методов исследования, разработана дифференциально-диагностическая таблица. Для выбора адекватной лечебной тактики важно определить распространённость гнойно-некротического процесса по клетчаточным пространствам. Для обоснования хирургической тактики, с нашей точки зрения, целесообразно использование классификации инфекций мягких тканей по D.H. Ahrenholz (1991) и анаэробные парапроктиты следует отнести к IV уровню поражения. Конкретизация уровня поражения по данной классификации нацеливает хирурга на уточнённую до- и интраоперационную диагностику, определённый комплекс дополнительных методов лечения. Известно, что существует достаточно чёткая связь уровня инфекционного поражения и определённого набора микроорганизмов, являющихся причиной развития гнойного процесса (С.А. Шляпников, Н.Р. Насер, 2006). Существование такой уровнево-микробиологической зависимости позволяет выбрать рациональную стартовую антибактериальную терапию. При анаэробном парапроктите в качестве препаратов I ряда нами использовался цефоперазон/сульбактам, цефалоспорины III поколения + метронидазол, карбапенемы. Все больные оперированы в экстренном порядке под наркозом, при необходимости после предоперационной подготовки (гипотензия, инфекционно-токсический шок, ацидоз, коррекция сопутствующей кардиореспираторной патологии). Во время операции максимально иссекали некротические ткани, некротизированные фасции, выполняли фасциотомию, широкое открытое дренирование, устанавливали системы для проточного промывания, у 4 больных с распространением анаэробного процесса в область мошонки (гангрена Фурнье), передней брюшной стенки, вмешательства выполнялись в этих областях с некрэктомией, фасциотомией. Послеоперационная летальность составила 16%, в том числе у тех умерших были определены клостридии. Во всех случаях смерть наступила в течение I недели после госпитализации, во всех случаях констатирован острый тяжёлый сепсис, инфекционно-токсический шок, у 1/2 умерших был декомпенсированный сахарный диабет. Сроки стационарного лечения были продолжительными – в среднем 25,8 дня (от 20 до 37 дней). В 13 случаях потребовались повторные операции для вскрытия затёков, некрэктомии и для гемостаза при аррозивном кровотечении.

---

122. Ненатяжная герниопластика при ущемленных паховых грыжах.

Гарипов Р.М., Тимербулатов Ш.В., Ахмеров Р.Р.

Уфа

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ»

Введение. Паховая грыжа самый распространенный тип грыж. За последнее столетие для лечения паховых грыж предложено свыше 300 способов и различных модификаций радикальных операций, из которых только немногие нашли широкое применение в хирургической практике. Одним из главных факторов,

вызывающее развитие паховых грыж у взрослых является ослабление поперечной фасции в результате коллагеновой недостаточности. Считается, что поперечная фасция обладает слабой внутренней прочностью и сама по себе она является далеко не лучшим материалом для пластики грыжевых ворот. При герниопластике применение этой заведомо ослабленной ткани, особенно с натяжением, совершенно неприемлемо, в то время как полное укрепление задней стенки пахового канала с помощью эндопротеза, без натяжения тканей можно считать методом более эффективным (L.L.Lichtenstein,1970; P.K.Amid et al.,1994). Ущемленная грыжа – самое грозное осложнение и требует экстренного оперативного лечения. По нашим данным ущемленные паховые грыжи составили 3,4% от всех паховых грыж, поступивших в стационар. Цель исследования. Изучить эффективность герниопластики по Lichtenstein при ущемленных паховых грыжах. Материал и методы. Ретроспективно проанализированы результаты герниопластики по Lichtenstein при ущемленных паховых грыжах у 168 больных, находившихся в клинике с 2004 по 2014 г. Гендерная структура: мужчин - 108(64,3%), женщин - 60(35,7%). Средний возраст больных составил 55+/- 2,4 года. Первичная грыжа наблюдалась в 156 (92,8%) случаях, рецидивная – 12 (7,2%) Сроки поступления больных в стационар до 6 часов составляли в 64 (38,1%) случаях, от 6 до 12 часов –46 (27,4%), от 12 до 24 часов- 38 (22,6%), свыше 24 часов в 20 (11,9%) случаях. По виду ущемленного органа: ущемление сальника – у 86 (51,2%) больных, кишечника – 58 (34,5%), смешанное – 24(14,3%) По степени перекрытия просвета ущемленного кишечника: полное – 52 больных, неполное (пристеночное ущемление - грыжа Рихтера - Литтре) - 13, в) без перекрытия просвета (дивертикул Меккеля, червеобразный отросток) - 2. В диагностике кроме общепринятых клинических исследований проводили рентген-исследование органов брюшной полости, УЗИ. Больных в случае самопроизвольного вправления в приемном отделении без введения анальгетиков и спазмолитиков, насильственного вправления госпитализировали для динамического наблюдения. Оперативные вмешательства производились под эндотрахеальным наркозом с миорелаксантами или спинальной анестезией. Задача операции при ущемленной грыже заключалась в ликвидации ущемления и освобождении органа путем рассечения ущемляющего кольца, обследовании ущемленного органа и решении вопроса о его жизнеспособности, резекции некротизированного участка, удалении грыжевого мешка и пластике грыжевых ворот. Ускользнувший в брюшную полость ущемленный орган осматривали путем перехода на герниолапаротомию или ниже-срединную лапаротомию. В своей практике мы использовали сетчатый эндопротез из инертного материала полипропилена. Противопоказаниями к установке сетки являлись ущемленная грыжа с некрозом кишки, флегмона грыжевого мешка и отказ пациента от установки сетки. Основные этапы оперативного вмешательства по Lichtenstein при паховых грыжах – разрез кожи, рассечение апоневроза наружной косой мышцы, разделение элементов семенного канатика, выделение грыжевого мешка и его обработка выполнялись по традиционной методике. Перед проведением пластики стандартную сетку моделировали по размерам разрушения задней стенки пахового канала, затем сетку укладывали позади семенного канатика. Фиксацию сетки начинали путем подшивания ее П-образным узловым швом к надкостнице лонной кости полипропиленовой нитью 2/0, затем сетку к пупартовой связке подшивали непрерывным швом. Этап подшивания – к внутренней косой мышце выполняли узловыми швами, чтобы избежать захвата подвздошно - пахового нерва, при этом сетку подшивали как можно выше, где мышца имеет сухожильную часть. Результаты. Из числа оперированных больных в раннем послеоперационном периоде наблюдались осложнения со стороны послеоперационной раны: инфильтраты в 16 (9,5%) случаях, серомы – 9 (5,3%), нагноение - 2 (1,2%). Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии. В позднем послеоперационном периоде при сроках наблюдения от 3 месяцев до 4 лет выявлялись: сохранение хронического болевого синдрома у 7 (4,2%) пациентов, грубый послеоперационный рубец – 4 (2,3%), рецидив грыжи – 2 (1,2%), невралгия латерального кожного нерва – 2 (1,2%). Выводы. Методика ненапряжной герниопластики по Lichtenstein при ущемленных паховых грыжах обладает доступностью, малой травматичностью и значительным уменьшением числа рецидивов.

---

123.Способ эндоскопически ассистированной остановки кровотечения из язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

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

Уфа

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ»

Проведен анализ результатов обследования и лечения 2956 больных с кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ), находившихся в клинике хирургии с курсами эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИПО БГМУ на базе больницы скорой медицинской помощи Минздрава Республики Башкортостан за 2004-2014 гг. В структуре причин кровотечений из ВОПТ острые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки составляли 776 (26,2%) больных, хронические – 422 (14,3%). По нашим данным гастродуоденальные кровотечения язвенной природы составляют 40,5 % и продолжают оставаться наиболее частой причиной кровотечений из ВОПТ. В своей практике мы используем наиболее простую, высоко достоверную и часто используемую в эндоскопической практике классификацию, которая была предложена Forrest J.A.H. (F). Эндоскопическое заключение, которое составлено на основе указанной классификации, по общему правилу, отвечает на вопросы, стоящие перед врачом-эндоскопистом: 1) продолжается ли кровотечение, 2) выявить локальную причину кровотечения, в случае остановившегося кровотечения определить степень риска его возобновления, 3) установить показания для проведения местного лечения и его вида, 4) при необходимости принять решение о возможностях эндоскопического гемостаза. Показаниями к проведению экстренной операции являлись: 1. Кровотечения уровня F1a и также неэффективность эндоскопического гемостаза кровотечения уровня F1b. При безуспешной попытке первичного эндогемостаза, экстренная операция на фоне консервативной терапии являлась единственным способом лечения; 2. Рецидив кровотечения в стационаре; 3. Высокий риск рецидива кровотечения без положительной динамики (чаще наблюдается при наличии местных и общих факторов); 4. Кровотечение F2a – трудная локализация источника кровотечения для эндоскопического внутриспросветного гемостаза; 5. Объем кровопотери более 1500 мл. Предлагаемый нами способ оперативного вмешательства при кровотечениях из язвы желудка и двенадцатиперстной кишки выполнялся в операционной, оснащенной гастроскопом и комплектом аппаратуры и инструментария для проведения эндохирургических оперативных вмешательств. Параметры гастроскопа: – оптические гастроскопы – поле зрения в среднем 100 градусов, – изгиб дистальной части вверх 180 градусов, вниз 90 градусов, вправо – влево 100 градусов. – поле зрения видеогастроскопов составляет от 120 до 145 градусов, – изгиб дистальной части вверх 210 градусов, вниз 90 градусов, вправо – влево 100 градусов. Кроме базового инструментария и аппаратуры операционная оснащалась общехирургическим инструментарием, комплектом инструментов «Мини-ассистент» с учетом того, что эндохирургическое оперативное вмешательство может потребовать перехода на минилапаротомный доступ или на традиционную широкую лапаротомию. Эндоскопический этап операции выполнял врач-эндоскопист и медицинская сестра. Операционная бригада для выполнения лапароскопического оперативного вмешательства состояла из двух хирургов, операционной медицинской сестры и младшей медицинской сестры, которая управляла работой электрохирургического блока, источником света и электрокоагулятора. Способ эндоскопически ассистированного оперативного вмешательства выполняли у 52 больных в возрасте от 23 до 78 лет при язвах желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнённых острым кровотечением (FI, FII) при невозможности добиться устойчивого гемостаза через гастроскоп при следующих локализациях источника кровотечения: 1. Передняя стенка тела желудка – верхняя, нижняя и средняя трети большой кривизны и малой кривизны, угол и угол желудка; 2. Передняя стенка антрального отдела желудка, в том числе препилорическая область и привратник; 3. Луковица двенадцатиперстной кишки. Основные этапы операции: Под интубационным наркозом врач – эндоскопист под визуальным контролем через гастроскоп определял источник кровотечения и при невозможности эндоскопической остановки кровотечения, указывал не отходя от источника кровотечения его локализацию. Хирургическая бригада с использованием эндохирургического комплекса и набора инструментов производила прошивание сосудов П-образными швами через все слои атравматической иглой нитью «Викрил» (№4) без вскрытия полости желудка или двенадцатиперстной кишки. Адекватность остановки кровотечения путем прошивания подходящих сосудов к источнику кровотечения контролировал врач-эндоскопист через гастродуоденоскоп. Оперативное вмешательство завершали после тщательного контроля гемостаза ушиванием троакарных ран и установкой контрольного назогастрального зонда. Контрольные исследования (ЭГДС) выполняли по показаниям. Из числа оперированных больных в 4 (8,3%) случаях в связи с обширной зоной инфильтрации вокруг язвы, требующие наложения швов с натяжением, локализацией язвенного процесса в области привратника с целью предупреждения его стеноза произведена конверсия для выполнения оперативного вмешательства традиционными методиками (прошивание сосудов через гастротомию, дуоденотомию, клиновидная резекция и др.). Осложнений после выполнения оперативного вмешательства по данной методике в раннем и позднем послеоперационном периодах не

наблюдала. Таким образом, способ эндоскопически ассистированной остановки кровотечения из язвы желудка и двенадцатиперстной кишки позволял произвести адекватный гемостаз без вскрытия их просвета.

---

124. Тактический подход в лечении больных с ущемленными послеоперационными вентральными грыжами.

Попов А.Ю., Петровский А.Н., Губиш А.В., Замша Д.Г., Григоров С.П.

Краснодар

Научно-исследовательский институт — Краевая клиническая больница №1 им. С.В. Очаповского

Несмотря на успехи современной медицины и внедрение в медицинскую практику малоинвазивных технологий, количество больных с послеоперационными вентральными грыжами не имеет тенденции к уменьшению. Согласно многочисленным литературным данным, этот факт связан как с повышением доступности хирургического лечения, более высоким уровнем диагностики и увеличением абсолютного числа вмешательств на органах брюшной полости, так и с увеличением доли лиц пожилого и старческого возраста в общей популяции и с низкой личной культурой. За период с 2007 г. по 2010 г. в нашем стационаре находились на лечении 447 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами, из которых 27 больных (6,04%) поступили в экстренном порядке с явлениями острой кишечной непроходимости и/или клиникой ущемления. После проведенного дообследования и предоперационной подготовки все экстренно поступившие больные были прооперированы в объеме грыжесечения, устранения явлений спаечной кишечной непроходимости (при наличии показаний), пластики передней брюшной стенки. 4 больным (14,81%) выполнена резекция ущемленной в грыжевых воротах кишки. Пластика передней брюшной стенки выполнялась всегда с использованием сетчатого эксплантата: 19 больным (70,37%) произведена натяжная пластика; 8 пациентам (29,63%) – ненатяжная. Осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 12 пациентов (44,44%): у 8 больных имелись явления дыхательной недостаточности на фоне развития компартмент-синдрома; у 4 больных произошло нагноение послеоперационной раны. У всех больных потребовалось проведение повторного (одного или нескольких) оперативного вмешательства. 2 пациентов погибли на фоне прогрессирования полиорганной недостаточности при пневмонии, развившейся за счет уменьшения дыхательного объема при выполнении натяжной пластики. Анализ результатов работы (высокий уровень осложнений, гибель больных от осложнений, не связанных с областью оперативного вмешательства) заставил нас пересмотреть подходы в лечении больных с ущемленными послеоперационными вентральными грыжами. За период с 2011 г. по 2014 г. в нашем стационаре получили лечение 732 пациента с послеоперационными вентральными грыжами, из которых 85 пациентов (11,61%) поступили в экстренном порядке с клиникой ущемления и/или острой кишечной непроходимостью. Все больные оперированы в объеме грыжесечения, устранения спаечной кишечной непроходимости или резекции ущемленной кишки (при наличии показаний); пластика передней брюшной стенки не проводилась. Нами не было отмечено осложнений в послеоперационном периоде; летальных исходов не наблюдалось. Выполнение пластики передней брюшной стенки проводили вторым этапом не ранее, чем через 3 мес после выписки больных из стационара. Выполнение оперативного вмешательства по поводу ущемленной послеоперационной грыжи на фоне спаечной непроходимости и/или установленного в предоперационном периоде ущемления петли кишечника всегда является экстренным и выполняется после минимального предоперационного обследования. Как правило, в этом случае не уделяется достаточного внимания ни общему соматическому статусу пациентов, ни функциональным резервам организма, ни сопутствующей патологии, имеющейся у больного. В тоже время многие хирурги стремятся при проведении экстренной операции решить две проблемы: устранить ущемление/непроходимость и восстановить целостность передней брюшной стенки. Данный подход чреват более высоким уровнем осложнений и послеоперационной летальности. Анализ результатов нашей работы показывает, что при проведении экстренного оперативного вмешательства надо максимально минимизировать объем вмешательства, лишь устранив ущемление и/или выполнив адгезиовисцеролиз и резекцию кишечника. Одномоментное выполнение пластики передней брюшной стенки является фактором риска проводимого вмешательства и течения послеоперационного периода.

## 125. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАЗРЫВАХ ТРАХЕИ ИНТУБАЦИОННОЙ ТРУБКОЙ

Паршин В.В., Русаков М.А., Мирзоян О.С., Паршин В.Д.

Москва

Первый МГМУ им.И.М.Сеченова,

Одним из серьезных осложнений анестезиологической практики является разрыв трахеи интубационной трубкой. Число подобных пациентов в последнее время имеет тенденцию к увеличению. Данные об истинной частоте ятрогенных разрывов трахеи противоречивы. Это связано с тем, что небольшие дефекты могут протекать бессимптомно и заживать самостоятельно. Между тем, в настоящее время нет единых тактических принципов ведения подобных пациентов. Одни специалисты защищают консервативную терапию, другие – настаивают на экстренной операции. В настоящее время мы имеем опыт оказания помощи 44 больным с изолированными постинтубационными разрывами трахеи. Женщин было 31, мужчин – 13. Возраст варьировал от 26 до 74 лет. У всех больных изначально каких-либо патологических процессов в трахее не было. Всем пациентам интубация выполнялась в плановом порядке. У 40 человек использованы однопросветные интубационные трубки, у 4 – двухпросветные. Помощь по поводу разрыва трахеи оказывали в условиях различных медицинских учреждений как г.Москвы, так и других городов России и стран СНГ. Во всех случаях разрывы локализовались в мембранозной части трахеи и носили продольный характер. Основным клиническим проявлением разрыва трахеи интубационной трубкой был «газовый» синдром (пневмоторакс, подкожная эмфизема, пневмомедиастинум), который у большинства манифестировался после экстубации. Основным методом диагностики была фибротреахеоскопия. Она позволяла не только диагностировать разрыв, но и оказать медицинскую помощь – установить интубационную трубку каудальнее дефекта. Шейный отдел был поврежден у 7 пациентов, грудной – у 32, тотальное поражение – у 5. Протяженность дефекта составила от 0,5 см до полного продольного разрыва. Хирургическим путем разрывы трахеи устранили у 8 человек (у 2 из них повреждение диагностировали и дефект ушили во время торакалотомии по поводу рака легкого). Применяли боковую или заднюю торакалотомию справа, продольное ушивание дефекта нитью типа Vicryl. У 2 пациентов швы дополнительно укрепили мышечно-надкостничным лоскутом. Консервативную тактику использовали в 36 случаях. Она включала экстренную фибротреахеоскопию с установкой интубационной трубки каудальнее места дефекта, профилактическую антибактериальную и противовоспалительную терапию, периодический эндоскопический контроль. После хирургического устранения разрыва трахеи умер 1 пациент. В группе консервативного лечения умерли 2 больных. Причины летальности: 2 больных – прогрессирующая полиорганная недостаточность на фоне сопутствующего заболевания, 1 – геморрагический шок в исходе желудочно-кишечного кровотечения. Остальных пациентов выписали без осложнений и в отдаленные сроки после операции все живы, никто не отмечает нарушений дыхания. Таким образом: Своевременных консервативных мероприятий у большинства больных достаточно для лечения разрыва трахеи интубационной трубкой. Операция показана при невозможности изолировать просвет дыхательного пути от паратрахеального пространства и избежать прогрессирования газового синдрома. Целесообразно оперировать больного при продолжающемся кровотечении, интерпозиции тканей в дефекте трахеи, а также при интраоперационном выявлении разрыва трахеи, когда торакалотомия уже выполнена. Каких-либо осложнений в отдаленном периоде консервативная терапия не имеет.

---

## 126. ОДНОМОМЕНТНАЯ ДВУХУРОВНЕВАЯ РЕЗЕКЦИЯ ТРАХЕИ ПРИ РУБЦОВОМ СТЕНОЗЕ



Паршин В.В., Русаков М.А., Титов В.А., Паршин В.Д.

Москва

Первый МГМУ им.И.М.Сеченова

С 1963 по май 2014г в Первом МГМУ им.И.М.Сеченова и РНЦХ им.акад.Б.В.Петровского РАМН находились на лечении более 900 больных с рубцовым стенозом трахеи (РСТ) в возрасте от 8 до 77 лет. Причем 51,1% человек оперировали в последние 10 лет (с 2005 по 2014г). Основным методом радикального лечения считали резекцию трахеи с восстановлением ее целостности анастомозом. Эти операции были различного объема и локализации. У 6 пациентов выполнили резекцию двух суженных сегментов трахеи с последующими соответствующими трахеальными анастомозами. Среди них мужчин было 2 человека, женщин - 4. Возраст больных варьировал от 21 до 46 лет. У всех 6 пациентов РСТ возник после длительной ИВЛ через интубационную или трахеостомическую трубки, вследствие ранее перенесенной тяжелой сочетанной травмы, в т.ч. черепно-мозговой. У 5 пациентов по месту жительства были предприняты попытки лечения РСТ. Все эти операции носили паллиативный характер, ограничиваясь лишь повторной трахеостомией, без радикального лечения на уровне хотя бы одного из сужений. С функционирующей трахеостомией поступили 4 больных. Одной пациентке по месту жительства ранее выполнили эндопротезирование всей трахеи по технологии «стент-в-стент». При поступлении по экстренным показаниям при нарушении дыхания выполнили эндоскопическое удаление стентов. Протяженность верхнего стеноза составляла от 1 до 4см, нижнего – от 1 до 2,5 см (Табл.1). Сумма сужений трахеи варьировала от 6 до 7,5 см. Протяженность межстенозирванного участка трахеи также была различной - от 2 до 4см. Степень стеноза определяли для каждого сужения независимо. Она варьировала от 2 до 4. Для хирургического доступа у всех пациентов использовали цервикостернотомию. Алгоритм послеоперационного лечения пациентов после двухуровневой резекции не отличался от такового после «классической» одноуровневой. У всех пациентов послеоперационный период протекал без осложнений. Длительность послеоперационной госпитализации составила в среднем 13,2 дня. Все больные были выписаны без нарушения дыхания после контрольной трахеоскопии. Отдаленный результат прослежен в сроки от 2 до 34 месяцев. Рестеноз был у одного пациента через 1,5 месяца после операции. У него диагностировали ограниченное (протяженностью 2-3 мм) сужение на уровне краниального трахеогортанного анастомоза. Своевременно начатое эндоскопическое бужирование трахеи позволило успешно восстановить дыхание без рецидива заболевания. Таким образом, содномоментная двухуровневая резекция трахеи возможна при ее мультифокальном стенозе. Основным условием выполнения данной операции является наличие интактного сегмента трахеи между двумя стенозированными участками, протяженность которого должна быть не менее 3 хрящевых полуколец. При двухуровневой резекции требуется соблюдать все основные принципы «классической» трахеальной хирургии. Особое внимание при этом следует уделять сохранению кровоснабжения в непораженном сегменте трахеи между двумя анастомозами.

---

## 127.О ВЫБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ РУБЦОВОМ СТЕНОЗЕ ТРАХЕИ

Паршин В. В., Мирзоян О.С., Хоруженко А.И., Паршин В. Д.

Москва

Первый МГМУ им. И. М. Сеченова

Трахея состоит из шейного и грудного отделов, которые имеют различное расстояние до кожных покровов, закрыты разнообразными структурами, имеют непосредственное соприкосновение с жизненно важными органами. Все это обуславливает актуальность такого вопроса в хирургии трахеи, как оперативный доступ. С 1963 по декабрь 2012г пролечены 867 больных с рубцовым стенозом трахеи (РСТ) в возрасте от 8 до 77

лет. В последние 8 лет (с 2005 по 2012г) были оперированы 426 (49,1%) из них. Большинство составили пациенты мужского пола (532 человека), реже – женского (335 пациентов). У 68,1% РСТ имел посттравматический генез. Реже он возник после ИВЛ через интубационную трубку (24,8% человек), а также травмы - (3,9%). Идиопатический характер заболевания был у 3,2% пациентов. Локализация РСТ отражала его этиологию. Так, у 32,1% пациентов он располагался в шейном отделе трахеи, а у 30,7% - в шейно-верхнегрудном. У 20,1% других пациентов вместе с шейным отделом была поражена гортань. Реже сужение локализовалось в грудном (14,9%) и надбифуркационном (1,5%) сегменте. Трахеопластические операции с использованием местных тканей и дальнейшим формированием просвета дыхательного пути на Т-образной трубки всегда подразумевали лишь цервикотомию. Вариант резекции трахеи при РСТ, как и соответствующий операционный доступ, определялись локализацией сужения, наличием трахеостомы, а также предшествующими операциями. Резекционные вмешательства на трахее чаще выполняли через цервикотомный доступ (45,8%). Реже цервикотомия сочеталась с частичной стернотомией (28,8%). Показания к торакотомии были крайне редкими – у 21 больного. При этом, у 14 пациентов из них этот подход осуществили в положении пациента на животе, а у 12 - он сочетался с предварительной мобилизацией трахеи через цервикотомный доступ. Хирургический доступ должен быть адекватен тому оперативному вмешательству, которое предстоит пациенту, обеспечить хирургу комфортные условия.. Он не должен быть излишне травматичным, Риск от оперативного доступа не должен превышать риск самой операции. Всегда следует учитывать и косметический ущерб. Именно доступ обеспечивает качество манипуляций, надежность межтрахеального анатомоза. Он также важен для устойчивой ИВЛ в условиях вскрытого просвета дыхательного пути, позволяет применять весь анестезиологический арсенал без ущерба для безопасности пациента и хирургического комфорта. Частичная стернотомия в трахеальной хирургии может считаться универсальным доступом, позволяющим оперировать на любом отделе органа. Область бифуркации трахеи и оба главные бронхи доступны через аортокаваальный промежуток. Затруднения могут возникнуть при манипуляциях на задней стенке бифуркации трахеи. В этих случаях мы предпочитаем торакотомный подход, в т.ч. в положении пациента на животе. В последние два года нами предложен и применяется в клинической практике чрезстернальный транстрахеальный доступ к задней стенке нижнегрудного отдела трахеи, бифуркации и обоим главным бронхам. Для профилактики аррозионного кровотечения из брахиоцефального ствола трахеальный анастомоз необходимо изолировать от плечеголового артериального ствола различными собственными тканями пациента, что осуществляли через стернотомию. Это невозможно при цервикотомии и затруднительно при торакотомии. Недостатками торакотомии, как доступа в трахеальной хирургии, являются следующие моменты. Во-первых, приходится оперировать при достаточно большой глубине операционной раны. Во-вторых, практически нет возможности мобилизовать шейный отдел трахеи, а ведь именно за его счет чаще всего и удается получить максимальную подвижность трахеи, сблизить ее концы. В-третьих, вскрывается жизненно важная полость, для манипуляций в ней приходится осуществлять одностороннюю вентиляцию. Таким образом: Выбор доступа определяется локализацией патологического процесса, конституциональными особенностями больного, перенесенными ранее операциями, а также опытом оперирующего хирурга. Цервикотомия, дополненная частичной стернотомией может считаться универсальным доступом в хирургии трахеи. Транстрахеальный чрезстернотомный доступ позволяет выполнять вмешательства на задней стенке трахеи, ее бифуркации и главных бронхов. Аналогичную экспозицию удастся получить при задней торакотомии, в т.ч. в положении больного на животе.

---

#### 128.ПОВТОРНОЕ УДАЛЕНИЕ СЕГМЕНТА ТРАХЕИ ПРИ РЕСТЕНОЗЕ ПОСЛЕ ЦИРКУЛЯРНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Паршин В.В., Выжигина М.А., Горшков К.М., Паршин В.Д.

Москва

Первый МГМУ им.И.М.Сеченова

Повторные резекционные операции по поводу рестеноза трахеи с одномоментным восстановлением целостности дыхательного пути при помощи нового межтрахеального анастомоза все еще относятся к крайне редким хирургическим вмешательствам. При этом нет четко определенных показаний и противопоказаний к их выполнению, не разработаны особые технические приемы, которые позволили бы максимально обезопасить операцию и т.д. Имея опыт лечения более 900 пациентов с рубцовым стенозом трахеи (РСТ), основным методом радикального лечения считаем резекцию трахеи с анастомозом. У 6 больных выполнили повторную резекцию трахеи с анастомозом. Среди них мужчин было 5 человек, женщин - 1. Возраст больных варьировал от 21 до 32 лет. У всех 6 пациентов рубцовый стеноз трахеи возник после длительной ИВЛ. Всем им ранее выполнили резекцию трахеи с анастомозом. При этом 5 человек были оперированы по месту жительства, а 1 больной – в РНЦХ им.акад.Б.В.Петровского. Последний пациент предварительно (до первой резекции) перенес несколько трахеопластических вмешательств формированием просвета дыхательного пути на уровне гортани и верхней части трахеи на Т-образной трубке. У 5 больных в качестве хирургического доступа при первой резекции трахеи была избрана цервикотомия, у 1 – частичная стернотомия. В сроки от 1 месяца до 11 лет 8мес. после первой резекции трахеи возник рестеноз. При поступлении стридор диагностировали у 2 больных. Алгоритм предоперационного обследования при рестенозе не отличался от такового при первичном выявлении рубцового стеноза трахеи. Четверо больных имели 3 степень сужения, двое - 4. Протяженность рестеноза варьировала от 1,5 до 5 см. Возможность повторной операции определялась длиной сохраненной трахеи, которая варьировала от 6 до 10 см. Для повторного хирургического доступа у 2 пациентов использовали цервикотомию, а у 4 - в сочетании с частичной стернотомией. Причем, у одного пациента рассечение грудины выполнили повторно. Протяженность повторной резекции варьировала от 2,0 до 6,0 см. Длина оставшейся трахеи после ее повторной циркулярной резекции в среднем была 7,5 см. Резекцию шейного отдела трахеи и каудальных структур гортани с трахеогортанным анастомозом произвели у 3 больных. У всех пациентов послеоперационный период протекал без осложнений. Всех больных выписали без нарушения дыхания. Отдаленный результат прослежен в сроки от 1 года и 3 мес. до 3 лет и 3 месяцев. Состояние пациентов остается удовлетворительным, а дыхание свободным. Причины развития рестеноза достаточно разнообразны, но нет универсальной. Повторное сужение может возникать вследствие частичной или полной несостоятельности швов анастомоза, развития в этой области воспалительного процесса, что проявляется анастомозитом той или иной степени выраженности. Влияет и техника выполнения межтрахеального анастомоза. Появление современных атравматичных игл и рассасывающихся нитей серьезно улучшило ситуацию. На первое место в настоящее время выходит качество трахеального шва. Другим важным моментом в профилактике рестеноза трахеи является достижение минимально возможного натяжения сшиваемых концов трахеи. Для этого в обязательном порядке показана мобилизация трахеи, а в ряде случаев, обоих главных бронхов и т.п. Своевременно диагностированное неблагоприятное заживление анастомоза позволяет избежать клинически значимого рестеноза и повторных операций. Стентирование трахеи в области анастомоза с признаками его сужения, когда еще не успела сформироваться грубая рубцовая ткань, позволяет избежать рецидива. Принятие решения о повторной циркулярной резекции трахеи должно основываться на точной диагностике состояния всей трахеи. Это относится как к оценке состояния ее пораженных сегментов, так и анализ сохранившихся. Мы имеем опыт лечения лишь 6 больных. В настоящее время можно говорить о предварительных выводах, которые статистически не подтверждены. Мы считаем, что данная операция может быть выполнена, когда остается около 1/4 расчетной длины анатомически нормальной интактной трахеи. При первичной резекции трахеи, а при ее повторной особенно, определяющим является возможность выполнения анастомоза без существенного натяжения тканей с максимальным сохранением ее кровоснабжения. При повторной резекции из-за спаечного процесса есть повышенный риск повреждения возвратных нервов. Принятие окончательного решения о возможности восстановления целостности трахеи межтрахеальным анастомозом – это самый сложный тактический момент операции. Протяженность повторной резекции у наших пациентов варьировала от 2 до 6 см. При этом в послеоперационном периоде не было случаев несостоятельности анастомоза из-за чрезмерного натяжения. Таким образом: Повторная резекция трахеи с анастомозом возможна при рецидиве рубцового стеноза трахеи после ее циркулярной резекции с минимальным риском развития новых осложнений. Основным условием выполнения данной операции является сохранение не менее 1/4 изначальной длины трахеи с ее удовлетворительной мобильностью, что позволяет выполнить новый анастомоз без серьезного натяжения.

## 129.САРКОМА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ – КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Паршин В.Д.(1), Мотус И.Я., Белов Ю.В.(1), Чернявский А.М.(3)

Москва, 2)Екатеринбург, 3)Новосибирск

1)Первый МГМУ им.И.М.Сеченова,2)ФГБУ «Уральский НИИ фтизиопульмонологии МЗ РФ», 3)Новосибирский НИИ патологии кровообращения им.акад.Е.Н.Мешалкина

Саркома легочной артерии (СЛА) – редко встречающаяся опухоль. В настоящее время в литературе описывают единичные случаи. Проблема хирургии злокачественных опухолей сердца, ввиду небольшого числа успешных операций, относится к малоизученному разделу кардиоторакальной хирургии, что объясняется, во-первых, небольшим числом клинических наблюдений и, во-вторых, трудностью дифференциальной диагностики злокачественных новообразований этой локализации. В РНЦХ им.акад.Б.В.Петровского РАМН (г.Москва), УНИИФ (г.Екатеринбург), НИИ патологии кровообращения им.Е.Н.Мешалкина (г.Новосибирск) находились на лечении 4 пациентов с саркомой легочной артерии. Среди них были 2 женщины и двое - мужчин. Все пациенты были молодого возраста 44 - 46 лет. Всем больным произвели пневмонэктомию. В трех случаях операцию выполнили в условиях искусственного кровообращения (ИК), что было связано с необходимостью реконструкции легочного артериального ствола, в т.ч. вместе с клапаном легочной артерии. Одному пациенту произвели экстренную операцию без ИК в связи с внутривенным кровотечением при неэффективной консервативной гемостатической терапии. В послеоперационном периоде у одного больного, оперированного в условиях ИК, диагностировали свернувшийся гемоторакс, который купировали консервативно при помощи плевральных пункций. Из клиники выписали всех больных. Химиотерапию получил только один пациент. В отдаленном периоде живы двое оперированных больных в течение 6,5 и 3 лет. Двое умерли в сроки 8 лет 3 мес, а также 4 месяца от прогрессирования опухолевого процесса. У первых двух больных диагноз СЛА был поставлен до операции. Это позволило выполнить адекватное оперативное вмешательство, обеспечить соответствующее дальнейшее наблюдение и лечение, при котором 2 пациента живы в сроки 6,5 и 3 года. Еще одна пациентка прожила более 8 лет. В четвертом наблюдении операция носила urgentный характер, проводилась на фоне кровотечения, выраженной анемии и интоксикации. Дальнейшее состояние пациента не позволило провести адъювантную химиотерапию и попытаться остановить прогрессию опухоли. Клинические проявления саркомы легочной артерии заключались в прогрессирующей одышке, боли в груди, кашле, кровохарканье. Анамнез и клиника часто были сходные с острой или хронической тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА). У одного больного наблюдались эпизоды тромбоэмболии без признаков каких-либо тромбоэмболоопасных симптомов со стороны периферической венозной системы. Функциональное обследование выявляло повышение давления в легочной артерии, перегрузку правых отделов сердца. Компьютерная томография (КТ), либо магнито-резонансная томография (ЯМРТ) позволяли диагностировать в просвете легочной артерии внутрисосудистого образования, исходящего чаще из легочного ствола и распространяющегося в дистальном направлении в одну или обе легочных артерии. Наличие экстравазального компонента опухоли менее характерно и его диагностировали лишь у 2 пациентов. Ангиография легочной артерии показывала аналогичную картину, полученную при КТ с внутривенным усилением. В целом, в лечебной стратегии ведущую роль при СЛА играет радикальное хирургическое удаление опухоли. Вариант вмешательства следует выбирать применительно к каждому конкретному случаю. ИК позволяет выполнить радикальное лечение. Целесообразность химиотерапии в настоящее время не доказана. Ее получил только один наш пациент, что нам также не позволяет высказаться об ее эффективности. Таким образом: Саркома легочной артерии – редкое онкологическое заболевание, клиническая манифестация которого во многом сходна с острой или хронической тромбоэмболией легочной артерии. Диагноз заболевания основывается на результатах компьютерной томографии с внутривенным усилением и данным ангиопульмонографии, которые имеют сходную диагностическую ценность. Радикальность операции является решающим фактором в прогнозе заболевания. Предпочтительным вариантом следует считать вмешательство на легочном стволе и легочных артериях в условиях искусственного кровообращения. Химиотерапия и лучевое лечение показано, хотя роль его на сегодня остается неясной.

130. Атеросклероз абдоминального отдела аорты в популяции жителей Европейского Севера России

Федотова Е.В., Попов В.А., Малявский И.Ю., Семнецов В.В.

Архангельск

"Северодвинская городская больница №2 Скорой медицинской помощи", "Северный государственный медицинский университет". Кафедра общей хирургии., Архангельская обл. больница

Атеросклероз абдоминального отдела аорты в популяции жителей Европейского Севера России. Цель настоящего исследования выявление закономерностей атеросклеротического поражения сосудистых бассейнов у населения Европейского Севера России. Материалы и методы: Объектом исследования служили данные аутопсий, выполненные на базе патологоанатомических отделений ГБУЗ «АГКБ №7» и ГБУЗ АО «АОКБ». Всего 289 случаев. Оценка атеросклеротических поражений производилась визуально планометрическим унифицированным методом, предложенным экспертами ВОЗ. Стадии атеросклеротического поражения общеизвестны: I - имеются только липидные пятна II- фиброзные бляшки III – осложненные фиброзные бляшки IV- фиброзные бляшки и кальциноз. Данные анализировались с применением программы SPSS 18. За критический уровень статистической значимости принимали уровень  $p < 0,05$ , так же использовался критерий  $\chi^2$ . По результатам аутопсий, атеросклеротическое поражение аорты и ее ветвей встречается в популяции европейского Севера России в 93,4 % случаев независимо от причины смерти. Средний возраст, пораженных атеросклеротическим процессом  $63,1 \pm 14,3$  лет. Мужчины составляли 51,9%, средний возраст  $58,5 \pm 13,6$ . У женщин эта патология встречалась в 48,1 %, средний возраст  $68,4 \pm 13,2$ . Брюшной отдел аорты поражался атеросклерозом в 93,4% случаев, средний возраст при данной патологии  $63,6 \pm 14,3$  ( $p < 0,00$ ). Женщины в группе пациентов с атеросклеротическим поражением абдоминального отдела аорты составляли 50,2 %, мужчины – 49,8 %. Средний возраст женщин составлял  $68,4 \pm 13,2$  ( $p < 0,00$ ), мужчин  $59,4 \pm 12,8$  ( $p < 0,00$ ). Структура атеросклеротического поражения брюшного отдела аорты изучена по степени выраженности патологического процесса на основании исследования 226 нативных препаратов, выполненных при аутопсии в ГБУЗ «АГКБ №7». В связи с тем, что распределение значений возраста статистически значимо отличались, то для описания данной переменной использовалась медиана и процентиля (P25 и P75). Для описания качественных данных – относительные частоты и 95% доверительные интервалы (95%ДИ). Для сравнения долей по возрастно-половым группам использовался критерий  $\chi^2$ . За критический уровень статистической значимости принимали уровень  $p < 0,005$ . Данные анализировались с применением программы SPSS 18. Средний возраст умерших – 67 лет (P25-75: 54,2-77), нижняя граница возраста 30 лет. У женщин средний возраст составил 72 года (P25-75: 61,5-80), а у мужчин 58 лет (P25-75: 51-70). Мужчины составили 49% (111 вскрытий), женщины – 51% (115 вскрытий). Выводы: Брюшной отдел аорты поражается атеросклеротическим процессом в возрастной группе старше 50 лет ( $p < 0,000$ ). По данным статистического анализа не выявлено различий по частоте встречаемости атеросклеротического поражения брюшного отдела аорты среди мужчин и женщин (по  $\chi^2$ ). По данным патологоанатомического исследования атеросклеротическое поражение аорты встречается в 148 случаях из 226 вскрытий, при чем в 73,6% случаев эта патология зафиксирована в возрастных группах старше 65 лет. Доля случаев атеросклеротического поражения брюшного отдела аорты статистически чаще значимо отличается в возрастной группе старше 65 лет ( $p < 0,004$ ). Анализ по степеням выраженности атеросклероза брюшного отдела аорты в этих группах показал: I степень атеросклеротического поражения брюшного отдела аорты в 2 раза чаще встречается до 65 лет. II степень патологического процесса в брюшном отделе аорты, характеризующаяся фиброзными бляшками, не различается по частоте встречаемости у лиц до 65 лет и после 65 лет. Степень осложненных атеросклеротических поражений абдоминального отдела аорты (III ст) достоверно чаще выявляется после 65 лет. IV степень атеросклероза брюшного отдела аорты не велика, что объясняется малой долей пациентов, доживших до тяжелой стадии проявления данного патологического процесса, в брюшном отделе аорты. У мужчин I степень атеросклеротического поражения брюшного отдела аорты (липидные пятна) встречается в 9 раз чаще до 65 лет, чем после 65 ( $p < 0,01$ ). Для женщин при I степени поражения различий в возрастных группах нет (таблицы 5,6). Фиброзные бляшки и осложненные поражения (III ст патологического поражения) у мужчин достоверно чаще в 3 раза так же диагностирована после 65 лет ( p

### 131.БИЛИАРНЫЙ АСКАРИДОЗ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Костюченко М.В., Долотова В.Н.

Москва

ГКБ №15 им.О.М.Филатова

В настоящее время билиарный аскаридоз выявляется значительно чаще в связи с повсеместным внедрением ультразвуковой диагностики. В Индии и Южной Африке в более 36% случаев аскаридоз является причиной всех заболеваний желчной системы, на Филипинах – в 20%, а на Среднем Востоке только лишь в 13% (Das A. K., 2014). В отечественной литературе наибольшее число наблюдений билиарного аскаридоза принадлежит К.Т.Овнатяну в 1956-1962гг., проанализировавшему 76 клинических случаев. Перенесенные вмешательства на желчных протоках, значительно повышают риск билиарного аскаридоза (Ibrarullah Md., 2011). Миграция гельминтов в протоки по-видимому объяснима также функциональными нарушениями моторики и секреторной активности желудочно-кишечного и билиарного трактов, изменением свойств желчи вследствие паразитирования аскарид. Инвазия аскарид в фатеров сосок и общий желчный проток наблюдается в 86,0%, в панкреатический проток – в 7,0%, одновременно в желчный и панкреатический протоки – в 7,0%, аскаридоз желчного пузыря обнаруживается лишь в 2,1% случаев в виду весьма узкого пузырного протока (Губергриц Н.Б., 2008; Javid G,1999; Khanduri S.,2014). Наиболее частыми симптомами билиарного аскаридоза является боль в верхних отделах живота (чаще в эпигастрии и правом подреберье), заболевание скрывается за симптомами острого панкреатита, острого холецистита, желчной и печеночной колики. Ультразвуковая картина билиарного аскаридоза достаточно характерна (Jethwani U., 2012; Das A. K., 2014): гельминт визуализируется в виде подвижной или неподвижной линейной гладкой или извитой гиперэхогенной структуры без акустической тени, иногда можно видеть в центре гипоэхогенную полоску, а также сворачивание петлей в протоке или желчном пузыре. Движения гельминтов хорошо видны при ультразвуковом исследовании в В-режиме. Выявление аскаридоза желчного пузыря и протоков, как правило, требует хирургического лечения (эндоскопического извлечения зажимом или корзинкой Dormia, оперативного извлечения гельминтов из желчных протоков или холецистэктомии). Повторные миграции гельминтов в желчные протоки наблюдаются в 7,1%, для их профилактики рекомендуется замена сфинктеротомии баллонной сфинктеропластикой (Jethwani U., 2012). Есть сведения о достаточно успешном (в 80-95% случаев) консервативном разрешении неосложненного заболевания (Mukhopadhyay M., 2009; Ibrarullah Md., 2011). Также в литературе описаны частые случаи самостоятельного покидания аскаридами билиарной системы в течение 24-144 часов (JavidG, 1999; Montiel-Jarquín A., 2003; Wani I., 2011). В ГКБ №15 за последние 3 года было выявлено два случая миграции аскарид в желчные протоки и желчный пузырь. Пациенты поступали с жалобами, характерными для острой билиарной патологии, при ультразвуковом исследовании были выявлены гельминты в желчном пузыре, послужившие основной причиной развития заболевания. В первом случае пациентка В., 56 лет, обратилась с жалобами на боль в правом подреберье, тошноту в течение двух суток. В анамнезе около года отмечала периодическую боль в животе. При ультразвуковом исследовании в просвете желчного пузыря верифицирован активно подвижный гельминт (аскарида), стенка желчного пузыря без признаков воспалительных изменений. В связи с отсутствием механической желтухи и других острых хирургических осложнений аскаридоза пациентка после проведенного консервативного лечения для специфической терапии направлена в Институт медицинской паразитологии и тропической медицины. Второй случай аскаридоза желчного пузыря сопровождался более развернутой клинической картиной с явлениями механической желтухи и острого гепатита и печеночно-почечной дисфункции. В экстренном порядке обратился пациент М., 47 лет, с жалобами на боль в верхних отделах живота, тошноту, пожелтение кожных покровов, слабость. Болен около месяца, когда отметил появление боли в верхних отделах живота, периодическую тошноту, слабость, потерю массы тела до 15-20 кг. В начале заболевания в течение 2-3-х дней отмечал подъем температуры тела до 37-38,0С. Около недели назад отметил появление сильной боли в правом подреберье, потемнение кожных покровов, потемнение мочи, кожный зуд. Был однократный светлый стул. Через сутки острая боль в правом подреберье прошла, но желтуха сохранялась. При ультразвуковом исследовании брюшной полости

от 17.02.15 печень с ровными контурами однородной эхоструктуры, эхогенность повышена, сосудистый рисунок прослеживается; признаков портальной и билиарной гипертензии нет; желчный пузырь обычной формы, размеры 8x4см, стенка не утолщена, обычной структуры, в полости лоцируется перемещающаяся гладкая гиперэхогенная структура лентовидной формы и гиперэхогенные включения с акустической тенью; поджелудочная железа не увеличена, контуры ровные, четкие, эхогенность повышена. Рентген брюшной полости от 17.02.2015: в мезогастррии определяются единичные умеренно пневматизированные петли тонкой кишки без «уровней» жидкости. В анализе мочи: отн.плотность - 1,015, белок - 1,0г/л, кетоны - 3,9, уробилиноген - 3,4, гиалиновые цилиндры 1-2 в поле зрения. Биохимический анализ крови от 17.02.2015: о.билирубин – 120, пр.билирубин – 102, АЛТ – 1102, АСТ – 486, амилаза – 27, мочевины -8,27, креатинин – 98,0. Пациент был переведен во 2КИБ, где вирусный характер заболевания был исключен, пациенту проводилось консервативное лечение (дезинтоксикационная, спазмолитическая, противовоспалительная, антибактериальная терапия), при контрольном ультразвуковом исследовании 20.02.15 патологии желчного пузыря не выявлено, расширение желчных протоков (гельминт покинул желчный пузырь самостоятельно). Желтуха и гепаторенальная реакция в этом случае были спровоцированы именно механическим фактором и токсико-аллергическим фактором. Таким образом, именно современная ультразвуковая и эндоскопическая семиотика могут являться наиболее адекватной для установления диагноза билиарный аскаридоз и служить обоснованным показанием к проведению противогельминтной терапии.

---

132.Безопасность лазерной облитерации кисты Бейкера в периоперационном периоде

Чернядьев С.А.(1)Чернооков А.И. (2)Жилияков А.В. (3)Коробова Н.Ю. (4)

1) Екатеринбург2) Москва

1) Уральский государственный медицинский университет 2) ЗАО «Центр Флебологии»3) «Областной специализированный центр медицинской реабилитации “Озеро Чусовское”4) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области “Свердловский областной клинический центр флебологии и ангиологии”

Проведенный нами анализ современной литературы показал, что в доступных нам источниках не содержится указаний о применении лазерного излучения для облитерации кисты Бейкера. По-прежнему малоизученными остаются многие вопросы использования воздействия высокоэнергетического лазерного излучения на суставную хрящ и суставную жидкость, капсулу и другие мягкотканые образования коленного сустава, а также на общее состояние больного. В том числе, нет указаний в литературе на индивидуальную переносимость или непереносимость пациентами с суставной патологией воздействия лазера и частоту развития нежелательных явлений. Дальнейшее усовершенствование аппаратов для ультразвукового сопровождения внутритканевых манипуляций привело к появлению нового вида хирургии – интервенционной ультрасонографии. Непосредственная визуализация области, вовлеченной в манипуляцию, с проходящими через нее важными анатомическими образованиями (сосуды, нервы и окружающие ткани) и динамическое наблюдение за продвижением иглы являются преимуществами, значительно увеличивающими результативность и безопасность процедуры. В большинстве случаев применение интервенционной ультрасонографии значительно дешевле и безопаснее, чем КТ-контроль расположения иглы. Сочетание современного оборудования для ультрасонографии и диодных лазерных установок, позволяющих использовать тонкое оптическое волокно для передачи излучения, позволило разработать и внедрить методику чрезкожной облитерации кисты Бейкера. В ЗАО «Центр Флебологии» с 2012 года активно применяется методика УЗ-контролируемой интерстициальной облитерации кисты Бейкера. Суть ее в том, что предварительно проводится ультразвуковое исследование, во время которого оценивается наиболее удобный и безопасный участок для проведения пункции. Затем, под контролем сонографии с применением УЗ датчика (10-14 МГц), находящимся в стерильном чехле, под местной анестезией проводится пункция иглой G-15-18. Маркером адекватности пункции служит четкая визуализация иглы в полости кисты и выделение серозного отделяемого из ее канюли. После частичной аспирации кистозного содержимого в просвет иглы вводится стерильный торцовый световод диаметром 0,6 мм, предварительно подключенный к лазерной установке Dioderm (Intermedic ArfranS.A., Испания) и

подводится к соустью, что также контролируется методом ультразвукографии в реальном времени. Для обеспечения контакта противоположных стенок кисты и для повышения теплоемкости перифокальных мягких тканей выполняется стандартная тумесцентная анестезия. Затем начинается лазерная вапоризация внутреннего синовиального слоя кисты, со скоростью трaкции световода вдоль длинника не более 1 мм/сек. Параметры излучения были стандартны: длина волны 1560 нм, мощность - 8 Вт, режим – постоянный. Окончанием сеанса лечения считается образование гиперэхогенной тени, заполняющей все пространство, ограниченное стенками кисты. После сеанса на область, подвергшуюся лечению, накладывается давящую повязку-наколенник сроком на 7-10 дней. УЗ-контролируемая пункционная методика интерстициальной лазерной облитерации кисты Бейкера не требует высокоспециализированных помещений, общего анестезиологического пособия или дорогостоящего оборудования. Применение сонографического контроля позволяет выполнять вмешательство на кистах Бейкера, не достигших размеров, обуславливающих клиническое проявление или приводящих к осложненным формам течения заболевания. Во время вмешательства и в ближайшие часы после него серьезных нежелательных явлений в виде деструкций анатомически важных структур не возникало. На 2-3 сутки после лазерной облитерации в основном отмечается локальная симптоматика (42,9%), проявляющаяся местным отеком и экхимозами, имеющую в основном среднюю степень выраженности. Болевой синдром выражен слабо, парезов и парестезий не отмечалось. На 7-10 сутки после воздействия локальная и болевая симптоматика по частоте встречаемости и степени эксплицированности обычно одинаковы. Неврологических и серьезных нежелательных явлений также не проявлялись. Серьезных нежелательных явлений, таких как местные инфекционные осложнения, реактивные артриты и синовиты, а также повреждений крупных сосудов и нервов за период применения этой технологии не отмечалось. УЗ-контролируемая пункционная методика интерстициальной лазерной облитерации кисты Бейкера является стационарзамещающей технологией и имеет высокий профиль безопасности, соответственно, может быть рекомендована к амбулаторному применению специалистами, имеющими соответствующий сертификат.

---

133. Коррекция энтеральной недостаточности при острой кишечной непроходимости.

Магомедов М.М., Бациков Х.А.

Махачкала

Дагестанская государственная медицинская академия

Аннотация. Несмотря на введение новых методов диагностики, расширение возможностей оперативной техники и медикаментозной терапии острая кишечная непроходимость остается одной из наиболее грозных заболеваний, занимающей третье место в ургентной хирургии органов брюшной полости. Нарушение кровоснабжения кишечника инициирует каскад биохимических реакций, лежащих в основе тканевого повреждения. В настоящее время многие вопросы связанные с механизмами защиты кишечника от окислительного стресса в условиях ишемии и рециркуляции, остается невыясненным. Является очевидной необходимость как систематических исследований фармакологического действия синтетических антиоксидантов, так и поиск новых препаратов, обладающих протективной способностью к нарушениям кислородного обмена. Цель исследования. Оценить эффективность цитофлавина и сулодексида в коррекции энтеральной недостаточности при острой кишечной непроходимости. Материал и методы. В основу работы положены экспериментальные и клинические исследования. Эксперименты выполнены на кроликах породы Шиншилла обоего пола, разделенных на две группы, которым моделировали острую кишечную непроходимость (ОКН) путем перевязки толстой или тонкой кишок. Через двое суток производили релапаротомию, устранение кишечной непроходимости. В контрольные сроки (1,3,5,7 сутки) животных проводили релапаротомию, забор крови, оценку функционально – метаболического статуса кишечника. Все манипуляции проводились под общим обезболиванием с соблюдением Европейской конвенции о защите позвоночных животных, используемых для экспериментов или в иных научных целях. Клинический раздел включает 38 пациентов острой кишечной непроходимостью. Выделены две группы. В основной группе пациентам в интраоперационном и послеоперационном периоде комплексная терапия



дополнялась включением в терапию цитофлавина и сулодексида. Результаты и их обсуждение. Эксперименты показали, выбранная модель оказалась адекватной. У животных возникла острая кишечная непроходимость. Одним из проявлений энтеральной недостаточности явилась эндогенная интоксикация, что выявлено по повышению уровня токсических продуктов в плазме крови, оттекающей от кишечника. Так уровень эффективной концентрации альбумина на первые, третьи и пятые сутки эксперимента был достоверно ниже нормы на 40,8, 37,8, 31,4 % ( $p < 0,05$ ) соответственно. Удельный вес резерва связывающей способности альбумина также был ниже нормы на 39,7, 34,8, 27,9 % ( $p < 0,05$ ) соответственно. Индекс токсичности плазмы (ИТ) на первые, третьи и пятые сутки эксперимента был выше нормы на 210,7, 159,9, 112,1 % ( $p < 0,05$ ) соответственно. Уровень МСМ при  $\lambda=254$  нм в контрольные сроки (1,3, и 5 сутки) превышал показатели нормы на 104,8, 87,4 и 39,8 % ( $p < 0,05$ ) соответственно, а при  $\lambda=280$  нм на 71,9, 74,1 и 38,3 % ( $p < 0,05$ ) соответственно. Таким образом при ОКН в плазме крови, оттекающей от кишечника, отмечено заметное увеличение уровня токсических продуктов гидрофильной и гидрофобной природы. Степень эндогенной интоксикации на фоне инфузионной терапии на протяжении периода наблюдения сохранялась значительной. При исследовании выраженности эндогенной интоксикации локального кровотока при ОКН на фоне применения препаратов оказалось, что уровень альбумина на этапах периода наблюдения был выше контроля на 8,7, 11,9, 20,7 % ( $p < 0,05$ ), резерв связывающего альбумина на 9,9, 15,7, 17,4 % ( $p < 0,05$ ) соответственно, ИТ – ниже на 17,7, 23,5 и 29,8 % ( $p < 0,05$ ), показатель МСМ при  $\lambda=254$  нм на 12,9, 21,1 и 23,4 % ( $p < 0,05$ ) соответственно. При сочетанной терапии ОКН отмечается выраженный эффект по восстановлению трофики и микроциркуляции кишечника. В тканях кишечника происходило более выраженное снижение интенсивности процессов перекисного окисления липидов, уменьшение фосфолипидной активности и явлений гипоксии, коррекция гемостатических показателей. Заключение. Полученные экспериментально – клинические результаты показывают, что включение в комплексную терапию ОКН антигипоксанта цитофлавина и сулодексида позволяет оптимизировать течение раннего послеоперационного периода. Одним из важнейших эффектов такого рода терапии является их способность достаточно быстро уменьшать явления перекисного окисления липидов, гипоксии, фосфолипидной активности, расстройств в системе свертывания, антисвертывающей и фибринолитической системы на организменном и локальном уровнях. Эти результаты свидетельствуют о том, что происходит защита мембранных липидов и белков от окислительной модификации на фоне применения цитофлавина и сулодексида.

---

134. Роль и место кишечного лаважа в лечении пациентов с острой кишечной непроходимостью.

Магомедов М.М., Бациков Х.А.

Махачкала

Дагестанская государственная медицинская академия.

Актуальность. Острая кишечная непроходимость сопровождается нарушением гемоциркуляции кишечника, развитием ишемии кишечной стенки и энтеральной недостаточностью, что приводит к развитию абдоминального компартмент-синдрома. По данным литературы интраабдоминальное давление выявляется у 32,1% пациентов, поступающих в отделение реанимации и интенсивной терапии (Гельфанд Б.Р. 2010). Цель исследования. Оценить возможность использования лаважа кишечника для снижения энтеральной недостаточности и коррекции интраабдоминальной гипертензии при острой кишечной непроходимости. Материалы и методы. Основу исследования составили результаты лечения 59 пациентов, оперированных ГБУ РБ №2 ЦСЭМП г. Махачкала. Возраст пациентов от 19 до 78 лет, в среднем  $54,4 \pm 7,3$  лет. Мужчин было 38 (64,4%), женщин 21 (35,6%). Сопутствующие заболевания имелись у 25 пациентов (42,3%). В исследование были включены только случаи ОКН, у которых имелся синдром ишемии – реперфузии. Причиной ОКН в 23 случаях (39%) являлась обтурационная кишечная непроходимость; в 10 (16,9%) спаечная кишечная непроходимость и 26 (44,0%) странгуляционная тонкокишечная непроходимость. Все пациенты были разделены на две группы сопоставимые по полу, возрасту и исходной тяжести состояния. По традиционной методике лечились 25 пациентов которые составили первую (контрольную) группу.

Основную группу составили 34 пациентов, которым с коррекции ИАГ и стимуляции кишечника, использовали модифицированную методику кишечного лаважа. Эффективность лечения в ближайшем послеоперационном периоде по динамике интраабдоминального давления (ИАД), моторно – эвакуаторной функции кишечника, частоте осложнений и летальности. Состояние моторно – эвакуаторной функции кишечника оценивалось по объему желудочного отделяемого, времени восстановления перистальтики, отхождению газов, наличия стула. Методика кишечного лаважа заключается в следующем: интраоперационно пациенту выполняли назогастроинтестинальную интубацию, через которое во время операции выполнялась аспирация кишечного содержимого, а в последующем проводился лаваж кишечника гипохлоритом натрия в охлажденном виде. В ближайшем послеоперационном периоде по зонду вводился озонированный физиологический раствор в охлажденном виде, из расчета 10 мл на 1 кг массы тела пациента со скоростью 10 мл в 1 минуту. Всем пациентам проводилась измерение ИАД до операции, а также каждые 6 часов после оперативного вмешательства непрямым методом через уретральный катетер по методике М. Sheatham et al. (1998). Одновременно пациентам определяли абдоминального перфузионного давления (АПД) по разнице между диастолическим давлением (Д) и интраабдоминальным давлением (АПД = Д – ИАД). Индекс АПД является наиболее точным показателем состояния висцеральной перфузии и служит одним из показателей для прекращения инфузионной терапии у тяжёлых пациентов. В норме АПД должно быть не ниже 65 мм рт. ст., более низкие его значения напрямую коррелируют с выживаемостью пациентов. Результаты и их обсуждение. В сравниваемых группах в первые сутки после операции отмечается снижение ИАД и увеличение АПД по отношению к дооперационным показателям. В первые сутки лаважа озонированным 0,9 % NaCl, отмечается снижение ИАД до  $15,0 \pm 1,8$  мм рт. ст. по сравнению с контрольной группой  $17,8 \pm 2,8$  мм рт. ст., а также повышение АПД соответственно в контрольной группе до  $68 \pm 9,2$  мм рт. ст., и в основной до  $72,1 \pm 8,1$  мм рт. ст. В основной группе уже на четвертые сутки послеоперационного периода отмечается снижение ИАД до уровня  $10,1 \pm 1,8$  мм рт. ст., что является пороговым значением развития ИАД. В контрольной группе снижение ИАД до уровня  $11,8 \pm 4,8$  мм рт. ст. наблюдается только к седьмым суткам. В контрольной группе осложнения зарегистрированы у 12 (48%), а в основной у 9 (26,4%) пациентов. У пациентов основной группы отмечено снижение количества эвентраций, нагноений и более низкая послеоперационная летальность, которая в основной группе составила 11,7%, а в контрольной 20,0 %. Заключение. В результате проведенных исследований доказано, что применение в ближайшем послеоперационном периоде предложенного способа коррекции ИАД у больных с ОКН, вызывает более быстрое восстановление моторно – эвакуаторной функции кишечника, нормализацию уровня ИАД и АПД. Данный метод не вызывает специфических осложнений и способствует снижению количества послеоперационных осложнений и летальности пациентов.

---

### 135. ДРЕНАЖ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Костырной А.В., Закут С.Р., Косенко А.В.

Симферополь

Медицинская академия им.С.И.Георгиевского КФУ, кафедра хирургии №1

Цель: В связи с широкой распространенностью заболеваний гепатодуоденальной области и появлением новых методов вмешательств на желчных путях, решено провести анализ способов дренирования желчного дерева. Материалы и методы: В клинике наблюдалось 117 больных в возрасте от 19 до 85 лет, из которых женщин было 82 (70,1%), мужчин- 35 (29,9%). Острый катаральный холецистит был у 18, флегмонозный – у 19, хронический – у 48. Они сочетались с панкреатитом (35), холедохолитиазом (33), папиллитом (3), стенозом фатерова сосочка (9), холангитом (17), водянкой желчного пузыря (1), синдром Мирризи (2), эмпиемой желчного пузыря (4), инфильтратом в печеночно-двенадцатиперстной связки (1), пузырно-кишечным свищем (1). У 7 пациентов были повреждены протоки при лапароскопической холецистэктомии и 2 – поступили после холецистэктомии с холедохолитиазом. Рак фатерова сосочка был у 1 наблюдаемого и рак головки поджелудочной железы – у 19. Преходящая или постоянная желтуха была у 101 больного из 117. Операции выполнялись из обычного разреза у 108 пациентов, из минидоступа – у 2 и

лапароскопическая, при которой сделана конвезия – у 7. Результаты: Дренирование выполнялось в зависимости от имевших место изменений. Холецистэктомия выполнена у 92 больных. При холедохолитиазе при удалении конкрементов холедоходуоденоанастомоз наложен у 16, холецисто-еюноанастомоз с энтеро-энтероанастомозом – 1, папиллосфинктеропластика – у 3, дренирование по Керру – у 17, по Вишневному – у 1, а у остальных больных по Холстеду-Пиковскому. При стенозе фатерова сосочка произведено – у 3 пациентов папиллосфинктеропластика, у 6 – холедоходуоденоанастомоз. При сопутствующем хроническом и остром панкреатите, часто с холангитом использован у 3 больных холедоходуоденоанастомоз, у 9 – дренирование по Керру, а у остальных по Холстеду-Пиковскому. У 7 пациентов при лапароскопической холецистэктомии были повреждены желчные протоки. У 6 из них это повреждение обнаружено во время операции или на следующие сутки. Проведено дренирование по Керру (2) и по Вишневному (1). У 2 больных наложен гепатико-еюноанастомоз по Ру. И еще в одном наблюдении при склерозирующем ангиохолите наложен гепатико-еюноанастомоз на длинной петле. При панкреонекрозе у 2 пациентов была использована холецистостома. У 2 больных с постхолецистэктомическим синдромом удалены конкременты из холедоха и наложен холедоходуоденоанастомоз (1) и дренирование по Керру (1). При опухолях сопровождающихся желтухой наложены холецисто-еюноанастомозы на длинной петле с заглушкой на приводящую петлю по Д.В.Шестопалову (19) и по А.А.Шалимову (1) с энтеро-энтероанастомозом. Умер 1 больной через сутки после операции по поводу флегмонозного холецистита, холангита, распространенного перитонита. Заключение: Таким образом, способы дренирования желчных путей зависят от характера патологического процесса при любых способах операций.

#### 136. ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДИКИ ПРОГРАММИРОВАННОЙ РЕЛАПАРОТОМИИ

КОСТЫРНОЙ А.В., ВОРОНКОВ Д.Е

Симферополь

Медицинская академия им.С.И.Георгиевского КФУ, Кафедра хирургии №1

Цель: определить показания к программированной релапаротомии. Объект: клинические исследования проведены у 109 больных с различной абдоминальной патологией осложненной распространенным гнойным перитонитом. Методы: лабораторно-инструментальные (рентгенологические, лапароскопические). Результаты: особенностью наблюдавшихся нами больных явилась оценка степени тяжести течения перитонита-Мангеймский перитонеальный индекс и собственная прогностическая шкала. Оперативное пособие у всех больных выполнено стандартно - лапаротомия, устранение источника перитонита, санация брюшной полости, по показаниям интубация тонкого кишечника и дренирование брюшной полости. Больные разделены на 3 группы - I группа (53 больных)- вмешательство закончено дренированием брюшной полости трубчатыми дренажами, срединная рана ушита наглухо; II группа (20 больных) - дренирование брюшной полости перчаточнo-трубчатый дренажем 10 больных и 10 пациентам – без дренирования, срединная рана ушита разработанным спиралевидным швом, петли кишечника покрывались полиуретановым пластом пропитанным водорастворимой мазью «нитацид»; III группа - 36 больных срединная рана была ушита П-образными швами по Савельеву. В II и III-ей группах больных после выполнения операции запланирована программированная санация брюшной полости. В I-ой группе пациентов - у 23 (12.2%) отмечено нагноение послеоперационной раны. У 10 пациентов (5.3%) возникли показания для выполнения релапаротомии. В III-ей группе при выполнении программированной релапаротомии в 60% случаев отмечались участки некротизированных тканей в мышечно-апоневротическом слое. Трубочатые дренажи установленные по каналам брюшной полости, в I и во II-х группах на 2-е сутки не функционировали. При использовании спиралевидного шва в 5 случаях отмечено нагноение послеоперационной раны, экссудат брюшной полости накапливался полиуретановым пластом, а мазевая основа щадила от травматизации кишечные петли. Развитие внутрибрюшных абсцессов отмечено в случаях, когда использовались трубчатые дренажи без перчатки (70%), в вариантах сочетания перчатка+трубка гнойники сформировались в 30% наблюдений. Внутрибрюшных гнойников не зарегистрировано ни в одном случае при использовании полиуретанового пласта пропитанного мазью

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

«нитацид». Выводы: 1. Целесообразность показания к дренированию брюшной полости и адекватное техническое исполнение сказываются на конечных результатах лечения.

---

### 137. ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КУЛЬТИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

КОСТЫРНОЙ А.В., Закут С.Р., Косенко А.В.

Симферополь

Медицинская академия им.С.И.Георгиевского КФУ., Кафедра хирургии №1

Цель: определить показания к экстаперитонизации купола слепой кишки при деструктивном аппендиците на фоне тифлита и уменьшить количество осложнений при несостоятельности культи червеобразного отростка. Объект: 25 пациентов с деструктивными формами червеобразного отростка сочетающиеся с явлениями тифлита купола слепой кишки. Методы: общеклинические лабораторные, ультразвуковые, рентгенологические методики. Результаты: Острый аппендицит самое распространенное заболевание органов брюшной полости. Практически «все и всем» известно о данной патологии. При этом летальность держится на уровне 0,2-0,3%. При анализе причин приведших к летальности – поздняя обращаемость, несвоевременная диагностика, запоздалая операция, послеоперационные осложнения, одним из которых является послеоперационный перитонит на фоне несостоятельности культи червеобразного отростка. Практически во всех случаях деструктивного аппендицита на фоне тифлита возникает проблема погружения культи червеобразного отростка. Нами разработан способ профилактики несостоятельности культи червеобразного отростка при описанной операционной ситуации (патент № 46441, 2009). Суть, которого заключается в следующем – после этапа выполнения аппендэктомии и невозможности погружения культи червеобразного отростка кисетным или одиночными швами. Мобилизуется прядь большого сальника, которая обшивается вокруг проблематичной зоны слепой кишки. После этого по латеральному краю слепой кишки рассекается париетальная брюшина с последующей ее мобилизацией тупым способом в вентральном и дорзальном направлениях – тем самым формируется канал в забрюшинном клетчаточном пространстве. Далее предварительно через контрапертуру в сформированное пространство устанавливается трубчатоперчаточный дренаж, после чего купол слепой кишки с «проблематичной зоной» перемещается в сформированное в забрюшинное пространство и обшивается раннее мобилизованным листком париетальной брюшины. Также устанавливается контрольный трубчатый дренаж в брюшную полость. Тем самым воспалительный участок слепой кишки изолируется от свободной брюшной полости. Если же в послеоперационном периоде и возникают осложнения – они отграничены от свободной брюшной полости, а адекватное дренирование забрюшинного пространства позволяет справиться с осложнениями. На нашем материале из 25 прооперированных пациентов по данной методике, только у 2-х, что составило 8% отмечались в послеоперационном периоде осложнения – в одном случае открылся кишечный свищ, во втором случае – нагноение. Оба случая при консервативном ведении закончились полным выздоровлением. Выводы: 1. Разработанный и внедренный в практическую работу способ экстаперитонизации купола слепой кишки при деструктивном аппендиците на фоне тифлита слепой кишки прост в выполнении, практичен в изолировании «проблематичной зоны» слепой кишки и может быть альтернативой для общепризнанных методик.

---

### 138. СТРАТЕГИЯ ПРЕРВАННОЙ ОПЕРАЦИИ – ЗА ИЛИ ПРОТИВ.

КОСТЫРНОЙ А.В., ПОЛЕНКО П.В.

138

Симферополь

Медицинская академия КФУ им.С.И.Георгиевского, кафедра хирургии №

Цель: обосновать адекватность прерванной операции «damage control» у пациентов находящихся в критическом состоянии. Объект: 7 пациентов с тромбозом в системе верхней брыжеечной артерии, ущемленная грыжа, минно-взрывная травма. Методы: лабораторные, ультразвуковые, рентгенологические методики. Результаты: пациенты госпитализируемые с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости с имеющимися сопутствующими патологиями в стадии суб- и декомпенсации требуют не стандартного, общепринятого подхода. В первую очередь это касается сосудистой непроходимости кишечника – когда определение распространенности ишемических повреждений и зон некроза является в большинстве случаев неразрешимой задачей. На этом фоне уже имеющееся критическое состояние в форме гиповолемического шока выставляет перед хирургом дополнительную задачу требующую решения. Без устранения хирургической патологии (резекция кишечной трубки) достичь компенсации шока невозможно. Но имеющаяся патология не позволяет выполнить хирургическое вмешательство в «полном объеме». Одним из перспективных направлений в современной абдоминальной хирургии является принцип «damage control». Прервать-разбить оперативное вмешательство на несколько этапов с целью проведения необходимых мероприятий направленных на компенсацию гиповолемического шока, коррекцию сопутствующей патологии и купирования воспалительных проявлений в брюшной полости. Стратегия «прерванной» операции использована при лечении у 6 пациентов. Из них у 4-х с сосудистой патологией – острым тромбозом мезентериальных сосудов; у 1-го с ущемленной грыжей, некрозом петель кишечника в грыжевом мешке; 1 больной – с острой странгуляционной кишечной непроходимостью; 1 пациент – с минно-взрывной травмой кишечника. 5 пациентам выполнена резекция нежизнеспособной кишечной трубки без восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта. При этом культы петель кишечника заглушены по стандартной методике. С последующей назоинтестинальной интубацией проксимального отдела кишечника по Житнюку. Кроме этого при мезентериальном тромбозе произведена тромбэктомия в системе art.mesenterica superior с последующей установкой канюли для проведения тромболитической терапии. Следует отметить, что такая минимальная по объему и непродолжительная по времени операция была не переносима в 2-х случаях. Больные умерли через 4 и 7 часов. 2 больным – в силу отсутствия объективных критериев жизнеспособности кишки, резекция кишечника не производилась (сомнительный сегмент кишечной трубки выделялся двумя лигатурами и погружался в брюшную полость до следующего этапа операции). У всех пациентов передняя брюшная стенка ушивалась спиралевидным с захватом только кожного слоя. После стабилизации гемодинамики больные повторно оперированы через 12-24 часов. Объем операции – в одних случаях заключался в восстановлении кишечной трубки, в других при подтвержденной визуальной оценки жизнеспособности кишечной трубки операция заканчивалась ушиванием лапаротомной раны и при грыжах пластикой с использованием полипропиленовой сеткой. Выводы: 1. Первый шаг в коррекции патологических процессов брюшной полости, осложненных декомпенсированным гиповолемическим шоком основанных на понимании патофизиологии данных процессов продемонстрировал обоснованность стратегии «прерванной» тактики имеющей все основания быть альтернативой стандартным тактико-техническим приемам в критических ситуациях абдоминальной хирургии.

---

### 139.ПОВРЕЖДЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Костырной А.В.

Симферополь

Медицинская академия им.С.И.Георгиевского КФУ

Цель: определение оптимальных показаний к оперативному вмешательству при повреждениях грудной клетки в лечебных учреждениях АРК. Объект: 57 пациентов с повреждениями грудной клетки. Методы: ультразвуковые, эндоскопические, рентгенологические методики. Результаты: на нашем материале торакотомии выполнены у 10,2% пациентов с проникающими ранениями, при закрытых травмах – у 15,7% пострадавших, остальным была избрана консервативная тактика ведения. Показаниями к неотложной торакотомии: а) острая тампонада миокарда (проникающее ранение, закрытые травмы); б) наличие большого гемоторакса (1,2 литра и более) на фоне шока и продолжающегося кровотечения; в) внутриплевральное кровотечение, со скоростью 250-300 мл/ч и более на протяжении 3-4 ч наблюдения; г) открытый пневмоторакс с обширным загрязненной раной грудной стенки и внутренним кровотечением; д) массивное внутриплевральное поступление воздуха на фоне нарастающей эмфиземы и неэффективности дренирования обычными способами; е) разрыв диафрагмы с пролабированием внутрибрюшных органов в плевральную полость; ж) разрыв пищевода, подтвержденный рентгенологическими или эндоскопическими методиками. Важно, до начала операции дренирование плевральной полости широкопросветными трубками 1,5-2,0 см. Отдельного внимания заслуживает лечебная тактика при гемотораксе. Клинико-рентгенологические находки, служат показанием к пункции плевральной полости. К установке дренажа в VII межреберье прибегаем по следующим показаниям: а) получение при пункции крови более 100 мл крови; б) одновременное поступление крови и воздуха; в) необходимость ИВЛ для выполнения вмешательства при одновременных травмах других областей. У госпитализируемых, впервые 1,5 ч после травмы получение свыше 1200 мл крови – необходимо считать прямым показанием к неотложной торакотомии. При гемотораксе менее 1200 мл – динамическое наблюдение. В этих случаях выделение крови в объеме 100 мл и более за 15 минут свидетельствует о продолжающемся кровотечении со скоростью более 400 мл/ч, что является показанием к торакотомии. При сроках госпитализации более 1,5 ч с момента травмы, одновременное выделение 1200 мл крови и более не является показанием к неотложной торакотомии. В этих случаях наблюдение в течение 2-3 ч и получение 250-300 мл/ч крови, свидетельствует о не имеющей тенденции к прекращению кровотечения, что является показанием к торакотомии. Период наблюдения в данных ситуациях способствует стабилизации гемодинамических и дыхательных расстройств, что сказывается на конечном результате. Выводы: 1. Придерживаясь в своей работе при проникающих ранениях грудной клетки изложенных тактических подходов нам удалось снизить процент непоказанных торакотомий с 25,3% до 10,2%. 2. Своевременно и технически правильно выполненное вмешательство способствует благоприятному исходу в 89% наблюдений. 3. При ранении или объективном подозрении на ранение сердца должна быть предпринята экстренная торакотомия.

---

#### 140. ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕРИТОНИТА

КОСТЫРНОЙ А.В., Косенко А.В., Калиниченко А.П., Имад Салам Камель

Симферополь

Медицинская академия им.С.И.Георгиевского, кафедра хирургии №1

Цель: определить перспективные направления в проблеме распространенного перитонита. Объект: 57 больных с распространенным гнойным перитонитом. Методы: основные методы диагностики перитонита – клиническая картина, лабораторные методы, лапароскопия, визуальная оценка. Результаты: в настоящее время проблема перитонита не стала менее актуальной. Оптимизм, навеянный эрой антибиотиков, экстракорпоральные методики детоксикации не оправдали себя. Различные методы дренирования в значительной части наблюдений не предотвращают тяжелых послеоперационных осложнений. В современных условиях распространенный гнойный перитонит, не отделим от проблемы абдоминального сепсиса. Особенностью абдоминального сепсиса являются: а) наличие множественных или резидуальных очагов инфекции; б) быстрое включение механизмов эндогенной транслокации микроорганизмов и токсинов; в) быстрое развитие инфекционно-токсического шока и полиорганной недостаточности; г) полимикробная инфекция; д) высокая летальность; е) необходимость строгого соблюдения 3-х основных принципов терапии (адекватная хирургическая санация, оптимизированная антимикробная терапия,

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

---

#### 141. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

КОСТЫРНОЙ А.В., Косенко А.В., Имад Салам Камель

Симферополь

Медицинская академия им.С.И.Георгиевского, кафедра хирургии №1

Цель: оптимизация современного подхода к проблеме деструктивного панкреатита. Объект: 253 пациента с панкреонекрозом. Матоды: основными методиками диагностики панкреатита являлись ультразвуковые исследования, лапароскопия, лабораторные методы. Результаты: эффективность проведенной консервативной терапии оценивалась по общепринятым клиничко-лабораторным критериям, УЗИ, собственной интегральной прогностической шкалы. Степень выраженности ССВО оценивали по урону концентрации С-реактивного протеина, ЛИИ, уровню МСМ. С учетом общепринятых и собственных, ретроспективно рассмотренных ошибок при лечении острого панкреатита, придерживались дифференцированной тактики ведения больных. Стремились ограничить вмешательства в период отека и асептического процесса особенно в первые 14 дней с момента заболевания, при этом усиливая консервативную терапию. Показаниями к оперативному вмешательству является: а) достоверное инфицирование очагов панкреонекроза. Хотя сегодня данное показание уже оспоримо?, так, как допустимо ведение миниинвазивными методиками; б) сочетание асептического панкреонекроза с деструктивным холециститом. В тоже время в экстренной хирургии применительно к районным и не клиническим городским больницам в первые 3-5 дней с момента госпитализации показаниями являются: а) наличие у больного перитонита, при невозможности дренирования лапароскопически; б) невозможность исключить другую абдоминальную патологию. Анализ сроков хирургического вмешательства позволил установить, что наметилась тенденция к выполнению операций в отсроченном режиме, по выходу больных из стадии полиорганной дисфункции. Адекватное ведение больных оперируемых при инфицированных формах панкреонекроза, когда некротический компонент преобладает над жидкостным, одного оперативного вмешательства, как правило недостаточно. В этих ситуациях наиболее оптимальной методикой является

управляемая программированная некрсеквестрэктомия. Нами с этой целью разработаны 7 способов лечения инфицированных панкреонекрозов защищенные патентами РФ и Украины. Выводы: 1. Разработанные способы лечения инфицированного панкреонекроза позволили снизить послеоперационную летальность с 37,1% до 17,8%.

---

## 142. РАЗВИТИЕ И КУПИРОВАНИЕ СЕПТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

КОСТЫРНОЙ А.В., Косенко А.В., Имад Салам Камель

Симферополь

Медицинская академия им.С.И.Георгиевского КФУ, Кафедра хирургии №1

Цель: определить критерии развития септического процесса при панкреонекрозе. Объект: 57 больных с тяжелой формой панкреонекроза (асептический и инфицированный). Методы: основными методиками диагностики панкреонекроза являлись ультразвуковые исследования, лапароскопия, лабораторные методы. Результаты: В странах СНГ принята классификация предложенная на международном симпозиуме в Atlante (1992). Эта классификация соответствует современным клинико-тактическим требованиям ведения больных с острым панкреатитом. Особое место в ней занимает панкреатическая инфекция. Сегодня невозможно не учитывать современные представления о воспалении. На согласительной Чикагской конференции (1992) был введен термин синдром системного воспалительного ответа (ССВО). У всех пациентов с тяжелой формой панкреонекроза ССВО отмечался, что требовало немедленного усиления консервативной терапии направленной на: а) ранее блокирование выброса цитокиновой агрессии, б) циркуляторную и респираторную поддержку сердечного выброса, транспорта и потребления O<sub>2</sub>, в) устранение гуморальной сенсibilизации, г) назначение эмпирической антимикробной терапии препаратами широкого спектра действия. Кроме этого, данная ситуация диктовала привлечение всего диагностического арсенала лечебного учреждения для установления развивающихся или уже имеющих место ранних осложнений в течение заболевания. Для оценки эффективности проводимой консервативной терапии использовалась собственная прогностическая интегральная шкала так, как выполнение общепринятых шкал типа АРАСНЕ-II и др. в силу не достаточной оснащенности лечебных учреждений оборудованием в АРК не выполнимо. О присоединении инфекции 17 больных (29,8%) свидетельствовали - более продолжительное течение заболевания (2-3 недели и более); более длительная и выраженная гипертермия с ознобами; продолжительно сохраняющиеся (нарастающие) местные симптомы – пальпируемый инфильтрат в проекции поджелудочной железы. Лабораторные данные - увеличение уровня глюкозы крови до 11 ммоль/л, лейкоцитоз до 10-15x10<sup>9</sup>/л с появлением юных форм и токсической зернистости, прогрессирующая лимфопения и анемия, рост ЛИИ и МСМ, снижение белковой (альбуминовой) фракции. Именно у этой категории пациентов прогнозировалась ситуация развития септического процесса. С этой целью назначались препараты направленной иммунокоррекции: а) нестероидные ПВП – диклофенак -75-100 мг; б) индукторы интерферона (циклоферон по 12.5% 2-4 мл 1-3 инъекции через день, 4-10 через 3 суток; в) дезагреганты (трентал до 300 мг/сут; г) эндотелиопротекторы (этамзилат натрия 375-1000 мг/сут. Рефортан 6-8 мг/кг в сут.; д) анаболические стероиды – ретаболил 25-50 мг через 7 дней; ж) системная энзимотерапия – вобензим 9-15 драже в сут. (7-15 дней); з) интерфероны – лаферон 1-3 млн. МЕ в сут. (12 млн. МЕ на курс). Степень выраженности ССВО оценивали по уровню концентрации прокальцитонина, С-реактивного белка в крови. Бактериemia у 4 больных (23,5%) с клинической картиной сепсиса и септического шока не диагностирована в силу выше приведенных причин. Эти пациенты погибли. Выводы: 1. В силу неудовлетворительного оснащения современным диагностическим оборудованием лечебных учреждений, в тоже время своевременное обращение на клинические проявления ССВО и мероприятия направленные на их купирование позволяют снизить случаи развития сепсиса и септического шока.



143. Проблемные вопросы лечения хронических колостазов

Костырной А.В., Косенко А.В., Воробец И.М., Шевкетова Э.Р., Берберов Р.А., Афонина Я.И., Астафьев Д.С.

Симферополь

Медицинская академия им. С.И.Георгиевского Кафедра хирургии №1

Цель. Проанализировать опыт хирургического лечения больных хроническим колостазом и улучшить результаты лечения подобной группы пациентов с учетом выбора оптимального метода лечения в зависимости от формы заболевания. Объект – 197 больных с хроническими колостазом за период с 1997-2014 гг. Методы. В работе ретроспективно за период с 1997-2010 гг. проанализированы результаты хирургического лечения 103 пациентов, которым были выполнены различные резекционные вмешательства по поводу хронического колостазом. В большей степени это были резекции сигмовидной кишки и левосторонняя гемиколэктомия. Контрольную группу за период с 2001 по 2014 гг. составили 94 больных, которым выполнялась субтотальная колэктомия. Среди пациентов в обеих группах преобладали женщины в среднем возрасте  $35 \pm 7$  лет. Длительность заболевания составила от 7 до 30 лет. В обеих группах до операции выполнялась ирригоскопия, где в процентном отношении у 48% выявлялась долихосигма, у 5% долихоколон, мегаколон у 9%, расширение правой половины толстой кишки у 18%, а у 20% атоничная прямая кишка, трансверзоптоз, саесум mobile. Уровень резекций определялся нами ad oculus. При гистологическом исследовании препаратов выявлялись изменения мышечного слоя в виде гипотрофии или атрофии, которые нередко сочетались с воспалительными изменениями в стенке кишки. Отдаленные результаты прослежены в обеих группах. В первой у 92 больных (97,9%), во второй у 30 пациентов (26,7%). После резекции сигмы и левосторонней гемиколэктомии I группы только у 24 больных (33,3%) отмечался положительный результат, тогда как во II группе, где выполнялась субтотальная колэктомия у 31 пациентов (88,6%). Выводы. Проблема хирургического лечения хронических колостазов остается не решенной до сих пор и конечно требует дальнейших исследований и разработок новых методик оперативного пособия. Основной причиной неудач является неадекватный выбор резекции толстой кишки. На наш взгляд следует склоняться к более широкому объему резекции, поэтому субтотальные резекции дают более благоприятные отдаленные результаты, не требующие новых хирургических коррекций.

---

144. Тотальная экстраперитонеальная герниопластика (ТЕР) - наш первый опыт.

Кулиев С.А., Андрияшкин А.В., Никишков А.С., Егиев В.Н.

Москва

1). Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова. 2). Кафедра хирургии и онкологии ФПК МР РУДН

В настоящее время грыжесечение является одной из самых распространенных операций в абдоминальной хирургии. Практически ни у кого не вызывает сомнений необходимость использования синтетических имплантатов в хирургии паховых грыж. Их применение позволяет добиться надёжного закрытия грыжевого дефекта с малым числом осложнений и низкой частотой рецидива заболевания. На сегодняшний день операциями выбора являются операция Лихтенштейна и, завоевывающая всё большую популярность, лапароскопическая герниопластика. В нашей стране на сегодняшний день популярна трансабдоминальная герниопластика, которая известна с 1992 года. Тотальную экстраперитонеальную герниопластику “ТЕР” впервые выполнил и описал - J.L. Dulucq в 1992 году. Однако ТЕР в нашей стране широкого

распространения не получила. В нашей работе мы хотели бы поделиться своим первым опытом в выполнении тотальной экстраперитонеальной пластики. В ГКБ№1 им.Н.И.Пирогова в герниологическом центре данный вид оперативного вмешательства выполняется с июля 2014 года и по настоящее время, за отчетный период нами выполнено 146 операций по поводу паховых грыж как первичных так и рецидивных (после операции Лихтенштейна и пластики местными тканями). Так у 128 пациентов из них мужчин было 90, а женщин 38 выполнено 146 операций. Возраст пациентов колебался от 24 до 79 лет. Операционно-анестезиологический риск у пациентов по ASA равнялся II-III. Все паховые грыжи были разделены на прямые-33, косые-61, комбинированные-5, рецидивные-10, двусторонние у 18(36 операции) пациентов и одна бедренная грыжа. Длительность операции при односторонней паховой грыже колебалась от 30 минут до 50 минут. При двусторонней паховой грыже от 50 минут до 80 минут. Койко-день в среднем составил 2,4. Всем пациентам операция выполнялась под общим наркозом в условиях миорелаксации. Данным пациентам выполнялся ТЕР с использованием сетчатых имплантатов различных фирм производителей. В начале освоения методики у 7 пациентов мы использовали фиксацию не рассасывающимися скобами, затем еще у 13 пациентов мы использовали клеевую фиксацию, у 15 пациентов использовали самофиксирующуюся сетку. Остальным 91 пациенту фиксация сетчатого имплантата не производилась. В ходе операции мы столкнулись со следующими трудностями и осложнениями: такими как повреждение брюшины в 11 случаях из них в 9 случаях произведено лигирование дефекта брюшины и операция продолжена в прежнем объеме, а в 2 случаях повреждения брюшины были обширными, что потребовало конверсии в ТАРР, конверсии в операцию Лихтенштейна не было. Осложнений таких как повреждение внутренних органов и мочевого пузыря не было. В одном случае было повреждение нижних эпигастральных сосудов, последние клипированы. При этом хочется отметить, что серома в послеоперационном периоде диагностирована у 11 пациентов с прямыми грыжами, которая в ходе динамического наблюдения в течении 1-2 месяцев самостоятельно регрессировала и не потребовала каких либо вмешательств. У одного пациента был отмечен рецидив паховой грыжи, у 1 пациента находящимся на программном гемодиализе диагностирована в раннем послеоперационном периоде гематома, что потребовало повторной операции. Осложнений со стороны сердечной, дыхательной, мочевой системы и желудочно-кишечного тракта не было. Качество жизни наших пациентов после операции через 1, 3 и 6 месяцев мы оценивали при помощи опросника SF-36 и Carolinas Comfort Scale. В настоящее время срок наблюдения за нашими пациентами составил от 1 до 7 месяцев. Обезболивание в послеоперационном периоде производилось по просьбе больного, случаев, когда требовалось обезболивание наркотическим анальгетиком, отмечено не было. Заключение: Многие хирурги не спешат заменить операцию Лихтенштейна на лапароскопическую герниопластику. На сегодняшний день можно констатировать, что тотальная экстраперитонеальная герниопластика является надежным малоинвазивным и безопасным методом хирургического лечения паховых грыж. Но самое главное достоинство ТЕР по-нашему мнению это универсальность, которая заключается в возможности конверсии в ТАРР при обширном повреждении брюшины и в операцию Лихтенштейна при вероятности развития интраоперационных осложнений.

---

145.Использовании якорных фиксаторов в лечении боковых вентральных грыж.

Егиев В.Н., Кулиев С.А., Андрияшкин А.В., Никишков А.С.

Москва

1).Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова. 2).Кафедра хирургии и онкологии ФПК МР РУДН

В нашей работе мы бы хотели поделиться своим опытом в лечении боковых послеоперационных вентральных грыж. Нами выполнено 33 операции по поводу боковых послеоперационных грыж. Данный вид грыж у оперированных пациентов возникал после различных операций: так у 6 пациентов после аппендэктомии, 7 пациентов после холецистэктомии и у 20 пациентов после люмботимии. Возраст пациентов колебался от 34 до 67 лет. По половой принадлежности преобладали женщины. Все пациенты на предоперационном этапе проходили стандартное обследование и в дополнение пациентам выполнялось

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

МРТ. Операционно-анестезиологический риск у данных пациентов по ASA равнялся II-III. Операции выполнялись под комбинированной анестезией. Эпидуральный катетер устанавливался всем пациентам для проведения мультимодальной анальгезии. В нашей работе мы используем макропористые облегченные сетчатые имплантаты. Формируя ложе для сетчатого имплантата, мы производили мобилизацию от реберной дуги сверху до входа в малый таз снизу, медиально от белой линии, до паранефральной клетчатки латерально. Сложность выполнения данного вида оперативного вмешательства заключается в том, что при боковых послеоперационных вентральных грыжах, нет явно выраженного апоневроза и соответственно нет точек фиксации сетчатого имплантата. При этом сетчатый имплантат располагался в сформированном ложе превышающем размеры грыжевого дефекта на 3-5 см в каждую сторону. Мы использовали якорные фиксаторы, которыми фиксировался сетчатый имплантат к крылу подвздошной кости, как основная точка фиксации. Суммарно сетчатый имплантат фиксировался к передней брюшной стенке не менее чем в 10 точках не рассасывающейся монофиламентной нитью трансдермальными швами. Завязывались нити после ушивания апоневроза. При необходимости производили дренирование операционной раны дренажом Редона. Пациентов с кровати поднимали через 4 часа после операции. В послеоперационном периоде всем пациентам выполнялось УЗИ и проводилась мультимодальная анальгезия включающую в себя обезболивание через эпидуральный катетер и применение ненаркотических препаратов. Каждому пациенту раздавались опросники включающие в себя визуальную аналоговую шкалу боли и SF-36. Сроки пребывания пациентов в стационаре составляли от 4 до 7 дней. В настоящее время срок наблюдения за данной группой пациентов составляет 5 месяцев. За данный период наблюдения рецидива заболевания не отмечено, но у 3 пациентов отмечено появление серомы в послеоперационном периоде, развившейся после выписки пациента из стационара. Данные серомы самостоятельно исчезали через 3 месяца после операции. В заключение хочется сказать, что оперировать боковые послеоперационные вентральные грыжи необходимо не только со знанием анатомии передней и боковой брюшной стенки, но и со знанием движений человека и биомеханики, анизотропии сетчатого имплантата. От качества выполненной операции и вида сетчатого имплантата зависит залог успеха операции и качество жизни пациента. Надо помнить, что каждый последующий рецидив все сложнее и сложнее оперировать, поэтому данный вид операций должен проводиться в специализированных центрах.

---

#### 146.ЗАБРЮШИННАЯ ГЕМАТОМА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ И ИЗОЛИРОВАННОЙ ТРАВМОЙ

Щеголев А.А., Аль Сабунчи О.А., Мурадян Т.Г., Никифорович П.А., Платонов Д.В., Аллахвердиева Г.А.

Москва

ГОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Введение: В последние годы наблюдается увеличение количества больных с сочетанной травмой, связанной с возрастающей интенсивностью дорожного движения, ростом алкоголизма и наркомании. Забрюшинная гематома (ЗГ) осложняет течение травматической болезни у пациентов с сочетанной травмой (СТ) развитием пареза кишечника, эндотоксикоза, синдрома интраабдоминальной гипертензии. Лечение больных с СТ, осложненной ЗГ, является актуальной проблемой неотложной хирургии, а многие вопросы, касающиеся тактики, диагностики и лечения не решены. Цель исследования: Улучшить результаты лечения больных с СТ, осложненной ЗГ. Материалы и методы: в исследование включено 470 пациентов с СТ, осложненной ЗГ. Первую группу больных составили 277 пациентов с СТ, осложненной ЗГ, у которых основным диагностическим методом, определяющим хирургическую тактику, были диагностический перитонеальный лаваж и лапароскопия, причем 126 (45,5%) пациентам была выполнена лапаротомия с ревизией забрюшинной гематомы. Вторую группу составили 193 пациента, в лечении которых использовалась тактика дифференцированного подхода с использованием рентгенографии, УЗИ и КТ органов брюшной полости, диагностической лапароскопии, измерением ВБД. У 144 пациентов со стабильной гемодинамикой и объемом гемоперитонеума менее 500 мл (по данным УЗИ и КТ) проводили консервативное лечение и все эти больные были выписаны без операций. У 49 пациентов, поступающих без сознания, с нестабильной гемодинамикой, вне зависимости от количества выявляемой жидкости в брюшной

145

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

полости выполнялась диагностическая лапароскопия с определением дальнейшей тактики: из них 25 больным в дальнейшем была выполнена лапаротомия. Ревизию забрюшинной гематомы выполняли только при подозрении на повреждение почки или органов панкреатодуоденальной зоны - всего 10 больным (40% от общего количества оперированных). Результаты: Отмечено снижение общей летальности с 61,7% у пациентов первой группы до 45,6% у пациентов второй группы, что объясняется отказом от ненужной диагностической лапаротомии и необоснованных ревизий ЗГ, позволивших снизить объем и тяжесть операционной травмы. Выводы: Исследование показывает преимущество тактики дифференцированного подхода, при лечении больных с ЗГ, что приводит к улучшению результатов лечения и снижению показателей летальности и улучшению результатов лечения в целом.

---

#### 147. ЗАКРЫТАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ ТРАВМА: ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ.

Щеголев А.А., Аль Сабунчи О.А., Никифорович П.А., Мурадян Т.Г., Платонов Д.В., Марущак Е.А.

Москва

ГОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Введение: Последние годы отмечен рост числа больных с сочетанной травмой, при которой сохраняется высокий уровень летальности (от 25% до 60%) в зависимости от характеристики повреждений, не имеющей тенденции к снижению. Цель исследования: Улучшение результатов лечения повреждений печени и селезенки у больных с закрытой травмой живота (ЗТЖ). Материалы и методы: В исследовании включен 331 пациент с повреждениями печени и селезенки при ЗТЖ. На основании исследования историй болезни неоперированных больных (54 пациента) и прооперированных больных (246 пациентов) с повреждениями печени и селезенки при ЗТЖ были определены критерии возможности проведения сугубо консервативного лечения. Критериями отказа от операций явились: наличие сознания, стабильная гемодинамика, состояние по шкале APACHE II меньше 10, отсутствие перитонита, степень тяжести повреждения печени и селезенки по шкале OIS меньше 3, гемоперитонеум менее 500 мл, отсутствие коагулопатии. В группу наблюдения включен 31 пациент, которые соответствовали вышеназванным критериям и им проводилось консервативное лечение. Еще раз подчеркнем, что никаких хирургических вмешательств, включая лапароскопию, в этой группе пациентов не выполнялись. Результаты: В итоге летальность составила 3,2% - 1 пациент, осложнения отмечены у 3 пациентов (9,6%), длительность койко-дня (изолированная травма) - 13,75± 2,36 дней. Причиной летального исхода и возникновения осложнений явилась тяжелая черепно-мозговая и скелетная травма. Заключение: Проведенное исследование показывает, что предложенная тактика дифференциального подхода позволяет у 15% пациентов, поступающих с закрытой травмой живота и повреждением печени и селезенки по шкале OIS от 1 до 3 избежать ненужных лапаротомий и улучшить результаты лечения.

---

#### 148. СУБФАЦИАЛЬНАЯ АУТОДЕРМОПЛАТИКА ДЕЭПИТЕЛИЗИРОВАННЫМИ ЛОСКУТАМИ НА НОЖКЕ, КАК СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФЕДЕМЫ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Юдин В.А.(1,2), Савкин И.Д.(1)

Рязань

1) ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России 2) ГБУ РО “Областная клиническая больница”

Введение. На сегодняшний день по данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) более 300 млн. людей страдают от лимфатических отеков различной этиологии. В России статистика лимфедем не ведется, но опираясь на данные ВОЗ Ассоциация лимфологов России полагает, что число больных лимфедемой в нашей стране составляет порядка 10 млн. человек. В связи с тем, что лимфедема прогрессирующее заболевание, которое при отсутствии адекватной терапии может привести к полной инвалидизации больного, значение ее ранней диагностики и лечение трудно переоценить. Также имеет значение тот факт, что более 90% больных страдающих лимфедемой являются люди трудоспособного возраста. Цель работы. Оценить эффективность хирургического лечения лимфедемы конечностей методом субфасциальной аутодермопластики дезэпителизованными лоскутами на ножке. Материалы и методы. В исследование были включены 24 пациента с лимфедемой конечностей, которые в свою очередь были разделены на 3 группы: Первая группа - 18 пациентов, которым проводилась стандартная консервативная терапия включающая: метаболическую, лимфотропную лимфокинетическую терапию, назначение флавоноидов, физиотерапию, массаж, ношение компрессионного трикотажа. Вторая группа - 4 пациента, которым по показаниям производилось наложение лимфовенозного анастомоза. Третья группа - 2 пациента, которым по показаниям была выполнена субфасциальная аутодермопластика дезэпителизованными лоскутами на ножке (По медиальной поверхности на границе нижней трети и средней трети голени выкраивается лоскут кожи длиной 10 см. дезэпителизованный предварительно до появления “капель росы” и сохранением сосудистой ножки. Далее в зоне основания лоскута выполнено перфорационное окно в фасции голени диаметром адаптационно поперечнику лоскута. Лоскут имплантирован под фасцию и закреплен адаптационными швами на коже. На контралатеральной стороне на границе средней и верхней трети голени аналогичным образом формируется кожный лоскут с выполнением последовательных этапов, как и в первом случае). В качестве предоперационной подготовки пациентам второй и третьей групп проводилась лимфотропная лимфокинетическая терапия. Эффективность лечения оценивали с помощью измерения объема конечностей и проведения пробы Мак-Клюра Олдрича в начале и через 6 месяцев после лечения. Результаты. В результате проведенного лечения 16 пациентов первой группы отмечали клиническое улучшение состояния, у 9 из них объем конечностей уменьшился не более чем на 0,5 см, у 7 пациентов объем конечностей уменьшился от 0,5 до 1,5 см, у 2 пациентов объем конечностей не изменился. Результаты пробы Мак-Клюра Олдрича у 15 пациентов первой группы были положительными, длительность рассасывания волдыря увеличилась на 5 минут и более по сравнению с исходным. У 3 пациентов время рассасывания не изменилось. У 4 пациентов второй группы наблюдалось значительное улучшение общего состояния, у 3 из них объем конечностей уменьшился на 1,5 см и более. У 1 пациента объем конечностей уменьшился на 1-1,5 см. Результаты пробы Мак-Клюра Олдрича у пациентов 2 группы были с положительной динамикой, длительность рассасывания волдыря увеличилась на 10 и более минут. Пациенты 3 группы также отмечали значительное улучшение общего состояния, объем конечностей у них уменьшился на 2 см и более. Длительность рассасывания волдыря при проведении пробы Мак-Клюра Олдрича увеличилась на 15 и более минут. Обсуждение. Субфасциальная аутодермопластика дезэпителизованными лоскутами на ножке выполняется с целью создания пассивного оттока из лимфатических капилляров собственно кожи под фасциальное пространство конечности с расчетом отсроченного формирования лимфатических коммуникаций, что обеспечит снижение давления в лимфатическом коллекторе. Кроме того данный метод имеет ряд преимуществ: • Отсутствие специальной предоперационной подготовки • Местная анестезия • Небольшой по сравнению с другими модификациями объем вмешательства • Относительная техническая простота исполнения • Относительная косметичность операции • Размер выкраиваемых лоскутов 10 см x 2 см. Заключение. Субфасциальная аутодермопластика дезэпителизованными лоскутами на ножке является эффективным способом хирургического лечения лимфедемы конечностей.

---

149. СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФЕДЕМЫ КОНЕЧНОСТЕЙ ПУТЕМ ФОРМИРОВАНИЯ АДИПОЗО - СУБФАЦИАЛЬНЫХ ШУНТОВ.

Юдин В.А.(1,2), Савкин И.Д.(1)

Рязань

1)ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, 2)ГБУ РО “Областная клиническая больница”

Цель: оценить эффективность хирургического лечения лимфедемы конечностей путем формирования адипозо – субфасциальных шунтов с помощью углеродных полифиламентных нитей. Материалы и методы: под наблюдением были 28 пациентов с лимфедемой конечностей, которые в свою очередь были разделены на 3 группы: Первая группа - 22 пациентов, которым проводилась стандартная консервативная терапия включающая: метаболическую, лимфотропную лимфокинетическую терапию, назначение флавоноидов, физиотерапию, массаж, ношение компрессионного трикотажа. Вторая группа - 4 пациента, которым по показаниям производилось наложение лимфовенозного анастомоза. Третья группа - 2 пациента, которым по показаниям с целью формирования лимфатических коллатералей между поверхностной и глубокой сетью лимфатических коллекторов конечностей производилось селективное введение углеродных филаментов в промежуток между подкожной клетчаткой и субфасциальным пространством. Метод осуществлялся с использованием иглы направителя оснащенной стилетом толкателем. В просвет канюли устанавливался фрагмент углеродного филамента длиной 3-4см. Далее под местной анестезией и контролем УЗИ производилась пункция кожи, подкожной клетчатки, фасциальной пластины с миграцией в субфасциальное пространство. Толкателем проводился филамент в адипозосубфасциальное пространство. Игла направитель удалялась. На область пункции накладывалась асептическая повязка. Эффективность лечения оценивали с помощью измерения объема конечностей и проведения пробы Мак-Клюра Олдрича в начале и через 6 месяцев после лечения. Результаты: в результате проведенного лечения 20 пациентов первой группы отмечали клиническое улучшение состояния, у 12 из них объем конечностей уменьшился не более чем на 0,5 см, у 8 пациентов объем конечностей уменьшился от 0,5 до 1,5 см, у 2 пациентов объем конечностей не изменился. Результаты пробы Мак-Клюра Олдрича у 18 пациентов первой группы были положительны, длительность рассасывания волдыря увеличилась на 5 минут и более по сравнению с исходным. У 4 пациентов время рассасывания не изменилось. У 4 пациентов второй группы наблюдалось значительное улучшение общего состояния, у 3 из них объем конечностей уменьшился на 1,5 см и более. У 1 пациента объем конечностей уменьшился на 1-1,5 см. Результаты пробы Мак-Клюра Олдрича у пациентов 2 группы были с положительной динамикой, длительность рассасывания волдыря увеличилась на 10 и более минут. Пациенты 3 группы также отмечали значительное улучшение общего состояния, объем конечностей у них уменьшился на 2,5 см и более. Длительность рассасывания волдыря при проведении пробы Мак-Клюра Олдрича составила от 15 и более минут. Обсуждение: известно, что при лимфедеме конечностей компрометируются поверхностные лимфатические коллекторы, в то время, как подфасциальные лимфатические сосуды не утрачивают своей функции. Углеродные полифиламентные нити по сравнению с иными шунтовыми дренажами имеют значительные преимущества: у них отсутствует тенденция к смещению, обнажению и отторжению, отсутствие чувства дискомфорта, ощущение инородного тела. Углеродные полифиламентные шунтовые дренажи не обладает общетоксичным, раздражающим, сенсибилизирующим действием на организм и высоко биосовместимы с тканями человека. Вывод: применение адипозо – субфасциальных шунтов с помощью углеродных полифиламентных нитей является эффективным способом хирургического лечения лимфедемы конечностей.

---

150.СОЧЕТАНИЕ ЛИМФОВЕНОЗНОГО АНАСТОМОЗА С ОДНОМОМЕНТНЫМ ПЕРЕМЕЩЕНИЕМ ПОДКОЖНО-ЖИРОВОГО ЛОСКУТА НА НОЖКЕ В СУБФАЦИАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО, КАК СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФЕДЕМЫ КОНЕЧНОСТЕЙ

Юдин В.А.(1,2), Савкин И.Д.(1)

Рязань

1)ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, 2)ГБУ РО “Областная клиническая больница”

Цель: оценить эффективность сочетания лимфовенозного анастомоза с одномоментным перемещением подкожно-жирового лоскута на ножке в субфасциальное пространство, как способ хирургического лечения лимфедемы конечностей. Материалы и методы: под наблюдением были 24 пациента с лимфедемой конечностей, которые в свою очередь были разделены на 3 группы: Первая группа - 18 пациентов, которым проводилась стандартная консервативная терапия включающая: метаболическую, лимфотропную лимфокинетическую терапию, назначение флавоноидов, физиотерапию, массаж, ношение компрессионного трикотажа. Вторая группа - 4 пациента, которым по показаниям производилось наложение лимфовенозного анастомоза. Третья группа - 2 пациента, которым по показаниям производилось наложение лимфовенозного анастомоза с одномоментным перемещением подкожно-жирового лоскута на ножке в субфасциальное пространство конечности. В качестве предоперационной подготовки пациентам второй и третьей групп проводилась лимфотропная лимфокинетическая терапия. Эффективность лечения оценивали с помощью измерения объема конечностей и проведения пробы Мак-Клюра Олдрича в начале и через 6 месяцев после лечения. Результаты: в результате проведенного лечения 16 пациентов первой группы отмечали клиническое улучшение состояния, у 9 из них объем конечностей уменьшился не более чем на 0,5 см, у 7 пациентов объем конечностей уменьшился от 0,5 до 1,5 см, у 2 пациентов объем конечностей не изменился. Результаты пробы Мак-Клюра Олдрича у 15 пациентов первой группы были положительны, длительность рассасывания волдыря увеличилась на 5 минут и более по сравнению с исходным. У 3 пациентов время рассасывания не изменилось. У 4 пациентов второй группы наблюдалось значительное улучшение общего состояния, у 3 из них объем конечностей уменьшился на 1,5 см и более. У 1 пациента объем конечностей уменьшился на 1-1,5 см. Результаты пробы Мак-Клюра Олдрича у пациентов 2 группы были с положительной динамикой, длительность рассасывания волдыря увеличилась на 10 и более минут. Пациенты 3 группы также отмечали значительное улучшение общего состояния, объем конечностей у них уменьшился на 2,5 см и более. Длительность рассасывания волдыря при проведении пробы Мак-Клюра Олдрича составила 12 и более минут. Обсуждение: сочетание лимфовенозного анастомоза с одномоментным перемещением подкожно-жирового лоскута на ножке в субфасциальное пространство сочетает как прямое восстановление лимфатического дренажа через венозную систему, так и не прямое создание пассивного оттока из лимфатических капилляров собственно кожи под фасциальное пространство конечности с расчетом отсроченного формирования лимфатических коммуникаций, что обеспечит снижение давления в лимфатическом коллекторе. Заключение: сочетание лимфовенозного анастомоза с одномоментным перемещением подкожно-жирового лоскута на ножке в субфасциальное пространство является эффективным способом хирургического лечения лимфедемы конечностей.

---

151. Клиническое использование тонких сетчатых конструкций из никелида титана в условиях инфицированных операционных ран.

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

Курган

1) ГКУ «КДЦГ», 2) Лаборатория «Эндовет»

Актуальность. Крупный инфицированный дефект мягких тканей и, в частности брюшной стенки, являются частым и серьезным вызовом для хирурга. Профилактическое эндопротезирование брюшной стенки – один из трендов современной хирургии. Камнем преткновения современной имплантологии остается инфекция. Наиболее часто используемые имплантаты из полипропилена и политетрафторэтилена при контаминации дают большое количество гнойно-септических осложнений, которые, как правило, ведут к удалению имплантата и к необходимости вновь решать задачи пластического закрытия инфицированного дефекта. Цель исследования. Дать клиническое обоснование возможности использования сетчатых конструкций из никелида титана в условиях инфицированных операционных ран. Материалы и методы. В продолжение экспериментальных работ по изучению принципиальных вопросов интеграции биосовместимых имплантатов в живую ткань проведено клиническое ретроспективное обсервационное когортное исследование. Проанализированы непосредственные и отдаленные результаты лечения пациентов, которым

выполнялась имплантация сетчатых конструкций из никелида титана в условиях контаминированных и грязных операционных ран (n=56). Возраст пациентов 21 - 86 лет (средний 53,5 года). Размеры дефектов брюшной стенки составляли от 50 до 350 кв.см. Применялись сетчатые конструкции ручной вязки из никелид-титановой проволоки марки ТН-10, калибром 90, 100, 120 и 200 мкм, диаметр ячейки 2-3мм. Использовались методики аллопластики брюшной стенки с первичным фасциальным закрытием (onlay, sublay) и без первичного фасциального закрытия (inlay). Результаты исследования. Клинически у всех пациентов наблюдалось полное заживление послеоперационной раны. Длительность госпитализации зависела от тяжести основного заболевания (перитонит, панкреонекроз, кишечные свищи и т.д.) и составила  $30,4 \pm 9,1$ . Местные послеоперационные осложнения встретились у 42,6% пациентов, в т.ч. нагноение раны n=10 (18,5%), длительная инфицированная лимфорей n=5 (9,25%), частичное расхождение швов n=4 (7,4%), частичная экструзия имплантата n=1 (1,8%). Отдаленными осложнениями считались формирование ПВГ, гнойного свища и экструзия имплантата. Отдельную группу составляют нежелательные явления косметического и функционального характера, а именно диастаз прямых мышц живота после закрытия срединного дефекта «inlay» n=5 (17,8 %) и пролапс брюшной стенки после закрытия боковых дефектов «inlay» n=4 (18,5%). ПВГ развилась у 21,4% пациентов (6 пациентов) в группе пациентов с пластикой «inlay» и только 3,8% (1 случай) в группе пациентов с первичным фасциальным закрытием, различия статистически достоверны ( $\chi^2=4,287$ ,  $p=0,038$ ). Единственный случай формирования гнойного свища был связан со скручиванием имплантата вследствие его слабой фиксации и задержкой в нём некротических масс. Выводы. Тонкие сетчатые конструкции из никелида титана могут быть рекомендованы к использованию для закрытия крупных инфицированных дефектов и для профилактического эндопротезирования брюшной стенки у пациентов высокого риска возникновения послеоперационной эвентрации и/или послеоперационной вентральной грыжи, предпочтительнее в комбинации с первичным фасциальным закрытием.

---

152. Факторы приживляемости имплантируемых конструкций в тканях организма человека и животных.

Чернов В.Ф., Ирьянов Ю.М., Радченко С.А., Чернов А.В.

Курган

1)ГКУ «КДЦГ», 2)ФГУ «РНЦ ВТО», 3) Лаборатория «Эндовет», г. Курган

Проблема замещения поврежденных участков тканей организма, как никогда, сохраняет свою актуальность в современной медицине и тесно связана с взаимодействием живой ткани с имплантируемым материалом. Экспериментальное и клиническое изучение данной проблемы приводит к мысли, что успех имплантации зависит не только от биосовместимости инородного материала, но и от некоторых других свойств имплантата. К ним относятся пространственная характеристика как конструкции в целом, так и поверхности самого материала. Материалы, методы и результаты исследования. В качестве имплантируемого материала в эксперименте (животные разного вида – крысы, кролики, кошки, собаки) и в клинике использовались биосовместимые полимерные и металлические материалы, разрешенные в медицине. Причем в клинической практике – 462 случая в условиях стерильной и инфицированной (61 случай) среды. Попытки имплантировать в инфицированные ткани полимеров с гладкой поверхностью имплантатов и нитей успеха не имели, тогда как имплантация тонких сетчатых конструкций из никелида титана ТН – 10 (в меньшей степени чистого титана) в подавляющем большинстве случаев завершилась полным заживлением раны. Обсуждение результатов. Выполненные исследования свидетельствуют об общебиологической закономерности реакции ткани на имплантат. Это относится к формированию соединительной ткани от начальных этапов формирования регенерата и его трансформации до полной интеграции в ткани организма. На начальном этапе имплантации превалирует неспецифическая ответная реакция живой ткани на инородное тело, причем наибольшее различие отмечается в открытой инфицированной ране с развернутой картиной воспаления. На данном этапе решающее значение имели характеристики имплантата. Крупнообъемные и массивные (масса конструкции в единице объема) имплантаты закономерно усиливали реакцию ткани и снижали шансы на успех. Результаты последующих этапов формирования регенерата тесно



связаны с тем, как соотносятся элементы регенерата с поверхностью материала в процессе интеграции, которая может быть полной и неполной. Интеграция имплантационного материала в живую ткань в наибольшей степени достигается при тонкой сетчатой трехмерной конструкции устройства с шероховатой поверхностью, совместимой по размерам с волокнистыми структурами новообразованной ткани. Установленные критерии биомеханической совместимости поверхности имплантационного материала одинаково действует как в стерильных условиях, так и в активной инфицированной среде, от чего зависит применение имплантатов в тканях с высокой степенью контаминации, инфицированности и даже в очаге гнойной инфекции. Полученные экспериментальные и клинические результаты дают основания для применения имплантатов данного вида при замещении дефектов мягких, костных и хрящевых тканей в различных клинических условиях.

---

153. Морфологические аспекты имплантации тонких сетчатых конструкций в условиях инфицированных тканей операционных ран.

Радченко С.А., Ирьянов Ю.М., Чернов В.Ф., Чернов А.В.

Курган

1) ГКУ «КДЦГ», 2) ФГУ «РНЦ ВТО», 3) Лаборатория «Эндовет», г. Курган.

Актуальность. Продолжается поиск оптимального имплантационного материала для использования в условиях инфекции. Принципиальными моментами являются интегративная способность материала в агрессивной среде - инфицированной ране, а также биосовместимые характеристики его поверхности. Цель исследования. Дать морфологическое обоснование возможности использования сетчатых конструкций из никелида титана в условиях инфицированных операционных ран. Материалы и методы. В рамках проводимого когортного клинического исследования у пациентов, ранее оперированных с имплантацией тонких сетчатых никелид-титановых конструкций в условиях инфицированных (в том числе гнойных) операционных ран, в ходе последующих санирующих и реконструктивно-пластических операций забирался материал для морфологических исследований, световой и сканирующей электронной микроскопии (СЭГ), всего 19 образцов в сроки от 1 месяца до 5 лет. Результаты исследования. Вне зависимости от сроков, прошедших с момента первичной имплантации (от 1 месяца до 5 лет) макроскопически регенерат представлял собой эластичную пластинку рубцовой ткани толщиной 3-5мм, прочную на разрыв, диссекция которой была возможна скальпелем и ножницами. Сквозь его гладкую блестящую поверхность местами просвечивали инкорпорированные элементы сетчатой конструкции. Извлечение элементов сетчатой конструкции из регенерата происходило с большим усилием и сопровождалось разрывом рубцовой пластинки с сохранением фрагментов плотной соединительнотканной структуры вокруг элементов проволоки. Исключительно прочная фиксация элементов растущей и сформированной соединительной ткани к поверхности имплантата свидетельствовала о полной интеграции материала в инфицированную ткань. По данным световой микроскопии и СЭГ наблюдалось полное купирование воспалительного процесса в сроки до 6 месяцев. Развитие зрелой соединительной ткани в зоне имплантации в сроки от 3 месяцев. В сроки 6 месяцев и более наблюдается завершённый гистогенез соединительной ткани. Полное вращание соединительной ткани в никелид-титановую конструкцию без образования капсулы и микроподвижности. Выводы. Характер интегративных процессов инфицированной ткани при использовании имплантата, обладающего характеристиками, благоприятными для формирующейся соединительной ткани, снижает предпосылки к хронизации инфекционного процесса. Сроки купирования воспалительной реакции и качество формирующейся соединительной ткани, армированной элементами сетчатой конструкции, предполагают надёжность и безопасность использования тонких сетчатых имплантатов из никелида титана в условиях инфекции.

---

154. Этиопатогенетические этапы лечения острого панкреатита.

Кульчиев А.А., Хестанов А.К., Морозов А.А., Карсанов А.М. Тигиев С.В.

Владикавказ

ГБОУ ВПО "Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, кафедра хирургических болезней №3

Цель исследования: улучшение результатов лечения и снижения летальности при остром панкреатите. Материалы и методы: Для решения поставленной цели проанализированы результаты лечения в двух группах больных. Первая группа, сравнения - 140, которая классифицировалась по Атлантской (1992) классификации и лечилась по рекомендованным на тот момент, стандартам, - с 1992 по 1999 гг. Вторая группа больных (178), основная, с 2000 по 2013 гг., которая классифицировалась по предлагаемой видоизмененной классификации и лечилась с учетом этиопатогенеза и стадийности панкреатита. Достоверность диагноза базировалась на клинической картине, лабораторных данных и аппаратных методах исследования (УЗИ, ФГДС, рентген, лапароскопия, КТ, тонкоигольная биопсия). Результаты и обсуждение: Панкреонекроз в обеих группах был разным, в группе сравнения он составил 40 %; в основной группе 30.4 %. Из них инфицирование панкреонекроза произошло в группе сравнения в 62% случаях, в основной группе в 33.3%. Интересно отметить и тот факт, что в основной группе больных инфицирование панкреонекроза наступило в два раза реже чем в группе сравнения. Это доказывает обоснованность патогенетического поэтапного лечения панкреонекроза. По тяжести течения (RANSON) панкреонекроза, больные распределились следующим образом: 1 группа (56): легкая степень – 5, средней тяжести – 22, тяжелая – 29 (51.8%). Основная группа (54): легкая степень – 8, средней тяжести – 14, тяжелая – 32 (33.3%). До 2000 г. больным целенаправленно не исследовали БСДПК. С 2000 г. всем больным с диагнозом острый панкреатит считаем обязательным изучение состояния БСДПК. Поэтому в данной работе приводятся данные о функциональном состоянии БСДПК в основной группе. Из 178 больных основной группы, осмотреть БСДПК удалось у 147. Часть больных отказывалась от ФГДС, у части по техническим причинам не удавалось выполнить исследование. При ФГДС у 68 выявлены различные патологические состояния билиарной системы и БСДПК: ущемленный камень сосочка – 12, выраженный папиллит с нарушением функции сосочка – 22, холедохолитиаз в сочетании со стенозом БСДПК – 17, дивертикулы в области БСДПК – 6, наличие мелких желчных конкрементов в ДПК – 11, на фоне выраженного папиллита. При установлении острого билиарного панкреатита основной задачей считаем снятие гипертензионного синдрома в панкреатобилиарной системе, методом эндоскопических вмешательств на БСДПК (ЭПСТ). Если это не возможно, то прибегаем ко всем существующим способам снятия блокады БСДПК (чрезкожно - чрезпеченочная холангиостомия, лапароскопическая холецисто-холангиостомия, открытая холецисто – холедохостомия минидоступом). Нами выполнено 34 ЭПСТ по поводу острого билиарного панкреатита, у 2 больных получили осложнения в виде кровотечения и перфорации задней стенки ДПК. В 38 случаях выполнена диагностически – лечебная лапароскопия, с осмотром поджелудочной железы, оценки степени ее поражения, лаваж и дренирование полости малого сальника и брюшной полости. У 78 больных с жидкостными образованиями полости малого сальника, забрюшинного пространства под УЗИ наведением произведено их дренирование. Всего при инфицированном панкреонекрозе осложненным формированием абсцесса, флегмоны, нами произведено вскрытие и дренирование гнойников мини – доступом аппаратом Прудкова у 35 больных. У 12 больных выполнена широкая лапаротомия. Из них в 10 случаях забрюшинная флегмона дренирована внебрюшино дополнительными поясничными разрезами. В 2 случаях при прорыве гнойника в брюшную полость, лапаротомия заканчивалась санацией и дренированием брюшной полости. В данной работе мы анализируем результаты лечения больных в основной группе. Из группы сравнения приводим только данные о летальности в тот период лечения. Придерживаясь разработанной нами программы поэтапного лечения острого панкреатита, позволила нам резко сократить количество ранних оперативных вмешательств и широких лапаротомий. Выводы: Включение в классификацию острого панкреатита этиопатогенетического механизма развития заболевания с разделением на билиарный и автономный, позволяет на ранних этапах болезни дифференцированно решать лечебную тактику. У больных с билиарным панкреатитом с острой блокадой БСДПК, экстренное, адекватное устранение гипертензии позволяет остановить сложный патогенетический механизм развития и прогрессирования острого

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

панкреатита на ранних стадиях развития болезни. Современные малоинвазивные методы позволяют значительно сократить ранние и широкие лапаротомии в лечении осложненных форм панкреонекроза. Предлагаемая классификация и основанная на ней этапная этиопатогенетическая тактика лечения острого панкреатита позволила снизить летальность от осложненных форм панкреонекроза с 26,2 % при общепринятых классификаций и методов лечения до 12,5 %.

---

155. Отдаленные результаты лечения геморроя доплероконтролируемой дезартеризацией с мукопексией и геморроидэктомией гармоническим скальпелем. Рандомизированное, проспективное, сравнительное исследование.

Титов А.Ю., Абрицова М.В.

Москва

ФГБУ "ГНЦК им. А.Н. Рыжих" Минздрава России

Цель: Сравнение отдаленных результатов лечения геморроя двумя методами. Методы: В проспективное исследование включено 240 пациентов с геморроем 3-4 ст. 156/240 (65%) больным установлен диагноз геморрой 3 ст., 84/240 (35%) - геморрой 4 ст. Пациентам первой группы выполнена доплероконтролируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией (Допплер-ДМ) (120/240), второй группы — геморроидэктомия аппаратом Ultracision (ГЭ) (120/240). Результаты: Длительность операции в группе Допплер-ДМ составила 17,9±6,1 мин., по сравнению с ГЭ - 34,5±10,1 мин.(р

---

156. Хирургическое и эндоваскулярное лечение флотирующих тромбозов нижней полой вены

ИГНАТЬЕВ И.М. (1,2), АХМЕТЗЯНОВ Р.В. (1,2), БРЕДИХИН Р.А. (1,2), ЗАНОЧКИН А.В. (1), МАЛЯСЕВ Д.В. (1), ВОЛОДЮХИН М.Ю. (1,2).

Казань

1) ГАУЗ Межрегиональный клинично-диагностический центр, 2) курс сердечно-сосудистой хирургии Казанского государственного медицинского университета,

Цель исследования: разработка показаний к хирургическому и эндоваскулярному лечению флотирующих тромбозов глубоких вен (ТГВ) в системе нижней полой вены (НПВ) и оценка его результатов. Материал и методы: в период с 2006 по 2014 гг. было обследовано 358 пациентов от 17 до 87 лет с острым флотирующим тромбозом в системе НПВ. Признаки тромбоза легочной артерии (ТЭЛА) установлены в 56 наблюдениях. Инструментальные исследования включали лабораторные методы исследования, ультразвуковое дуплексное сканирование, рентгеноконтрастную и компьютерную флебографию, перфузионную сцинтиграфию легких, компьютерную томографию органов грудной и брюшной полостей, малого таза. Применяли широкий спектр оперативных вмешательств. 221 (61,7%) пациент был прооперирован традиционным хирургическим путем, 137 (38,3%) – эндоваскулярным. Перевязка бедренной вены (БВ) произведена в 49 случаях. Операция тромбэктомии с удалением флотирующей части тромба выполнена у 172 больных. Из них тромбэктомия из НПВ осуществлена у 4-х пациентов, тромбэктомия из

общей подвздошной (ОПВ), наружной подвздошной (НарПВ) и общей бедренной вены (ОБВ) с резекцией бедренной вены (БВ) – у 26, тромбэктомия из ОБВ с резекцией БВ – у 67, тромбэктомия из ОБВ с кроссэктомией большой подкожной вены (БПВ) – у 75. В 31 случае тромбэктомия сочеталась с наложением временной проксимальной артериовенозной фистулы (АВФ) по оригинальной методике, позволяющей устранить фистулу через 3-4 недели без повторного оперативного вмешательства (патент РФ №2423928). Эндovasкулярные интервенции включали катетерную тромбэктомию устройством «ТРЭКС» у 11 больных и имплантацию кава-фильтра у 126 человек. В 67 случаях кава-фильтр был имплантирован после тромбэктомии, в 59 – как изолированное вмешательство. Постоянные устройства установлены у 10 пациентов, съемные – у 116 (кава-фильтры OptEase, Cordis). Всем пациентам назначалась антикоагулянтная терапия по стандартным схемам, прием неспецифических противовоспалительных и флеботропных препаратов, эластическая компрессия. Оценка эффективности проведенного лечения проводили по клинической шкале оценки тяжести заболевания VCSS. Динамику отечного синдрома регистрировали путем измерения маллеолярного объема прибором «Leg-o-Meter». Результаты и обсуждение: ретромбозы в раннем послеоперационном периоде наблюдались у 14 больных. В группе пациентов с функционирующими АВФ повторных тромбозов не было. Эмболия в кава-фильтр произошла в 21 случае, в 3-х из них – после тромбэктомии устройством «ТРЭКС». Временные кава-фильтры успешно удалены у 64 человек в сроки от 10 до 56 суток. В постоянной позиции в связи с высоким риском повторной эмболии было оставлено 52 временных кава-фильтра. Послеоперационная летальность составила 0,8%: 2-е пациентов погибло от ТЭЛА, 1 – от инфаркта миокарда на 3-и сутки после операции. Отдаленные результаты в сроки до 8 лет прослежены у 119 (33,2%) больных. Хорошие результаты в виде стойкого уменьшения отека конечности, купирования болевого синдрома и отсутствия признаков ТЭЛА отмечены в 72 (61%) наблюдениях, удовлетворительные, в виде стабилизации состояния конечности и отсутствия ТЭЛА – в 37 (31%), неудовлетворительные – в 10 (8%). Ретромбоз оперированного сегмента наблюдали у 9 пациентов, дислокация тромбированного фильтра с последующей ТЭЛА – у 1. В отдаленном периоде отмечали регресс клинической симптоматики со снижением интегрального показателя по шкале VCSS на 4,48 баллов(р

---

157. Мезентериальный тромбоз. Вопросы диагностики и послеоперационного ведения.

Тимербулатов В.М., Гарипов Р.М., Тимербулатов Ш.В., Сагитов Р.Б., Ямалов Р.А., Чудновец Л.Г.

Уфа

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ

Введение. Многие авторы в последнее время в периодической медицинской печати отмечают увеличение количества больных с мезентериальной ишемией. С одной стороны, это связано с увеличением заболеваемости, ростом общего количества пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, но в большей степени – с улучшением прижизненной диагностики тромбозов и эмболии мезентериальных сосудов. Актуальными являются методы объективной внутрибрюшной оценки состояния кишечника в раннем послеоперационном периоде. Цель исследования. Изучить вопросы диагностики с использованием современных технологий и послеоперационного ведения. Материал и методы. Ретроспективно проанализированы результаты диагностики и лечения 168 больных мезентериальным тромбозом, находившихся в хирургической клинике больницы Скорой медицинской помощи г. Уфы за период с 2004 по 2014 годы. Среди них мужчин было 96 (57,1%) больных, женщин – 72 (42,9%). Средний возраст больных составил 68±/5,4 года. Острый мезентериальный тромбоз в основном развивался у больных на фоне атеросклероза, инфаркта миокарда, мерцательной аритмии, эндокардита, аневризма аорты, резкого снижения артериального давления (нарушения ритма сердца, шок различного генеза). Диагностика острого нарушения мезентериального кровообращения (ОНМК) складывалась на основании общеклинического (несоответствие сильной боли в животе и малоболезненной абдоминальной пальпации, систолический шум в точках чревной и брыжеечной артерий, ослабление кишечных шумов или полное отсутствие перистальтики, отсутствие вздутия живота в ранних стадиях, повышение внутрибрюшного давления в поздних стадиях), лабораторного (нейтрофильный лейкоцитоз с выраженным сдвигом формулы влево,

картина метаболического ацидоза, укорочение активированного частичного тромбопластинового времени, гиперкоагуляция при исследовании Д-димера, повышение лактата крови). С учётом тяжелого соматического состояния пациентов использовали ступенчатый метод диагностики, начиная с наименее инвазивных, щадящих инструментальных методик: рентгенологическое и ультразвуковое исследование органов брюшной полости цветным доплером (определение структуры артерий, вен, место их сужения или окклюзии), компьютерная томография с контрастным усилением (визуализация тромбов в сосудах), магнитно-резонансная томография (позволяет получить трехмерные изображения пораженных сосудов). Селективная ангиография, проведенная у 112 больных, имела наибольшую диагностическую ценность, так как позволяла точно определить местоположение тромба в артерии и степень окклюзионных поражений. К инвазивной методике – лапароскопии прибегали для визуального осмотра кишечника, определения тяжести и распространенности поражения, а также для уточнения объема оперативного вмешательства (142 больных). Досуточная диагностика острого мезентериального составила 85,7% (144 больных). При установлении диагноза на фоне комплексной патогенетической терапии проводили срочное оперативное вмешательство. Объем оперативного вмешательства заключался в проведении у 14 больных стентирования брыжеечных артерий, резекции пораженного участка кишечника при сегментарном тромбозе – у 18 больных, субтотальной резекции – у 34. Тотальный некроз тонкой и толстой кишок выявлен у 82 больных (48,8%). Важным этапом в лечении данной категории больных является динамическое наблюдение за состоянием кишечника в раннем послеоперационном периоде, направленное на своевременную диагностику осложнений (нарастание области ишемии, несостоятельность анастомоза, образование гнойного очага и др.). С целью постоянного эндоскопического мониторинга органов брюшной полости нами разработано устройство, представляющее дренажную трубку с установленной на дистальном конце ее микровидеокамерой с источником света. Микровидеокамера соединена с цифровым записывающим устройством с выводом изображения на экран монитора (патент на изобретение № 2480137 от 27.04.13г.). Выводы. 1. Современные методики диагностики позволили диагностировать острый тромбоз мезентериальных сосудов в первые 24 часа у 85,7% больных. Летальность при различных формах резекций составила 27,2%, общая летальность – 76,3%. 2. Контрольно-динамический осмотр брюшной полости предложенным нами устройством позволял своевременно выявлять осложнения в раннем послеоперационном периоде.

---

#### 158.АНТИОКСИДАНТНАЯ - ЭНЕРГОКОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Ступин В.А., Хоконов М.А., Гахраманов Т.В., Хоконов А.М., Костюченко М.В.

Москва

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова

Цель: Оценка эффективности антиоксидантной-энергокорректирующей терапии у больных с острым калькулезным холециститом. Материалы и методы исследования: Обследовано 278 больных с острым калькулезным холециститом. При включении в исследование больные были рандомизированы на две группы: 1) Группу сравнения составили 125 пациентов, в возрасте от 24 до 89 лет (средний возраст  $66,20 \pm 11,12$  лет), в том числе 36 (28,81%) мужчины и 89 (71,2%) женщин. Больным данной группы проводилось стандартная консервативная терапия. 2) В основную группу вошли 153 пациента, в возрасте от 21 до 87 лет (средний возраст  $67,41 \pm 10,63$  лет), в том числе 45 (29,41%) мужчин и 108 (70,59%) женщин. Больным данной группы на фоне стандартной консервативной терапии проводилась антиоксидантная и энергокорректирующая терапия на основе янтарной кислоты реамберин. Препарат назначался с первого дня госпитализации по схеме: 400 мл/сутки в/в-капельно в течение 10 дней. С целью усиления действия препарата лечение начинали с оксигенотерапии и введения теплого раствора 10% глюкозы, после чего переходили к инфузии реамберина. Исследуемые группы были сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующей патологии а также по тяжести, оцененной по шкале SOFA. Хирургическая тактика и объем оперативных вмешательств в обеих группах больных были идентичными. Состояние больных оценивали в

динамике – при госпитализации и на  $3\pm 1$ ,  $8\pm 1$  и  $14\pm 1$  сутки на основании: 1) анамнеза, жалоб, клинического состояния; 2) оценки общего состояния (по шкале SOFA); 3) исследования свободнорадикальных процессов (СРП) в плазме крови - показатели интенсивности хемиллюминесценции активных форм кислорода лейкоцитами – базальный (ПИХЛБ), отражающий уровень внутриклеточных СРП, которыми лейкоцит реагирует на развивающееся воспаление; стимулированный зимозаном (ПИХЛс) и отношение этих показателей (К), которые отражают раннюю системную лейкоцитарную реакцию, стимулируемую избытком активных форм кислорода; антиперекисная активность вторичной плазмы (АПА); продукты перекисного окисления липидов, реагирующие с тиобарбитуровой кислотой (МДА) – вторичные продукты перекисного окисления липидов (ПОЛ), характеризующие поздние этапы липидного каскада СРП, вызывающие деструкцию тканей. Статистическая обработка проведена с помощью программой SPSS15. Результаты: При исследовании выявлена значимость оксидантного стресса у больных с острым калькулезным холециститом (ОКХ). Практически все исследуемые показатели СРП у больных с ОКХ значимо отличались от показателей у здоровых добровольцев. В наибольшей степени зарегистрирован дисбаланс кислородных маркеров окислительного стресса, что связано с остротой процесса и последующей инициацией ими липидного каскада СРП. Проведенное исследование объективизировало эффективность применения энергокорректирующей терапии реамберином у больных с ОКХ. Так как, при проведении только базовой терапии снижение выраженности дисбаланса параметров СРП наблюдалось только к 8-м суткам, а у больных на фоне лечения антиоксидантом их удалось нормализовать уже к 3-м суткам. Подобная динамика параметров СРП отражает саногенетическое влияние антиоксидантной терапии на процессы локального воспаления. Это влияние позволило в дальнейшем уменьшить прогрессирование воспаления стенки ЖП, что клинически реализовалось в снижении частоты выполнения малоинвазивных хирургических пособий. В процессе лечения на фоне антиоксидантной терапии удалось уменьшить процент микрохолецистостом с 12,4% до 8,0% у больных с флегмонозными формами ОКХ, как и число срочных операций с 26,5% до 14,5%. Частота экстренных операций достоверно не отличалась, т.к. все они были выполнены по поводу гангренозных форм ОКХ в 1-е сутки от момента поступления. Выводы: Изучение динамики течения СРП у больных ОКХ позволило оптимизировать тактику антиоксидантной терапии, проведение которой улучшает прогноз, уменьшая частоту перехода катаральных форм в деструктивные, снижая необходимость в МХС и частоту срочных операций.

---

#### 159. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ УЛЬТРАСОНОСКОПИИ В СОЧЕТАНИИ С ЭЛАСТОГРАФИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ОБЛАСТИ

Юанов А.А., Плетнева Г.Ф., Гаврилов В.В., Бородулин Б.П.

Саратов

ГУЗ "Областной госпиталь для ветеранов войн", Россия, г. Саратов, 410002, ул. Соборная, 22, ogvv@yandex.ru

Целью исследования являлась оценка диагностических возможностей эндоскопической ультразвуковой сонографии (ЭУС) с применением соноэластографии у пациентов с заболеваниями панкреатобилиарной зоны в дифференциальной диагностике опухолей поджелудочной железы, псевдотуморозной формы панкреатита, неопухолевых заболеваний. Дифференциальная диагностика опухоли и хронического псевдотуморозного панкреатита остается трудной задачей и по сей день. Сложность диагностики обусловлена отсутствием достоверных специфических ультразвуковых признаков. Особенно трудны в диагностике опухоли небольших размеров. Было обследовано 40 пациентов с помощью ультразвукового сканера Hitachi EUB-7500F Hi Vision (Япония) с программным обеспечением для соноэластографии с использованием радиального датчика с частотой сканирования 17 МГц видеоскопа PENTAX EG-3670URK. Проведение соноэластографии для сравнительной оценки эластичности новообразований и окружающих тканей позволяет оценивать жесткость новообразований, отражающееся в виде 5 типов цветовой шкалы. При анализе ЭУС оценивались такие ультразвуковые признаки, как наличие узлового образования, его

размер и количество, форма, контуры, экзогенность, структура. Важным является определение инвазии опухоли в стенку желудка, распространение на магистральные сосуды, общий желчный проток, выявление лимфорегионарного метастазирования. Первичная опухоль поджелудочной железы была выявлена у 15 пациентов (37,5%), псевдотуморозный панкреатит в 6 случаях (15%). В группе с опухолями поджелудочной железы наблюдалось 7 мужчин, 8 женщин. Их возраст колебался от 47 до 89 лет. Среди наблюдений преобладали опухоли больших размеров от 3 см до 8 см. Чаще всего опухоли располагались в головке поджелудочной железы (73%). Во всех случаях выявлено очаговое образование (100%) неправильной формы в 80% случаев, чаще отмечались довольно четкие контуры (80%), неоднородная структура выявлена во всех случаях (100%) за счет жидкостных включений или участков обызвествления. При проведении соноэластографии у 13 злокачественных новообразований (87%) были выявлены участки повышенной жесткости и более четко удавалось определить границы опухоли. У 2х пациентов (13%) выполнить соноэластографию не удалось из-за расположения опухоли в крючковидном отростке поджелудочной железы. В 2 случаях (13%) выявлена инвазия опухоли в стенку желудка, в 4 случаях (26,6%) - инвазия холедоха. В 10 случаях (73%) отмечено расширение панкреатического протока выше проксимальной границы опухоли. В 13% случаев выявлены признаки желчной гипертензии (дилатация общего желчного протока, долевых желчных ходов). Отсутствие кровотока в опухолевом узле наблюдалось у 14 пациентов (93%). Увеличение регионарных лимфатических узлов отмечалось в 13%. При псевдотуморозном панкреатите четкой локальной очаговости не отмечалось в 83,5%, нечеткие контуры отмечались в 100%, отмечалось избыточное кровоснабжение объемного образования при ЦДК в 87,5%. Проведение соноэластографии в этой группе не выявило признаков высокой жесткости в объемных образованиях. Наибольшую дифференциально диагностическую значимость имели следующие признаки: очаговость образования, отсутствие кровотока в структуре, инвазия сосудов, стенки желудка, выявление повышенной жесткости новообразования при соноэластографии, выявление лимфорегионарного метастазирования. В группе неопухолевых заболеваний (п-20) показаниями к ЭУС было уточнение состояния протоковой системы при механической желтухе в связи с подозрением на холедохолитиаз, а также вируснохолитиаз, когда неудовлетворительная абдоминальная визуализация не позволяла выявить конкременты. Кроме того, исключалась опухоль дуоденального соска. Холедохолитиаз подтвержден в 8 случаях(40%), вируснохолитиаз — в 5 случаях(25%), стеноз дистального отдела общего желчного протока выявлен у 3 пациентов(15%). Опухоль дуоденального соска не подтвердилась у 4 пациентов(20%). Сопоставление результатов ЭУС в сочетании с эластографией с данными магнитно-рентгеновской томографии, цитоморфологического исследования показало высокую разрешающую способность ЭУС в диагностике характера и распространенности опухолевого процесса, а также является уточняющим методом диагностики патологии гепатодуоденальной зоны.

---

160. Хирургическая тактика при посттравматических диафрагмальных грыжах

Рамазанов Э.Н., Толстокоров А.С., Дергунова С.А., Новиков С.Д.

Саратов

ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России

За последние десятилетия отмечается рост производственного и, особенно, транспортного травматизма. Вероятность повреждения диафрагмы при закрытой травме груди и (или) живота иногда не учитывается врачами, оказывающими помощь не только на первых этапах лечения, но и в последующем при оказании специализированной помощи. С 1998 по 2014 гг в нашей клинике находились 59 пострадавших с данной патологией. Возраст их варьировал с 16 до 72 лет. Мужчин было 51, женщин - 8. У 47 пострадавших был диагностирован разрыв левого купола диафрагмы, у 12 - правого. Повреждения диафрагмы при проникающих торакоабдоминальных ранениях были выявлены у 21 пострадавших, разрывы при закрытой травме - у 38. Сроки поступления в клинику были чрезвычайно вариabельными - от 3 часов до 30 лет. В первые 6 часов после получения травмы поступили 9 пациентов, трое из них погибли до операции вскоре

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

после поступления в результате геморрагического шока и сердечно-легочной недостаточности. В течение первых суток поступили 34 пациента, у 16 человек клинические проявления разрыва диафрагмы развились по прошествии значительного времени после получения травмы. Эти пациенты длительно лечились в ЛПУ по месту жительства, а некоторые вообще не обращались к врачу. Постепенное ухудшение состояния, появление болевого синдрома и дыхательной недостаточности, обусловленные нарушением кровообращения органов брюшной полости, перемещенных в плевральную полость, сдавлением легкого, побудили медперсонал и самих пациентов к дальнейшему обследованию, направлению в специализированный стационар. Помимо стандартных методов исследования в данных ситуациях (ФГДС, рентгеноскопия пищевода и желудка, ирригоскопия, УЗИ и КТ органов грудной и брюшной полостей), избежать диагностических ошибок и выбрать оптимальную тактику позволяет диагностическая видеоторакоскопия. Используемый в нашей клинике диагностический алгоритм позволил выявить, что у 46 больных имело место перемещение желудка в плевральную полость, кроме того, у 17 - вместе с сальником, у 8 - с селезенкой, у 15 - с ободочной кишкой и у 21 - с петлями тонкой кишки. У 12 больных с повреждением правого купола отмечено внедрение правой доли печени в плевральную полость. Оперированы 56 больных. Восстанавливались нормальные анатомические взаимоотношения органов грудной клетки и брюшной полости. Дефекты в диафрагме ушивались П-образными или двухрядными швами из нерассасывающегося шовного материала. У 5 больных перемещенный в плевральную полость желудок был ущемлен, что потребовало его резекции. У 2 больных послеоперационный период осложнился эмпиемой плевры. Умерли 2 больных (3,5%). В заключении следует сказать, что диагностика травматической диафрагмальной грыжи в большинстве случаев не составляет особого труда при адекватной настороженности хирурга о возможности разрыва диафрагмы и правильном диагностическом алгоритме, включающем видеоторакоскопию.

---

161. Хирургия рака пищевода, возможности улучшения результатов лечения

Рамазанов Э.Н., Толстоколов А.С., Хмара А.Д., Черемухина Е.С.

Саратов

ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России

Хирургическое лечение рака пищевода является крайне сложной задачей, ближайшие и отдаленные результаты которого оставляют желать лучшего. Мы задались целью оценить ближайшие и отдаленные результаты многоэтапных и одномоментных хирургических вмешательств, выполняемых при раке пищевода, качество жизни между этапами хирургического лечения. С 2004 по 2014 гг. на стационарном лечении находились 722 больных с раком пищевода, из них мужчин было 568, женщин – 154. Возраст больных колебался в широких пределах от 20 до 90 лет. Средний возраст во всей исследуемой популяции составил 61,24 года. Изолированный рак пищевода наблюдался у 412 больных, рак пищевода и кардиального отдела желудка у 310. Все больные тщательно обследованы перед операцией. В комплекс диагностических мероприятий входили исследования, направленные на уточнение локализации и распространенности опухоли, на морфологическую ее верификацию. Обязательным в дооперационном периоде является оценка функционального и нутритивного статуса. Основным в лечении больных является хирургический этап. Последний должен не только избавить пациента от злокачественной опухоли, но и обеспечить его физическое, психологическое, эмоциональное, социальное, а также духовное благополучие. Оценка этих граней эффективности лечения на различных этапах (до операции, между этапами хирургического лечения, после окончания хирургического лечения, в отдаленном периоде) проведена посредством модифицированного опросника для оценки гастроинтестинального индекса качества жизни GIQLI. Оперировано 365 человек – операбельность составила 50,6%. Паллиативных вмешательств выполнено 205, радикальных – 160. То есть только 22,2% больных радикально оперированы. Из числа радикально оперированных больных 34 (21,25%) больным выполнен 1-й этап хирургического вмешательства, заключающийся в удалении опухоли (операция Торэка). Запланированный 2-й этап

158



хирургического лечения выполнен лишь у 9 больных, то есть только у четверти больных хирургическое лечение удалось завершить. Из причин незавершенности хирургического лечения следует отметить прогресс заболевания, сохраняющийся низким нутритивный статус, выраженный иммунодефицит после противоопухолевого лечения, нежелание больного повторного хирургического вмешательства, смерть. При оценке качества жизни после первого этапа следует отметить низкие показатели по шкалам социального функционирования, психического и физического состояния, субъективного восприятия своего здоровья, при удовлетворительных показателях шкалы симптомов и шкалы влияния проведенного лечения. После пластического этапа, выполненного 9-ти больным индекс качества жизни несколько улучшился за счет шкал психического и физического состояния, социального функционирования. Одномоментных радикальных хирургических вмешательств выполнено 126. Пластическим материалом в 95 явился желудок, в 31 случае – тонкая кишка. Выполнялись следующие виды хирургических вмешательств: гастрэктомия с резекцией пищевода и пластикой мобилизованной по Ру петель тонкой кишки – 31, проксимальная резекция желудка с резекцией пищевода – 34, экстирпация пищевода с заградительной пластикой желудочной трубкой – 24, резекция грудного отдела пищевода с пластикой желудочным стеблем – 35, торакоскопическая резекция пищевода с пластикой желудочной трубкой – 2. Следует отметить сохраняющийся высокий процент послеоперационных осложнений – 7,4%, а также послеоперационной летальности – 10,9%. Наиболее частой причиной смерти является несостоятельность швов анастомоза с развитием медиастинита и острой эмпиемы плевры. Осложнения и летальность в этой группе больных сравнимы с группой больных, перенесших операцию Торэка – осложнения составили 8,8%, летальность – 17,2%. При анализе качества жизни в послеоперационном и в отдаленном периоде отмечаются удовлетворительные показатели по всем шкалам. Последние значительно лучше, чем после 1-го этапа хирургического вмешательства, при аналогичных послеоперационных осложнениях и летальности. Таким образом, многоэтапные операции по поводу рака пищевода, не приводя к улучшению показателей послеоперационных осложнений и летальности, значительно ухудшают качество жизни по всем шкалам гастроинтестинального опросника GIQLI не только между этапами хирургического лечения, но и после окончания всех этапов. Выполнение одномоментных операций приводит к улучшению результатов хирургического лечения и качества жизни как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периоде. При низком нутритивном и функциональном статусе предпочтительнее не делить хирургическое лечение на этапы, а выполнить одномоментную операцию после тщательной многокомпонентной предоперационной подготовки.

---

## 162. Хирургическое лечение декубитальных язв

Масевнин В.В.(2), Селиверстов Д.В.(2), Юдин В.А.(1,2), Савкин И.Д.(1)

Рязань

1) ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России 2) ГБУ РО “Областная клиническая больница”

Цель: оценить эффективность хирургического лечения декубитальных язв методом пластики несвободным кожным лоскутом. Материалы и методы: под наблюдением были 22 пациента с декубитальными язвами крестцово-ягодичной области 3-4 степени по классификации АНСРР. В первую группу включены 13 пациентов, которым проводилась местная и общая консервативная терапия: устранение длительного непрерывного давления, уход за кожей, применение специальных повязок, полноценное питание, коррекция основного заболевания, физиотерапевтические методы, по показаниям применялась антибактериальная терапия и средства, улучшающие микроциркуляцию и трофику тканей. Вторая группа 9 пациентов, которым наряду с консервативным лечением было выполнено радикальное иссечение декубитальной язвы с одномоментной пластикой несвободным кожным лоскутом. Операция включала следующие этапы: разметка операционного поля, иссечение язвы и удаление девитализированных тканей, выкраивание кожного лоскута, перемещение и фиксация кожного лоскута, ушивание раны на дренаже типа Редон. Во время ушивания обеспечивалось наибольшее натяжение тканей. В послеоперационном периоде исключалось давление на область раны. По показаниям назначалась направленная антибактериальная терапия и средства, улучшающие микроциркуляцию и трофику тканей. Оценка результатов лечения в обеих группах

проводилась через 1 месяц после выписки из стационара. Результаты: в результате проведенного лечения у 3 пациентов первой группы язвы без тенденции к заживлению. У 6 пациентов первой группы язвы очистились, дно их представлено грануляционной тканью и у 4 пациентов язвы активно гранулировали, имелись признаки краевой эпителизации. У 8 пациентов 2 группы послеоперационная рана без признаков воспаления. У 1 пациента в области послеоперационной раны наблюдалось прорезывание швов (из анамнеза выяснилось, что пациент не соблюдал рекомендации и на область раны оказывалось давление). Вывод: применение пластики несвободным кожным лоскутом является эффективным способом хирургического лечения декубитальных язв.

---

### 163. Эндовазальная лазерная облитерация В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХВН С3-С4 В УСЛОВИЯХ ЕВРОПЕЙСКОГО ЗАПОЛЯРЬЯ

Гмир Н. А., Баскаков А. К.

Нарьян-Мар

ГБУЗ НАО "Ненецкая окружная больница"

Число больных с варикозным расширением подкожных вен нижних конечностей постоянно растет. Стандартная флебэктомия достаточно травматична. Снизить эту травматичность можно путем использования эндовазальной лазерной облитерации (ЭВЛО). Цель: изучение методики ЭВЛО как наиболее перспективной в лечении пациентов с ХВН С3-С4 в условиях Европейского Заполярья. Материал и методы: в Ненецкой окружной больнице данная методика выполняется с ноября 2012 года. За 3 года в хирургическом отделении выполнено 124 комбинированные флебэктомии, из которых 77 с использованием ЭВЛО. Число пациентов с С3-С4 стадией по СЕАР составило 51 человек. 19 пациентам произведена чрескожная лазерная облитерация (ЧЛО) «сосудистых звездочек» и телеангиоэктазий. Возраст пациентов, которым применялась ЭВЛО составил от 23 лет до 71 года, из них 15 мужчин и 62 женщины. При проведении методики ЭВЛО происходит внутрисосудистое испарение крови с последующей облитерацией просвета сосуда, что приводит к уменьшению числа нежелательных осложнений в послеоперационном периоде, таких как гематомы, что наблюдается после стандартного удаления БПВ по Бэбкокку. Мы использовали диодный лазер «Diomax», производства Германии, с длиной волны 980 нм и мощностью от 0.1 до 20 Вт в режиме постоянного лазерного излучения. Операция практически всем пациентам проводилась под спинномозговой анестезией с внутривенным потенцированием. Перед операцией каждому пациенту выполнялось УЗ дуплексное сканирование подкожных и глубоких вен. В 50% случаев кроссэктомия не проводилась. Световод вводился в БПВ путем пункции вены под контролем УЗИ. Перед процедурой ЭВЛО в окружающие сосуд ткани вводился физиологический раствор с целью уменьшения диаметра сосуда и предотвращения ожога паравазальных тканей и перфорации стенки сосуда. На бедре использовали мощность 17 Вт, на голени от 13 до 15 Вт. Варикозно расширенные подкожные вены удалялись путем типичной минифлебэктомии с использованием крючков Мюллера. В послеоперационном периоде всем пациентам проводилась эластическая компрессия. У 2 пациентов наблюдалось осложнение ЭВЛО через 10 суток после операции в виде тромбофлебита БПВ на бедре. На фоне консервативной терапии положительная динамика. В остальных случаях осложнений не наблюдалось. Результаты: при проведении методики ЭВЛО имел место высокий косметический результат, практически полное отсутствие послеоперационных осложнений. Сроки нетрудоспособности после операции не превысили 2 недели. Многие пациенты отмечали уменьшение симптомов ХВН в отдаленном послеоперационном периоде таких как тяжесть, усталость, отеки нижних конечностей. Выводы: Таким образом, применение методики ЭВЛО вместе с минифлебэктомией является перспективным направлением в лечении варикозной болезни нижних конечностей у пациентов с С3-4 стадиями по СЕАР так как: 1. ЭВЛО малотравматична, высокоэффективна и может выполняться у пациентов с более поздними стадиями варикозной болезни (С3-4 по классификации СЕАР). 2. Прекрасный косметический результат, отсутствие послеоперационных осложнений, наблюдаемых

при стандартной флебэктомии. 3. Быстрая социальная реабилитация, уменьшение сроков временной нетрудоспособности.

---

164. Опыт лечения пациентов с острым деструктивным холециститом, осложненным острым панкреатитом.

Мамонтов С.М., Ионов С.А., Остроухов Н.Ф., Малюк А.И., Чумаков П.А., Романчук С.В.

Омск

БУЗОО ГКБ №1 им. А.Н. Кабанова.

Актуальность: Теории желчной гипертензии при остром холецистите и панкреатите уделяли большое внимание: Пиковский Д.Л., Гальперин Э.И.; внедрение декомпрессивной хирургии - лапароскопической, черезпеченочной и прямой пункции желчного пузыря с лечебной целью (Березов Ю.Е. 1977г., Буянов В.М. 1985г., Дедерер Ю.М. 1983г., Королев Б.А., Климов Ю.С. 1983г., Гостищев В.К. 1987г.). Было установлено, что ведущим в патологии острого холецистита и панкреатита, является острая гипертензия, на почве которой развиваются все осложнения. Инфекция, конечно имеет большое значение, но только в условиях гипертензии. Необходимо обращать внимание на увеличение диаметра гепатикохоледоха в предоперационном периоде, что имеет немаловажное практическое значение, что свидетельствует о нарушении оттока желчи в кишечник, что является следствием патологических изменений (холедохолитиаз, рубцовая стриктура, папиллит, хронический или острый панкреатит). Одновременное деструктивное поражение желчного пузыря и поджелудочной железы, в последнее время встречается все чаще. Анатомо-физиологические основы такого поражения: тесные связи кровеносной и лимфатической системы, содружественное участие органов в пищеварительном процессе, запускается одним и тем же гормоном (холецистокинин – панкреозимин). Так же в патогенезе, немаловажную роль играет единая система выводных протоков, открывающихся в двенадцатиперстную кишку. Частым вариантом осложнения острого холецистита, является отечная форма панкреатита, не требующая хирургического лечения. Частота данного осложнения 8 – 21 % (Т.Еллы 1984г.). В ряде случаев именно в нем причина умеренной желтухи, а так же деструктивный панкреатит 3 – 5 % (Кочнев Ю.В. 1971г.). Главным признаком гипертензии желчевыводящих протоков, является их расширение. Желчную гипертензию обнаруживают чаще, чем механическую желтуху, особенно при остром холецистите. В большинстве случаев первично поражается желчный пузырь или желчевыводящие протоки с сопутствующим реактивным отеком поджелудочной железы, который может трансформироваться в некроз со всеми вытекающими последствиями. Поэтому декомпрессивное дренирование пузырного протока, является абсолютным показанием и для снятия билиарной и панкреатической гипертензии ( М.Куле и D.Dorner 1982г., Королев Б.А. и Пиковский Д.Л. 1984г., 1985г.). Цель: Сформировать алгоритм оказания помощи пациентам с острым деструктивным холециститом, осложненным острым панкреатитом. Материалы и методы: Производилась оценка оказания помощи, 32 пациентам с вышеуказанной патологией. Исследование проводилось на базе Хирургического отделения №1 БУЗОО ГКБ №1 им. А.Н.Кабанова, г.Омск. Пациенты, поступающие в хирургический стационар по неотложной помощи, проходили ряд стандартных обследований, включающих общий анализ крови, общий анализ мочи, диастаза мочи, биохимический анализ (с учетом билирубина, общего белка, трансаминаз, азотистых шлаков и электролитов), ЭКГ, сахар крови, ацетон мочи, группы крови, УЗ - исследование органов брюшной полости. Так же в обязательном порядке производилось МСКТ-органов брюшной полости с в/в контрастированием, с целью оценки состояния органов гепатобилиарной системы, а также состояния поджелудочной железы. В исследовании участвовали пациенты с наличием деструктивного холецистита (размеры желчного пузыря больше 100 мм, стенка больше 2 мм, с наличием перивезикального отека), острого панкреатита в не зависимости от его формы и деструктивных изменений в поджелудочной железе. Лечение выполнялось в несколько этапов: 1 этап: Пациенту выполнялась диагностическая видеолапароскопия с оценкой состояния желчного пузыря. У всех пациентов, участвующих в исследовании, желчные пузыри были или в стадии флегмонозного воспаления с обтурацией конкрементами на уровне его шейки, или в стадии гангренозного. Учитывая подобные находки, декомпрессивная холецистостомия не решит проблемы. Т.к. при выполнении холецистостомии у пациентов с обтурационным холециститом,

воспаление в пузыре уменьшится, но не будет выполнено главное условие, при наличии острого панкреатита - декомпрессия билиарного тракта. В связи с чем, выполнялась видеолaparоскопическая холецистэктомия с последующим дренированием холедоха, ч/з культю пузырного протока с использованием мочеточникового стента Ruch № 7 или 8. Как в предоперационном периоде, так и после него, пациенту вводились антибиотики с широким спектром действия, ингибиторы протонной помпы, инфузионная терапия с использованием кристаллоидных растворов, блокаторы секреторной функции поджелудочной железы. На втором этапе, пациент продолжал получать инфузионную терапию. Проводился ежедневный контроль за отделяемым по холедохостоме. На 7 сутки - выполнялась контрольная МСКТ-ОБП, с оценкой состояния поджелудочной железы, а так же степень выраженности билиарной гипертензии. При условии, что купированы проявления панкреатита, переходили к третьему этапу. 3 этап: На 7 - 10 сутки пациенту выполнялась фистулохолангиография. В зависимости от количества отделяемой желчи, решался вопрос о начале "тренировки стомы". "Тренировка стомы" - включала в себя ежедневное перекрытие холедохостомической трубки: 1е сутки - на 2 часа, 2е - на 12 часов, 3е - на 24 часа. Важно учесть, что при появлении боли, трубка открывалась досрочно. При условии, что после тренировки стомы, не возникало никаких осложнений (боль в правом подреберье после пережатия дренажа, нарастание уровня билирубинемии), последняя удалялась. Через сутки, после удаления стомы пациент выписывался. Следует дополнить, что если у пациента, причиной острого холецистита и панкреатита, послужил холедохолитиаз, то последний этап дополняется проведением ЭРХПГ, до удаления холедохостомы. Выводы: Вышеуказанная многоэтапная методика, позволяет добиться максимального эффекта от лечения. А так же предупредить, прогрессирование деструктивных изменений в поджелудочной железе.

---

165.Способ хирургического лечения патологического перелома и хронического остеомиелита пяточной кости.

Масевнин В.В.(2), Селиверстов Д.В.(2), Юдин В.А.(1,2), Савкин И.Д.(1)

Рязань

1) ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России 2) ГБУ РО "Областная клиническая больница"

Цель: оценить эффективность хирургического лечения патологического перелома и хронического остеомиелита пяточной кости с помощью препарата на основе искусственного гидроксиапатита и мембраны нативного коллагенового биоматериала. Материалы и методы: группу наблюдения составили 12 больных: 4 пациента с посттравматическим остеомиелитом пяточной кости, 6 пациентов с патологическим переломом пяточной кости на фоне диабетической остеоартропатии и 2 пациента с патологическим переломом пяточной кости на фоне хронического остеомиелита. Больным проводилась комплексная консервативная терапия включающая антибактериальную, инфузионную и метаболическую. Всем пациентам группы была выполнена операция - по подошвенной поверхности пораженной стопы г-образным разрезом обнажалась пяточная кость, по необходимости производилась остеонекрекверстрэктомия в пределах здоровых тканей. В костный дефект имплантировались гранулы препарата на основе искусственного гидроксиапатита. Поверх гранул в рану подшивалась смоделированная по ее размерам мембрана нативного коллагенового биоматериала. Рана ушивалась послойно. В послеоперационном периоде исключалась нагрузка на пораженную конечность. Рентгенологический контроль осуществлялся через 1, 3, 6, 12 месяцев после операции. Результаты: у всех больных послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Через 5-6 месяцев после операции рентгенологически отмечалось постепенное заполнение послеоперационных полостей костной тканью. Через 12 месяцев у 10 больных рентгенологические признаки полного заполнения послеоперационных полостей костной тканью. Обсуждение: препарат на основе искусственного гидроксиапатита стимулирует остеогенез, усиливает репаративные процессы в поврежденных тканях, полностью замещаются новообразованной костной тканью, за счет чего сокращаются сроки лечения, улучшаются результаты. Применение мембраны нативного коллагенового биоматериала в условиях дефицита местных мягких тканей ускоряет эпителиальную, эпидермальную и эндотелиальную регенерацию, стимулируются процессы ангиогенеза, увеличивается фибропластическая активность, активируется синтез

эндогенного коллагена. Вывод: представленный способ хирургического лечения патологического перелома и хронического остеомиелита пяточной кости с помощью препарата на основе искусственного гидроксипатита и мембраны нативного коллагенового биоматериала является эффективным методом лечения данной патологии.

---

## 166. ОПТИМАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННЫМ РИСКОМ.

Иманалиев М.Р., Магомедов М.М., Дадашев М.Т., Пахрудинов Р.М.

Махачкала

1) ДГМА, 2) РБ№2 ЦСЭМП

Актуальность. Острый калькулезный холецистит давно стал одним из наиболее частых встречающихся заболеваний в неотложной хирургии у больных пожилого и старческого возраста, однако до сих пор отсутствуют единые подходы к выбору диагностики и лечебной тактики при этой патологии. Предметом обсуждения остается эффективность многочисленных диагностических алгоритмов, лабораторных и инструментальных исследований к оперативному вмешательству и сроки его выполнения. Цель исследования: Изучить эффективность малотравматичных чрезкожных вмешательств под УЗ-контролем, применяющихся при лечении острого калькулезного холецистита у больных с высоким операционным риском. Материалы и методы: проведен проспективный анализ оперативного лечения 210 больных острым калькулезным холециститом пожилого и старческого возраста, находившихся на стационарном лечении в клинике за последние 3 года. Критериями включения в исследование были признаки острого калькулезного холецистита, в том числе и деструктивных форм, у больных, которым выполнение радикального оперативного вмешательства в связи с тяжелой сопутствующей патологией и высоким операционно-анестезиологическим риском представляло реальную угрозу для жизни, отсутствие клинического эффекта от консервативного лечения в течении 6-12 часов от момента госпитализации. Все пациенты были пожилого и старческого возраста, что обуславливало полиморбидность данной категории больных, что непременно приводило к снижению переносимости анестезиологического пособия. Среди сопутствующей патологии преобладали сердечно – сосудистые заболевания (37,9%), заболевания дыхательной системы (26,2%), а также тяжелые последствия нарушения мозгового кровообращения (острые и хронические) (24,3%). Степень операционно-анестезиологического риска определяли согласно классификации Американской ассоциации анестезиологов (American society of Anaesthesiologists (ASA)). Высоким риском анестезиологического пособия были IV – V степени. Признаком острого калькулезного холецистита считали: боль и мышечный дефанс и/или инфильтрат в правом подреберье, лихорадку, лабораторные показатели (лейкоцитоз, повышение уровня С – реактивного белка), ультразвуковую картину (увеличение размеров желчного пузыря и конкременты различного градации, слоистость ее, признаки перивезикального отека). В качестве малотравматичных методов применяли чрезкожные вмешательства по УЗ – контролем, такие как: чрезкожная чреспеченочная холецистостомия (ЧЧХС) и, как правило, одномоментная чрезкожная чреспеченочная пункция, аспирация содержимого желчного пузыря с санацией его антисептиками (ЧЧПЖП). Вмешательства выполнялись в условиях операционной под местной анестезией с ультразвуковой навигацией посредством 3,5 МГц и ультразвукового датчика. Для ЧЧХС использовались устройства для дренирования полостных образований (УДПО) с установкой дренажей типа <math>\diamond 12 Fr</math>, а для ЧЧПЖП использовались иглы 18G. Всего проведено 30 вмешательств. 20 больным выполнили ЧЧПЖП. 18 ЧЧХС. Результаты: ЧЧПЖП были технически выполнимы во всех случаях. ЧЧХС были выполнимы в 98,1%. Представленные вмешательства были эффективны в 96% (19 больных при ЧЧПЖП) и 94,2% (18 больных при ЧЧХС). У 3 больных ЧЧПЖП, в связи с отсутствием клинического эффекта в течение 24 часов, потребовалось выполнение 1 повторной пункции с аспирацией содержимого желчного пузыря и 2 больным – ЧЧХС с хорошим клиническим эффектом. Уменьшение болей непосредственно после ЧЧПЖП имело место у 19 пациентов и у 16 пациентов при ЧЧХС. Сохранение болевого синдрома у некоторых больных

после дренирования желчного пузыря было связано с наличием дренажной трубки. Осложнения после ЧЧХС, такие как миграция дренажной трубки, перфорация стенки желчного пузыря, гематома ретровезикального пространства, паренхиматозное кровотечение по ходу пункционного канала, были у 3 пациентов причем у 2 из них (5,8%) потребовались открытые оперативные вмешательства, либо по экстренным, либо по срочным показаниям. Один больной умер (летальность 1,9%), причиной смерти была острая сердечная недостаточность на фоне общего тяжелого состояния больного. В группе ЧЧПЖП осложнений не наблюдалось. Средняя продолжительность нахождения в стационаре составляли 10,5 после ЧЧПЖП и 21 день после ЧЧХС ( $p < 0,05$ ). Длительность госпитализации 2-й группы пациентов была обусловлена наличием дренажной трубки в желчном пузыре, что требовало определенного врачебного ухода за ней. Выводы: ЧЧПЖП можно считать безопасной, эффективной, а также экономически выгодным оперативным вмешательством, которое сопровождается минимальным количеством осложнений. На данном этапе исследования ЧЧАЖП показала существенное преимущество перед ЧЧХС в лечение острого калькулезного холецистита у лиц с высоким операционно-анестезиологическим риском.

---

#### 167. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА КАК МЕТОД ВЫБОРА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ.

Магомедов М.М., Иманалиев М.Р., Пахрудинов Р.М., Дадашев М.Т.,

г. Махачкала

1) ДГМА, 2) РБ№2 ЦСЭМП

Оперативные вмешательства из минилапаротомного доступа при заболеваниях желчевыводящих путей представляют нам как метод выбора при лечении больных пожилого и старческого возраста. Операции из мини-доступа имеют несомненные преимущества как метод перед традиционными лапаротомными вмешательствами - минимальная хирургическая травма. Цель. Улучшение результатов лечения острого холецистита путем выбора оптимального метода операции с использованием малоинвазивных технологий. Материал и методы. Наш клинический материал составили 120 операций из минилапаротомного доступа. Женщин было 91, мужчин – 29. Возраст больных от 62 до 88 лет. Из них (71,6%) оперированы плановым, (20,0%) в экстренном порядке, у (8,4%) больных оперативное вмешательство выполнено по срочным показаниям, т.е. при наличии холедохолитиаза и механической желтухи. Холецистэктомия выполнена у 87 больных, холецистэктомия с наружным дренированием гепатохоледоха выполнена у 19 больных. Декомпрессионная холецистостомия выполнена 14 (11,6%) пациентам. В связи с активным интраоперационным кровотечением конверсия доступом в широкую лапаротомию выполнена у 2 больных. Для профилактики послеоперационных осложнений нами приведена лазерное излучение подпеченочного пространства через дренажную трубки стерильными лазерным проводником в сочетании с эндолимфатическим введением антибиотиков и антиоксидантов. После операции осложнения возникли у 6 (5%) больных. Послеоперационная летальность 4(3,3%). Заключение: Нами отмечены следующие преимущества: отсутствие болевого синдрома, парез кишечника, нарушение функции внешнего дыхания в послеоперационном периоде, с первых суток после операции больные активны, находится на привычной диете. У больных в пожилом и старческом возрасте позволяет значительно уменьшить послеоперационную летальность.

---

168. Применение антимицитарной терапии у больных панкреонекрозом

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

Горский В.А., Агапов М.А., Хорева М.В., Банова Ж.И.

Москва

Кафедры хирургии и иммунологии медико-биологического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, Москва.

Одну из ведущих ролей в развитии панкреонекроза (ПН) играют медиаторы воспаления, в частности, цитокины. Однако доступных для широкой практики и надежных препаратов для подавления активности цитокинов до настоящего времени не существовало. Специфические ингибиторы (рекомбинантный человеческий ИЛ-1Ра, анти-ФНОα «Инфликсимаб», анти-ФАТ «Лексипафант») колоссально дороги, а самое главное, обладая плейотропным действием, не могут подавлять весь спектр провоспалительных цитокинов. Цель: провести сравнительный анализ результатов антимедиаторной терапии НПВС лорноксикам у больных ПН. Материалы и методы. Сравнительное исследование эффективности антимедиаторной терапии выполнили у 334 больных ПН (2007-2011г.). У 88 больных в комплексное лечение включали препарат лорноксикам (основная группа). 246 пациентов получали стандартную базисную терапию - группа сравнения. Оценивали уровень интерлейкинов крови (на 1,3,7 и 12 сутки), количество осложнений и летальных исходов. Результаты. На 1 сутки выявили повышенный уровень провоспалительных цитокинов в сыворотке крови у всех исследуемых больных. После проведенного лечения с использованием лорноксикама уровень ФНОα, ИЛ-6 и ИЛ-8 в основной группе достоверно снижался уже к 3 суткам заболевания, в то время как в группе сравнения концентрация ФНОα, ИЛ-6 и ИЛ-8 продолжала увеличиваться. Уровень ИЛ-10 в основной группе и группе сравнения составил 2,3 пг/мл и 2,2 пг/мл соответственно, а на 3 сутки, хотя и снижался, но его значимого различия в обеих группах не наблюдали. Общая летальность – 14,6% (49 больных). В группе сравнения умерло 43 больных (17,5%), в то время как в основной группе летальность составила 6,8% (6 больных). В основной группе отмечено уменьшение как висцеральных, так и гнойных осложнений. Так висцеральные осложнения (желудочно-кишечные кровотечения, псевдокисты, аррозивные кровотечения, панкреатические свищи) в основной группе возникли в 15 случаях, а в группе сравнения – в 43 случаях. Значимо снизилось количество инфицированных форм ПН в основной группе- 2 против 20 больных. При этом летальных исходов в основной группе не наблюдали, а в группе сравнения умерло 6 больных после оперативных вмешательств, выполненных по поводу инфицированных форм ПН. Заключение. Таким образом, антимедиаторная терапия НПВС «Лорноксикам» в комплексном лечении больных ПН оказалась эффективной. На это указывает снижение количества осложнений и летальности. Кроме того, проведение терапии лорноксикамом приводило к уменьшению выброса цитокинов. Следовательно, значительное понижение уровня провоспалительных цитокинов служит аргументом в пользу выраженного противовоспалительного эффекта лорноксикама и его способности воздействовать на продукцию цитокинов.

---

169.Первый опыт интраперитонеального использования коллагеновой пластины «Колгара»

Горский В.А., Сивков А.С., Титков Б.Е., Агапов М.А.

Москва

Кафедра экспериментальной и клинической хирургии медико-биологического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова,

Интраперитонеальная пластика при помощи аллопластических материалов требует особого подхода к выбору импланта. До сих пор не существует «идеального» протеза для внутрибрюшной имплантации. Применение полипропиленовых и полиэстеровых имплантов в этих целях может вызвать развитие тяжелого спаечного процесса или формирование кишечных свищей. Для ограничения имплантов применяли большой сальник, но без особого успеха. В настоящее время наиболее перспективным направлением

является покрытие сеток слоем коллагенового матрикса. Цель. Показать возможность применения коллагеновой субстанции «Колгара» в качестве защитного барьера между сетчатым полипропиленовым имплантом и органами брюшной полости. Материалы и методы. С сентября по декабрь 2014 года были выполнены 10 операций у больных вентральными грыжами различной локализации с применением однослойной коллагеновой пластины Колгара. Препарат представляет собой стерильную биорассасывающуюся прозрачную мембрану, состоящую из ренатурированного лошадиного коллагена. Оперированы 6 женщин и 4 мужчины в возрасте от 38 до 82 лет. 8 пациентов страдали послеоперационными вентральными и 2 пациента - грыжами белой линии живота. Результаты. 8 пациентов были оперированы открыто и 2 лапароскопически. У 4 пациентов грыжа была многокамерная с количеством камер от 2 до 6. У 6 больных была однокамерная грыжа. Дефект передней брюшной стенки у 8 пациентов составлял 10 см, у 2 пациентов был больше 20 см. После грыжесечения всем пациентам выполнена пластика путем интраперитонеального размещения полипропиленовой сетки с фиксацией к брюшине и отграничением от органов брюшной полости препаратом Колгара. Использовали сетки фирм Линтекс, Prolene, Covidian. Сетка была обернута пластиной коллагеновой субстанции (загнута на 1-2 см по краям) и фиксирована полипропиленовой нитью. У 9 пациентов над сеткой апоневроз был ушит с целью отграничения ее от подкожной клетчатки. У пациентки с большим диастазом сетка изолирована от подкожной клетчатки грыжевым мешком. При лапароскопической пластике фиксация имплантов произведена герниостеплером. У 2 пациентов выполнены симультанные операции: у одного резекция обнаруженного интраоперационно дивертикула Меккеля, у одной больной с гигантской послеоперационной вентральной грыжей выполнена холецистэктомия. Время вмешательства от начала до его завершения у пациентов при открытых операциях составило от 45 минут до 3 ч 15 минут. Лапароскопическая герниопластика составила 1 ч 45 минут у пациентки с грыжей белой линии живота и 2 ч 55 минут у пациента после флегмоны передней брюшной стенки с учетом резекции дивертикула Меккеля. В послеоперационном периоде у 7 пациентов при УЗИ области операции отклонений не выявлено. У 2 пациентов выявлены УЗ признаки инфильтрации тканей передней брюшной стенки, которые редуцировали на фоне антибактериальной терапии. Фиксации сальника и органов брюшной полости к импланту, покрытому Колгарой, не отмечали. После операции больные провели в стационаре от 7 до 17 дней. 8 человек выписаны в сроки от 7 до 11 дней, 2 пациента провели более 11 дней, что связано с наличием инфильтратов в области раны. Заключение. Низкий процент осложнений, отсутствие спайкообразования в брюшной полости, меньшая травматичность интраперитонеальной фиксации (по сравнению с субапоневротическим расположением сетки) имплантов с коллагеновым покрытием открывает широкие перспективы их использования в хирургии грыж передней брюшной стенки.

---

170. Назоинтестинальная интубация в лечении больных распространенным перитонитом

Шуркалин Б.К., Горский В.А., Воленко А.В., Агапов М.А., Ованесян Э.Р.

Москва

Кафедра экспериментальной и клинической хирургии медико-биологического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова

Паралитическая кишечная непроходимость закономерно осложняет течение распространенных форм перитонита, являясь дополнительным источником эндогенной интоксикации. Поэтому одним из патогенетических методов борьбы с парезом и эндотоксикозом является декомпрессия кишечника. Отказавшись от открытых методов декомпрессии тонкой кишки, с 1985 года применяем закрытый метод – назоинтестинальную интубацию (НИИ). Цель. Показать необходимость и целесообразность НИИ при лечении больных распространенным перитонитом. Метод. В последнее время для декомпрессии используем стандартный однопросветный многоперфорированный зонд с подвижной оливой на конце. С 1985 по 2014 год было выполнено более 3000 НИИ по поводу механической и паралитической кишечной непроходимости. Более 800 больных получали лечение по поводу распространенного перитонита. Подробно проанализированы результаты лечения 108 больных распространенными формами перитонита. Результаты.



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

Успешно зонд был установлен у 107 больных (99,1%), не удалось провести зонд у 1 пациента (0,9%) из-за анатомических особенностей подковы 12-п. кишки. Длительность проведения зонда составила от 15 до 40 минут. После завершения операции данным больным активной аспирации не проводили, осуществлялся лишь пассивный отток по зонду. Это объясняем возможностью присасывания на активной аспирации отверстий зонда к стенке кишки с опасностью возникновения локального участка ишемии и последующей перфорации. Количество отделяемого при этом варьировало от 500 до 2000 мл, составляя в среднем 957±240 мл. Длительность пребывания зонда зависела не от количества отделяемого, а от восстановления моторной функции кишечника и характера кишечного содержимого. Сроки стояния зонда – от 2 до 8 суток. Критериями для удаления зонда являются: 1) появление стойкой перистальтической активности кишечника; 2) уменьшение вздутия живота, отхождение газов и появление стула; 3) изменение качественных характеристик кишечного отделяемого – оно приобретает светло-желтый цвет, исчезает каловый запах. Осложнения, непосредственно связанные с НИИ, развились у 5 больных (4,6%). У 2 больных возникла аспирационная пневмония, у 2 – носовые кровотечения. У 1 больного во время интубации произошло повреждение черпаловидного хряща, выявленное в послеоперационном периоде. Заключение. Таким образом, НИИ с длительной декомпрессией кишечника является эффективным методом интенсивного лечения паралитической кишечной непроходимости у больных распространенным перитонитом. При выполнении процедуры следует строго соблюдать технику интубации, чтобы избежать ненужных осложнений.

---

171. Повышение надежности кишечного шва при перфоративной гастродуоденальной язве.

Горский В.А., Воленко А.В., Агапов М.А.

Москва

Кафедра экспериментальной и клинической хирургии медико-биологического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова

Цель работы. Использование адгезивных свойств препарата «ТахоКомб» (ТК) для укрепления хирургического шва при операциях на желудке и двенадцатиперстной кишке. Материалы и методы. В остром и хроническом экспериментах на 48 беспородных собаках и 24 белых крысах выполняли укрепление хирургического шва препаратом ТК. При этом в остром эксперименте определяли техническую возможность укрепления хирургического шва. Препарат ТК наносили в один слой. Герметичность проверяли дозированным нагнетанием воздуха. В хроническом эксперименте исследовали влияние ТК на механическую прочность, микробную проницаемость и регенерацию анастомоза. В клинике препарат ТК применяли у 12 больных при резекции желудка, нанося на проблемные культы 12-п. кишки, а также при ушивании перфоративных язв в зоне привратника (52 больных). В этих целях препарат был использован у 42 больных при традиционных и у 10 – при лапароскопических операциях. Результаты. При исследовании опытного (укрепленного ТК) и контрольного (неукрепленного) анастомозов в остром и хроническом опытах убедились, что прочностные характеристики опытных анастомозов достоверно выше: на 60 минуте - в полтора раза, а на 3 суток хронического опыта – в 3 раза. Микробная проницаемость на 1 сутки в 3 раза, а на 3 суток в 16 раз была ниже у опытных животных. Гистологическими исследованиями установлено, что клеевая композиция значительно улучшает репаративные процессы в зоне аппликации. При этом полная эпителизация линии укрепленного анастомоза наступает на 7-14 сутки, чего не наблюдается у контрольных животных. В 12 случаях резекции желудка с атипичным укрытием культы двенадцатиперстной кишки удалось избежать ее несостоятельности. В группе сравнения несостоятельность отмечена у 6 больных (13,3%). У 52 больных с перфоративной язвой при наличии выраженного перифокального воспаления производили однорядное ушивание с нанесением ТК. Возникла одна несостоятельность при лапароскопическом ушивании (2,4%). В контрольной группе несостоятельность отмечена в 6,5% случаев. Послеоперационный койко-день в основной группе был практически в 2 раза меньше (18,6±0,3), чем в группе сравнения (34,5±1,7). Заключение. Нанесение препарата ТК на швы и анастомозы при операциях на желудке и двенадцатиперстной кишке является одним из путей предупреждения развития

167

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

несостоятельности. При этом механическая прочность и микробная проницаемость анастомоза, укрепленного пластиной ТК, достоверно выше, чем у анастомозов, наложенных обычным способом. Использование препарата ТК показано при ушивании перфоративной язвы пилородуоденальной зоны с выраженным перифокальным воспалением вокруг перфоративного отверстия и при атипичном укрытии культи 12-п. кишки во время резекции желудка. Применение препарата ТК достоверно снижает сроки пребывания больных в стационаре почти в 2 раза, уменьшая финансовые затраты на лечение этой категории больных.

---

#### 172. Возможности миниинвазивного лечения желчнокаменной тонкокишечной непроходимости

Коровин А.Я., Бочкарева И.В., Кулиш В.А., Выступец В.В., Нарсия В.В.

Краснодар

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России

Рост заболеваемости желчнокаменной болезнью (ЖКБ) приводит к увеличению таких ее серьезных осложнений, как внутренние билиодигестивные свищи и кишечная непроходимость в результате обтурации просвета кишки желчными камнями. Билиарный илеус (БИ) встречается у 3% всех больных, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости (ОКН) или 0,2-0,6% от всех оперированных по поводу ЖКБ, является сложной хирургической проблемой. Цель. Оценить возможности миниинвазивного хирургического лечения БИ. БИ встретился у 48 пациентов, поступивших в хирургические клиники КубГМУ в МБУЗ КГК БСМП. Диагностическая программа при ОКН включала в себя: обзорную рентгенографию живота, ультрасонографию, компьютерную томографию, ФГДС, видеолапароскопию. Высокая ОКН диагностирована у 37 больных (77,1%): на уровне двенадцатиперстной кишки - у 3 пациентов (6,3%), с обтурацией в 50-150 см дистальнее двенадцатиперстно-тощекишечного перехода выявлена у 34 пациентов (70,8%); низкая ОКН (на уровне терминального отдела подвздошной кишки) выявлена у 11 больных (22,9%). Диагностировать БИ до операции удалось только у 26 больных (54,2%); у всех остальных 22 пациентов причина обтурационной ОКН определена интраоперационно. При хирургическом лечении БИ применялись следующие виды доступов: стандартный лапаротомный, мини-доступ и лапароскопический. Разобщение патологического билио-дигестивного соустья, дуоденорафия, холецистэктомия с ревизией желчных протоков, энтеролитомия выполнены у 39 пациентов (81,3%). В четырех случаях потребовалась резекция тонкой кишки, а у пяти пациентов удалось выполнить полный объем оперативного пособия эндохирургическим способом. У 9 больных - операция ограничена лишь энтеролитотомией. Летальность - 6,3%. Результаты и обсуждение. В случае подтверждения билиодигестивного свища (что является вероятным при БИ) тактика должна определяться наличием технической возможности и готовностью операционной бригады для выполнения ЛХЭ с разобщением пузырно-кишечного свища и закрытием дуодено-, еюно- или колонотомического отверстия, но, главное, - тяжестью состояния пациента. Важным аспектом миниинвазивных операций при обтурационной ОТН любого генеза является то, что наличие полной непроходимости с проксимальной кишечной гипертензией создаёт неблагоприятные условия для эвакуации кишечного содержимого с минимальной микробной контаминацией брюшной полости при изолированном лапароскопическом доступе. С помощью минидоступа, проекцию которого на переднюю брюшную стенку легче определить при лапароскопии, возможно обеспечить полноценную эвакуацию кишечного содержимого и декомпрессию тонкой кишки без риска массивной микробной контаминации брюшной полости. Кроме того, возникающая необходимость выполнения закрытия энтеротомического отверстия или резекции тонкой кишки с формированием тонко-тонкокишечного анастомоза, так же могут быть успешно решены через минидоступ. Опыт применения видеолапароскопии для диагностики и хирургической коррекции билио-дигестивных свищей на фоне развившегося острого БИ, показал возможность применения миниинвазивных технологий при этой сложной патологии. Миниинвазивные методы хирургического лечения желчнокаменной ОКН выполнимы как в двухэтапном, так и в одноэтапном вариантах, последнее более предпочтительно. Развитие диагностической, тактико-хирургической

программы позволит улучшить результаты лечения избранной патологии, являющейся поздним осложнением острого холецистита.

---

173. Методика дифференциальной диагностики механической желтухи.

Рамазанов Р.Р., Дадашев М.Т., Пахрудинов Р.М.

Махачкала

РБ№2 ЦСЭМП

Актуальность В последние годы наблюдается увеличение количества больных пожилого и старческого возраста, госпитализируемых в отделения неотложной хирургии по поводу механической желтухи наличие тяжелых сопутствующих заболеваний и снижение резервных возможностей организма значительно усложняет выбор тактики и послеоперационные ведения этих больных. У 35-40% больных затруднена дифференциальная диагностика. Цель: изучить роль и значение определения уровня содержания онкомаркеров в желчи при механической желтухи различной этиологии. Материал и методы. Современные принципы хирургического лечения механической желтухи включают обязательное проведение билиарной декомпрессии в предоперационном периоде. Измерение уровней опухолевых маркеров широко используется в диагностике, лечении и при наблюдении за состоянием онкологических больных. Однако, в повседневной практике не проводилась исследования уровня онкомаркеров в желчи. исследовалась протоковая желчь и сыворотка крови на уровень содержания онкомаркеров у 12 пациентов в возрасте от 68 до 86 лет (средний возраст – 69,3 года) при злокачественных новообразованиях гепатопанкреатодуоденальной зоны. Для контроля исследовалась протоковая желчь и сыворотка крови на уровень содержания онкомаркеров (6 больных) после плановой холецистэктомии с дренированием холедоха через культю пузырного протока при отсутствии онкологических заболеваний. С помощью электрохемилюминисцентного анализатора определяли содержание онкомаркеров: альфа-фетопротеин (альфа-ФП), раково-эмбриональный антиген (РЭА), СА 19-9. С учетом более высокой вязкости желчи – предварительно ее разводили физиологическим раствором. Результаты и обсуждение. Полученные результаты показали, что наиболее чувствительным онкомаркером при злокачественных новообразованиях в гепатодуоденальной зоне оказался СА 19-9, содержание которого в желчи при сравнении с уровнем содержания в крови был в 150 раз больше. При цитологическом исследовании желчи – клеток злокачественного роста выявлено у одного больного при морфологическом исследовании опухоли диагностирована аденокарцинома различной степени дифференцировки. В контрольной группе уровень онкомаркеров крови и желчи не превышал допустимые нормы, используемые при исследовании сыворотки (РЭА – норма 0-5 нг/мл, альфа-ФП – норма 0-10 МЕ/мл, СА – 19-9 – норма 0-37 ед./мл) Заключение. Таким образом, предложенный способ диагностики механической желтухи позволяет дифференцировать механическую желтуху опухолевого и неопухолевого генеза по уровню содержания онкомаркеров СА 19-9 в желчи.

---

174. Обоснование применения различных методов оперативного лечения больных механической желтухой пожилого и старческого возраста.

Рамазанов Р.Р., Дадашев М.Т., Пахрудинов Р.М.

Махачкала

РБ№2 ЦСЭМП

Актуальность В последние годы наблюдается увеличение количества больных пожилого и старческого возраста, госпитализируемых в отделение неотложной хирургии по поводу механической желтухи. Наличие тяжелых сопутствующих заболеваний и снижение резервных возможностей организма значительно усложняют выбор хирургической тактики и послеоперационного ведения этих пациентов. Клиническая картина свидетельствует, что даже после ликвидации препятствия для оттока желчи уровень билирубина в крови снижается крайне медленно. Вместе с тем, наличие гипербилирубинемии дополнительно вызывает эндогенную интоксикацию, в результате которой утяжеляется состояние больных, возникает общая слабость, энцефалопатия, нарушается свертывание крови. Под нашим наблюдением находилось 80 больных пожилого и старческого возраста с механической желтухой, вызванной желчно-каменной болезнью. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 – лечившиеся с традиционным методом (40 – 50,0%); 2 – лечившиеся с разработанным нами тактики (40 – 50,0%). Разработанная тактика отличалась от традиционной тем, что хирургические вмешательства выполнялись в ближайшие 1-2 суток после госпитализации, 3 – применяли малоинвазивные технологии хирургического лечения; 4 – у наиболее тяжелых пациентов хирургические операции выполнялись в 2 – 3 этапа с промежутками в 5-8 использовали различные комбинации малоинвазивных вмешательств или сочетание малоинвазивных и традиционных хирургических операций. Открытые хирургические вмешательства выполнялись только при деструктивных формах острого холецистита с распространенным перитонитом или при наличии противопоказаний к проведению операции лапароскопическим способом. В послеоперационном периоде для более быстрого снижения уровня билирубина крови осуществляли внутривенные введения Реамберина 400 два раза в сутки, Гептрала по 400 мг 1 раз в сутки и цитофловин 10 мл в/в на 200 мл 5% раствора глюкозы. Результаты. Разработанного тактического подхода к лечению данной группы больных, уровень общего билирубина крови, равный по величине до операции при традиционном тактическом подходе, к моменту выписки пациентов из стационара (на 14 сутки после операции) снизился до нормальных значений (19,0 – 0,18 мкмоль/л). Желтушность кожных покровов имело место у всех пациентов. Послеоперационные осложнения возникли у 30% больных, послеоперационная летальность составила 15%. Заключение. Таким образом, пациентам пожилого и старческого возраста с механической желтухой, вызванной калькулезным холециститом показано ранее (в ближайшие 1 – 2 суток) выполнение малоинвазивных хирургических вмешательств, направленных на восстановление пассажа желчи, а в послеоперационном периоде необходимо осуществлять внутривенные введения Реамберина, Гептрала и Цитофлавина более быстрого снижения уровня билирубина крови. Средний возраст больных составляет 68,3±8,9. Мужчин было – 39 (48,7%), женщин – 41 (51,3%)

---

175.Методика ведения больных с острым холециститом и механической желтухи.

Рамазанов Р.Р., Дадашев М.Т., Пахрудинов Р.М.

Махачкала

РБ№2 ЦСЭМП

Актуальность Лечение больных с острым холециститом и механической желтухой пожилого и старческого возраста остается актуальной проблемой. В последние годы наблюдается увеличение количества больных пожилого и старческого возраста, госпитализируемых в отделения неотложной хирургии по поводу механической желтухи, острого холецистита наличие тяжелых сопутствующих заболеваний и снижение резервных возможностей организма значительно усложняет выбор тактики и послеоперационные ведения этих больных. Основной причиной развития острого холецистита является желчнокаменная болезнь. Несмотря на широкое внедрение малоинвазивных технологий, позволивших значительно повысить оперативную активность при желчнокаменной болезни, число несанированных пациентов остается весьма высоким. Цель: изучить результаты лечения больных острым холциститом, механической желтухи высоким операционно-анестезиологическим риском. Материал и методы. Современные принципы хирургического

170

лечения острого холецистита, механической желтухи включают обязательное проведение билиарной декомпрессии в предоперационном периоде. Исследование основано на сравнительном анализе непосредственных результатов лечения больных острым холециститом, механической желтухой высоким операционно-анестезиологическим риском, госпитализированных в клинику 2014 г. За это время из госпитализированных больных выбрана группа пациентов (103) с острым холециститом, и механической желтухой. У 23 (23,5%) из них определена IV-V степень операционно-анестезиологического риска. Критериями отбора, наряду с преклонным возрастом, явились характер сопутствующего заболевания, которая, несмотря на постоянную медикаментозную коррекцию, оставалась субкомпенсированной. Первой группе (40,8%) в лечении пациентов широко применялись пункционные вмешательства под УЗИ-контролем, у остальных (60,2 %) больных выполнялось дренирование желчного пузыря под УЗИ-контролем. Пункцию желчного пузыря осуществляли в первые сутки после поступления пациента в стационар. Из всех больных пациенты до 24 часов с момента начала заболевания госпитализированы 21,3 % больных. Основная масса заболевших пациентов (69,3%) поступила в стационар в пределах 24 - 72 часов от начала заболевания 10,3% больных доставлены в приемное отделение после 72 часов. При механических желтухах уровень билирубина уменьшается после 24 часов. Операции чрескожные вмешательства у больных с острым холециститом и механической желтухой проводили, используя ультразвуковые аппараты, Для выполнения чрескожных вмешательств, применяли иглы «Cook №18». После пункции желчного пузыря выполнялась аспирация содержимого промывается растворами антибиотиков или антисептиков (фурацилина 1: 5000). При необходимости пункции желчного пузыря осуществлялись повторно. Результаты и обсуждение. Полученные результаты показали, что разработанный тактический подход к лечению данной группы больных, в отличие от традиционного тактического подхода, уменьшается объем лекарственных средств, реабилитационный период. Укорачивается период подготовки больного к «открытой» операции. Заключение. Таким образом, пациентам пожилого и старческого возраста с механической желтухой, вызванной калькулезным холециститом, холедохолитиазом показано ранее (в ближайшие 1 – 2 суток) выполнение малоинвазивных хирургических вмешательств, направленных на восстановление пассажа желчи.

---

## 176. ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАЦИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Джумабеков Б.Н., Байтилеуов Т.А., Стадников М.А., Узбеков Ж.К., Турарбеков Б.М.

Алматы

Карасайская ЦРБ

На данный момент, на прогресс в диагностике и лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, многие авторы отмечают, что на сегодняшний день данная патология продолжает сохранять лидирующее положение в структуре заболеваний органов желудочно-кишечного тракта [Климов А.Е., и соавт., 2007]. За последние 10-15 лет не только не произошло ожидавшегося снижения частоты осложненных форм язвенной болезни, но и такие тяжелые жизнеугрожающие осложнения, как перфорация и профузное язвенное кровотечение, стали наблюдаться в 1,5-2 раза чаще [Гостищев В.К. и др., 2009; Nermansson M. et al., 2009]. Цель. Обобщение результатов лечения пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами. Материал и методы. Изучены результаты оперативного лечения 63 пациентов ЦРБ Карасайского района, обоих полов, с перфоративными гастродуоденальными язвами за 2010 – 2014 годы. У 52 (82,5%) из них перфоративная язва локализовалась в двенадцатиперстной кишке, у 11 (17,5%) – в желудке. У 3 пациентов (4,7%) имело место повторное прободение дуоденальной язвы. Перитонит имел место во всех случаях: у 49 (77,7%) пациентов он был распространенным, у 11 (17,4%) – местным неограниченным, у 3 (4,9%) – местным ограниченным. Результаты. Выбор метода хирургического пособия при перфоративных язвах проводился на основании многих факторов: длительность язвенного анамнеза, результаты консервативного лечения, локализации язвы, формы перитонита, наличия сопутствующих заболеваний. Ушивание прободной язвы выполнено у 41 (65%) пациентов, из них у 29 при дуоденальной и у 12 при желудочной локализации, из них лапароскопическим способом у 29 (46%). Иссечение прободной

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

язвы с последующей пилоропластикой и стволовой ваготомией было выполнено у 38 (60,3%) пациентов при локализации язвы в области пилорического канала или луковицы двенадцатиперстной кишки. Операция дополнена пилоропластикой по Джаду (21 операция), по Финею (9), по Гейнеке-Микуличу (2). Резекция желудка производилась у 7 (11,1%) пациентов с хроническими каллезными язвами желудка. Послеоперационная летальность составила 2,8%. Заключение. Основным хирургическим пособием при перфоративной язве является ее ушивание, которое в настоящее время в большинстве случаев выполнимо лапароскопическим методом. Другие хирургические вмешательства также имеют право на их использование, но каждое из них должно выполняться по строгим показаниям.

---

#### 177.ОПРЕДЕЛЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Джумабеков Б.Н., Байтилеуов Т.А., Стадников М.А., Узбеков Ж.К., Турарбеков Б.М.

Алматы

Карасайская ЦРБ

Цель. Изучить течение и определить хирургическую тактику при остром деструктивном панкреатите в зависимости от тяжести состояния пациентов. Материалы и методы. Нами проведен анализ лечения 86 пациентов обоих полов с различными деструктивными формами острого панкреатита, находившихся в центральной районной больнице Карасайского района с 2010 по 2014 годы. При поступлении больным выполнялись стандартные методы обследования, в том числе ультразвуковое исследование и компьютерная томография органов брюшной полости. При наличии признаков панкреонекроза выполнялась лечебно-диагностическая лапароскопия. Диагноз острый деструктивный панкреатит ставили на основании увеличения активности ферментов поджелудочной железы в крови, выявления достоверных лапароскопических признаков. При подозрении на наличие признаков гнойного поражения парапанкреатической и забрюшинной клетчатки выполняли «открытые» и «полуоткрытые» оперативные вмешательства. Результаты. В исследованной группе больных были выявлены стерильные формы панкреонекроза у 56 (65,1%) больных, инфицированные – у 30 (34,9%). «Открытые» дренирующие операции выполнены 39 пациентам (8, из них перед открытой операцией выполнялась диагностическая лапароскопия), 14 пациентам выполнены «полуоткрытые» операции, 6 – «закрытые» операции. У 27 больных проводили только консервативное лечение с различной эффективностью. Летальных исходов зарегистрировано 10 (11,6%), из них 8 пациентов погибло от панкреатогенного шока, 2 от массивного аррозивного кровотечения. Выводы. Основа тактики хирургического лечения ОДП зависит от оценки степени тяжести состояния больных и дифференцированный подход к выбору оперативного вмешательства от патоморфологической картины заболевания, а также эффективности проведения массивной симптоматической консервативной терапии, что обуславливает успех непосредственных результатов лечения.

---

#### 178.ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Джумабеков Б.Н., Байтилеуов Т.А., Стадников М.А., Узбеков Ж.К., Турарбеков Б.М.

Алматы

Карасайская ЦРБ

Актуальность острого аппендицита обусловлено высоким уровнем заболеваемости, и соответственно, наиболее частой причиной острого живота, требующей хирургического вмешательства, большим числом различных осложнений [Борисов А.Е. и соавт., 2006; Al-Mulhim A.S. et al., 2008; Ates M. et al., 2008]. Первичный диагноз «острый аппендицит» в последующем предполагает полиморфность клинических признаков, нозологических форм заболеваний органов брюшной полости, при которых требуются различные тактические подходы к лечению [Зубарев П.Н. и соавт., 2002; Bessems M., 2007]. Летальность у пожилых и старых людей 4,6%, превышая среднестатистическую в 10 раз [Paterson H.M. et al., 2008; Papadopoulos A.A. et al., 2008]. Причиной высоких цифр летальности остаются ошибки диагностики, составляющие в среднем 15-45% [Федоров И.В. и соавт., 2012; Baesa-Herrera C., 2003]. Основным путем снижения летальности при остром аппендиците является своевременная и точная диагностика, которая в современных условиях должна включать лапароскопию [Тимербулатов В.М. и соавт., 2003; Чурсин В.В., 2007]. Цель: Определить эффективность эндовидеохирургических вмешательств при остром аппендиците. Методы: Для обоснования эффективности диагностической и лечебной лапароскопии мы сравнили результаты лечения больных, поступивших в ЦРБ Карасайского района в 2013-2014 годах, которых мы разделили на две группы. В основную группу вошли больные с предварительным диагнозом острый аппендицит оперированные эндовидеохирургическим путем. В контрольную группу вошли больные, прооперированные традиционным способом. Группы сопоставимы по полу и возрасту. Результаты: В 2013-2014 годах прооперировано 1328 больных с дооперационным диагнозом — острый аппендицит, в том числе по поводу простого аппендицита — 62 (4,7 %). Из них 962 пациента оперированы традиционным способом. У 82 (6,2 %) изменения в червеобразном отростке носили вторичный характер и были обусловлены другой патологией (кишечные инфекции, мезаденит, гинекологические заболевания и др). Среднее продолжительность операции составило  $43,2 \pm 1,4$ . Лапароскопическая аппендэктомия (ЛА) проведена 366 пациентам. У 9 пациентов (2,4 %) диагностирован острый простой аппендицит, а у 7 (1,9 %) из них найдены другие острые заболевания брюшной полости. В 97 (26,5 %) случаях, когда предварительный диагноз острый аппендицит был сомнительным, выполнена вначале диагностическая лапароскопия. Среднее продолжительность лапароскопической аппендэктомии составило  $30,3 \pm 0,7$ . Осложнения после ЛА было в 3 (0,8%) случаях: инфильтрат в пупочной области – 1, и гемосерома из места прокола в левой подвздошной области - 2. При традиционной аппендэктомии наблюдалось 17 (1,7%) различных осложнений, из них 9 (0,9%) нагноение послеоперационной раны. В 21 случаях пришлось перейти от ЛА к традиционной аппендэктомии, в 19 случаях аппендицит был гангренозным, из них в 11 – перфорированным. В группе с гангренозным аппендицитом длительность операции составляла в среднем 45-65 мин, послеоперационная госпитализация длилась 3-7 дней. ЛА при перфорированном аппендиците выполнялась в среднем за 80 мин и послеоперационная госпитализация продолжалась 7 дней. Летальных случаев не было. Заключение: Применение лапароскопии в диагностике и лечении больных с острым аппендицитом позволяет уменьшить частоту послеоперационных осложнений более чем в 8 раз, снизить количество «напрасных» аппендэктомий при отсутствии признаков воспаления червеобразного отростка с 6.2% до 1,9%, сократить сроки лечения в данной группе пациентов.

---

179. Экспериментальное обоснование применения полиакриламидного геля для коррекции пищеводно-желудочного перехода

Балаганский Д.А.(1), Кошель А.П.(2), Фомина Т.И.(3), Суслов Н.И.(3)

Томск

1) ОГАУЗ Больница скорой медицинской помощи №2, 2) ОГАУЗ Медицинский центр им. Г.К. Жерлова, 3) ФГБНУ «Научно-исследовательский институт фармакологии и регенеративной медицины имени Е.Д. Гольдберга», (г. Томск)

Проблема лечения пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью является одной из наиболее актуальных проблем гастроэнтерологии и абдоминальной хирургии. В последнее время появились исследования направленные на применение объемобразующих полиакриламидных гидрогелей, применяемых в различных областях медицины. Цель. Обосновать в эксперименте возможность применения препарата DAM+ для эндоскопического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Материал и методы. Экспериментальное исследование выполнено крысах-самках линии Wistar. Всего было выполнено 5 острых опытов и 21 хронический опыт. В качестве исследуемого инъекционного препарата использовался синтетический материал для протезирования мягких тканей DAM+ производства ЗАО «Научный центр Биоформ», Москва, Россия. В подслизистый слой гастроэзофагеального перехода и дистального отдела пищевода под визуальным контролем путем инъекции вводили гель DAM +TM в объеме 0,3-0,4 мл. В контрольные сроки (1,3,7,14,21,45,90 сут.) после операции животных выводили из эксперимента проводили оценку макро- и микроскопических изменений после введения препарата. Результаты и обсуждение. При макроскопическом исследовании в брюшной полости во все сроки после операции отмечались схожие изменения. К месту инъекции подпаяна левая доля печени, визуально определялось утолщение дистального отдела пищевода. Повреждений пищевода и кардиального отдела желудка со стороны адвентиции и серозной оболочки в области инъекций геля не наблюдалось. При визуальном осмотре удаленного макропрепарата со стороны просвета - во все сроки наблюдения гель определяется в подслизистом слое в виде выбухания слизистой в просвет пищевода. При гистологическом исследовании операционного материала признаков повреждающего и/или местно-раздражающего действия исследуемого препарата DAM+ на ткани пищевода у лабораторных животных отсутствовало. Возникающая в ранние сроки после введения препарата реакция окружающих тканей незначительная и не носит воспалительного характера. Значимой миграции препарата из места инъекции в сроки до 90 сут. от момента введения - не отмечено. Болюсы геля DAM+ сохраняются в области введения и создают дополнительный объем в просвете пищевода за счет увеличения толщины подслизистого слоя. проведение пробы с пневмопрессией показывает, что введенный в область гастроэзофагеального перехода гель DAM+ приводит к повышению давления открытия кардиального клапана. Заключение. Проведенные экспериментальные исследования показали отсутствие повреждающего и местно-раздражающего действия исследуемого препарата DAM+ на ткани пищевода у лабораторных животных. Реакция окружающих тканей на препарат незначительная и не носит воспалительного характера, миграции препарата из места инъекции, во все сроки наблюдения, не выявлено. Болюсы геля DAM+ в области введения создают дополнительный объем в просвете пищевода за счет увеличения толщины подслизистого слоя, обеспечивая повышение давления открытия кардиального клапана. Полученные в ходе эксперимента данные свидетельствуют о возможности использования препарата DAM+ в клинике для коррекции несостоятельности пищеводно-желудочного перехода у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

---

#### 180.К ВОПРОСУ ВЫБОРА РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Кошель А.П.(1,2), Клоков С.С.(1,2), Воробьев В.М.(1,2), Рудая Н.С.(1,2), Артеменко М.В.(1), Попов К.М.(1)

г. Северск, Томская обл.

1) ОГАУЗ Медицинский центр им. Г.К. Жерлова,2) ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России

По данным литературы частота осложнений гастродуоденальных язв перфорацией составляет около 10-15%, при этом у 0,6 – 5,5% имеют место повторные перфорации. Операция по ушиванию язвенного дефекта является вынужденной, и не направлена на излечение язвенной болезни. Более того, у пациентов после ушивания перфоративной язвы угроза рецидива даже возрастает вследствие неизбежных анатомо-физиологических изменений вызванных первичной операцией, что подтверждается результатами отдаленных наблюдений за пациентами. Так по данным разных авторов у 25 – 70% пациентов с ушитыми перфоративными язвами в анамнезе возникают осложнения, которые в 22-35% случаев требуют выполнения повторной радикальной операции. Нами проведен анализ непосредственных и отдаленных результатов



ушивания перфоративной язвы у 364 пациентов, среди которых было 353 (97%) мужчины и 11 (3%) женщин в возрасте от 15 до 87 лет. Всем пациентам была выполнена паллиативная операция – ушивание язвы. В сроки от одного года до 16 лет после операции рецидив язвы возник у 215 (62,9%) больных. В том числе у 82,8% пациентов рецидив язвенной болезни выявлен в течение первых 5 лет после операции и только у 17,2% - язвы рецидивировали спустя 5 и более лет. При этом у пациентов, в возрасте от 20 до 30 лет возникновение рецидива и, соответственно, выполнение повторной операции происходит в первые 5 лет после ушивания, а у пациентов старшей 60 лет, напротив, в более поздние сроки – 11 – 16 лет после первой операции. Радикальное оперативное лечение потребовалось 197 пациентам, что составило 91,6% от числа больных с рецидивом или 54,1% от общего числа больных оперированных по поводу перфоративной язвы. Радикальные операции выполнялись в плановом порядке в сроки (после ушивания перфораций) от 2 месяцев до 16 лет ( $m=8,2 \pm 2,5$ ). При этом большинство пациентов (80,2%) оперировано в сроки от 5 до 10 лет после первичной операции. Показаниями для выполнения повторных операций служили развивающиеся в различные сроки после ушивания перфорации осложнения: стеноз, пенетрация, повторные перфорации и кровотечения, как в изолированном виде, так и их сочетания. Адекватный выбор способа операции у больных с ранее ушитыми перфоративными язвами является одним из ведущих факторов, определяющих снижение частоты ранних послеоперационных осложнений и обеспечивающих высокий уровень качества жизни пациента в отдаленные сроки после операции. Исходя из вышеизложенного и являясь принципиальными сторонниками сохранения (при отсутствии противопоказаний) трансдуоденального пассажа пищи в клинике в качестве радикальных операций после ушивания перфораций гастродуоденальных язв было использовано 6 типов оперативных вмешательств, предложенных и описанных Г.К. Жерловым. В основе операций лежит формирование искусственных клапанов в зоне гастродуоденального или гастроеюнального соустьев. В раннем послеоперационном периоде умер один больной (0,5%), от панкреонекроза, на 21 сутки после резекции желудка. Отдаленные результаты операции в сроки от 2 мес. до 11 лет про-слежены у 85,3% больных. Проведенные инструментальные обследования, включающие рутинные эндоскопическое и рентгенологическое исследования, а также современные методы эндоскопического и трансабдоминального ультразвукового сканирования показали восстановление резервуарной и моторно-эвакуаторной функции оперированного желудка. Формируемые взамен удаленного или разрушенного пилорического жома искусственные клапанные структуры сохраняют свое строение и функцию спустя 7 лет и более после операции. Таким образом, применение индивидуального подхода к выбору способа радикальной операции после ушитых перфоративных гастродуоденальных язв не приводит к снижению качества жизни больных после хирургического лечения, обеспечивая высокий уровень социальной и трудовой реабилитации больных. Разработанный способ селективной проксимальной ваготомии при наличии супрастенотического расширения желудка позволяет выполнять органосохраняющую операцию и обеспечить трансдуоденальный пассаж пищи у этой сложной категории больных.

---

#### 181. О КРИТЕРИЯХ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОСТЕОСИНТЕЗА РЕБЕР ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ И ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРЕЛОМАХ

Бенян А.С.

Самара

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава» ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина»

Введение. В программе лечения пострадавших с множественными и флотирующими переломами ребер основной целью является достижение стабильности грудной клетки, клинически реализующееся в восстановлении адекватного спонтанного дыхания. Из множества методов стабилизации грудной клетки наиболее перспективным является проведение остеосинтеза ребер с использованием специальных анатомических титановых пластин. Цель исследования – обозначить критерии оценки эффективности хирургического лечения при переломах ребер. Материал и методы исследования. С 2011 по 2015 гг.

оперированы 63 пациента с множественными и осложненными переломами ребер. Всем пациентам был проведен остеосинтез ребер с использованием системы фиксации «Matrix Rib». В послеоперационном периоде пациентам были применены различные методы искусственной вентиляции легких в качестве дополнительного вспомогательного метода для закрепления эффекта стабилизации грудной клетки. Основным и главным показателем эффективности проводимого лечения является восстановление спонтанного дыхания в параметрах, обеспечивающих потребности организма в существующих стрессовых условиях травматической болезни. С целью объективизации динамики респираторной системы пострадавших проводилась оценка следующих критериев: клинических и лабораторно-инструментальных. Клинические критерии: - отсутствие парадоксального дыхания и значимых деформаций грудной клетки; - интенсивность и сроки просачивания воздуха по дренажам из плевральной полости; - стабилизация показателей гемодинамики; - отсутствие тяжелых повреждений ЦНС, влияющих на сознание. Лабораторно-инструментальные критерии: - расправление легкого и рассасывание очагов контузии легких, подтвержденное рентгенологически; - восстановление объема оперированного гемиторакса и должное расположение фиксирующих пластин по данным рентгенографии; - отсутствие обструкции трахеобронхиального дерева при фибробронхоскопии; - нормализация показателей газового состава крови; - сатурация крови кислородом в пределах нормальных величин; - нормализация показателей гемоглобина и эритроцитов в периферической крови. Результаты и их обсуждение. Средние сроки искусственной вентиляции лёгких после проведения остеосинтеза составили 2,0 суток (от 20 минут до 17 суток). Многофакторный анализ предлагаемых критериев позволял определить оптимальный режим и сроки вентиляции у каждого конкретного пациента. Спонтанное дыхание было восстановлено у 59 пациентов. Из них только у 1 пациента вновь развилась дыхательная недостаточность, обусловленная двусторонней пневмонией. Всего умерло 5 пациентов (7,9%), у всех изначально были сочетанные повреждения. Выводы. Остеосинтез ребер при множественных и осложненных переломах решает задачи стабилизации грудной клетки и восстановления адекватного спонтанного дыхания. Учёт и анализ критериев эффективности остеосинтеза способствует рационализации общей программы лечения пострадавших путем оптимизации тактики ведения послеоперационного периода.

---

182. Клиническое наблюдение. Гигантский трихобезоар желудка.

Труфанов А.И., Семенов О.Е., Мишин А.С., Дубовицкий В.А.

Тамбов

Городская клиническая больница имени Архиепископа Луки

Трихобезоары желудочно – кишечного тракта (шары из волос) образуются в результате заглатывания волос. Встречаются чаще у лиц женского пола, имеющих привычку жевать волосы, а также у лиц с психиатрическими заболеваниями. Приводим клиническое наблюдение удаления гигантского трихобезоара желудка в ГКБ им. Архиепископа Луки г. Тамбова. Больная И., 1994 года рождения (на момент поступления 17 лет), поступила в хирургическое отделение с жалобами на «боли по всему животу», тошноту, рвоту до 15 раз. Дата поступления 9.01.2012. Ухудшение около суток. С помощью родственников выполняла очистительную клизму без значительного эффекта. Пациентка являлась одной из учащихся школ города, 11 класса, при объективном осмотре отмечен дефицит массы тела. При росте в 173 см, масса тела – составляет 48 кг, индекс массы тела 16,05. Затруднений при еде не отмечала. При поступлении общий анализ крови, мочи, биохимия крови – без патологии. При УЗИ органов брюшной полости и почек – признаков свободной жидкости и органической патологии не выявлено. Отмечен парез кишечника. 9.01 выполнено ЭГДС – после предварительного промывания желудка, выявлено гигантское инородное тело, состоящее из волос, занимающее  $\frac{3}{4}$  объема желудка. Неоднократные попытки эндоскопического удаления или разрушения инородного тела – без успеха. 11.02 выполнена операция – лапаротомия, гастротомия, удаление инородного тела желудка, дренирование брюшной полости. Размеры инородного тела 45x15x10 см, по форме повторяет изгиб большой кривизны желудка. После дополнительного сбора анамнеза выяснено, что девушка имела вредную привычку жевать кончики волос на уроках в школе. Течение послеоперационного периода – без

осложнений, швы сняты на 7-ые сутки, заживление – швов первичным натяжением. 23.01.2012 года выписана в удовлетворительном состоянии. В настоящее время девушка весит 53 кг, учится в университете, качество жизни - удовлетворительное.

---

183. Результаты хирургического лечения больных колоректальным раком, осложненным острой непроходимостью.

Журавлен Г.Ю. (1), Мишин А.С. (2).

1) Липекц, 2) Тамбов

1) Липецкая городская поликлиника №72) ТОГБУЗ Городская клиническая больница им. Архиепископа Луки.

Рак толстой кишки является одной из актуальнейших проблем онкологии и неотложной абдоминальной хирургии. Проведен ретроспективный анализ хирургического лечения 43 пациентов с колоректальным раком, осложненным острой непроходимостью, находившихся на лечении в городской клинической больнице им. Архиепископа Луки г. Тамбова с 2012 по 2014 годы. Мужчин 18 (42%), женщин – 25 (58%) Молодого возраста (до 45 лет) - 1 (2%) пациент, зрелого – (от 45 до 59 лет) – 5 (12%), пожилого (от 60 до 74 лет) – 19 (44%), старческого (от 75 до 89 лет) – 17 (40%) пациентов и 1 (2%) долгожитель (старше 90 лет). Все больные были оперированы в экстренном порядке в связи с неэффективностью консервативных мероприятий по разрешению острой непроходимости. Опухоль локализовалась: в сигмовидной кишке – в 13 наблюдениях (29%), в селезеночном углу и левой половине толстой кишки – 11 (25%), печеночном углу и правой половине толстой кишки – 6 (14%), прямой кишке – 11 (25%), в 2(7%) наблюдениях первичная опухоль локализовалась в желудке и матке, с прорастанием в поперечно –ободочную и сигмовидную кишки. При локализации опухоли в правых отделах толстой кишки выполнено: правосторонняя гемиколэктомия с наложением разгрузочной илеостомы – 3, правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза – 3. При локализации опухоли в левых отделах толстой кишки выполнено- 14 обструктивных резекций, 12 паллиативных колостом. При локализации опухоли в прямой кишке выполнено: обструктивная резекция прямой кишки – 1, наложение трансверзостомы – 4, наложение сигмостомы – 6. Результаты лечения. В раннем послеоперационном периоде – умерло 11 пациентов. Причины смерти: интоксикация, полиорганная недостаточность – 7 – пациентов, ТЭЛА – 2, повторный острый инфаркт миокарда – 2. Проведен сбор отдаленных результатов лечения пациентов. Методы сбора отдаленных результатов: общение с родственниками и больными, а также использование российской медицинской информационной системы. Информация собрана в марте 2015 года. Выписано из стационара 32 пациента. 4 больных умерло в 2013 году (из них 1 оперирован в 2012 году, 3 - в 2013 году), 7 пациентов в 2014 году (из них 3 оперировано в 2013 году, 4 – в 2014 году). С функционирующей колостомой (4 клиническая группа), после паллиативной операции живут 5 пациентов (все оперированы в 2014 году) из них 4 наблюдаются в онкологическом диспансере и получают химиотерапию, одна пациентка от химиотерапии отказалась. 7 пациентов перенесших обструктивную резекцию толстой кишки живут с колостомой, на реконструктивное пособие не решаются. 4 пациентов перенесших радикальную операцию перенесли реконструктивное пособие, в настоящее время наблюдаются у онколога и хирурга. Не удалось собрать отдаленный результат лечения у 5 пациентов. Только 11 пациентов в настоящее время отмечают удовлетворительное качество жизни, из них только 4 живут без колостомы. Заключение: Неудовлетворительные отдаленные результаты лечения больных говорят о необходимости улучшения скрининга и ранней диагностики колоректального рака как в условиях амбулаторно поликлинического звена, так и среди врачей стационаров.

#### 184. СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИОВЕНОЗНОГО СОУСТЬЯ ЛЕВЫХ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ И ВЕНЫ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Скоробогатов В.М., Пятов С.С., Кудровский В.В., Черных В.Г., Погосов Н.В.

Москва

ФКУ «МУНКЦ им. П.В. Мандрыка МО РФ»

Больной О., 39 лет, находился на стационарном лечении в хирургическом отделении Центра с жалобами на наличие объёмного пульсирующего образования в в/3 левого плеча, слабость в левой руке, нарастающую одышку при физической нагрузке. Из анамнеза было известно, что получил травму в быту острым осколком стекла – колото-резаная рана верхней трети левого плеча. Находился на стационарном лечении в ЦГБ г. Королёва, где в результате лечения рана зажила. Однако, через полтора месяца после травмы внимание на появление пульсирующего опухолевидного образования в верхней трети левого плеча. Затем появилась слабость в левой руке при физической нагрузке. Выполнено УЗИ артерий и вен левой руки, диагностирован артериовенозный свищ левого плеча. Осмотрен ангиохирургом, рекомендовано стационарное обследование и лечение. По результатам обследования при ЦДС артерий и вен верхних конечностей в левой подмышечной области имеется артериовенозное соустье между малой подкожной веной (веной базилика) и подмышечной артерией с артериализацией кровотока и значительным расширением вены (до 1,5 см). Скоростные показатели кровотока в вене максимально до 500 см/с, в артерии – до 200 см/с. Место соустья обнаружить не удаётся из-за нарушения анатомического взаимоотношения сосудов. МСКТ артерий плеча слева: в средней трети плеча слева (на 14,5 см ниже головки плечевой кости) определяется артериовенозное соустье между плечевой артерией и веной базилика, с наличием патологического артериовенозного «клубка» сосудов (от-дельный коммуникант до 5 мм). Вена расширена до 9 мм, плотность контрастного вещества в ней аналогична плотности в артерии (вероятнее артериальный сброс). Подкожная вена цефалика так же активно контрастируется. Ангиография артерий левого плеча: отмечается наличие в средней трети плечевой артерии соустья с плечевой веной диаметром до 2 мм, с наличием артериовенозного сброса. Эхокардиография: дилатация правого предсердия, объём – 42 мл, правый желудочек – 35 мм. Среднее давление в лёгочной артерии – 27 мм рт. ст. После проведённого обследования у больного диагностировано: Артериовенозное соустье левых плечевой артерии и вены травматического генеза. Колото-резаная рана в/3 левого плеча. Учитывая наличие артериовенозного соустья на левом плече, перегрузку правых отделов сердца с развитием нарастающей сердечной недостаточности, больному было предложено оперативное лечение, на которое последний согласился. Выполнена операция – разобщение артериовенозного соустья. Пульсация артерии удовлетворительная. Пульсации, шума и турбулентных потоков крови в вене нет. Отмечены положительные результаты оперативного лечения: жалоб у больного нет. Пульсация периферических артерий левой верхней конечности (локтевой и лучевой) удовлетворительная. При эхокардиографическом исследовании через 14 дней после операции – отмечено уменьшение правых отделов сердца: объём правого предсердия – 33 мл, правый желудочек – 30 мм. Среднее давление в лёгочной артерии – 19 мм рт. ст. Выводы: 1. Наличие артериовенозного соустья, тем более между артерией и веной верхнего плечевого пояса ведёт к перегрузке правых отделов сердца с увеличением размеров сердца, развитием лёгочной гипертензии и сердечной недостаточности; 2. После оперативного лечения наступает регресс патологических изменений со стороны малого круга кровообращения; 3. Наличие артериовенозного соустья является абсолютным показанием для оперативного лечения по разъединению артериовенозного соустья.

---

#### 185. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Коцюба А.К., Пятов С.С., Кудровский В.В., Черных В.Г., Симоненко А.В.

Москва

ФКУ «МУНКЦ им. П.В. Мандрыка МО РФ»

Хирургическое лечение трофических язв является одной из наиболее сложных проблем лечения осложнений сосудистой патологии нижних конечностей. Нами проанализированы результаты хирургического лечения варикозных трофических язв нижних конечностей у 87 больных в возрасте от 32 до 73 лет. 56 пациентов были женского пола и 31 пациент мужского пола. У 58 больного трофические язвы развились в результате длительного страдания варикозной болезнью нижних конечностей, а у 29 – как осложнение посттромботической болезни. Более 85 % больных ранее подвергались хирургическим и консервативным методам лечения. У 18% больных трофические язвы были на обеих нижних конечностях. В 85% случаев трофические язвы локализовались в дистальной трети голени, в 10% язвы распространялись до середины голени и в 5% случаев язвы занимали больше половины голени. В 7 случаях обширные трофические язвы циркулярно охватывали  $\frac{3}{4}$  окружности голени. Продолжительность существования язв составляла от нескольких недель до 20 лет. У больных старше 45 лет заболевание протекало на фоне сопутствующей патологии. Во всех случаях нам удалось добиться компенсации проявлений хронической венозной недостаточности (ХВН) нижних конечностей, полной ликвидации отека и очищения трофических язв в сроки от 10 до 25 дней консервативного лечения. Стационарное лечение длилось не более 3 недель в тех случаях, когда консервативное лечение сочеталось с операцией. Дальнейшее лечение продолжалось амбулаторно. Во всех случаях хирургического лечения операция выполнялась до наступления полного заживления язвы, но только после ликвидации отека конечности. Основным принципом консервативного лечения трофических язв была, прежде всего, ликвидация проявлений ХВН. Это достигалось, помимо медикаментозной терапии, преимущественно перевязками и адекватной компрессией нижних конечностей. Перевязки трофических язв проводились с применением только 3% перекиси водорода и мазей на водорастворимой основе. Основным принципом хирургического лечения считаем флебэктомию с радикальным удалением системы большой и малой подкожных вен. Для разобщения глубокой и подкожной венозной системы конечности в зоне наиболее выраженных индуративносклеротических изменений тканей и существования трофических язв проводилось надфасциальное пересечение перфорантных вен. Каких-либо осложнений связанных с выполнением операции в таком объеме мы не наблюдали. В нашем стационаре успешно применяется в течение последних 20 лет оригинальная методика флебэктомии, позволяющая достигнуть качественных функциональных и косметических результатов. Главным недостатком консервативной профилактики осложнений варикозной и посттромботической болезни является неадекватная эластическая компрессия, которая является основным условием компенсации венозного кровообращения ног. Медикаментозная терапия без адекватной эластической компрессии неэффективна. Залогом успеха в достижении положительных результатов хирургического лечения трофических язв нижних конечностей, помимо глубокого понимания их происхождения и знания принципов лечения, является адекватное выполнение перевязок и высококвалифицированное техническое осуществление хирургической операции.

---

186.Послеоперационный перитонит

Каминский И.В.

Симферополь

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

Проблема общего послеоперационного перитонита в последние годы приобрела характер самостоятельного направления в абдоминальной хирургии. По данным литературы, он возникает у 0,7-1% оперированных

больных [Савельев В.С, Гельфанд Б.Р..2006; Султанов Т.А., Алиев С.А. 2004; Wastboom W.B. 2004.] и может возникнуть после любой хирургической операции на органах брюшной полости [Сипливи В.А. 2005; Жебровский В.В., 2000]. Вместе с тем, летальность больных с общим послеоперационным перитонитом остается чрезвычайно высокой и составляет от 46,3% до 80% [Савельев И.С., Петухов В.А. 2012; Лубянский В.Г. 2008], что обуславливает актуальность изучения данной проблемы. Проведен анализ лечения 113 больных с послеоперационным перитонитом, возникшим как осложнение после различных вмешательств на органах брюшной полости. Согласно нашим данным наиболее частыми причинами развития общего послеоперационного перитонита были несостоятельность кишечных швов и ошибки хирургов. У всех больных общий послеоперационный перитонит верифицирован путём осмотра брюшной полости во время релапаротомии, а также с помощью бактериологических и патоморфологических методик. Посевы экссудата на питательные среды выявили следующее: в чистой культуре бактерии выделены у 18 больных - это стафилококк и кишечная палочка. У остальных 95 больных (76%) была налицо ассоциация микробов – кишечная палочка + протей + синегнойная палочка; стафилококк + протей + кишечная палочка. Анаэробные микроорганизмы чаще всего определялись у больных с перитонитом после операций по поводу острого аппендицита и операций на толстом кишечнике. Бактериальная обсеменённость неклостридиальными анаэробами, являющимися основными представителями нормальной кишечной аутофлоры, наблюдалась, в основном, в тех случаях, когда имело место многодневное (более 5 суток) течение послеоперационного перитонита. У 8 больных выявлен анаэробный клостридиальный перитонит (у 4 из них наблюдалась молниеносная форма течения), характеризующийся крайне тяжёлой, быстро прогрессирующей интоксикацией организма больного с характерной клинической картиной. При экспресс-бактериологическом исследовании преобладала доминирующая *Cl. perfringens*. Микробная обсеменённость при хирургических формах послеоперационного перитонита изучена у 22 больных. Из них у 14 она достигала 1010-1012 КОЕ, у 8 - 108-1010 КОЕ, что свидетельствовало о тотальной обсеменённости брюшной полости. Одновременно изучалась микробная обсеменённость раны после релапаротомии у 14 больных. Характерно, что у всех пациентов в конце операции посева с краёв мышечно-апоневротического слоя брюшной стенки дали рост контаминационной микрофлоры, идентичной выпоту брюшной полости, причём количество бактерий в 1 г ткани у 11 больных превышало критический уровень (свыше 10<sup>9</sup> КОЕ в 1г. ткани во всех разведениях (1:10; 1:100; 1:1.000)). В ходе патоморфологических исследований наряду с выраженными дистрофическими изменениями морфологических структур в толще фибриновых наложений обнаружено множество микробов, что являлось важнейшим критерием в определении необходимости плановых релапаротомий. Таким образом, микробный фактор и связанная с ним интоксикация играют главную роль в патогенезе послеоперационного перитонита, а тяжесть течения осложнения во многом зависит от общего количества проникнувших в брюшную полость микроорганизмов, их вирулентности и состояния реактивности макроорганизма. При послеоперационном перитоните инфекция имеет полимикробный характер с преобладанием неклостридиальных бактерий. Учитывая существенные различия в чувствительности анаэробов к лекарственным средствам, а также неодинаковую роль анаэробов и аэробов в течении острого перитонита, данный факт необходимо учитывать при проведении лечебных мероприятий.

---

187.Резекция желудка при прободной язве

Совцов С.А.

Челябинск

ГБОУ ВПО "ЮУГМУ" Минздрава России

В экономически развитых странах встречаемость прободной язвой желудка и 12перстной кишки (ПЯ) составляет 7-10 случаев, а в России этот показатель составляет 16-21 на 100 000 населения. По данным международных когортных исследований летальность при ПЯ за последние 30 лет не имеет тенденции к снижению и составляет при 12пк- 5-13%, при желудочной в 2-3 раза выше. Во многих территориях нашей страны операцией выбора при ПЯ является ее простое зашивание и удельный вес этой операции в хирургии ПЯ составляет 80-100%. Однако, при этой операции рецидив язвы отмечается у 50-70% оперированных

больных, а к 10 годам после операции подвергаются повторным операциям 60% пациентов и более из-за развития стеноза повторной перфорации, кровотечения или сочетания осложнений. Все это позволяет считать, что в хирургическом лечении ПЯ должны использоваться и другие способы оперативного вмешательства. Мы располагаем непосредственными результатами лечения 646 больных с ПЯ желудка и 12перстной кишки, лечившихся в клинике за период 2004-2013 г.г. Из оперативных способов лечения простое зашивание перфоративного отверстия было выполнено у 358 больных (55,5%), в остальных случаях по показаниям выполнялись различные виды ваготомий (215-33,3%), резекция желудка(73 операции-11,2%). Резекционная хирургия ПЯ не получила широкую распространенную популярность из-за обоснованного чувства, что это связано с более высокой летальностью, чем простое зашивание ПЯ. Более того, в литературе стали появляться сообщения, что выполнение резекции желудка при ПЯ является большим шагом назад в современной хирургии. Хотя это далеко не так. У нас в стране и за рубежом удельный вес резекции желудка при оперативном лечении ПЯ составляет от 1 до 35% с послеоперационной летальностью 4-12 %, на фоне имеющихся аналогичных показателей при простом зашивании в 1-27%. Имеющийся у нас в клинике многолетний опыт лечения больных с ПЯ позволяет с уверенностью считать, что резекция желудка должна занимать свою нишу в перечне возможных хирургических пособий при этой патологии. При решении вопроса о выборе объема операции на первом месте должны стоять основные условия возможности ее выполнения: 1. длительность периода от перфорации до госпитализации; 2. возраст больного; 3. сопутствующая патология, 4. Наличие признаков гиповолемии при поступлении в стационар. Все это достаточно легко определить с помощью прогностической шкалы Воеу. И лишь только после этого, следует учитывать интраоперационную ситуацию в каждом конкретном случае: а) стеноз привратника, б) подозрение на малигнизацию язвы, в) пенетрация язвы, г) сопутствующее желудочно-кишечное кровотечение; д) наличие перфоративного отверстия более 2 см в диаметре, е) множественные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, ж) повторная перфорация. Важными факторами, позволяющих выполнить резекцию желудка должны так же являться и то, что оперирующий хирург владеет методикой резекции желудка. И имеет место наличие условий для осуществления этой операции (квалифицированный анестезиолог, ассистенты, необходимый инструментарий, достаточный запас крови). При выборе варианта резекции желудка при ПЯ, мы всегда ориентированы на выполнение ее по методу Бильрот-I. Доказано преимущество этого метода по сравнению с методом Бильрот-II, как с точки зрения послеоперационных осложнений и летальности, так и более лучших отдаленных результатов операции. (степень рекомендации А). При локализации ПЯ в желудке ситуация облегчается тем, что выполнение резекции желудка по Бильрот-I при этом возможно практически всегда, поскольку нет необходимости выполнения наиболее сложного этапа операции – мобилизации начального отдела двенадцатиперстной кишки. Из оперированных нами 73 больных с использованием резекции желудка умерло 5 больных(6,9%). Вместе с тем, обоснованный выбор надлежащего объема вмешательства (простое ушивание, ваготомия, резекция желудка) позволило нам добиться в 2010-2013 г.г. уровня послеоперационной летальности при ПЯ в 1,6-2,9%.

---

## 188. ЭВЕНТРАЦИЯ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.

Каминский И.В.

Симферополь

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

Эвентрация – одно из наиболее тяжелых осложнений в абдоминальной хирургии, летальность при развитии которого колеблется от 20 до 65 %, достигая 40 – 65 % в случаях эвентрации в гнойную рану [Ю.В. Кучин, 2004; В.В. Жебровский, 2005]. Высокий процент гибели больных объясняется сопутствующими или развивающимися послеоперационными осложнениями. По данным как отечественных, так и зарубежных хирургов частота эвентраций колеблется в пределах от 0,5 до 2,35% [В.И.Десятерик, 2004; С.Г. Измайлов, 2004; Е.Ф. Чередников, 2008]. При этом эвентрацией принято считать остро развившийся дефект в брюшине и мышечно-апоневротическом слое, вследствие чего создаются условия для разгерметизации брюшной полости и выхода внутренностей за ее пределы. Нами изучено течение данной патологии у 43

больных, находящихся на лечении в клиниках г.Симферополя с 2000 по 2010 год. Мужчин было –24, женщин –19. Возраст больных составлял от 36 до 68 лет. При анализе клинических данных было установлено, что наиболее часто эвентрация возникла после экстренных абдоминальных операций (перитонит, острая кишечная непроходимость, осложненные онкозаболевания). У планово оперированных больных факторами, предрасполагающими к развитию эвентрации являлись нарушения гомеостаза (гипопротеинемия, анемия, авитаминоз), бронхопневмония и другие заболевания, отрицательно влияющие на заживление послеоперационной раны брюшной стенки. Из местных предрасполагающих факторов важнейшей причиной эвентрации следует считать гнойно – септические осложнения. Нельзя не отметить роль таких производящих факторов, как ранние физические нагрузки на еще не сформировавшийся рубец, а также состояний, способствующих внутрибрюшной гипертензии (послеоперационные легочные осложнения, парез кишечника, метеоризм, рвота, затрудненный акт дефекации). Диагностика свершившейся эвентрации не представляла затруднений и базировалась на традиционных методах обследования больного. Широко использовалась методика ультразвуковой диагностики, позволяющая определить начальные стадии нарушения герметичности брюшной полости на уровне брюшинного и мышечно – апоневротического слоев. Сроки возникновения эвентрации варьировали довольно в значительных пределах - от 7 до 20 суток послеоперационного периода. Характерно при этом, что возникновение эвентрации всегда сопровождалось симптомами прогрессирования интоксикации, особенно при сопутствующем перитоните или гнойно-некротическом процессе в ране. При выборе метода лечения полной эвентрации прибегали к оперативному методу. В случае асептической эвентрации выполняли послойное ушивание брюшной стенки – 17 больных (при незначительной инфильтрации тканей). У 10 больных (при развитии перитонита, пареза кишечника, пневмонии) были применены традиционные способы ушивания раны (через все слои по Савельеву – Савчуку). Умерло четыре человека, рецидив эвентрации наблюдался у трех пациентов. У остальных 16 больных, выполнены разработанные нами в клинике методы лечения эвентрации с применением эксплантации полипропиленовой сети. Использовались способы эксплантации как надапоневротические (on lay), так и интраперитонеальные (in lay). Преимущества этих способов, по сравнению с другими, состоят в том, что они позволяют достаточно широко иссечь инфильтрированные и некротизированные ткани по краям дефекта брюшной стенки по типу первичной хирургической обработки, избежать чрезмерного натяжения сшиваемых тканей, обеспечить надежную герметизацию брюшной полости, отграничив ее от очага инфекции, которым нередко является послеоперационная рана. В этой группе больных получены следующие результаты: все больные выздоровели, рецидивов эвентрации в послеоперационном периоде не наблюдалось. Таким образом, эвентрация - полиэтиологическое заболевание и никогда не возникает без видимых причин. Развитие эвентрации после операции является тяжелой агрессией для организма, что значительно отягощает течение послеоперационного периода и может привести к гибели больного от прогрессирующего перитонита или других осложнений. Полученные результаты лечения больных с применением синтетических сетчатых эксплантатов показали большую эффективность, чем при лечении обычными методами и свидетельствуют о целесообразности использования их в лечении этой категории больных.

---

189.Эндоскопические вмешательства при опухолевой обтурационной непроходимости левых отделов ободочной кишки.

С.В. Артюхов, К.Г. Кубачев

Санкт-Петербург

СПб ГБУЗ «Александровская больница», СЗГМУ им И.И. Мечникова кафедра хи-рургии им Н.Д. Монастырского

Введение Обтурационная толстокишечная непроходимость является наиболее частым и тяжелым осложнением рака ободочной кишки. Несмотря на возросшие возможности ранней диагностики рака ободочной кишки, увеличение доступности высокотехнологичных инструментальных методов исследования, у 75% – 80% больных рак ободочной кишки выявляется в запущенных. Наиболее



перспективным направлением является выполнение различных лечебных процедур во время экстренной колоноскопии, которая, в ряде случаев, позволяет устранить кишечную непроходимость, переводя ее из декомпенсированной стадии в компенсированную или субкомпенсированную. Целью исследования явилось изучение возможностей эндоскопических технологий при диагностике и устранении опухолевой обтурационной кишечной непроходимости левого фланга ободочной кишки. Материалы и методы. В основу работы положен анализ лечения больных раком левой половины толстой кишки, осложненной обтурационной кишечной непроходимостью, госпитализированных в ГБУЗ «Александровская больница» Санкт-Петербурга за 2003 – 2012 годы. За это время было госпитализировано 2200 больных раком левой половины толстой кишки, осложненной острой обтурационной кишечной непроходимостью. У 4,6% больных злокачественная опухоль локализовывалась в левой трети поперечной ободочной кишки, у 9,8% – в области селезеночного изгиба, у 17,4% – в нисходящей кишке, у 39,5% – в сигмовидной кишке, у 22,7% – в ректосигмоидном отделе и у 6% – в прямой кишке. Из 131 больного раком прямой кишки у 112 опухоль располагалась в верхнеампулярном отделе, у 17 – в среднеампулярном отделе и у 2 – на уровне анального канала. До 12 часов с момента развития клиники острой кишечной непроходимости были госпитализированы только 1,1% больных. В период с 12 до 24 часов в стационар доставлены чуть менее 2% пациентов, в течение 24 – 48 часов госпитализированы 17,6 % больных. Основная масса пациентов (70,4%) скорой помощью доставлены в течение 48 – 72 часов с момента заболевания. После 72 часов госпитализировано 9% больных. 810 больных с отдаленными метастазами, 223 пациента с местнораспространенной неудалимой опухолью и 148 больных, имеющих тяжелые сопутствующие заболевания, не позволившие выполнить в дальнейшем радикальную операцию, исключены из дальнейшего анализа. Всего были сформированы 4 группы больных. Первая группа – 502 больных, которым опухоль была удалена на первом этапе операции и сформирована колостома (обструктивные резекции). Второй группе больных (372 пациента) первым этапом выполнена двустольная проксимальная колостомия и в течение одной госпитализации вторая операция, направленная на радикальное удаление опухоли и восстановление непрерывности. 128 больным (третья группа) формирование колостомы выполнено лапароскопическим доступом, что позволило сократить сроки между операциями. И, наконец, четвертой группе больных (17 пациентов) удалось устранить непроходимость посредством эндоскопической реканализации опухоли. Результаты и их обсуждения Срочная фиброколоноскопия была выполнена 124 (12,1%) больным раком левой половины ободочной кишки, осложненной острой кишечной непроходимостью. Исследование выполнялось после очистительных клизм, в ходе предоперационной подготовки. Рак левой трети поперечной ободочной кишки была выявлен у 11, селезеночного изгиба – у 26, нисходящей кишки – у 33, сигмовидной кишки – у 47, ректосигмоидного отдела – у 38 и прямой кишки – у 29 больных. У 17 (13,7%) больных удалось реканализовать стенозирующую опухоль и устранить кишечную непроходимость. Отсроченная фиброколоноскопия (221) выполнялась пациентам на 5 – 8 сутки после формирования двустольных колостомы для уточнения диагноза или забора материала на гистологическое исследование. Субтотальная колэктомия, формирование цекостомы в сочетании с операцией Гартмана или с двустольной колостомией являлись вынужденными видами вмешательств, когда имеющиеся поражения ободочной кишки устранить другим способом не представлялось возможным. Среди стомированных больных (500 человек) умерли 42 пациента (8,4%), после выполнения любой первичной резекции (502 пациента) умерло 83 (16,5%). Летальных исходов после реканализации опухоли с последующей (через 7–9 дней) радикальной операцией не было. При гистологическом исследовании аденокарцинома в разной степени дифференциации была выявлена более чем у 88% больных. Более злокачественные формы рака были выявлены у 11,9%, из которых наиболее прогностически неблагоприятная форма – неклассифицируемый рак, определен у 1,7%. Выводы. 1. Выполнение срочной колоноскопии у больных с толстокишечной непроходимостью позволяет установить ее причину и уровень препятствия. 2. Эндоскопические вмешательства, направленные на устранение кишечной непроходимости, позволяют снизить тяжесть состояния пациентов и выполнять радикальное оперативное вмешательство с восстановлением непрерывности толстой кишки. 3. Отсутствие колостомы существенно повышает качество жизни пациента

---

190. Роль инструментальных методов обследования при обтурационной раковой толстокишечной непроходимости.

С.В.Артюхов, К.Г. Кубачев

Санкт-Петербург

СПб ГБУЗ «Александровская больница», СЗГМУ им И.И. Мечникова кафедра хирургии им Н.Д. Монастырского.

Введение. В России, как и в других странах, наблюдается рост заболеваемости колоректальным раком. Причиной развития острой обтурационной кишечной непроходимости у 86,5% причиной развития обтурационной кишечной непроходимости явился рак левой половины толстой кишки. Различные отделы толстой кишки при поражении опухолью имеют разные клинические проявления и, соответственно, различную значимость, что следует учитывать при обследовании больных. Также различна роль инструментальных методов обследования. Цель – изучить роль различных инструментальных и лабораторных методов обследования, а так же их значимость в диагностике острой обтурационной толстокишечной непроходимости, обусловленной раком левых отделов толстой кишки. Материал и методы. Проведен анализ лечения 2200 больных раком толстой кишки, госпитализированным в ГБУЗ «Александровская больница» Санкт-Петербурга за 2003 - 2012 годы. Объём обследования и лечения согласовывался с медико – экономическими стандартами в соответствии с Международной классификации болезней (МКБ-10). Результаты и обсуждение. Объектом исследования стали 1019 больных, у которых не были выявлены отдаленные метастазы и им выполнены радикальные операции. Пациенты поступали с различной степенью тяжести, которую мы объективизировали с помощью системы балльной оценки АРАСН-П. Мужчин было 44,2 %, женщин – 55,8%. До 12 часов с момента развития непроходимости госпитализировано 1,1%, еще 1,9% – от 12 до 24 часов. После поступления больных в процессе обследования мы оценивали в количественном отношении встречающиеся клинические проявления. Степень нарастания симптомов обтурационной толстокишечной непроходимости гораздо ниже, в сравнении с тонкокишечной непроходимостью. Часто наблюдается продромальный период. При наличии тонкокишечных уровней боли всегда носят схваткообразный характер. Когда нет тонкокишечных уровней, либо при наличии свободного газа в брюшной полости боли являются постоянными. При отсутствии перфорации на рентгенограммах выявляется переполненная газами, резко расширенная ободочная кишка. Нередко в зоне опухоли отмечается конусовидное сужение тени газа в кишке. Локализованные боли в зоне опухоли наблюдали у небольшого количества больных (14,4%). С высокой частотой больные жалуются на тошноту, рвоту, сухость во рту, жажду. Вздутие живота, чувство распираания, задержка стула и газов отмечают практически все больные. Набор «малых симптомов» присутствовал более чем у 80% больных. Патологические примеси в каловых массах отмечались у 11% пациентов. При объективном осмотре обращал на себя внимание низкий тургор кожи с некоторым желтоватым оттенком более чем у половины больных. Асимметричный живот из-за перерастянутой ободочной кишки выявлен почти у 85%, тимпанит и отсутствие печеночной тупости - у 98,6%. Отсутствие печеночной тупости при толстокишечной непроходимости отмечается не только при наличии газа в свободной брюшной полости, но и при интерпозиции растянутого печеночного изгиба ободочной кишки между печенью и реберной дугой. Симптомы раздражения брюшины отмечались у каждого третьего больного. Перистальтические шумы не прослушивались у 64% больных. Шум плеска и шум падающей капли отмечался у 59% больных. Симптом Обуховской больницы наблюдался у 38%, пальпировать опухоль удалось почти у 18%. При ректальном осмотре достигь края опухоли удалось только у 18 больных. Более чем у 11% больных, несмотря на значительное повышение вязкости крови из-за потерь жидкости, гемоглобин был ниже 90 г/л. Почти у 5% больных количество лейкоцитов было ниже  $4 \times 10^9$  /л, что свидетельствовало о тяжелой интоксикации или абдоминальном сепсисе. Системная воспалительная реакция с повышением уровня лейкоцитов выше  $12,1 \times 10^9$  /л отмечена более чем у 44% больных. Палочкоядерный сдвиг более 6% наблюдалась у 93% больных. Недостаточный уровень лимфоцитов был диагностирован более чем у 88% пациентов. Повышение уровня билирубина более 22 мкмоль/л выявлено у 18%, АЛТ выше 60 - у 53%. Уровень белка был снижен в пределах 54 - 48г/л - у 47,2% менее 47 г/л - у каждого четвертого больного. Нормальной концентрации альбумина не выявлено ни у одного больного. Процент протромбинового индекса менее 79 было выявлено практически у каждого третьего больного. Концентрация фибриногена менее 2 г/л диагностирована у каждого пятого больного. Низкий диурез в течение первых 3 суток после поступления был почти у 82% больных, что было обусловлено преренальными факторами, в частности - снижением ОЦК из-за поздней госпитализации, потерь жидкости, вследствие рвоты, секвестрации жидкости в кишечнике и брюшной полости. Нормальные показатели креатинина были выявлены чуть меньше чем у половины больных. У всех остальных он был повышен от уровня 110 до 456. Электролитные нарушения в виде снижения содержания хлора, натрия, калия, умеренного ацидоза со снижением рН крови до 7,2 были выявлен у 17,2% больных.

При первичном исследовании в момент госпитализации тонкокишечные уровни были выявлены у 384 (37,7%) больных, через 6 часов после госпитализации - еще у 162 (15,9%) больных. Всего тонкокишечные уровни были выявлены у 53,5% пациентов. Толстокишечные уровни определялись значительно чаще. При первичном обследовании данный симптом наблюдался у 83,6% пациентов. Различная патология органов дыхания при рентгенографии органов грудной клетки выявлена у 11%. При обзорной рентгенографии живота свободный газ под куполами диафрагмы обнаружен у 12% больных. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости было выполнено всем пациентам. Жидкость в брюшной полости выявлена почти у 43% больных, свободный газ удалось определить только у 9,5%. Весьма ценным является возможность визуализации растянутых кишечных петель, с утолщенными складками слизистой оболочки, наполненные жидкостью. Растянутые петли тонкой кишки определялись у 67%, толстой кишки - у 100% больных. При этом удается выявить толчкообразное, в соответствии с частотой пульса, движение содержимого кишечных петель. Этот симптом удалось выявить более чем у половины больных. Перистальтическая волна не прослеживалась у 62%. Визуализировать опухоль и лимфоузлы брыжейки удавалось у 42% и 21% соответственно. Чувствительность УЗИ при диагностике обтурационной кишечной непроходимости при раке лево половины ободочной кишки составила 0,69, специфичность 0,71, точность 0,68 соответственно. Высокие показатели чувствительности, информативности и точности методики УЗИ свидетельствуют о большой ее диагностической эффективности. Срочная фиброколоноскопия была выполнена 124 больным раком левой половины ободочной кишки, осложненной острой кишечной непроходимостью. Рак левой трети поперечной ободочной кишки была выявлена у 11, селезеночного изгиба - у 26, нисходящей кишки - у 33, сигмовидной кишки - у 47, ректосигмоидного отдела - у 38 и прямой кишки - у 29 больных. Во всех случаях диагноз был установлен. У 17 больных удалось реканализировать стенозирующую опухоль и устранить кишечную непроходимость. Методика будет описана ниже. Отсроченная фиброколоноскопия (221) выполнялась пациентам на 5 - 8 сутки после формирования двустольных колостомы для уточнения диагноза или забора материала на cito- или гистологическое исследование. Лапароскопическое исследование выполнено 284 больным. Исследование выполняли по методике Хассена, из-за опасности повреждения раздутых петель ободочной кишки. У 128 (45,1%) больных была выполнена лапароскопически ассистированная двустольная колостомия, чаще используя левую треть поперечной ободочной кишки. У остальных больных выполнить лечебные манипуляции не удалось из-за различных причин (перитонит, перфорация опухоли, диастатические разрывы кишки, невозможность формирования достаточной для манипуляций полости при наложении пневмоперитонеума из-за раздутых петель кишечника, параканкреозный абсцесс и т.д.). Точность МСКТ в определении категории опухоли ободочной кишки (Т) при обтурационной кишечной непроходимости невысока и не превышает 55 – 60%. Данное исследование выполнено 211 больным. До первой операции, в качестве диагностического метода исследование применялось у 76 пациентов с острой кишечной непроходимостью. Диагноз обтурационной кишечной непроходимости установлен у 74 больных. Таким образом, чувствительность метода составила 97,4%. У остальных больных исследование выполнялось после колостомии с целью исключения отдаленных метастазов, в том числе в регионарных лимфатических узлах. **ВЫВОДЫ** 1. Многофакторность развития патологических процессов при острой обтурационной непроходимости, обусловленной раком толстой кишки, требует комплексного диагностического подхода. Особенно это актуально при поздней госпитализации. Сочетанной патологии с учетом возраста больных. 2. Наряду с рутинными методами обследования - физикальным, лабораторным, рентгенологическим, следует шире внедрять в практику эндоскопические методы обследования. Это позволит избежать не нужных операций, или отсрочить их, выполнив после компенсации состояния. 3. Эндовидеохирургические методы помогают выполнить диагностику, сформировать разгрузочную стому и, в дальнейшем, выполнить радикальную операцию.

---

191. Перспективы применения прецизионного кишечного шва в хирургии желудочно – кишечного тракта.

Каминский И.В., Воровский С.Н., Резанов П.А.

Симферополь

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

Важнейшим источником интраабдоминальных осложнений является кишечный шов. С данной проблемой хирурги сталкиваются в 1,5-3% случаев при операциях на желудке и двенадцатиперстной кишке, в 2,8-8,7% при операциях на тонкой и в 4-32% случаев при операциях на толстой кишке. Послеоперационная летальность, как экстренно, так и планомерно оперированных больных, по разным наблюдениям, составляет от 20 до 25 и более процентов. В связи с этим, по-прежнему актуальна проблема выбора шовных материалов и методик кишечного шва. Экспериментальная часть работы по выполнению прецизионного двух- и трехрядного швов на различных уровнях желудочно-кишечного тракта выполнена на 70 кроликах. Клиническая часть работы основана на анализе лечения 47 больных. Анализ данных о механической прочности анастомозов выявил, что при наложении желудочно-кишечных и толсто-толстокишечных анастомозов, сформированных прецизионным швом в течение первых суток от начала эксперимента, механическая прочность колеблется между 144±4,1 и 152±4,2 мм рт. ст. В контрольной группе анастомозов швом Альберта-Шмидена прочность была 168 ± 4,3 мм рт. ст. Однако, во всех опытах прочность анастомозов, независимо от методики кишечного шва, сохранялась достаточно высокой, значительно превышая возможное давление в просвете пищеварительного канала. Бактериологическое изучение смывов с зоны анастомоза выявило, что применение 2-х и 3-х рядного прецизионного кишечного шва по разработанной нами методике обеспечивает стерильность в подавляющем большинстве экспериментов. Было подтверждено, что прецизионный шов с использованием микрохирургической техники и ареактивного шовного материала позволяет добиться наиболее точного послойного сопоставления сшиваемых раневых слоев при минимальной травме и нарушении микроциркуляции, а при отсутствии сквозных прокольных каналов – обеспечивает благоприятное заживление желудочно-кишечных соустьев и их биологическую герметичность. Полученные результаты были подтверждены в ходе клинических исследований. Так в клинике в ходе оперативных вмешательств, выполненных у 47 больных (возраст от 50 до 70 лет) на фоне тяжелой как хирургической, так и сопутствующей терапевтической патологии, каких-либо осложнений, связанных с методикой наложения шва отмечено не было. Таким образом, применение прецизионного шва с отдельным сшиванием слоев стенки кишки, как в эксперименте, так и в клинике, позволяет достичь оптимального заживления анастомозов. Механическая прочность и биологическая герметичность прецизионного шва обеспечивается тремя факторами: во-первых, минимальной травматизацией сшиваемых тканей благодаря применению микрохирургической техники; во-вторых, отдельным сшиванием слоев стенки кишки и отсутствием сквозных прокольных каналов; в-третьих, применением биосовместимых шовных материалов. Клинический опыт применения разработанных методик формирования прецизионных микрохирургических анастомозов и швов при операциях на желудке, тонкой и толстой кишке свидетельствует о достаточной их надежности. Проведенные экспериментально-клинические исследования дают основание рекомендовать, разработанные нами методики прецизионного микрохирургического шва для широкого применения в желудочно-кишечной хирургии с целью сокращения риска развития послеоперационных осложнений.

---

192. Коррекция процессов ремоделирования костной ткани и ее роль в профилактике диабетической остеопатии.

Винник Ю. С., Кочетова Л.В., Куликова А.Б.

Красноярск

Красноярский государственный медицинский университет, проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов; кафедра общей хирургии им. М.И. Гильмана

Цель работы. Улучшить эффективность профилактики и лечения нарушений костного метаболизма у больных сахарным диабетом, осложненным СДС разной степени тяжести. Материалы и методы. Обследовано 121 человек с СД II типа. На основании результатов клинического обследования и длительности заболевания все пациенты были разделены на 3 группы: 1-группу составили 25 пациентов (19 женщин и 6 мужчин), без клинических проявлений СДС, средний возраст 55,6 лет, средняя длительность СД 4,0 года; 2-группу – 48 пациентов (38 женщин и 10 мужчин), с нейропатической формой СДС, средний

возраст 66,9 лет, средняя длительность СД 11,9 года; 3 – группу- 48 больных (30 женщин и 18 мужчин), с признаками диабетической остеоартропатии, средний возраст 67,2 лет, средняя длительность СД 15,5 года. В исследование включались лица с минимальными факторами риска по развитию изменений костного метаболизма другой этиологии. Для оценки процессов ремоделирования и резорбции костной ткани у больных сахарным диабетом II типа исследовали уровень костного изофермента щелочной фосфатазы (ВАР), как индикатора активности остеобластов, и тартрат-резистентной кислой фосфатазы (ТРКФ), которая экспрессируется остеокластами, в сыворотке крови определяли содержание кальция и фосфора. Результаты. У больных СД II типа без синдрома диабетической стопы активность ВАР и ТРКФ соответствует физиологической норме. У больных второй группы активность ТРКФ превышает нормальные показатели и значительно выше, чем у больных первой и третьей групп. Активность ВАР повышается у больных третьей группы на фоне незначительно повышенной активности ТРКФ. У больных третьей группы выявлено статистически достоверное снижение соотношения ТРКФ к ВАР. Изменение активности ферментов костного ремоделирования и их соотношение свидетельствует о том что, у больных СД, осложненным нейропатической формой СДС, со сроком манифестации заболевания более 5 лет процесс костного метаболизма изменяется в сторону активации остеокластов и резорбции костной ткани. При этом скорость резорбции значительно выше, чем ремоделирования. При появлении клинических и рентгенологических признаков остеоартропатии у больных сахарным диабетом с манифестацией заболевания более 10 лет активность ферментов костного ремоделирования остается высокой, но преобладает активность ВАР, что, по всей видимости, приводит к патологическому уплотнению костной ткани. Нам представляется интересным полученный факт о преобладании процессов резорбции костной ткани у больных со сроком манифестации СД от 5 до 10 лет. По всей видимости появлению клинических проявлений остеоартропатии предшествует период функциональных и метаболических проявлений, которые не могут быть выявлены набором стандартных исследований. Исходя из полученных данных мы пришли к заключению о возможности коррекции костного метаболизма у больных СД, осложненным СДС. В качестве препаратов, корригирующих костный метаболизм были выбраны бифосфонаты, восстанавливающие баланс между образованием и разрушением костной ткани в сторону образования костной ткани, и препараты кальция. На предложенное лечение согласились 12 пациентов из больных второй группы и 15 человек из больных третьей группы. Через 6 месяцев после комбинированного лечения больных клинически обследовали. У всех пациентов через полгода отметили улучшение микроциркуляции, нормализацию процессов костного ремоделирования за счет снижения активности ТРКФ у больных нейропатической формой СДС. Анализ отдаленных результатов показал, что назначение комбинированного лечения препаратами кальция и бифосфонатами стабилизирует процессы костного ремоделирования, улучшает микроциркуляцию, что способствует снижению числа гнойно-некротических осложнений и улучшению отдаленных результатов лечения больных СД, осложненным СДС.

---

### 193. УТОЧНЯЮЩИЕ ПАРАМЕТРЫ ПОКАЗАНИЙ К РЕЛАПАРОТОМИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

Капустин Б.Б., Старчиков С.В., Ахметов Р.Ф.

Ижевск

ГБОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия

Проблема объективного прогнозирования уточнения показаний при распространенном перитоните далека от исчерпывающего разрешения. Цель- улучшение результатов лечения больных перитонитом. Материалы и методы исследования. В основу работы положены результаты хирургического лечения 189 больных распространенным перитонитом, оперированных в клинике госпитальной хирургии ИГМА. Основную группу составили 100 больных, которым в клиничко-диагностической программе дополнительно реализованы определение эндотоксикоза по микрофоретической амплитуде колебания эритроцитов (МАКЭ) в знакопеременном электрическом поле (патент РФ № 2249214). Группа сравнения представлена 89 больными. Результаты. Хирургическое лечение больных распространенным перитонитом заключалось в

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

ликвидации или санации источника воспаления; санации брюшной полости, в том числе плановыми релапаротомиями; декомпрессии тощей кишки зондом Эботта- Миллера; проведении комплексной многокомпонентной интенсивной терапии. Оперативные вмешательства включали: аппендэктомию, холецистэктомию, резекцию участков кишечника, ушивание перфораций кишечника и желудка, рассечение спаек брюшной полости, резекцию дивертикула Меккеля, ревизию поджелудочной железы с формированием оментопанкреатобурсостомы. В процессе выполнения клинической работы нам удалось уточнить показания к вынужденным и программированным релапаротомиям. Это МАКЭ 2 мкм и менее, SAPS II 13 и более баллов, Мангеймский перитонеальный индекс 24 и более баллов. По этим критериям нами выполнено 25 программированных релапаротомий у 20 больных основной группы. 11 больным группы сравнения выполнены релапаротомии из них: вынужденные – 30 и программированные – 3. Выводы. Таким образом, уточнены объективные критерии отбора на программную релапаротомию для предотвращения возможных осложнений.

---

#### 194. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Иванов С.В.(1), Горбачева О.С.(2), Пономарев О.С.(2), Цуканов А.В.(1)

Курск

1)Курский государственный медицинский университет Кафедра хирургических болезней № 12)Курская областная клиническая больница Отделение общей хирургии

В настоящее время по частоте возникновения острая кишечная непроходимость занимает пятое место среди основных форм «острого живота». Важной особенностью, отмечаемой в последнее время, является перераспределение по частоте возникновения отдельных форм острой кишечной непроходимости. Так, значительно реже стали встречаться такие формы, как узлообразование, инвагинация и заворот. При этом возросла частота обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии. В клинике хирургических болезней №1 на базе отделения общей хирургии Курской областной клинической больницы в 2007- 2011гг. проходили лечение 95 пациентов с острой кишечной непроходимость. У 69 пациентов была диагностирована спаечная, у 11 обтурационная, у 7 пациентов странгуляционная кишечная непроходимость. 4 пациентам был поставлен диагноз частичная кишечная непроходимость и 4 больным динамическая кишечная непроходимость. В исследуемой группе было 46 мужчин и 49 женщин. Возраст пациентов варьировал, в пределах от 29 до 87 лет. 40 пациентам проводилась стандартная консервативная терапия, успешно разрешившая кишечную непроходимость (Стандарт лечения Острой кишечной непроходимости от 26 ноября 2007 г. Министерства здравоохранения РФ). Оперативное лечение выполнялось 55 пациентам. Все пациенты со странгуляционной кишечной непроходимость были оперированы не позднее 2 часов от начала выявления заболевания. Из 55 пациентов 3 (1,7%) пациента умерли после оперативного лечения, эти пациенты обратились за медицинской помощью на 3-4 сутки от начала момента заболевания, возраст пациентов был старше 70 лет, у всех пациентов из анамнеза были перенесенные острые инфаркты миокарда. Послеоперационные осложнения были выявлены у 9 пациентов, из которых отмечались нагноение и гематомы послеоперационной раны. Таким образом, наибольший удельный вес в исследуемой группе 72,6 % был представлен спаечной кишечной непроходимость. Наименьшее количество пациентов было с частичной кишечной непроходимость (4,2%) и динамической кишечной непроходимость (4,2%). Общая летальность в исследуемой группе составила 3,2%, которая зависела от сроков поступления пациентов в стационар с момента начала заболевания, возраста пациентов и наличия тяжелой сопутствующей сердечнососудистой патологии.

---

195. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ВАГОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ.

Болотов К.С. (1), д.м.н. Краснов О.А. (1), д.м.н., профессор Павленко В.В.(2), к.м.н. Ооржак О.В.(1)

Кемерово

1) МБУЗ "ГКБ №3 им. М.А. Подгорбунского", 2) ГБОУ ВПО "Кем ГМА" Минздрава РФ.

**ВВЕДЕНИЕ.** Несмотря на успехи консервативной терапии заболеваемость язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) среди населения России остается примерно на том же уровне и встречается у 6–10% взрослого населения, при этом число экстренных операций выполненных по поводу осложненных форм. Наиболее грозным осложнением ЯБДПК является кровотечение, которое занимают значительную долю в структуре осложнений данного заболевания и достигает 20 %. Несмотря на значительные успехи медикаментозной терапии ЯБДПК, сохраняется высокий процент рецидива язвообразования после проведенной комплексной терапии, который составляет через год 2–3%; через два года 16–18% и достигает 57% через 5 лет. **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Изучены результаты хирургического лечения пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки находившиеся в отделении хирургии с клиникой состоявшегося кровотечения, купированного консервативными мероприятиями за период с 2003 по 2006 гг. Пациенты были оперированы в плановом порядке после рубцевания язвенного дефекта, при отсутствии пилородуоденального стеноза, и подтвержденного «вагусного» типа регуляции кислотопродукции желудка. Пациенты разделены на две группы соответственно выполненным операциям: 1. I группа – лапароскопическая селективная проксимальная ваготомия методом скелетирования, дополненная фундопликацией по Ниссену (ЛСПВ). 2. II группа – лапароскопическая комбинированная ваготомия с использованием методики химической денервации (ЛКВ). **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Продолжительность ЛСПВ составила 153,8±30,4 мин. Продолжительность же ЛКВ – 57,8±17 мин (p=0,00). Этап ваготомии в 1-й группе 117,6±27,5 мин, во 2-й 50,9±15,5 мин (p=0,00). Выявлены статистически значимые отличия, как в длительности операции, так и в длительности этапа ваготомии в пользу ЛКВ. Интраоперационные осложнения наблюдались только в группе пациентов, которым выполнялась ЛСПВ: у двух пациентов (11,8%) при мобилизации малой кривизны желудка отмечено кровотечение легкой степени тяжести из ветвей левой желудочной артерии. Во второй группе интраоперационных осложнений не было. В раннем послеоперационном периоде у 7 (41,2%) пациентов первой группы отмечены явления дисфагии I–II степени, что было связано с формированием манжетки при фундопликации по Ниссену для профилактики гастро-эзофагеального рефлюкса. Средние сроки послеоперационного койко-дня достоверно не отличались и составили в первой группе 7,2±0,83 дня, во второй 7,5±0,62 дня (p=0,9). Для исследования состояния желудочной секреции использовали результат компьютерного анализа 24-часового ацидогастромониторинга аппаратом «Гастро-скан-24» (г. Фрязино). В обеих группах отмечено статистически значимое угнетение кислотопродукции по сравнению с дооперационным периодом. Средние показатели соответствовали норме. Через 5 лет после операций сохранено нормальное состояние желудочной секреции соляной кислоты. При этом достоверных отличий кислотопродукции в группах спустя 2 недели и 5 лет после операции выявлено не было. С целью изучения моторно-эвакуаторной функции желудка после операции использовали рентгеноскопию желудка с водно-бариевой взвесью. У большинства больных независимо от методики выполнения ваготомии эвакуация бариевой взвеси из желудка занимала не более 3 часов. Ни в первой, ни во второй группах значительных нарушений эвакуации бариевой взвеси из желудка не наблюдалось. Подобная же картина наблюдалась через 5 лет после операции. Через 5 лет после операции для изучения степени инфицированности слизистой НР проведена гастробиопсия в антральном отделе и теле желудка. У 16 (94,11%) больных 1-й группы и у 27 (90%) пациентов 2-й группы выявлен хеликобактериоз. Несмотря на это, язвенных дефектов или прогрессирования рубцового процесса, как следствия ранее перенесенных обострений язвенной болезни, не выявлено. При исследовании качества жизни по опроснику «SF-36» через 2 недели после операции достоверных отличий, как при сравнении обеих групп, так и при сравнении с группой условно здоровых людей выявлено не было. При сравнении качества жизни по опроснику «GSR» в первой группе оперированных пациентов выявлено статистически значимые худшие показатели по диспепсическому синдрому обусловленные дисфагией I–II степени. Как в первой, и так и во второй группах отмечено статистически значимое отличие с условно здоровыми людьми по суммарному индексу. В отдаленные сроки исследования качества жизни по опросникам «SF-36» и «GSR» достоверных отличий, как при сравнении обеих групп, так и при сравнении с группой условно здоровых людей выявлено не было. **ВЫВОДЫ:** 1.

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

Лапароскопическая комбинированная ваготомия с использованием методики химической денервации позволяет статистически значимо снизить кислотопродукцию желудка, не вызывает клинически значимых нарушений моторно-эвакуаторной функции желудка в сроки до 5 лет наблюдения. 2. Сравнительный анализ исходов вмешательств не выявил достоверных различий между лапароскопической комбинированной ваготомией и лапароскопической селективной проксимальной ваготомией методом скелетирования у пациентов с ЯБ ДПК. Несмотря на высокий процент инфицированности *Helicobacter pylori*, рецидива язвообразования у оперированных пациентов обеих групп не выявлено. 3. Показатели качества жизни оперированных пациентов статистически значимо не отличаются от условно здоровых людей в изучаемые сроки. 4. Лапароскопическая комбинированная ваготомия с использованием методики химической денервации является оптимальным способом хирургического лечения, за счет меньшей длительности операции, меньшего процента интра-и послеоперационных осложнений, и может быть рекомендована для оперативного лечения пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

---

196. Оперативная тактика лечения инфицированного панкреонекроза

Гройзик К.Л., Каминский И.В., Воровский С.Н.

Симферополь

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

Принципы хирургического лечения больных панкреонекрозом за последние годы претерпели существенные изменения. Современная панкреатология прошла период своего развития от диаметрально противоположных взглядов в отношении тактики консервативного ведения, оперативного лечения и хирургических подходов. Различия в лечении ОП в хирургических школах зависят от неодинакового оснащения лечебно-диагностическим оборудованием лечебных учреждений, отсутствия единой рабочей классификации, строгого выполнения стандартов тактического ведения больных, единых подходов в выполнении оперативного пособия. В последние годы отмечена тенденция к увеличению инфицированных форм панкреонекроза с 53 до 62 %, для которых характерно развитие обширных поражений забрюшинных клетчаточных пространств. Согласно литературным данным, частота панкреатогенной инфекции варьирует от 30 до 83 %, что определяется степенью поражения поджелудочной железы и окружающих клетчаточных пространств, сроками заболевания и особенностями тактики консервативного лечения. С учетом собственных, ретроспективно рассмотренных, ошибок при лечении больных с ОП, придерживались дифференцированной тактики хирургического лечения у исследуемой группы больных. Ее основу составили степень распространения поражения поджелудочной железы (ПЖ), забрюшинного пространства и факт их инфицирования. В связи с этим стремились ограничить оперативные вмешательства в период отека поджелудочной железы и в первые 7-10 дней при асептических формах панкреонекроза, усиливая консервативную терапию в последних случаях. Абсолютным показанием к хирургическому вмешательству в современной панкреатологии является достоверное инфицирование очагов панкреонекроза. В то же время, в экстренной хирургии поджелудочной железы (первые 3-5 дней с момента госпитализации) показаниями при поражении являются: а) сочетание панкреонекроза (даже асептического) с острым деструктивным холециститом; б) наличие у больного перитонита, при невозможности дренирования лапароскопически; в) неэффективность консервативной терапии в течении 48 часов. С целью оптимизации хирургического лечения панкреонекроза нами предложены: адаптированная компьютерная программа трехмерного моделирования объемного процесса в поджелудочной железе и забрюшинных пространствах и способ дренирования гнойно-некротической полости при инфицированном панкреонекрозе. Основываясь на ухудшении клинико-лабораторных показателей, ультразвуковых данных и прогрессирования распространения воспалительного инфильтрата по забрюшинным клетчаточным пространствам согласно трехмерным моделированным изображениям, что свидетельствует об инфицируемости очагов некроза в 90% случаев, устанавливались показания к оперативному вмешательству, что подтверждалось интраоперационно. Оптимальный операционный доступ определялся по той же программе трехмерного

190



моделирования, что позволяло подойти к очагу воспаления с минимальной травмой для невовлеченных в воспалительный процесс тканей. В условиях гнойно-некротического процесса в поджелудочной железе и забрюшинных клетчаточных пространствах, когда некротический компонент преобладает над жидкостным, как правило, пункционного метода и единичного оперативного вмешательства недостаточно. В данной ситуации наиболее оптимальным является методика управляемой лапаростомы с программированными некрсеквестрэктомиями. Для выполнения поставленной задачи необходимо создание/или поддержание хорошо дренируемой гнойно-некротической полости минимум в течении 2-3 недель. С этой целью нами предложен способ дренирования гнойно-некротической полости одновременно выполняющий каркасную, дренирующую, эвакуаторную и лечебную функции. Результатом проведенной программы было снижение летальности с 18 % до 11%.

---

197.Заживление солитарных язв прямой кишки после хирургического лечения ректального пролапса

Войнов М.А., Титов А.Ю., Бирюков О.М., Веселов В.В.

Москва

ФГБУ "Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих" Министерства здравоохранения РФ

Ректальный пролапс в 25% случаев сопровождается солитарной язвой прямой кишки, что значительно усугубляет его течение и значительно изменяет тактику лечения. Солитарная язва является достаточно редким заболеванием — её распространенность составляет 1-3,6 случаев на 100000 населения. Одна из её особенностей состоит в высокой вероятности кровотечения из прямой кишки, интенсивность которого порой приводит к серьезной анемии, необходимости инфузионной терапии, а порой и переливания компонентов крови. Цель: изучить процесс заживления солитарных язв прямой кишки после хирургического лечения ректального пролапса. Материалы и методы: в ходе нашей работы мы проанализировали результаты хирургического лечения 23 пациентов с ректальным пролапсом, осложненным солитарной язвой прямой кишки, которые были оперированы в ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих» МЗ РФ с 2007 по 2014 гг. Внутренний ректальный пролапс диагностирован у 15 (65,2%), а наружное выпадение прямой кишки 1 стадии у 8 (34,8%) пациентов. 12 (52,2%) пациентам для лечения ректального пролапса выполнена ректосакропексия (операция D'Hooge), остальным 11 (47,8%) – заднепетлевая ректопексия. Помимо стандартных методов описательной статистики, для выявления предикторов заживления солитарных язв мы выполнили многофакторный анализ. В качестве возможных факторов риска анализировались пол, возраст, основное и сопутствующие заболевания, данные дефекографии, аноректальной манометрии и рентгенологического исследования пассажа по ЖКТ. Результаты: средний срок наблюдения составил 20,9±9,7 мес. При контрольном обследовании после операции солитарная язва прямой кишки полностью зажила у 17 (73,9%) пациентов. Из 12 пациентов, которым для лечения прямокишечного выпадения выполнена ректосакропексия, солитарная язва зажила у 10 (83,3%). Из 11 оперированных при помощи заднепетлевой ректопексии язвенный дефект полностью эпителизирован у 7 (63,3%). Статистически достоверной разницы между группами мы не обнаружили ( $p=0,536$ ). Однофакторный анализ выявил возможные факторы риска, влияющие на заживление солитарных язв: давность применения ручного пособия для опорожнения прямой кишки ( $p=0,004$ ) и время опорожнения прямой кишки по данным дефекографии ( $p=0,003$ ). Многофакторный анализ не выявил статистически достоверных предикторов заживления солитарных язвенных дефектов после операции. Таким образом, хирургическое лечение ректального пролапса позволяет добиться заживления солитарных язв у 73,9% пациентов.

---

## 198. ОСТРЫЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫЙ ТРОМБОЗ И ХРОНИЧЕСКАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ ИШЕМИЯ

Бархатов И.В.(1), Бархатова Н.А.(2)

Челябинск

1)ГБУЗ ОКБ№32)ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России

В последние десятилетия сохраняется тенденция к неуклонному росту сердечно-сосудистых заболеваний. При этом клинические проявления хронической абдоминальной ишемии имеют 15,5-19% лиц старше 65 летнего возраста и в 58-65% случаев нарушение висцерального кровотока проявляется вторичными деструктивными или трофическими изменениями органов пищеварения (Лазебник, 2003). При остром мезентериальном тромбозе 47-79% больных имеют атеросклероз аорты и её ветвей, диагностированные только во время операции (Савельев В.С., 2004, Синенченко Г.И., 2007). Ранняя диагностика патологии мезентериальных сосудов, ещё до развития её осложнений, может оказать существенное влияние на течение острого процесса и показатель летальности при данной патологии, достигающий 85-98%. Цель исследования - определить частоту хронической патологии висцеральных артерий у больных с острой мезентериальной недостаточностью. Материалы и методы. Проведен проспективный анализ результатов лечения 298 больных с синдромом острой и хронической мезентериальной недостаточности, которые проходили амбулаторное наблюдение или стационарное лечение в отделениях гастроэнтерологии и экстренной хирургии МБУЗ ГКБ№1 и ГБУЗ ОКБ№3 г. Челябинска в период 2004-2014 гг. Первую группу составили 156 пациентов с хронической мезентериальной недостаточностью (ХМН), у которых на амбулаторном этапе наблюдения был диагностирован персистирующий абдоминальный болевой синдром с ультразвуковыми и эндоскопическими признаками хронической мезентериальной недостаточности и ангиогенной висцеропатии. В группу сравнения включены 144 больных с острой мезентериальной недостаточностью (ОМН), у которых в анамнезе не было диагностировано патологии мезентериальных сосудов. В ходе исследования проведён сравнительный анализ основных клинических и анамнестических данных, результатов лабораторных, эндоскопических и ультразвуковых методов исследования внутренних органов и висцеральных сосудов. При статистической обработке использовали критерии Манна-Уитни и  $\chi^2$ , с уровнем значимости менее 5%. Результаты исследования. При сравнении в группах преобладали женщины, составляя 85,9% (ХМН) и 58,3% (ОМН) ( $p < 0,05$ ). Сроки госпитализации с момента появления клиникой острой абдоминальной ишемии у больных группы ОМН составили  $24,5 \pm 0,8$  ч. При этом 30,6% больных было госпитализировано в первые 6 ч, 25% пациентов поступили в первые 7-12 ч, 20,1% больных госпитализированы в первые 13-24 ч, а в 24,3% случаев сроки госпитализации составили более 24 ч от начала заболевания. При анализе результатов лечения при выполнении радикальных операций с резекцией ишемизированных и некротизированных участков кишечника летальность составила 59,6%. В тоже время при выполнении диагностических операций или симптоматической терапии летальный исход наступил в 61,1% случаев, а у 6,2% пациентов отмечали выздоровление. Среди 23 выживших, 5 пациентов, госпитализированных в первые 24 ч от начала заболевания в ходе диагностических операций были выявлены начальные признаки острой ишемии кишечника. У 4 больных, поступивших позже 24 ч от начала заболевания, диагноз острой мезентериальной недостаточности был установлен по клиническим данным, а консервативная терапия сопровождалась купированием имеющейся симптоматики. При последующем анализе комплексного ультразвукового обследования у всех 23 выживших пациентов имела место клиника острой абдоминальной ишемии на фоне неокклюзионного поражения мезентериальных сосудов, хронического интра- или экстравазального стеноза мезентериальных артерий, пристеночного тромбоза висцеральных сосудов или продолжительного ангиоспазма (при сохранении клиники не более 24 ч). Проведённый анализ и сопоставление данных анамнеза у пациентов с клиникой хронической и острой мезентериальной недостаточности показало наличие их сходства по ряду симптомов. Среди основных клинических проявлений хронической висцеральной ишемии в анамнезе у больных с острой мезентериальной недостаточностью отмечали наличие персистирующего абдоминального болевого синдрома (95,8%), диспепсии (79,2%), нарушения моторики кишечника по типу запоров (56,4%), метеоризма (87,5%) и прогрессирующее снижение массы тела (60,4%) ( $p > 0,05$ ). Выявление данных симптомов при расспросе больного с острым абдоминальным болевым синдромом должно насторожить врача и определить первичный поиск патологии висцеральных сосудов. Следует отметить, что у пациентов

группы ОМН имели место такие признаки хронической абдоминальной ишемии, как диффузные изменения печени (72%), поджелудочной железы (76,3%) и признаки хронического панкреатита (20,3%) ( $p > 0,05$ ). При ультразвуковой доплерографии атеросклероз аорты и её ветвей у пациентов группы ХМН отмечали в 42,5% случаев, а у пациентов группы ОМН в 80,7% случаев ( $p > 0,05$ ). Заключение. В клинической практике при наличии острого абдоминального болевого синдрома у пациентов пожилого и старческого возраста важен полноценный сбор анамнеза и выявление наиболее значимых клинических, ультразвуковых и эндоскопических симптомов хронической висцеральной ишемии, наличие которых позволит в первую очередь исключить декомпенсацию хронической мезентериальной недостаточности на ранней стадии неокклюзионного тромбоза висцеральных артерий и начать адекватную антикоагуляционную, тромболитическую и ангиотропную терапию, а при необходимости и реваскуляризирующих операций на брыжеечных артериях в стадии ишемии в ходе совместной работы абдоминального и сосудистого хирурга.

---

## 199. СПОСОБЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Бархатова Н.А.(1), Бархатов И.В.(2)

Челябинск

1) ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России 2) ГБУЗ ОКБ №3

Острый мезентериальный тромбоз составляет 0,4-1,7% в структуре хирургической патологии органов брюшной полости и остаётся наиболее тяжёлой патологией с уровнем летальности, достигающим 85-98% случаев. Причиной развития клиники этого синдрома может быть эмболия или тромбоз мезентериальных артерий (88-97%) или вен (2-15%) (Савельев В.С., 2004). Клиника острой мезентериальной недостаточности может развиваться при неокклюзионном поражении висцеральных сосудов на фоне гиперкоагуляции, атеросклероза или эндартериита, может быть следствием централизации кровообращения при шоке, интоксикации или сердечной недостаточности, и тогда клинику ишемии сопровождают острые эрозии и язвы желудочно-кишечного тракта (Синенченко Г.И., 2007, Ивашкин В.Т., 2012). Отсутствие патогномичных симптомов патологии, быстрое нарастание тяжести состояния больных, наличие полипатий и исходной дисфункции органов и систем затрудняют раннюю диагностику данного заболевания, оказывают существенное влияние на его течение и прогноз и определяют актуальность поиска методов ранней диагностики и оптимальной тактики лечения больных с острой мезентериальной недостаточностью. Цель исследования - определение частоты встречаемости, особенностей симптоматики и тактики лечения острой мезентериальной недостаточности, которые оказывают существенное влияние на исход заболевания, и поиск новых подходов к диагностике и тактике лечения данной патологии. Материалы и методы. Проведено сплошное ретроспективно-проспективное исследование и анализ результатов лечения 144 больных с острой мезентериальной недостаточностью, которые проходили лечение в МБУЗ ЧГКБ №1 в период 2004-2014 гг. В зависимости от исходов все больные были разделены на две группы. Основную группу составили 23 пациента с благоприятным исходом, а в группу сравнения был включен 121 больной с летальным исходом. В ходе исследования проведён сравнительный анализ клинико-лабораторных проявлений, сопоставление сроков госпитализации, тактики лечения, объёма оперативного вмешательства и исхода при различных вариантах острой мезентериальной недостаточности. При статистической обработке использовали критерии Манна-Уитни и  $\chi^2$ , с уровнем значимости менее 5%. Результаты. При сравнении в обеих группах преобладали женщины, составляя 69,6% в основной и 57,3% в группе сравнения ( $p > 0,05$ ). Позже 24 часов от начала заболевания было госпитализировано 23,5% больных основной и 28,2% больных группы сравнения ( $p > 0,05$ ). Показатель летальности при остром тромбозе составил 84%. Среди выживших пациентов преобладал сегментарный тромбоз верхней брыжеечной артерии (47,7%), тромбоз мезентериальных вен (17,4%) и острая абдоминальная ишемия (17,4%). При этом у 79,5% больных с летальным исходом отмечали окклюзионный вариант тромбоза или тромбоземболии верхней брыжеечной артерии, а в 1,7% случаев был тромбоз нижней и верхней брыжеечной артерий. У 68,8% больных с летальным исходом при первой операции отмечали перитонит, в 48,7% случаев имел место синдром

полиорганной недостаточности, а у 5,9% больных была внегоспитальная пневмония, а в основной группе таких осложнений не было. Поиск прогностических лабораторных критериев при острой абдоминальной ишемии показал, что у пациентов с летальным исходом отмечали выраженный лейкоцитоз ( $15,8 \times 10^9/\text{л}$ ), палочкоядерный нейтрофиллёз (20,4%) и абсолютный моноцитоз ( $1,6 \times 10^9/\text{л}$ ) ( $p < 0,05$ ). Заключение. При острой мезентериальной недостаточности возраст пациентов старше 70 лет, установление диагноза и госпитализация больных позже 12 часов от начала заболевания, наличие острого тромбоза или эмболии верхней брыжеечной артерии в сочетании с перитонитом, внегоспитальной пневмонией или синдромом полиорганной недостаточности определяют крайне высокий риск развития летального исхода у данной категории больных. Использование дополнительных лабораторных методов диагностики, активной хирургической тактики и этиопатогенетической интенсивной терапии в первые 12-24 часа от начала заболевания позволяют снизить вероятность развития летального исхода, а выполнение операции в условиях перитонита, как правило, определяет развитие необратимой декомпенсации полиорганной недостаточности и приводит к летальному исходу.

---

## 200. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ И ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА АБДОМИНАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ХИРУРГА

Бархатова Н.А.

Челябинск

ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России

Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у детей острый аппендицит занимает первое место и составляет 90 - 94% и остаётся наиболее частой причиной развития перитонита и абдоминального сепсиса (Ерьюхин И.А., 2004). Сепсис относят к ряду тяжёлых патологических состояний, которые требуют ранней диагностики и своевременной интенсивной терапии (Савельев В.С., 2010). В отличие от взрослых, в детской практике диагноз генерализованной инфекции устанавливается значительно реже. В настоящее время наиболее тщательно изучены особенности клиники и течения сепсиса у новорожденных, особенно при наличии внутриутробной инфекции и множественных пороков развития и иммунодефицита (Исаков Ю.Ф., 2001). В то же время вопросам диагностики генерализованной формы инфекции у детей более старшего возраста уделяется меньше внимания. Целью исследования было изучение частоты встречаемости и особенностей течения форм абдоминальной инфекции при остром аппендиците у детей. Материалы и методы. Проведён анализ результатов лечения 102 детей старше 2 лет с различными формами острого аппендицита, проходивших лечение в МБУЗ ГКБ №1 г. Челябинска. Все дети были разделены по возрасту на 3 возрастные категории: 1) 2-5 лет; 2) 6-12 лет; 3) 13-17 лет. В каждой возрастной категории были выделены по две группы больных: основная и группа сравнения. В основную группу (ГФИ) вошли пациенты, имеющие клинику генерализованной формы инфекции, а в группу сравнения были включены пациенты с локальной инфекцией (ЛФИ). Для диагностики формы инфекции использовали критерии системной воспалительной реакции (ССВР), принятые на Международной согласительной конференции по дефиниции педиатрического сепсиса. Всем больным выполняли обследование, аппендэктомию и по показаниям дренирование брюшной полости. Комплексная терапия включала антибиотики, НПВС, в ряде случаев инфузионную терапию. Статистическую обработку данных производили путём расчёта критериев Крускала – Уоллиса и  $\chi^2$  с поправкой Йейтса. При этом уровень значимости был принят менее 5%. Результаты. Острый аппендицит в 80,4% случаев отмечали у детей в возрасте от 6 до 12 лет. Во всех возрастных группах преобладали мальчики. Признаки генерализованной формы абдоминальной инфекции отмечали у 36 детей (35,3%), а у 66 пациентов (64,7%) острый аппендицит сопровождала клиника локальной инфекции. Среди детей младше 6 лет ГФИ имели только 20% детей ( $p < 0,05$ ). А среди детей старше 12 лет генерализованная форма была в 70% случаев ( $p > 0,05$ ). Средний возраст пациентов в каждой из выделенных групп был достоверно близким ( $p > 0,05$ ). Средние сроки госпитализации в стационар от начала заболевания составляли  $8 \pm 0,4$  -  $11,1 \pm 0,3$  ч (ЛФИ) и  $15 \pm 0,9$  -  $16,4 \pm 0,3$  ч (ГФИ) ( $p$

## 201. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА У ДЕТЕЙ

Бархатова Н.А.

Челябинск

ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России

Острый аппендицит в детской практике занимает первое место и составляет 90 - 94% среди всей острой хирургической патологии органов брюшной полости, а также остаётся наиболее частой причиной развития различных форм перитонита и абдоминального сепсиса (Ерехин И.А., 2003) [1]. По данным различных авторов показатель летальности среди детей с тяжёлым сепсисом составляет 7-16%, а при септическом шоке варьирует в зависимости от возраста ребёнка от 18 – 36% у детей старше 1 года до 72 – 80% у новорождённых (Исаков Ю.Ф., 2001, Савельев В.С., 2010). Абдоминальный сепсис требует ранней диагностики, своевременного начала интенсивной терапии, но в детской практике данный диагноз устанавливают крайне редко, что накладывает отпечаток на течение заболевания и определяет актуальность исследований этого вопроса. Целью исследования было изучение частоты встречаемости и особенностей лечения различных форм инфекции при остром аппендиците у детей. Материалы и методы. Проведён анализ результатов лечения 102 детей старше 2 лет с различными формами острого аппендицита, проходивших лечение в МБУЗ ГКБ №1 г. Челябинска. Все дети были разделены по возрасту на 3 возрастные категории: 1) 2-5 лет; 2) 6-12 лет; 3) 13-17 лет. В каждой возрастной категории были выделены по две группы больных: основная и группа сравнения. В основную группу (ГФИ) вошли пациенты, имеющие клинику генерализованной формы инфекции, а в группу сравнения были включены пациенты с локальной инфекцией (ЛФИ). Для диагностики формы инфекции использовали критерии системной воспалительной реакции (ССВР), принятые на Международной согласительной конференции по дефиниции педиатрического сепсиса. Всем больным выполняли обследование, аппендэктомию и по показаниям дренирование брюшной полости. Комплексная терапия включала антибиотики, НПВС, в ряде случаев инфузионную терапию. Статистическую обработку данных производили путём расчёта критериев Крускала – Уоллиса и  $\chi^2$  с поправкой Йейтса. При этом уровень значимости был принят менее 5%. Результаты. Острый аппендицит в 80,4% случаев отмечали у детей в возрасте от 6 до 12 лет. Во всех возрастных группах преобладали мальчики. Средний возраст пациентов в каждой из выделенных групп был достоверно близким ( $p>0,05$ ). Средние сроки госпитализации в стационар от начала заболевания составляли  $8\pm 0,4$  -  $11,1\pm 0,3$  ч (ЛФИ) и  $15\pm 0,9$ - $16,4\pm 0,3$  ч (ГФИ) ( $p$

---

## 202. Ущемленные наружные грыжи живота в структуре неотложной абдоминальной хирургической патологии

Дарвин В.В., Краснов Е.А., Бубович Е.В., Васильев В.В., Барбашинов Н.А.

Сургут

БУ ВО ХМАО-Югры Сургутский ГУ, БУ Сургутская ОКБ, г.Сургут

Актуальность проблемы хирургического лечения ущемленных грыж брюшной стенки обуславливается большой распространенностью заболевания, высокой частотой развития послеоперационных осложнений

(6,5 – 40%) и летальных исходов (3-13%). Цель исследования – проанализировать роль и место ущемленных грыж живота в структуре острой абдоминальной хирургической патологии. Материал и методы. За 9 лет (2006-2014 гг) в многопрофильное лечебное учреждение БУ ХМАО-Югры Сургутская окружная клиническая больница госпитализировано 6423 пациентов с острой абдоминальной хирургической патологией, среди которых 188 (2,9%) – больные с ущемленными грыжами живота. Анализу подвергнуты 169 больных с ущемленными наружными грыжами живота; исключены из анализа в настоящем исследовании 2 больных с ущемленными внутренними грыжами и 17 больных, у которых грыжа разошлась в дооперационном периоде, и они оперированы в плановом порядке. Общая летальность на всю группу больных с острой абдоминальной хирургической патологией составила 0,70% (45 больных), у больных с ущемленными грыжами – 1,18% (2), что является объективным подтверждением сложности данной нозологической формы. Женщин было 80 (47,3%), мужчин – 89 (52,7%). Возраст больных колебался от 19 до 90 лет (в среднем 59,5±9,6 лет). Сопутствующая патология диагностирована у 150 (88,7%) больных. Превалировали гипертоническая болезнь – 54 (31,9%) больных, хроническая ишемическая болезнь сердца – 25(14,8%), сахарный диабет – 13 (7,7%), ожирение - 18 (10,7%). По поводу ущемленной паховой грыжи оперировано 65 (38,4%) больных, пупочной грыжи – 51(30,2%), послеоперационной грыжи - 31 (18,3%), ущемленной грыжи белой линии живота – 16 (9,5%) и ущемленной бедренной грыжи - 6 (3,6%). У 19 (11,2%) пациентов грыжи были рецидивными. Размеры грыжевых ворот у больных с послеоперационными и пупочными грыжами колебались в пределах: W1 – у 17 (20,7%), W2 – у 32 (39,0%), W3 – у 21 (25,7%), W4 – у 12 (14,6%); при паховых и бедренных - W1 – у 14 (19,7%), W2 – у 41 (57,8%), W3 – у 16 (22,5%). У 51 (78,5%) больного паховые грыжи были косые, а у 14 (21,5%) – прямые. В экстренной хирургии грыж особое внимание уделяли основным этапам подготовки к операции. В предоперационном периоде решали основные вопросы лечебно-диагностического и профилактического характера. Проводили стандартный диагностический комплекс обследования: лабораторные и инструментальные исследования. При решении тактических вопросов выделили основные – о сроках и объеме проведения предоперационной подготовки, выборе объема экстренной операции и способа пластики грыжевых ворот. Предоперационная подготовка включала в себя декомпрессию верхних отделов ЖКТ, инфузионную терапию, коррекцию выявленных нарушений и сопутствующей патологии. Профилактические мероприятия в период подготовки к операции были направлены на предупреждение венозных тромбозомболических и гнойно-септических осложнений. У 105 (62,1%) больных была ущемлена прядь большого сальника, у 79 (75,2%) выполнена ее резекция в связи с некрозом; у 63 пациента (37,3%) - ущемлены петли тонкой (56) и толстой (7) кишки, резекция сегмента с формированием первичного анастомоза – у 21 (33,3%) и у 1 (1,6%) – с формированием колостомы; у 1 – стенка мочевого пузыря. Натяжные способы пластики грыжевых ворот выполнены у 90 больных (53,2%), ненапряжные – у 75 (44,4%), у 4 больных (2,4%) пластика грыжевых ворот не выполнялась в связи с гигантскими размерами и высоким риском развития компартмент-синдрома (2) и флегмоной грыжевого мешка (2). Во время операции для декомпрессии верхних отделов желудочно-кишечного тракта у 146 (86,4%) больных был установлен назогастральный зонд, а у 18 (10,7%) – назоинтестинальный. С целью профилактики своевременной коррекции компартмент-синдрома и выбора способа пластики всем больным с большими и гигантскими грыжами (29,6%) производили измерение внутрибрюшного давления посредством тонометрии в мочевом пузыре: до начала операции, интраоперационно, после пластики грыжевых ворот и в послеоперационном периоде. Результаты. Осложнения послеоперационного периода были диагностированы у 11 (6,5%) больных: нагноение послеоперационной раны – у 5, гематомы и серомы – у 6. Серомы эвакуировались после ревизии раны. Умерли 2 больных (1,18%). Причины смерти: массивная тромбозомболия легочной артерии (1), тяжелый сепсис, СПОН (1). Заключение. Таким образом, наружные ущемленные грыжи живота, несмотря на относительно небольшую долю (2,9%) в структуре экстренной абдоминальной хирургической патологии, сопровождаются летальностью в 2 раза превышающей общую летальность в данной группе больных. В структуре ущемленных грыж преобладают паховые и пупочные грыжи, у трети пациентов ущемленные грыжи имеют большие и гигантские размеры. Доля ненапряжных способов пластики грыжевых ворот, составляющая около 44%, требует оптимизации подходов к выбору способа пластики (в зависимости от уровня внутрибрюшного давления). Соотношение экстренных и плановых операций в герниологии составляет 1:5, изменение этого показателя – важный резерв улучшения результатов лечения грыженосителей.

203. Хирургическая профилактика тромбоза легочной артерии у беременных в системе нижней полой вены.

Козлов Д.В., Бегоулов С.М., Дядьков И.Н., Зенин В.И.

Москва

Городская клиническая больница №7.

Частота венозных тромбозов осложненных у беременных составляет от 0,1 до 0,42 % случаев, что в несколько раз выше, чем у небеременных, и это число имеет тенденцию к увеличению. Сотрудниками отделения сердечно-сосудистой хирургии с 2009 по 2014 гг., 127 беременным с тромботическими поражениями подкожных и глубоких вен нижних конечностей, было выполнено 134 различных хирургических вмешательств с целью хирургической профилактики развития тромбоза легочной артерии (ТЭЛА). Для топической диагностики тромбоза и флотирующего тромбоза всем пациенткам выполнялось УЗ-дуплексное сканирование с цветовым картированием кровотока. Возраст пациенток варьировал от 23 до 46 лет, составил в среднем  $32,9 \pm 4,6$  года, а срок гестации – от 5 до 40 недель, в среднем –  $30,8 \pm 8,8$  недель. В I триместре беременности прооперировано 6 (4,7%) пациенток, во II триместре – 15 (11,8%), в III триместре – 63 (49,6%) пациенток; после родов через естественные родовые пути – 31 (24,4%), путем кесарева сечения – 12 (9,4%). 9 (21%) пациенток были переведены из других стационаров после родов (в т.ч. кесарева сечения). Давность заболевания колебалась в пределах – от 1 до 25 дней, в среднем  $5,1 \pm 3,7$  дней, в большинстве случаев (88,9%) давность заболевания не превышала 7 суток. Локализация тромботического поражения чаще возникала слева – 63 (49,6%), реже справа – 56 (44,1%), билатерально – у 8 (6,3%) пациенток. Поражение поверхностных вен диагностировано у 108 (85,0%) беременных, изолированное поражение глубоких вен – у 6 (4,7%), сочетанное поражение – у 13 (10,2%) пациенток. Большинство пациенток было прооперировано под местной анестезией – 68 (53,1%), реже – под спинно-мозговой анестезией 54 (42,2%) и ЭТН – 6 (4,7%). Тромбоз в системе БПВ диагностирован у 114 (85,1%) беременных, в системе МПВ – у 1 (0,7%). В глубоких венах тромбоз локализовался преимущественно в подвздошных венах – 11 (8,2%) случаев, ПкВ – 3 (2,2%), в ОБВ – 2 (1,5%), в ПБВ – 2 (1,5%), в НПВ – 1 (0,7%). Длина флотирующей части тромба составляла от 2,5 до 5,0 см. Большинство пациенток (56,7%) имели осложненный акушерско-гинекологический анамнез. В раннем послеродовом периоде на  $4,3 \pm 3,5$  сутки отмечено развитие тромбозов в системе нижней полой вены. С целью хирургической профилактики развития ТЭЛА, были выполнены следующие вмешательства: перевязка БПВ – 109 (81,0%) больным, перевязка МПВ – 1 (0,7%); тромбэктомия из сафено-фemorального соустья с перевязка БПВ – 3 (2,2%); тромбэктомия из ОБВ – 3 (2,2%); пликация ПБВ – 3 (2,2%); перевязка ПБВ – 2 (1,5%); пликация НПВ – 2 (2,2%); пликация НПВ – 1 (0,7%); имплантация кава-фильтра 9 (6,7%). 9 (7,1%) пациенткам была выполнена имплантация кава-фильтра с целью профилактики развития ТЭЛА на фоне флотирующего тромбоза в глубоких венах нижних конечностей на сроке гестации 34-40 недель. Съёмный кава-фильтр OptEase (Cordis) имплантирован 7 пациенткам, 2 пациентам установлен постоянный кава-фильтр TrapEase (Cordis): одна больная имела В-клеточную лимфому IV стадии, другая – злокачественную опухоль яичников (обе были переведены в онкостационар). 1 пациентка поступила с картиной ТЭЛА и флотирующим тромбом в подвздошной вене. После имплантации кава-фильтра родоразрешение выполнено путем кесарева сечения – 6 больным, 2 пациенткам беременность была пролонгирована акушерами на сроке 33 и 34 недели, 1 пациентка с героиновой наркоманией была выписана по собственному желанию. После перенесенного тромбоза на протяжении всей беременности до родов пациентки получали антикоагулянтную терапию, преимущественно препаратами из группы НМГ: Эноксапарин (Клексан) – 81 (63,3%), как препарат из группы В (классификации FDA), реже – Надропарин (Фраксипарин, группы С по FDA) – 6 (4,7%); в единичных случаях, в 2010-2011 гг., назначался нефракционный гепарин – 14 (10,9%). После родов больным было продолжено введение НМГ (Клексан – 93,3%) с последующим переходом на Варфарин в стартовой дозе 5 мг. Всем пациенткам в обязательном порядке рекомендовалось ношение эластичных компрессионных чулок 2 класса компрессии. Развитие ТЭЛА отмечено не было. Прерывание беременности было у 1 больной (самопроизвольный выкидыш). Заключение: частота хирургической профилактики ТЭЛА увеличивается со сроком гестации и в раннем послеродовом периоде. При выборе способа родоразрешения превалировала акушерская патология.

204. Оригинальная методика превентивной колостомии в хирургическом лечении больных раком прямой кишки.

Майстренко Н.А.(1), Хватов А.А.(2), Сазонов А.А.(3)

Санкт-Петербург

1) Военно-медицинская академия, кафедра факультетской хирургии им. С.П. Федорова) Ленинградская областная клиническая больница

Проблема хирургического лечения рака прямой кишки по-прежнему остается весьма актуальной, что, прежде всего, обусловлено значительным увеличением показателей заболеваемости и смертности при этой онкопатологии. Внедрение современных сшивающих аппаратов существенно упростило технику наложения анастомоза в глубине малого таза и значительно расширило возможности для выполнения сфинктерсохраняющих вмешательств, на долю которых, согласно последним данным, приходится около 80% от всех плановых операций по поводу рака прямой кишки. Однако, несмотря на совершенствование хирургической техники, риск возникновения несостоятельности межкишечного анастомоза остается довольно высоким и по данным ряда авторов составляет от 5 до 20 %. Среди предложенных на сегодняшний день методов протекции анастомозов наиболее рациональным является формирование превентивной кишечной стомы. Целью данной работы было оценить эффективность оригинального метода превентивной колостомии в хирургическом лечении больных раком прямой кишки. Для этого был проведен анализ результатов сфинктерсохраняющих резекционных вмешательств с превентивной колостомией у 90 больных, оперированных по поводу рака прямой кишки. Данные пациенты были отнесены к категории повышенного риска развития несостоятельности межкишечного соустья по совокупности критериев, основными из которых были: низкий уровень анастомоза и технические сложности при его формировании, субкомпенсированное нарушение кишечной проходимости и связанная с этим плохая подготовка кишки, выраженная анемия и гипопропротеинемия, а также пожилой и старческий возраст. Для формирования превентивной колостомы во всех случаях применялся оригинальный метод (приоритетная справка на изобретение №2014139865 от 01.10.2014). Его основное отличие заключается в том, что для фиксации кишки и формирования «неподатливой шпоры» используется подкожный, а не накожный фиксатор, что, по нашему мнению, позволяет полноценно адаптировать края кишки после ее вскрытия к краям кожного отверстия, добиться тем самым герметичности конструкции и снижения риска развития гнойно-воспалительных осложнений. Кроме того, подкожное проведение удерживающей трубки освобождает площадку вокруг колостомы для незамедлительного использования калоприемника, что улучшает реабилитацию пациентов в раннем послеоперационном периоде. Еще одним немаловажным техническим аспектом предлагаемой методики является использование непрерывного шва для формирования колостомы с захватом всех слоев кишечной стенки и кожи в направлении от кожи к кишке. Данный шов позволяет сопоставить однородные с точки зрения эмбриогенеза ткани, что способствует заживлению колостомической раны первичным натяжением, несмотря на микробную контаминацию кишечной флорой. Развитие несостоятельности межкишечного анастомоза было отмечено у 6 пациентов (менее 7%), причем, в 5 случаях из 6 удалось добиться полной ликвидации данного осложнения путем проведения консервативных мероприятий, основным из которых была ирригация кишки через сформированную колостому. К выполнению релапаротомии пришлось прибегнуть только в одном наблюдении (1,1%). Таким образом, превентивная колостомия, согласно данным нашего исследования, обеспечивает низкую частоту несостоятельности межкишечного анастомоза у пациентов с повышенным риском развития данного осложнения, а при ее возникновении, как правило, позволяет ликвидировать грозные клинические проявления этого осложнения, не прибегая к активной хирургической тактике. Применение оригинальной методики формирования колостомы позволило избежать развития гнойно-воспалительных параколостомических осложнений у наших больных, обеспечило изящность конструкции и удобство в использовании калоприемника, который фиксировался уже в операционной, что существенно облегчало реабилитацию пациентов в раннем послеоперационном периоде.



205. Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков при холецистэктомии, за период 2000-2014 годы.

Колядко В.П., Набиуллин И.Р., Сатинов А.В., Буторин К.К., Тихомиров М.В. Габдрахимов А.А., Мамакаев В.В., Каракулов Д.Б., Козлов А.С.

Нижневартовск

Бюджетное учреждение "Нижневартовская окружная клиническая больница"

Одной из драматических ситуаций в миниинвазивной хирургии желчно-каменной болезни является ятрогенное повреждение внепеченочных желчных протоков (ВПЖ). Частота повреждений желчных протоков при открытой холецистэктомии (ОХЭ) остается стабильной и составляет 0,05-0,2% (Борисов А.Е.2003 г). Повсеместное распространение миниинвазивных вмешательств способствовало увеличению ятрогенных повреждений от 2 до 10 раз, достигнув уровня 0,08%-2,8%, удельный вес "высоких" повреждений ОЖП, при лапароскопической холецистэктомии значительно выше, в сравнении традиционным вмешательствами. Цель исследования - ретроспективный анализ причин ятрогенного повреждения внепеченочных желчных протоков, изучение непосредственных и отдаленных результатов хирургической коррекции последствий повреждений. Критериями включения в исследуемую группу были все пациенты с желчекаменной болезнью, бескаменным холециститом, оперированные по поводу острого и хронического холецистита с применением лапароскопических технологий, минидоступа и традиционной холецистэктомии. За период исследования с 2000 по 2014 годы (15 лет), оперировано 9893 пациента. Мужчин 1980 (20%), женщин 8003 (80%). Самому молодому пациенту было 18 лет, самому пожилому 85 лет. Средний возраст оперированных составил 52 года. Практически 2/3 пациентов, активного, трудоспособного возраста n=6320 (63%). Поводом к холецистэктомии у 2782 (35,2%) послужили различные формы острого воспаления желчного пузыря. Операция в плановом порядке выполнена у 7111 больных (64,8%). Лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 9019 пациентов (91,2%), традиционная (открытая) холецистэктомия у 742 (7,5%), операция с применением минидоступа у 132 (1,3 %). Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков случились у 18 пациентов (0,18%), из них у 1 (6 %) при открытой операции, у 17 (94%) при выполнении лапароскопической холецистэктомии. Повреждений при холецистэктомии из минидоступа не было. При традиционной холецистэктомии - одно "большое" повреждение в виде полного пересечения ОЖП, ниже впадения пузырного протока. Повреждения ВПЖ протоков при лапароскопической холецистэктомии распределились следующим образом: "большие" у 8(0,08%) пациентов, "малые" - у 9(0,01%) пациентов. "Большие": 3 - полное пересечение холедоха, 1 - ранение правого печеночного протока (аббератный правый проток с образованием триконфлюэнса), 4 - электротравма ОЖП. Причинами больших повреждений желчных протоков при проведении лапароскопической холецистэктомии явились: 1) опасная анатомия + опасная хирургия -отсутствие кармана Гартмана и наличие острого воспаления желчного пузыря, когда, при тракции, ОЖП принят за пузырный и пересечен; 2) опасные патологические изменения- склероатрофические изменения желчного пузыря с измененной анатомией гепато-дуоденальной связки, развитие синдрома Мириizzi; 3) опасная хирургия - неправильное наложения зажима - пузырный проток взят низко, при тракции ОЖП и ОПП сложились в дубликатуру. Осложнения диагностированы интраоперационно, произведена конверсия в 2 случаях выполнен первичный шов холедоха с дренированием по Керу, в одном - шов холедоха на дренаже Пиковского-Холстеда, использовалась монопить 00000. Наступило выздоровление. Клиническими проявлениями электротермических повреждения ВПЖ протоков стали болевой синдром, симптомы перитонита, слабость и рвота с гипертермией, в сроки от 4 до 8 суток после операции, когда больные были уже выписаны из стационара. Пациенты оперированы, выполнено наружное дренирование по Керу, через дефект в стенке ОЖП или ОПП - наступило выздоровление. "Малые" : 1- несостоятельность культи пузырного протока в следствии прорезывания клипсой и развитием перитонита к 14 суткам, 8 - желчеистечение в объеме от 100 до 400 мл., без другой симптоматики, купировавшееся через 2-4 суток самостоятельно. Летальных исходов у пациентов с повреждением внепеченочных желчных протоков, за указанный период, не было. Выводы: 1.Считаем возможным первичное восстановления ятрогенных повреждений ВПЖ протоков без длительного каркасного дренирования, при отсутствии натяжения сшиваемых концов и сохранением внутривенного кровотока. 2.Методом выбора, при запоздалой

диагностике повреждений ВПЖ протоков, считаем их наружное дренирование с реконструктивно-восстановительным этапом в отсроченном порядке.

---

#### 206. Результаты лечения тромбозов мезентериальных сосудов.

Рыбачков В.В., Тевяшов А.В., Маканов О.А., Рыжкова И.И., Мамонов А.К.

Ярославль

Ярославский государственный медицинский университет

Тромбоз мезентериальных сосудов на протяжении многих лет остается актуальной проблемой экстренной хирургии. Летальность при данной патологии по данным разных авторов составляет более 80%. Нами проведено ретроспективное исследование больных мезентериальным тромбозом, поступивших в общехирургические отделения клиники за последние 10 лет (с 2005 по 2014г. включительно). Общее количество больных – 291 человек, из них – 124 мужчины и 167 женщин. Удельный вес больных пожилого и старческого возраста превысил 87%. Тотальное и субтотальное поражение кишечника наблюдалось у 210 больных (72%). Сегментарное поражение наблюдалось в 81 случае (28%): в 55 случаях (19%) патологический процесс локализовался в бассейне верхней брыжеечной артерии, в 26 случаях (9%) - в бассейне нижней брыжеечной артерии. В виду тяжести состояния не оперирован 101 пациент (100% летальность). Оперированы 190 человек (65,3%), из них пробные лапаротомии и диагностические лапароскопии, при которых ситуации признаны инкурабельными составили 109 человек (37,5%). В 11 случаях при диагностической лапароскопии был выявлен сегментарный тромбоз и принято решение о выполнении резекции кишки. У 81 пациента (27,8%) с сегментарным поражением выполнена резекция кишки в различном объеме. Чаще всего выполнялась резекция тонкой кишки – в 49 случаях, летальность после данной операции – 53%. 14 пациентам была выполнена резекция сигмовидной кишки с летальностью 42,8%. Гемиколэктомия слева была выполнена 12 больным, из которых умерли 75%, а гемиколэктомия справа всего у 6 пациентов с летальностью 50%. Общая летальность составила 87,3%, общая послеоперационная летальность — 80,5%, летальность при резекции кишки — 54,3%. Летальные исходы в основном были связаны с прогрессированием тромбоза. Таким образом, большинство больных (72%) поступают в стационар уже с запущенной стадией мезентериального тромбоза, когда повлиять на исход заболевания уже невозможно. Летальность в группе больных, которым выполнена резекция кишки превышает 54%, что не может удовлетворять практикующих врачей. Основным фактором, позволяющим улучшить результаты лечения данной патологии нужно считать своевременную диагностику хронической мезентериальной ишемии с назначением соответствующей терапии и, по возможности, после оценки кровотока по верхней брыжеечной артерии её стентирование.

---

#### 207. РАЗРЫВ ГИГАНТСКОЙ СЕЛЕЗЕНКИ У БОЛЬНОГО ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ

Старчиков С.В.(1), Анисимов А.В.(1), Капустин Б.Б.(1), Ахметов Р.Ф.(1), Коротков Л.В.(2), Агеев Д.П.(2), Палехова Л.С.(2), Решетнева К.Н.(2)

г. Ижевск

ГБОУ ВПО ижевская государственная медицинская академия(1), БУЗ УР ГКБ№2 МЗ УР(2)

Приводим клиническое наблюдение больного Б. 30 лет. Обратился с жалобами на боли в животе, возникшие после занятий в спортзале (подъем штанги). Боль возникла постепенно. Затем присоединилась общая слабость, головокружение. Обратился за медицинской помощью самостоятельно через 2 часа после заболевания. Травму не указывает. В анамнезе имеет место врожденная тромбоцитопения. На учете у гематолога в данный момент не состоит. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Больной атлетического телосложения. Рост 190 см. Вес 90 кг. Положение активное. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, слизистые сухие. Дыхание в легких везикулярное, проводится во все отделы. Тоны сердца ритмичные. АД 110/80 мм.рт.ст. пульс 100 уд/мин. Живот: передняя брюшная стенка принимает участие в акте дыхания ограниченно. Увеличен в размерах за счет определяемой жидкости. При пальпации болезненность во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины положительные. Проведены анализы: Нб 100 г/л; эр-2,5\*10<sup>12</sup> /л; л-10\*10<sup>9</sup> /л; Нт-26; тр-40\*10<sup>9</sup> /л: По данным УЗИ печень увеличена в размерах: правая доля 16,5 см, левая 7,5 см. Желчный пузырь б/о. Поджелудочная железа достоверно не определяется из-за метеоризма. В левом подреберье обнаружена селезенка увеличенная в размерах 25\*25\*10см. достоверно определяется гематома в области ножки селезенки. Диагноз: тупая травма живота. Разрыв селезенки.Тромбоцитопения. Назначена операция: выполнена лапаротомия. В брюшной полости большое количество свежей крови, сгустков. Селезенка занимает весь левый фланг от подреберной дуги до малого таза. Гематома в области ворот селезенки и по наружному контуру. Эвакуирована кровь электроотсосом. Поэтапно мобилизовали селезенку. При этом сосуды в диаметре 1.0 см. Ножка поэтапно пережата, перевязана, пересечена. Короткие артерии и вены, связывающие брыжейку перевязаны, пересечены. Коагулированы сосуды, т.к. контактно кровоточат. Санация брюшной полости растворами. Печень увеличена в размерах. Дренирование брюшной полости левого подреберья и малого таза. Швы на рану. Препарат: селезенка с гематомой размерами 25\*25\*10 см, имеющая разрыв в области ножки. Вес селезенки 3,5 кг. (норма до 200 г). Ранний послеоперационный период (через 4 часа) в реанимационном отделении осложнился повышенным кровотечением из раны, брюшной полости. Сформулированы показания к релапаротомии: в брюшной полости кровь, сгустки. Удалены. По всей линии швов определяется кровоточивость. Дополнительно вся линия швов прошита, коагулирована . санация брюшной полости. В качестве остановки кровотечения в брюшной полости установлен тампон из марли. Дренирование малого таза трубкой. Швы на рану. Показатели крови: Нб 70 г/л; эр-2,0\*10<sup>12</sup> /л; л-15\*10<sup>9</sup> /л; Нт-22; тр-25\*10<sup>9</sup> /л. Консервативная терапия продолжена. Послеоперационный период соответствовал объему и срокам. Тампон удален на 7-сутки после операции. Швы удалены на 10 суток из стационара. Таким образом, данная ситуация осложнилась тяжелым состоянием вследствие отказа от плановой операции в более раннем возрасте.

---

## 208. АДРЕНАЛЭКТОМИЯ ПОСРЕДСТВОМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ НАДПОЧЕЧНИКОВ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

Курганов И.А., Емельянов С.И., Богданов Д.Ю., Матвеев Н.Л., Колесников М.В.

Москва

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

Актуальность: Лапароскопическая адреналэктомия в настоящее время, бесспорно, является операцией выбора у пациентов с новообразованиями надпочечников малых и средних размеров (т.е. не превышающих 5,0 см в наибольшем измерении). С другой стороны, в отношении крупных неоплазий у ряда специалистов все еще остаются сомнения в адекватности лапароскопического доступа с точки зрения безопасности и выполнимости проводимого оперативного вмешательства. Они основываются на том, что опухоли адреналовых желез, превышающие в диаметре 5,0-6,0 см, сопровождаются значимыми изменениями топографо-анатомических взаимоотношений между паренхиматозными органами и крупными сосудами брюшной полости, в связи с чем технические трудности в процессе идентификации и диссекции анатомических образований могут оказаться непреодолимыми для эндохирургического подхода. Отмечается, что данные сложности могут, в первую очередь, стать причиной существенного повышения

риска возникновения интраоперационных осложнений. Однако, в ряде исследований, результаты которых были опубликованы в последние годы, была продемонстрирована возможность успешного и безопасного выполнения лапароскопической адреналэктомии и при новообразованиях надпочечников, достигающих 8,0-9,0 см в размере; приводятся также данные об единичных наблюдениях, в которых было произведено лапароскопическое удаление опухолей до 12,0-14,0 см в наибольшем измерении. Цели исследования: Изучить результаты, а также определить уровень выполнимости и безопасности лапароскопической адреналэктомии при новообразованиях адреналовых желез, превышающих 5,0 см в диаметре. Сравнить частоту возникновения осложнений, продолжительность оперативного вмешательства, показатели течения раннего послеоперационного периода при проведении адреналэктомии посредством лапароскопического доступа по поводу неоплазий надпочечников больших размеров и при новообразованиях, не превышающих в диаметре 5,0 см. Материалы и методы: Все операции в представленном сравнительном исследовании были проведены посредством бокового трансабдоминального лапароскопического доступа. В группу №1 (исследуемую) были включены 32 пациента, у которых были выявлены новообразования надпочечников больших размеров (более 5,0 см в наибольшем измерении). Правостороннее вмешательство была выполнено в 21 случае (65,6%), левосторонняя операция была проведена у 11 больных (34,4%). Вмешательства осуществлялись по поводу следующих нозологических форм поражения надпочечников: кортикостерома (10 случаев), феохромоцитомы (8), инсиденталомы (7), кисты (5), альдостерома (2). Средний возраст пациентов составил 53,1±11,1 лет, средний ИМТ - 26,9±4,9 кг/м<sup>2</sup>. В группу №2 (контрольную) были включены 67 пациентов, у которых лапароскопическая адреналэктомия была выполнена по поводу новообразований надпочечников малых и средних размеров (до 5,0 см). Правостороннее вмешательство в контрольной группе было осуществлено в 43 случаях (64,2%), а левостороннее – у 24 пациентов (35,8%). Нозологическими формами заболеваний в группе №2 были: кортикостерома (19 случаев), альдостерома (14), инсиденталомы (11), феохромоцитомы (11), узловатая гиперплазия коры (8), кисты (4). Средний возраст больных был равен 48,3±16,2 лет, средний ИМТ - 28,6±3,4 кг/м<sup>2</sup>. Результаты: Средний размер удаленного новообразования в группе №1 составил 66±14 мм (от 52 до 87 мм – при правосторонней адреналэктомии и от 51 до 84 мм – при левосторонней); в группе №2 – 37±11 мм (от 15 до 50 мм). Данные различия были статистически значимыми (p<0,05). При изучении показателей течения послеоперационного периода, в исследуемой группе мы выявили некоторое увеличение времени активизации пациентов (на 24,6%), продолжительности болевого синдрома (на 16,5%) и сроков пребывания больных в стационаре (на 20,3%). Выводы: При выполнении лапароскопической адреналэктомии по поводу новообразований надпочечников больших размеров мы не выявили статистически значимого повышения частоты осложнений и конверсий доступа. Однако было получено статистически значимое увеличение средней продолжительности операции, среднего уровня кровопотери и некоторое ухудшение показателей течения послеоперационного периода. С другой стороны, все анализируемые показатели продемонстрировали приемлемый уровень, значительно превосходящий результаты традиционных открытых оперативных вмешательств. Все это позволяет сделать вывод о том, что при размере адреналовой неоплазии от 5,0 до 8,0-9,0 см сохраняется достаточный уровень выполнимости и безопасности оперативного вмешательства, осуществляемого посредством лапароскопического доступа.

---

## 209. ОСЛОЖНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА НАДПОЧЕЧНИКАХ – ЧАСТОТА И ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, МЕРЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА СНИЖЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ

Курганов И.А., Емельянов С.И., Богданов Д.Ю., Матвеев Н.Л., Колесников М.В.

Москва

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

Актуальность: Лапароскопические оперативные вмешательства при патологии надпочечников имеют неоспоримое преимущество над операциями, проводимыми посредством традиционного открытого доступа в большинстве клинических ситуаций. В частности отмечается, что доля осложнений при внедрении эндохирургического подхода была снижена по сравнению с открытыми вмешательствами в среднем в 2-3

раза. Однако следует заметить, что частота осложнений операций в хирургии надпочечников, выполняемых из лапароскопического доступа, все-таки находится на довольно значимом уровне и по различным литературным данным составляет от 5% до 15%. Чаще всего фиксируются такие осложнения лапароскопических вмешательств при патологии адrenaловых желез, как клинически значимые интраоперационные и послеоперационные кровотечения, гемодинамические и кардиогенные нарушения, реактивный панкреатит, раневая инфекция. В связи с данными фактами, очевидной представляется необходимость в проведении тщательного анализа причин возникновения осложнений при выполнении лапароскопических операций на надпочечниках. Кроме того, важнейшей задачей становится разработка мер, направленных на предотвращение их развития. Цели исследования: Провести анализ собственного опыта выполнения лапароскопических вмешательств при патологии адrenaловых желез, а именно изучить частоту и причины возникновения интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений в различных клинических ситуациях и в зависимости от примененного оперативного доступа. Разработать предложения, направленные на снижение риска развития осложнений в хирургии надпочечников. Материалы и методы: Нами были проанализированы результаты 155 лапароскопических операций, проведенных по поводу новообразований надпочечников у 151 пациента (у 4 больных имели место двусторонние опухоли). Всего было оперировано 68 мужчин (45,1%) и 83 женщины (54,9%). Гормонально-активные опухоли имели место в 106 случаях (68,4%), гормонально-неактивные новообразования – в 49 случаях (31,6%). В зависимости от имевшей место клинической ситуации и примененного оперативного подхода все 155 операций были разделены на 5 групп. В группу №1 вошли 67 лапароскопических адrenaлэктомий (43,2%), которые были выполнены посредством бокового трансабдоминального доступа при доброкачественных новообразованиях малых и средних размеров (не более 5,0 см в наибольшем измерении). В группу №2 были включены 32 лапароскопические адrenaлэктомии (20,6%), проведенные из бокового трансабдоминального доступа при доброкачественных новообразованиях больших размеров (превышающих 5,0 см в диаметре, максимум - 8,7 см). Группу №3 составили 28 лапароскопических адrenaлэктомий (18,1%), которые были выполнены с помощью прямого трансабдоминального доступа при доброкачественных неоплазиях до 5,0 см в диаметре. В группе №4 в 19 случаях (12,3%) при доброкачественных новообразованиях (максимальный размер – 5,4 см) была осуществлена лапароскопическая резекция надпочечника (в т.ч. были выполнены 4 двусторонние резекции) посредством бокового подхода. В группу №5 было объединено 9 лапароскопических адrenaлэктомий (5,8%), проведенных из бокового доступа, которые были осуществлены по поводу злокачественных новообразований (все случаи были представлены адренокортикальным раком стадии T1N0M0). Кроме того, весь объем оперативных вмешательств также был повторно разделен на 2 группы для анализа и по критерию стороны выполнения оперативного вмешательства. Группу А составили 99 правосторонних операций (63,9%), группу Б – 56 левосторонних (36,1%). Результаты: В представленном и проанализированном материале общая частота интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений составила 9,0% (14 случаев). Непосредственно были зафиксированы следующие формы и частота осложнений: клинически-значимое кровотечение из печени – 2 случая (1,3%), кровотечение из селезенки – 4 случая (2,6%), гематома селезенки с последующей спленэктомией – 1 случай (0,65%), послеоперационные гематомы передней брюшной стенки и забрюшинного пространства – 2 случая (1,3%), реактивный панкреатит – 5 случаев (3,25%). Доля осложнений в группах 1, 2, 3, 4 и 5 составила, соответственно, 7,5%, 9,4%, 14,3%, 5,3% и 11,1%. Причем при сравнении групп попарно, разница в частоте осложнений оказалась статистически не значимой во всех возможных парах ( $p > 0,05$ ). То есть размер новообразования, вид доступа, объем операции и природа опухоли не оказали статистически значимого влияния на риск развития осложнений. Однако наибольшая доля осложнений в относительном выражении была получена при применении прямого доступа, поэтому в настоящее время мы его не применяем и не рекомендуем. В группе А осложнения были зафиксированы в 4 случаях (4,0%), а в группе Б – в 10 случаях (17,9%). Данные различия в зависимости от стороны выполнения операции оказались статистически значимыми ( $p$

---

210. Оценка результатов лечения пострадавших оперированных с закрытой травмой живота, повреждением селезенки на основании исходной тяжести состояния и травмы

Хрипун А.И.(1), Алимов А.Н. (1), Саликов А.В.(2), Отлыгин Ю.В. (1)

Москва

Кафедра хирургии и эндоскопии ФУВ ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова (2) 12 ГКБ,

Общеизвестно, что самая высокая летальность, среди лиц молодого возраста в настоящее время отмечается вследствие сочетанных повреждений с закрытой травмой живота, в связи с исходной тяжестью состояния пострадавших. В этом случае, удаление повреждённой селезёнки дополняет кровопотерю, увеличивая исходную тяжесть травмы пациента, поэтому альтернативные органосохраняющие операции широко обсуждаются. Целью исследования явилось улучшение результатов лечения закрытой травмы живота с разрывом селезенки в соответствии оценки тяжести состояния и травмы пострадавших. Нами проанализированы результаты хирургического лечения 385 больных оперированных с 1987 по 2015 гг. по поводу сочетанной (n=275) и изолированной (n=110) травмы живота с разрывом селезенки. Произведено 228 спленэктомий и 157 органосохраняющих операций, из них 34 эндохирургических. Соотношение мужчин и женщин - 6,2:1. Средний возраст больных составил  $30,7 \pm 14,8$  года. Самому молодому пациенту - 16 лет, самому пожилому - 56 лет. Органосохраняющий метод включал этап лигирования селезеночной артерии, остановку кровотечения из места разрыва селезенки, санацию и дренирования брюшной полости. Оценка тяжести повреждений и состояния пострадавших проведены нами по дополненным шкалам ВПХ-МТ и ВПХ-СП (Гуманенко Е.К.1992г., Лебедев Н.В. 2004г.) Закрытая травма живота с повреждением селезенки наиболее часто сочеталась с травмой груди, преимущественно левых отделов 99 (25,71% n=385) и черепно-мозговой травмой 63 (16,36% n=385). Одномоментное повреждение трех и более анатомических областей наблюдалось у 178 (46,23 % n=385) пациентов. У всех оперированных больных отмечался гемоперитонеум от 600 мл до 4,5 литров. Выявление доминирующего повреждения при сочетанной травме проводили путем оценки тяжести повреждения каждой области тела с сопоставлением индексов тяжести между собой. Травма живота была доминирующим повреждением - у 172 (44,67% n=385) пострадавших. Доминирование ЧМТ встретилось у 60 (15,58% n=385) пострадавших, а травма груди - у 25 (6,49% n=385). Общая тяжесть повреждений была самой высокой при сочетании доминирующих повреждений (11,25 балла по шкале ВПХ-МТ), особенно при доминировании ЧМТ (17,27 балла) ( $p < 0,05$ ). Более 57% пострадавших госпитализировались в состоянии шока. В критическом состоянии - шок IV (балл шкалы ВПХ-СП >46, ВПХ-МТ >12,2 – Гуманенко Е.К., Лебедев Н.В.) в момент поступления находились 17 (4,41%, n=385) пострадавших, все 17 умерли, из них 15 за первые сутки. В крайне тяжелом состоянии - шок III (балл шкалы ВПХ-СП 33-46, ВПХ-МТ >1,2-12,2)) госпитализированы 21(5,45% n=385) пациентов, умерли 13(61,90%, n=21), из которых так же за первые сутки - 9(42,85%,n=21). А так же в шоке II поступило 99(25,71%, n=385) больных, среди которых умерли 14(14,14%, n=99) - 4(4,04%) за первые сутки. В состоянии шока I или без него поступило 244 (63,37%, n=385) пациента, среди них умер - 1(0,41%= n244) пациент, без летальности в первые сутки. В период с 6 по 12 сутки смерть наступила у 15 пациентов от травматической болезни. Для 385 пациентов общая летальность составила -11,68% (45)случаев, при этом в первые сутки -7,79%(30). Более 98% органосохраняющих операций и 89% спленэктомий выполнено у пациентов при наличии повреждений тяжелой степени. (Балл ВПХ-МТ 1,2 -12,2). К развитию плевро-лёгочных осложнений 69(17,92%, n=385) после операции привела сопутствующая травма груди. Осложнений после спленэктомии выявлено у 143(62,7%) из 228 (100%). Среди них у 39(27,27% n=143) пациентов абсцессы локализовались в ложе удаленной селезенки. У 55 (38,46% n=143) больного плевро-лёгочные осложнения слева развились на фоне травмы груди. Из них лишь у 3(2,09% n=143) - сочетались с абсцессом ложа. В 6 (4,19% n=143) случаях развился послеоперационный перитонит после ушивания травматического разрыва тонкой кишки. В 43 (30,06% n=143) случаях возникло нагноение послеоперационной раны. В группе перенёсших органосохраняющую операцию на селезенке осложнения встретились лишь у 18 (11,46% n=157) пациентов. Плевро-легочные осложнения после традиционной операции в 12 (7,64% n=157) случаях и в 1 (0,64% n=157) после лапароскопической. После традиционного сохранения в 5 (3,18%) случаях отмечалось нагноение послеоперационной раны. После видеоэндохирургических вмешательств нагноений не было. Комплексная оценка тяжести состояния и травмы, пострадавших по дополненной шкале ВПХ-МТ и ВПХ-СП позволяет не только прогнозировать риски летальности и осложнений, но и рекомендовать применение органосохраняющих операций при баллах 33-46-ВПХ-СП и 6,3-12,2-ВПХ-МТ при травматических разрывах селезенки. Число летальных исходов и осложнений при сохранении травмированной селезенки снижались более чем в 5 раз. Перспективы использования органосохраняющих операций в хирургической практике представляют эффективную и безопасную альтернативу спленэктомиям. Анализируются результаты 385 оперированных с закрытой травмой живота разрывом селезёнки на основании исходной оценки тяжести состояния и травмы. Это позволило рекомендовать при разрывах селезёнки применять органосохраняющие операции с лигированием селезеночной артерии (n=157) при баллах 33-46-ВПХ-СП и 6,3-12,2-ВПХ-МТ

отметив, что число летальных исходов и осложнений были прямо пропорциональны исходной степени тяжести состояния и травмы пациентов и снижались при сохранении травмированной селезенки (в 5 раз).

---

## 211.МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВИДЕО-АССИСТИРОВАННОЙ МЕТОДИКИ И МЕТОДИКИ МИНИДОСТУПА БЕЗ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ

Курганов И.А., Титков С.К., Колесников М.В., Мамиствалов М.Ш., Агафонов О.А.

Москва

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

Актуальность: В эру малоинвазивной и эндоскопической хирургии естественным образом возникла потребность и в модификации стандартного доступа для операций на щитовидной железе. Она объясняется, в первую очередь, стремлением к уменьшению уровня травматичности операции и улучшению косметических результатов. Кроме того, за счет внедрения эндохирургических технологий предпринимаются попытки снизить и частоту тяжелых осложнений, драматически влияющих на послеоперационное качество жизни больных. К данным осложнениям относятся, в основном, ранения возвратных гортанных нервов, сопровождающиеся развитием парезов гортани, и послеоперационный гипопаратиреоз. Наибольшее распространение к настоящему моменту среди всех малоинвазивных операций в тиреоидной хирургии получили вмешательства, выполняемые из минидоступа. Причем чаще всего используется методика минимально инвазивной видео-ассистированной тиреоидэктомии, разработанная Р. Miscoli. Однако предложена и методика минимально инвазивной тиреоидэктомии без эндоскопической поддержки, которая имеет своих сторонников. Цели исследования: Изучение уровня выполнимости и безопасности операций на щитовидной железе, проводимых из минидоступа. Проведение сравнительного анализа результатов минимально инвазивных видео-ассистированных операций на щитовидной железе и минимально инвазивных оперативных вмешательств без использования видеоподдержки. Сравнение результатов данных операций с результатами вмешательств на щитовидной железе, проведенных с помощью традиционного подхода. Материалы и методы: Всего в исследование были включены 188 больных (из них мужчин – 31, женщин – 157). Критериями включения пациентов в исследование были: наличие доброкачественного узлового образования щитовидной железы диаметром до 35 мм или папиллярной микрокарциномы не превышающей в наибольшем измерении 20 мм без признаков инвазии капсулы узла; объем щитовидной железы не более 35 мл; отсутствие тиреоидита, диффузного зоба, предшествующих операций и облучения в области шеи; ИМТ, не превышающий 30 кг/м<sup>2</sup>. Группу №1 составили 63 пациента, у которых вмешательство было проведено посредством минимально инвазивного видео-ассистированного доступа. В группу №2 был включен 61 пациент, которым операция была выполнена из минимально инвазивного доступа без эндоскопической поддержки. Группу №3 составили 64 пациента, вмешательство которым осуществлялось посредством традиционной методики. Гемитиреоидэктомия была выполнена у 48 пациентов в первой группе, у 46 больных – во второй группе и в 45 случаях – в третьей. Субтотальная резекция щитовидной железы была проведена у 5 больных первой группы, 6 пациентов второй группы и 8 больных третьей группы. Тиреоидэктомия была осуществлена в 10, 9 и 11 случаях соответственно. Результаты: Средняя продолжительность операции при проведении гемитиреоидэктомии в группе №1 составила 54,7±13,97 минут, в группе №2 – 71,9±17,22 минут, в группе №3 – 56,5±14,85 минут. При выполнении субтотальной резекции щитовидной железы или тиреоидэктомии длительность вмешательства в среднем была равна 88,7±23,44 минут в группе №1, 105,3±27,67 минут – в группе №2 и 79,8±21,63 минут – в группе №3. Оказалось, что вне зависимости от объема операции при проведении минимально инвазивной операции без эндоскопической поддержки длительность вмешательства была статистически значимо выше (p<0,05). Частота осложнений в группе №1 составила 3,18% (1 случай кровотечения в послеоперационном периоде и 1 случай временного гипопаратиреоза), в группе №2 - 3,28% (1 случай временного пареза голосовых связок и 1 случай временного гипопаратиреоза), в группе №3 - 3,12% (1 случай кровотечения в послеоперационном периоде и 1 случай временного пареза гортани). Статистически значимой разницы в

частоте осложнений при попарном сравнении групп не оказалось ( $p > 0,05$ ). При анализе показателей течения послеоперационного периода было зафиксировано статистически значимое ( $p$

---

212. Альтернативное спленэктомии хирургическое лечение разрывов селезенки при закрытой травме живота.

Хрипун А.И.(1), Алимов А.Н.(1), Саликов А.В.(3) Зубарев А.Р.(2), Пряников А.Д.(1), Ким. Ю.Е. (2)

Москва

(1) Кафедра хирургии и эндоскопии ФУВ ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова (2) кафедра ультразвуковой диагностики ФУВ ГБОУ ВПО РГМУ им. Н.И. Пирогова

Травма и разрывы селезенки встречаются у каждого 5 пострадавшего при сочетанных и у каждого 7 при изолированных закрытых травмах живота. Операция выполняется на фоне острой кровопотери, шока, при исходно неудобном анатомическом расположении поврежденного органа. Высокий риск послеоперационного рецидива кровотечения ставит под сомнение возможность безопасного сохранения селезенки, в то же время применяемая в 99% случаев спленэктомия, и не отвечает требованиям современной хирургии. Целью исследования явилось сохранение травмированного органа. Для уменьшения интраоперационной кровопотери, предотвращения послеоперационного рецидива кровотечения, а так же безопасного и удобного манипулирования с поврежденной селезенкой мы применяем лигирование селезеночной артерии как основной этап в органосохраняющей операции, а затем окончательный гемостаз в местах её разрыва. Ранее мы провели 102 рентгеноконтрастных селективных цилиако и мезентерикографий, на 73 патанатомических комплексах, это позволило выявить безопасные зоны лигирования селезеночной артерии. Подробно изучено коллатеральное кровообращение селезенки, тела и хвоста поджелудочной железы, как в норме, так и после перевязки селезеночной артерии на различных уровнях: 1) у чревного ствола, 2) в проксимальном отделе, 3) среднем отделе, 4) в дистальном отделе. Установлено, что лигирование селезеночной артерии у чревного ствола, в проксимальном и среднем отделе - не вызывает нарушения артериального питания тела и хвоста поджелудочной железы, и в самой селезенке, за счёт заполнения коллатерального кровообращения. На операции мы используем доступ к селезеночной артерии или через малый сальник у чревного ствола, или через желудочно-ободочную связку, сразу к проксимальному, среднему или дистальному отделу селезеночной артерии, с разницей мобилизации и смещения желудка для визуализации артерии. Выделяем и лигируем ствол артерии. Контролируем сохранение цвета органа, уменьшение его размера на 15-20%, снижение напряженности капсулы, и с этого момента считаем условия благоприятными для эффективной, малотравматичной и безопасной остановки кровотечения. Селезенку при необходимости мобилизуем благодаря рассечению селезеночно-париетальных связок, извлекаем ступки из мест разрыва органа, проводим тщательный, окончательный гемостаз. Брюшную полость промываем физиологическим раствором и дренируем. Применение такой последовательности органосохраняющей операции позволило зафиксировать отсутствие эпизодов рецидива кровотечения в послеоперационном периоде. Нами проведен анализ результатов хирургического лечения 385 больных оперированных с 1987 по 2015 гг. по поводу сочетанной ( $n=275$ ) и изолированной ( $n=110$ ) травмы живота с разрывом селезенки. Произведено 228 спленэктомий и 157 органосохраняющих операций, из них 34 эндохирургических (среди которых в 29 случаях травма была сочетанной, в 5 изолированной). Средний возраст больных составил  $30,7 \pm 14,8$  года. При контроле УЗИ в течение первых 5-7 дней селезенка не меняла размера, это позволило полностью во всех случаях закончить основные этапы заживления в местах её разрывов, без рецидива кровотечения. Восстановление амплитуды изменения размеров селезенки не отличимых от здоровых лиц происходило по данным УЗИ к 3,5 неделе. По данным МСКТ – ангиографии ( $n=7$ ) в сроки от 5 до 12 суток после операции имеется хорошая заполняемость ретроградным кровотоком селезеночной артерии за местом лигирования без создания зон ишемии в теле и хвосте поджелудочной железы. В отдаленном периоде по данным ультразвуковой ангиографии (УЗИ-3Д/4Д режимах) подтверждено, что после органосохраняющей операции вне зависимости от доступа (обычный или лапароскопический) и места лигирования селезеночной артерии, имеется обширная васкуляризация ворот селезенки и её сегментов, за счёт хорошо развитого коллатерального кровоснабжения селезенки, не



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

отличимого от данных ультразвуковой ангиографии здоровых лиц. Эндохирургически оперированные пациенты раньше активизировались, срок их пребывания на хирургической койке и в стационаре снижался, а при сочетанной травме эффективность лечения доминирующих сочетанных повреждений (костных, лицевых и т. д.) в специализированных отделениях была выше. Отмечается значительное уменьшение летальности и осложнений. Органосохраняющий метод операций (особенно эндохирургический) для травматических разрывов селезенки при сочетанной и изолированной травме живота имеет огромные перспективы к широкому использованию в хирургической практике. Снижение интраоперационной кровопотери и отсутствие рецидивов кровотечения позволяют предполагать, что операции с лигированием селезеночной артерии и окончательным гемостазом является эффективной и безопасной альтернативой не только спленэктомий, но других методик органосохраняющих операций травмированной селезенки. Проведён анализ результатов разработанного и внедрённого альтернативного спленэктомии органосохраняющего метода при разрыве селезёнки. В 157 случаях сохранения поврежденной селезенки при изолированной и сочетанной травме живота не было ни одного эпизода рецидива кровотечения после операции. Имеется хорошее коллатеральное кровоснабжение самой селезенки, тела и хвоста поджелудочной железы - по данным МСКТ – ангиографии сразу после операции и в отдаленном периоде по данным ультразвуковой ангиографии (УЗИ-3Д\4Д режимах).

---

### 213.БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОТЕЗЫ В ГЕРНИОЛОГИИ

Никольский В.И., Титова Е.В.

Пенза

Кафедра Хирургии, Медицинский институт Пензенского Государственного университета

Актуальность. Вопрос выбора протезирующего материала в лечении грыж остается дискуссионным. Широкое применение синтетических протезов привело не только к улучшению результатов лечения пациентов, но и к формированию ряда протез - ассоциированных осложнений. В связи с этим в последние годы широко изучается возможность применения биоматериала – модифицированного ксеноперикарда в различных областях хирургии. Данный вид биопротеза характеризуется тем, что постепенно замещается собственной соединительной тканью пациента, не оставляя тем самым субстрата для развития осложнений в отдаленном послеоперационном периоде. Цель. Изучить возможности применения модифицированного ксеноперикарда в качестве герниопротега. Материалы и методы. Клинический раздел исследования включал разработку и внедрение ряда хирургических методик. Был разработан способ протезирующей герниопластики срединных вентральных грыж, заключающийся в формировании передних листков влагалищ прямых мышц живота и белой линии ксеноперикардальной пластиной. В период исследования 43 пациента оперированы с применением данной методики. У 15 пациентов выполнена операция по поводу паховой грыжи по способу Лихтенштейна с использованием в качестве протеза ксеноперикарда. Материал применим при пупочных грыжах (у 14 пациентов), в этом случае даже при размещении ксеноперикарда on lay не отмечено увеличения количества послеоперационных осложнений. Результаты. В ходе проведения исследования было выявлено, что применение разработанных способов герниопластики вентральных и паховых грыж не приводило к увеличению числа послеоперационных осложнений: у одного пациента, оперированного по поводу паховой грыжи, трех пациенток с вентральными грыжами и пациентки с пупочной грыжей были выявлены серомы (купированы пункционным методом). Все больные вернулись к привычной деятельности. Дискомфорта, чувства инородного тела, связанного с наличием ксенопротеза, среди оперированных пациентов не отмечено. Выводы. Полученные нами результаты лечения пациентов приводят к выводу, что имплантируемый материал должен не только моделировать ту или иную поддерживающую структуру, но и вызывать адекватную реакцию организма в ответ на имплантацию, способствующую интеграции протеза, а впоследствии его замещению собственной соединительной тканью пациента.

214. Иммунологический статус у пострадавших с повреждением селезенки в отдаленные сроки после операции.

Алимов А.Н.(1), Киселевский М.В.(2), Прямикова А.Д.(1)

Москва

Кафедра хирургии и эндоскопии ФУВ ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, [Лаборатория клеточного иммунитета РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН

Оперативное удаление травмированной селезенки при сочетанной и изолированной закрытой травме живота составляет более 99% случаев. Спленэктомия приводит к развитию синдрома постспленэктомического гипоспленизма, с высоким риском развития молниеносного сепсиса с летальностью 50-70%, поэтому, проблема операционного сохранения иммунокомпетентного органа - остается крайне актуальной. По результатам лечения 385 больных проведены иммунологические исследования оперированных с 1987 по 2015 гг. по поводу сочетанной (n=275) и изолированной (n=110) травмы живота с разрывом селезенки. Произведено 228 спленэктомий и 157 органосохраняющих операций, из них 34 эндохирургических (среди которых в 29 случаях травма была сочетанной, в 5 изолированной). Средний возраст больных составил 30,7±14,8 года. Самому молодому пациенту - 16 лет, самому пожилому - 56 лет. Соотношение мужчин и женщин - 6,2:1. Общая летальность для 385 пациентов составила -11,68% (45) случаев, при этом в первые сутки -7,79%(30). Стабильно высоким в ранние сроки после спленэктомии, вне зависимости от частоты осложнений, оставался количественный показатель тромбоцитов. Исследования эффективности иммунологического статуса в отдаленном периоде проведены у 30 пациентов после спленэктомии и 30 после органосохраняющей операции с лигированием селезеночной артерии и окончательного гемостаза в зоне разрыва селезенки, и включали; показатели клеточного (CD3, CD4, CD8, CD20, HLA-DR, CD38, CD25, CD16, CD4/CD8) и гуморального иммунитета (IgA, G, M; уровня цитокинов ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6, ФНО). После спленэктомии и после органосохраняющей операции в отдаленные сроки показатели форменных элементов крови соответствовали физиологической норме. Состояние клеточного иммунитета после спленэктомии свидетельствовало о наличии иммуносупрессии, которая, проявлялась снижением показателей Т-хелперов/индукторов (CD4), иммунорегуляторного индекса (CD4/CD8) и компенсаторном повышением показателя уровня нормальных киллеров (CD16). Выраженность иммуносупрессии в отдаленном постспленэктомическом периоде определялась уровнем снижения показателя общего числа Т-лимфоцитов (CD3). Тенденции к сохранению иммунного статуса выявлены у больных с наличием спленоза. В противоположность этому, оперативное сохранение травмированной селезенки с лигированием селезеночной артерии способствовало поддержанию иммунного статуса не отличимого от здоровых лиц. В пределах физиологической нормы вне зависимости от наличия селезенки оставался уровень цитокинов ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6 и ФНО. Показатели гуморального иммунитета Ig A, G, M. в отдаленном периоде при сохранении травмированной селезенки соответствовали норме, в то время как в постспленэктомическом периоде уровень Ig G (p

---

215. СПОСОБ ИНТЕГРАЦИИ ИМПЛАНТАТА, НЕ ТРЕБУЮЩЕГО ФИКСАЦИИ К ТКАНЯМ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ МАТЕРИАЛАМИ, ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Богданов Д.Ю.(1), Протасов А.В.(2), Курганов И.А.(1), Кумуков М.Б.(1)

Москва

1) ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, кафедра эндоскопической хирургии ФДПО, 2) ФГАОУ ВО РУДН, кафедра оперативной хирургии и клинической анатомии

Актуальность. Одной из наиболее актуальных проблем современной герниологии является проблема необходимости снижения частоты развития хронического болевого синдрома после герниопластик у пациентов с вентральными грыжами, который выявляется с частотой до 20%. В настоящее время одним из возможных путей решения подобной проблемы является применение в хирургии вентральных грыж имплантатов, не требующих фиксации к тканям дополнительными материалами. Цель исследования. Оценить эффективность применения в хирургии вентральных грыж имплантата, не требующего фиксации к тканям дополнительными материалами. Материалы и методы. Всего было выполнено 128 герниопластик с имплантатом, не требующим фиксации дополнительными материалами к тканям – в качестве имплантата применялся сетчатый, монофиламентный, полипропиленовый протез ProGrip. Герниопластики были проведены по следующим показаниям – наличие грыж малых и средних размеров, W1 - 47 операций (36,72%) и W2 - 81 операция (63,28%), по методике sublay. Учитывая технические сложности при стандартном размещении данного имплантата (65 операций - 50,78% - I группа), в 63 случаях (49,22%) – имплантата размещался оригинальным способом (II группа). Оригинальный способ интеграции имплантата ProGrip требует предварительного прошивания имплантата по четырем углам и по середине, через противоположные края, с выведением без завязывания длинных лигатур. Имплантат ориентируют крючками из полимолочной кислоты к апоневрозу. Угловые лигатуры последовательно, вначале лигатуры верхнего края, а затем лигатуры нижнего края имплантата, выводят на кожу брюшной стенки путем выкола из соответствующего угла подапоневротического пространства. Осуществляют одновременную тракцию за верхние и нижние угловые лигатуры. Имплантат одномоментно и целиком размещают в подапоневротическом пространстве по всей площади. Краевые лигатуры выводят на кожу брюшной стенки путем выкола из соответствующего края подапоневротического пространства. На выведенные лигатуры накладывают постоянную, пассивную тракцию для стабильного плоскостного расположения имплантата при ушивании апоневроза. Ушивают апоневроз «край-в-край» и мягкие ткани брюшной стенки. Выведенные на брюшную стенку лигатуры извлекают. Результаты исследования. При стандартном размещении имплантата (I группа) для его адекватной интеграции требовался широкий оперативный доступ, превышающий на  $4,72 \pm 1,85$  см максимальный линейный размер грыжевого дефекта. Во II группе в 12 случаях (19,05%) длина оперативного доступа равнялась максимальному линейному размеру грыжевого дефекта; в 51 случае (80,95%) длина разреза была на  $2,17 \pm 0,67$  см меньше максимального линейного размера грыжевого дефекта. В I группе в 6 случаях (9,23%) были выявлены послеоперационные осложнения - серомы, во II группе послеоперационных осложнений не было. Различия в частоте осложнений были статистически значимы (p

---

#### 216. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДЛЯ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ИМПЛАНТАТОВ, НЕ ТРЕБУЮЩИХ ФИКСАЦИИ К ТКАНЯМ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ МАТЕРИАЛАМИ

Протасов А.В.(1), Богданов Д.Ю.(2), Матвеев Н.Л.(2), Курганов И.А.(2), Кумуков М.Б.(2)

Москва

1) ФГАОУ ВО РУДН, кафедра оперативной хирургии и клинической анатомии, 2) ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, кафедра эндоскопической хирургии ФДПО

Актуальность. Несмотря на широкое применение имплантатов в хирургии паховых грыж и выявленные явные преимущества частота рецидивирования сохраняется на уровне 4%-6%, а доля возникновения каузальной достигает 20%. Чаще всего именно недостаточно надежная и точечная фиксация имплантата является причиной рецидива, а сам факт фиксации – интраоперационно травмирует ткани и нервные окончания, что приводит к формированию хронического болевого синдрома. Данные факты явились причиной внедрения в практику имплантатов, не требующих фиксации к тканям дополнительными

материалами. Цель исследования. Проанализировать результаты паховых аллогерниопластик с применением имплантата ProGrip, не требующего фиксации к тканям дополнительными материалами. Материалы и методы. Оценены результаты 417 (100%) паховых аллогерниопластик. 218 операций (52,28%) были выполнены посредством открытого доступа (группа I). 113 операций (51,83%) были выполнены по методике Лихтенштейна с фиксацией имплантата швами (группа IA). 105 (48,15%) - с имплантатом ProGrip (группа IB). 199 операций (47,72%) были выполнены лапароскопически по методике TAPP (группа II). 102 (51,26%) - с фиксацией имплантата винтообразными фиксаторами (группа IIIA). 97 (48,74%) - с имплантатом ProGrip (группа IIIB). Результаты. В послеоперационном периоде были зафиксированы рецидивы грыж: в группе IA - 4,42% - 5 случаев; в группе IIIA - 1,96% - 2 случая; в группе IB - 0%, в группе IIIB - 1,03% - 1 случай. При попарном сравнении частот рецидивов грыж в изучаемых группах была отмечена статистически значимая разница (p

---

217. Опыт применения вазапранана у больных с ХОЗНК.

Плечев В.В., Губайдуллин С.М., Плечева Д.В., Ризберг Р.Ю., Фаттахов Р.Ф.

Уфа

Клиника БГМУ

Цель. оценка эффективности применения препарата вазапранан на различных стадиях ишемии конечности. Методы. Нами в КБГМУ было пролечено за (2010- 2014г) 285 пациентов с применением препарата вазапранан, внутривенным капельным введением в дозе 60 мкг/сутки в 200 мл физиологического раствора. Курс лечения состоял из 10—20 внутривенных инфузий препарата. Средний возраст пациентов составил  $59,81 \pm 8,5$  лет. Превалировали пациенты мужского пола – 88% (n=253). Из них ХАН 2Б ст- 103 пациента, ХАН 3ст – 90 пациентов, ХАН 4 ст- 92 пациента. Всем пациентам было проведено фармакоангиографическое исследование брюшного отдела аорты и артерий нижних конечностей. Степень ишемии определяли по классификации I. Fontaine — А. В.Покровского. Результаты. При ишемии II Б степени результат расценивался как удовлетворительный, при наступлении регресса перемежающейся хромоты - 89 пациентов; у 14 пациентов положительной динамики отсутствовала в течении лечения. При ишемии III степени результат считался удовлетворительным при исчезновении ишемических болей покоя - 65 пациентов; у 25 пациентов болевой синдром оставался на прежнем уровне. При ишемии IV степени результат расценивался как удовлетворительный, при активизации репаративных процессов и частичном заживлении трофических язв- 60 пациентов; у 32 пациентов на фоне проводимой консервативной терапии продолжала прогрессировать декомпенсация кровообращения. Именно у этой группы больных на фармакоангиографии отсутствовала коллатеральная сеть ниже средней трети голени. Выводы. Проведенное исследование позволяет заключить, что применение препарата вазапранан при отсутствии коллатерального русла ниже средней трети голени неэффективно.

---

218. ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ДИВЕРТИКУЛИТЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Тимербулатов Ш.В., Багаутдинов Ф.З., Гареев Р.Н., Ахмеров Р.Р., Гайнуллина Э.Н.

Уфа

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

**АКТУАЛЬНОСТЬ** Заболеваемость дивертикулярной болезнью толстой кишки (ДБТК) в различных странах достигает 30% от всей популяции. Учитывая рост количества осложненных форм ДБТК, выбор оптимальной лечебной тактики является особенно актуальным. **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ** Оптимизировать диагностику и выбор лечебной тактики при осложненных формах ДБТК. **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ** Мы располагаем опытом лечения 2085 больных с ДБТК, поступивших за 15 лет. Из них 1210(58%) поступили с осложненными формами заболевания 15 экстренно, 375(42%) в плановом порядке. 1481(71%) получили консервативное лечение. 604(29%) были оперированы. Среди больных мужчин было 730 (3,5%), женщин 1355(65%). Наиболее информативными методами исследования при осложненной ДБТК явились рентгенологические. Это обзорная R-графия органов брюшной полости (ОБН), компьютерная томография (КТ); эндоскопические (экстренная фиброколоноскопия, лапароскопия); ультразвуковое исследование (УЗИ). **РЕЗУЛЬТАТЫ** У 729 (35%) больных с острым дивертикулитом и 146(7%) больных с перидивертикулярным инфильтратом проводили консервативное лечение, в 5(0,2%) случаях выполнили резекцию пораженного участка толстой кишки (ТК) с первичным анастомозом. Наиболее простым методом диагностики инфильтрата явилось УЗИ. У 79(3,8%) больных с перидивертикулярным абсцессом диагноз подтверждали при помощи УЗИ, КТ. При дооперационном обнаружении забрюшинного абсцесса у 25(1,2%) больных производили вскрытие, дренирование его внебрюшинным способом с колостомией из минидоступа. При внутрибрюшном абсцессе у 23 (1,1%) больных операцией выбора явилось вскрытие абсцесса с колостомией и дренированием. Внутрибрюшечные абсцессы в 31(1,5%) случаях удаляли единым блоком с первичным анастомозом. Кровотечение, как ведущий симптом ДБТК, наблюдали у 180(8.6%) больных, в диагностике широко использовали возможности экстренной колоноскопии. При безуспешности консервативного гемостатического лечения или при повторных эпизодах кровотечения объем операции колебался от резекции до тотальной колэктомии с наложением первичного анастомоза или с выведением колостомы. Кишечной непроходимостью ДБТК осложнилась у 93(4,5%) больных, в том числе острой кишечной непроходимостью у 21(1%) больных. Диагноз уточняли с помощью обзорной R-графии ОБП, УЗИ. В первые часы возникновения кишечной непроходимости при неэффективности консервативного лечения мы производили резекцию пораженного участка ТК с первичным анастомозом, дренированием брюшной полости, в противном случае выполняли резекцию с колостомией. Основным методом диагностики перфорации дивертикула является обзорная R-графия ОБП. Наш опыт лечения 76(3,6%) больных с перфоративным дивертикулезным перитонитом показывает, что оптимальным объемом оперативного вмешательства при данном осложнении является экстериоризация перфорированного отдела ТК с дренированием. При выраженных деструктивных изменениях ТК вокруг перфорированного дивертикула и невозможности выведения этого сегмента на брюшную стенку выполняется обструктивная резекция ТК или операция по тину Гартмана. **ВЫВОД** Комплексная оценка клинических, рентгенологических, эндоскопических данных, данных УЗИ с учетом их информативности и инвазивности по принципу «от простого к сложному» позволяет установить клиническую форму, распространенность осложнения ДБТК и выбрать рациональную лечебную тактику. При абсцедировании, перфорации, массивных кровотечениях показано экстренное оперативное лечение, объем и характер которого зависит от вида и распространенности патологического процесса.

---

219.Критерии выбора способа коррекции грыж пищеводного отверстия диафрагмы

Галимов О.В. , Ханов В.О. , Зиангиров Р.А. , Сайфуллин Р.Р. , Занега В.С.

Уфа

Клиника ГБОУ ВПО «БГМУ» Минздрава России

В настоящее время гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является одним из заболеваний, широко распространенных в нашей стране. Распространенность ГЭРБ в России среди взрослого населения

составляет 40-60%, что свидетельствует об актуальности данной патологии. Причем у 45-80% лиц с ГЭРБ обнаруживается эзофагит. Частота возникновения тяжелого эзофагита в общей популяции составляет 5 случаев на 100 000 населения в год. Распространенность пищевода Баррета среди лиц с эзофагитом приближается к 8% с колебаниями в диапазоне от 5 до 30%. В настоящее время широкое обсуждение получили вопросы тактики ведения пациентов с ГЭРБ на фоне скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (СГПОД), являющейся основной причиной заболевания. Развитие медицинской техники способствовали разработке новых способов диагностики, а появление новых медицинских препаратов для улучшения лечения пациентов с СГПОД, однако радикальным методом коррекции патологического рефлюкса остается хирургический. При обсуждении современных методов хирургической коррекции ГПОД во главу угла ставится, прежде всего, восстановление функционального состояния пищеводно-желудочного перехода создание антирефлюксного барьера. Повысить эффективность антирефлюксных вмешательств позволило широкое внедрение видеоэндоскопических технологий. В Клинике БГМУ за 2014 год выполнено 93 лапароскопические операции по поводу СГПОД, а за последние 10 лет 1106 вмешательств в различных модификациях. Осложненное течение заболевания в виде пептического эзофагита с явлениями эрозирования и изъязвления, развития рубцовых изменений нижней трети пищевода и эпизодов кровотечений в анамнезе отмечено у 71 (6,4%) пациента, при этом у 33 (3,0%) диагностирован пищевод Баррета. Инструментальное обследование пациентов включало стандартный набор обследований пищеводно-желудочного перехода по общепринятым методикам. На дооперационном этапе считали необходимым для адекватного выбора этапов операции и способов коррекции определение диаметра пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД). Для этого дополнительно при инструментальном обследовании проводили измерение ПОД во время рентгенбаллонографии. Разработанный в клинике способ хорошо зарекомендовал себя в клинической практике и на сегодняшний день является обязательным при постановке диагноза. (Патент РФ на изобретение № 2088158). Планирование и выполнение этапов зависело от степени расширения ПОД. Выполнение корригирующей операции при СГПОД включало в себя антирефлюксный этап и этап пластики пищеводного отверстия диафрагмы. Кроме дооперационных данных о степени расширения ПОД, нами интраоперационно выполнялось измерение пищеводного отверстия с помощью разработанного нами устройства (Патент РФ). Оно представляющее собой инструмент диаметром 5 мм для видеоэндоскопических операций с выдвигающейся линейкой. Инструмент позволяет объективизировать любые измерения во время выполнения миниинвазивных вмешательств. Антирефлюксный этап в Клинике выполняется по методике Nissen в различных модификациях как наиболее адекватной процедуре, способной противостоять забросу желудочного содержимого в пищевод. Этап пластики пищеводного отверстия диафрагмы считали показанным при расширении пищеводного отверстия более 3,5см. Так при диаметре пищеводного отверстия диафрагмы менее или равном 3,5см, мы считали достаточным выполнение антирефлюксного этапа без пластики ПОД. При расширении пищеводного отверстия от 3,5 до 5 см осуществлялась диафрагмокрурография, что было отмечено в 189 (17,1%) наблюдениях. В случае если диаметр ПОД превышает 5 см наложение лигатурных швов на ножки диафрагмы приводит к прорезыванию этих швов из-за избыточного натяжения, смещению манжеты в заднее средостение и возможному рецидиву заболевания. Либо при захвате в шов больших порций мышечной ткани диафрагмы возможно развитие стойкой дисфагии в послеоперационном периоде. В таких случаях нами у 121 (10,9%) пациента выполнена протезирующая пластика ПОД сетчатым эксплантатом. Протез укладывался в виде вставки, либо по всей окружности ПОД с четким контролем формируемого отверстия для пищевода с помощью разработанного устройства. Фиксация эксплантата производилась как лигатурными швами, так и с помощью герниостеплеров. Таким образом, всего выполнение коррекции ПОД понадобилось 310 (28,0%) больным. При сочетании ГПОД с другой абдоминальной патологией, требующей хирургической коррекции, в 211 (19,1%) случаях выполнены симультанные вмешательства. Наиболее часто сочетанные вмешательства наряду с коррекцией кардии включали холецистэктомию (154), удаление доброкачественных опухолей яичников (29), рассечение связки Трейтца (15), висцеролиз (11), грыжесечения (2). Интраоперационные осложнения диагностированы у 9 (0,8%) больных. Ранние послеоперационные осложнения, непосредственно связанные с антирефлюксными процедурами, диагностированы у 73 пациентов (6,6%). Наиболее частым ранним послеоперационным осложнением стала преходящая дисфагия – 39 (3,5%). Реактивный серозный плеврит имел место в 8 (0,7%) наблюдениях. Эти осложнения носили преходящий характер и были купированы консервативной терапией. Отдаленные результаты изучены у 341 (30,8%) больных в сроки от 1 до 5 лет после операции. С клиникой рецидива заболевания в стационар поступило 47 (4,2%) пациентов, оперированных в различных клиниках города и Республики. После предварительного дообследования повторно были оперированы 39 (3,5%) пациента, у остальных 8 (0,7%) выявлено смещение фундопликационной манжеты выше диафрагмы, однако отсутствовала клиника заболевания и при выполнении дополнительных методов исследования данных за ГЭРБ не выявлено. У 6 (0,5%) ввиду выраженного спаечного процесса в верхнем этаже брюшной полости, после ранее перенесенных

вмешательств вынуждены были перейти на лапаротомию. Таким образом, в условиях быстрого развития технологий в хирургии, повсеместного внедрения и совершенствования минимальноинвазивных методик лечения отбор больных на антирефлюксную операцию при ГПОД должен вестись по строгим показаниям, основанным на данных комплексного клинико-инструментального обследования. Лапароскопические операции при лечении больных ГПОД являются операциями выбора, способствуют уменьшению числа осложнений, улучшению результатов лечения. Выбор объема и вида оперативного вмешательства должен базироваться на объективных данных, полученных до операции и определенных интраоперационно. Видеоэндоскопические вмешательства при патологии пищеводно-желудочного перехода обеспечивают высокую медико-социальную и экономическую эффективность. Кроме того, данная технология позволяет без расширения доступа успешно выполнить одномоментную коррекцию сочетанной патологии органов брюшной полости.

---

220. Влияние метаболической хирургии на социальные аспекты жизни пациентов.

Галимов О.В., Ханов В.О., Зиганшин Д.М., Зиангиров Р.А.

Уфа

Кафедра хирургических болезней и новых технологий с курсом ИПО ГБОУ ВПО «БГМУ» Минздрава России

Рост распространенности морбидного ожирения (МО) и наличие сопутствующей ему патологии, являются важными факторами, влияющими как на продолжительность, так и качество жизни на общепопуляционном уровне. В последние три года в Клинике Башкирского государственного медицинского университета, 19 пациентам, индекс массы тела (ИМТ) которых превышал 35 кг/м<sup>2</sup> были выполнены бариатрические вмешательства. Все пациенты прошли всестороннее обследование с использованием функциональных, инструментальных и лабораторных методов. На операцию отбирались пациенты, имеющие связанную с ожирением патологию органов и систем после соответствующей предоперационной подготовки. Наиболее часто среди них встречались сердечно-сосудистая патология в 82,1% случаев, нарушения функции внешнего дыхания 41,4%, сахарный диабет 15,8%. В наблюдаемой группе больных женщин было – 11 (57,9%), мужчин – 8 (42,1%). Возраст колебался от 18 до 57 лет. Средний возраст составил 37,8±0,71 года, т.е. преобладали пациенты молодого, трудоспособного возраста. У прооперированных больных масса тела колебалась от 120 до 220 кг, в среднем 173±13,3 кг. Все оперативные вмешательства выполнялись в плановом порядке под эндотрахеальным обезболиванием. За изучаемый период выполнялись продольная резекция желудка («слив» резекция) 13 (68,4%) пациентам, в том числе 5 (26,3%) из них лапароскопически, а также 6 (31,6) больным выполнено желудочное шунтирование. Из операций используемых в клинике наиболее эффективной, на наш взгляд, оказалось желудочное шунтирование, но в то же время и наиболее технически сложно выполнимой. В комплексе анализа хирургического лечения больных с морбидным ожирением проведен мониторинг изменений показателей качества жизни (КЖ) пациентов до операции и через 1 год после вмешательства. Инструментом для оценки КЖ являлся опросник «Исследование медицинских результатов - Короткая форма – 36» (SF-36). При рассмотрении КЧ пациентов после бариатрических вмешательств результаты представлялись в виде оценок в баллах по всем шкалам в диапазоне от 0 до 100, где более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ. Подсчитаны средние показатели и стандартные отклонения параметров КЖ у всех 19 пациентов до начала лечения и у 11 пациентов непосредственно через год после операции. Отмечено, что после проведенного вмешательства показатели качества жизни меняются в положительную сторону практически у всех пациентов. Установлена более высокая физическая активность пациентов. Высоким был показатель ролевой физической активности после лечения, свидетельствующий о снижении роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности больного (р

221. Флеботромбоз верхней брыжеечной вены у больного на фоне аллергической реакции ядом пчелы

Старчиков С.В., (1) Ахметов Р.Ф., (1) Капустин Б.Б., (1), Большаков С.Э., (2) Моргунов С.С., (2)

г. Ижевск

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» (1), БУЗ УР «ГКБ №2 МЗ УР» (2)

Флеботромбоз брыжеечных вен встречается довольно редко, по сравнению с артериальной окклюзией. Как правило, развитие болезни связано с увеличением вязкости крови, нарушением кровотока, как следствие происходит образование тромба, который крепится к стенке сосуда. Приводим клиническое наблюдение. Больной М. 62 года. Доставлен службой скорой медицинской помощи. Жалобы на интенсивные боли в животе в течение 2-х часов. Боль носит нестерпимый характер. Тошнота и рвота отсутствуют. 3 часа назад получил яд пчелы. Сразу появился отек всего организма. Фельдшер ФАП выполнила инъекцию преднизолона 120 мг в/в. Отметил улучшение состояния. Затем появилась резкая боль в животе. В анамнезе имеется аллергическая реакция на яд пчелы (сопровождается отеком Квинке). Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Беспокоен. Возбужден. Положение вынужденное. Сознание ясное Ориентирован во времени и пространстве. Кожные покровы и слизистые сухие. Дыхание в легких везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца приглушены. АД 140/80 мм.рт.ст. Пульс 120 уд/мин. Живот: передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания. Не вздут. При пальпации мягкий, болезненный во всех. Признаки раздражения брюшины. Шумы кишечной перистальтики не выслушиваются. Анализ крови: Нв 120/г, л-12\*10<sup>9</sup> /л. На рентгенограмме органов брюшной полости без особенностей. Диагноз при поступлении: тромбоз брыжеечных сосудов. Выполнена лапаротомия. Из брюшной полости выделился ихорозный запах, гнилостный запах. Обнаружена гангрена тонкого кишечника. Сохранен только начальный участок тощей кишки в 30 см от связки Трейца. Выполнено скелетизирование отечной брыжейки тонкой кишки. Брыжейка пересечена. При пересечении верхней брыжеечной вены выделился тромб. Верхняя брыжеечная артерия проходима. Субтотальная резекция тонкого кишечника. Оставлена жизнеспособная часть тощей кишки. Кишечник на скрепочных швах от аппарата УО-40 погружен в брюшную полость. Санация брюшной полости растворами антисептиков. Интубация тощей кишки зондом Эботта-Миллера. Провизорные швы рану с оставлением дренажей. Запланирована санационная релапаротомия на следующие сутки. Препарат гистологический: некротизированная тонкая кишка и тромбированная верхняя брыжеечная вена. При релапаротомии распространяется некроз на купол слепой кишки. Резекция купола слепой кишки. Наложена еюноасцендоанастомоз бок в бок. Санация и дренирование брюшной полости. Гистологическое заключение врача-патологоанатома: некроз тонкого кишечника и тромбированная верхняя брыжеечная вена. Клинический диагноз: флеботромбоз верхней брыжеечной вены. Гангрена тонкого кишечника и купола слепой кишки. Распространенный серозный перитонит. Послеоперационный период протекал гладко, несмотря на большой уровень резекции. Длительная парентеральная поддержка организма. Кратность стула в течение суток 6 раз. Затем в количестве 3 раз. Швы удалены. Выписан на амбулаторное лечение на 10-е сутки. Ближайший период у больного без явных признаков ухудшения. Похудел на 10 кг. В крови обнаружено повышенное содержание циркуляции иммунных комплексов. Таким образом, аллергическая реакция на яд пчелы способствовала образованию тромба на неизменном участке верхней брыжеечной вены, приведшей к гангрене тонкого кишечника. Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать!

222. Результаты лечения больных с венозными тромбозомболическими осложнениями ривароксабаном

Варданян А.В.(1), Мумладзе Р.Б.(1), Газзаев Д.В.(1), Баданян А.Л.(1), Патрушев Л.И.(2), Долидзе Д.Д.(1), Левиков Д.И.(3), Токарев К.Ю.(3), Карабач Ю.В.(3), Науменко Э.В.(3).



Москва

1)Кафедра хирургии ГБОУ ДПО РМАПО 2)ФГБУН Институт биоорганической химии им. академиков М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова РАН, 3)Городская клиническая больница им. С.П. Боткина

Актуальность: В последние годы отмечается неуклонный рост частоты развития тромбоза глубоких вен (ТГВ) и связанных с ним венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО). Причиной этого считаются: увеличение среднего возраста населения, рост числа хирургических вмешательств, наличие новых, неучтенных факторов риска, более частое выявление наследственных и приобретенных нарушений системы гемостаза. Вместе с тем следует признать, что тактика лечения больных с ТГВ еще не стандартизирована как у нас в стране, так и за рубежом. Отсутствие общепринятой системы лечебных мероприятий приводит к частому развитию ВТЭО, значительному числу рецидивов тромбоза и постоянному увеличению числа больных с тяжелыми формами хронической венозной недостаточности вплоть до возникновения трофических язв. Цель исследования: анализ результатов эффективности и безопасности лечения больных с ВТЭО ривароксабаном. Материалы и методы: работа основана на данных анализа, диагностики и лечения 59 больных, поступивших в ГКБ им. С.П.Боткина с ВТЭО за период с октября 2014 г. по апрель 2015г. При этом у всех больных был диагностирован ТГВ, а у 8 (13,4%) из их числа – тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Возраст пациентов варьировал от 21 до 65 лет. Количество мужчин и женщин: 32 (54,2%) и 27 (45,7%) соответственно. Основным методом диагностики ТГВ и контроля за проводимым лечением явилось ультразвуковое ангиосканирование (УЗАС). Лабораторная диагностика системы гемостаза включала общепринятые коагуляционные тесты. Уровень тромбинемии определялся на основании концентрации РФМК и активности Д-димера. У 42 (71%) больных проведено молекулярно-генетическое исследование полиморфизмов: мутация FV Leiden, мутации G20210A в гене протромбина, C10034T в гене фибриногена- $\gamma$ , C677T в гене метилентетрагидрофолатредуктазы МТГФР, 4G/5G-полиморфизма в гене PAI-1. Лечение больных с ВТЭО в многопрофильном стационаре ГКБ им. С.П.Боткина включало подкожное введение лечебных доз гепаринов различной молекулярной массы с переходом на варфарин, с дальнейшим переводом на оральный ингибитор Ха фактора ривароксабан в фиксированной лечебной дозе 15мг x 2 раза/сут и в дальнейшем - профилактической дозе 20 мг x 1 раз/сут 3-6 и более месяцев. В качестве тромболитической терапии у больных с ТЭЛА применяли стрептокиназу 250 тыс. МЕ в/в капельно в течение 30 мин, затем 100 000 Ед/ч в течение 72ч. (суммарная доза до 3 000 000 МЕ). Результаты: при УЗАС системы НПВ у 40 (67,8%) больных обнаружен тромбоз проксимальных глубоких вен. При этом у 34 (57,6%) пациентов имело место двустороннее распространение тромбоза. Диагноз ТЭЛА был установлен у 8 (14%) больных по результатам общепринятых методов обследования, включающего КТ с болюсным усилением легочной артерии. При гемостазеологическом исследовании выявлены признаки тромбинемии - повышение концентрации РФМК у 36 (61%) и уровня Д-димера у 57 (96,6%) пациентов. При исследовании наследственных тромбофилий выявлены различные мутации, ассоциированные с риском развития ТГВ и ВТЭО, носившие мультигенный характер: гетерозиготные мутации FV Leiden – у 3 (7%) пациентов, в гене протромбина – у 6 (14%), фибриногена – у 18 (43%), МТГФР – у 26 (62%), PAI-1 – у 15 (36%) больных. При проведении лечебного тромболитического у 8 (14%) больных отмечено, что полное восстановление кровотока со стабилизацией гемодинамики малого круга кровообращения выявлено у 6 (75%) пациентов. Частичное восстановление и снижение систолического давления в легочной артерии до 35-45 мм. рт. ст. – у 2 (25%) больных. Неэффективности тромболитического среди наблюдаемых пациентов не отмечалось, геморрагических осложнений не наблюдалось. Результаты лечения 59 больных с ТГВ и ВТЭО ривароксабаном в разные сроки лечения показали хорошие результаты: рецидивов ВТЭО и геморрагических осложнений не отмечалось. По данным УЗАС полная реканализация просвета сосуда через 3 месяца отмечена у 38 (64%) больных, частичная реканализация - у 11 (36%) пациентов. Заключение: использование нового антикоагулянта ривароксабана при лечении больных с ВТЭО показало его эффективность и геморрагическую безопасность. Выбор длительной антикоагулянтной терапии и вторичной профилактики ВТЭО предпочтителен также ривароксабаном, особенно у больных с мутацией FV Leiden.

---

223.Лечение подслизистых новообразований толстой кишки

Толкачёв К.С., Стальмахович А.В.

Иркутск

Хирургические клиники ГБОУ ВПО ИГМУ Министерства здравоохранения РФ

Актуальность. Подслизистые новообразования желудочно-кишечного тракта- собирательное понятие, включающее изменения общим признаком, которых является локализация патологического очага подслизистой стенки полого органа. Они составляют до 5% всех новообразований данной локализации и могут быть бессимптомными, являясь случайной находкой при эндоскопическом исследовании. По сообщениям некоторых авторов, при патологоанатомическом исследовании умерших в возрасте старше 50 лет подслизистые опухоли пищевода впервые выявляются в 5%, подслизистые опухоли желудка - в 50% случаев. Прижизненно подслизистые новообразования верхних отделов желудочно-кишечного тракта обнаруживаются с различной частотой. Наиболее часто они встречаются в желудке, составляя 60% всех подслизистых новообразований верхних отделов желудочно-кишечного тракта, на долю пищевода приходится 30%, на долю двенадцатиперстной кишки – 10%. В толстой кишке подслизистые опухоли встречаются редко и в общей сложности составляют около 3% всех доброкачественных опухолей толстой кишки. Эндоскопическая диссекция в подслизистом слое (ESD – Endoscopic Submucosal Dissection). Метод ESD получил своё активное признание в работах авторов из Японии, Китая, США, Европы с 2009 года. Однако в них признаётся техническая сложность, длительность и высокий технический риск осложнений ESD при колоректальных новообразованиях. Кроме того подавляющее большинство этих исследований исходит из медицинских центров Японии и Южной Кореи и представлены авторами, обладающими опытом нескольких сотен ESD при опухолях различных локализаций. Цель работы. Ретроспективный анализ собственного первого опыта ESD новообразований толстой кишки в условиях клиник ГБОУ ВПО ИГМУ. Материалы и методы исследования. Выполнен анализ первых 4 ESD, выполненных на базе клиник ГБОУ ВПО ИГМУ за период с 2013 по 2014 год. Эндоскопическое вмешательство проводилось с использованием японской аппаратуры (стойка EVIS EXERA 2), колоноскопа CF – H180A, колпачков, инъекторов, диатермических петель, электрохирургического блока ERBE VOI 300D, ножей для подслизистой диссекции. Проводилась также прицельная хромоскопия 0,5 % раствором индигокармина с целью определения границ образования и оценки структуры кишечных ямок без осмотра с увеличением. Предварительная подготовка пациентов осуществлялась при помощи препарата «Фортранс» по схеме. Выбор препарата для подготовки был обусловлен тем, что макрогол является синтетическим линейным полимером, который не подвергается абсорбции и метаболизму в кишечнике и способен удерживать молекулы воды, увеличивая тем самым объём кишечного содержимого. Благодаря чему достигается эффективный лаваж без развития электролитных нарушений. Исследование выполнялось по следующей методике: на границе образования и нормальной слизистой, отступая от края образования на 0,5 см, наносились эндоскопические метки (при помощи эндоскопического ножа с изолированным дистальным кончиком). Далее в подслизистый слой на уровне меток вводился физиологический раствор (по 2-3 мл в каждую точку). С помощью эндоскопического ножа на уровне меток производился циркулярный разрез, дном которого являлся подслизистый слой (хорошо визуализировался при добавлении индигокармина в физиологический раствор). Самый ответственный и продолжительный этап – постепенное расслаивание, отделение слизистой от мышечного слоя, путём диссекции в подслизистом слое. Результаты исследования. За данный период нами было выполнено 4 ESD. Показанием к применению ESD манипуляции считали подозрение на злокачественный характер образования по макроскопической картине или данных предшествующей биопсии. Нами учитывался размер новообразований, а также данные анатомии. При выполнении ESD нами преследовалась цель удаление образования единым блоком в пределах здоровых тканей. Клинический пример наблюдения и лечения пациента В. 63 л. Пациент направлен к нам на колоноскопию с жалобами на периодическое не частое появление следов свежей крови в кале. Раньше исследование нижних отделов ЖКТ у данного пациента не проводилось. При первичной колоноскопии в прямой кишке на расстоянии до 10 см от ануса определялось эпителиальное новообразование 0-IIa+Is типа (Парижская классификация 2005 года). Приблизительный размер 3,5\*3,0 см., возвышалось над слизистой на 0.3 см, в центре узел до 1,0 см. Выполнено окрашивание 0,5 % раствором индигокармина. При осмотре в NBI режиме чётко визуализирована граница образования. Pit-pattern (по Кудо) III L. Структурность слизистой была сохранена. Участков депрессии не определялось. Взята биопсия. Получено следующее патологоанатомическое заключение: тубуло-ворсинчатая аденома с дисплазией 1-2 ст. Учитывая размер, анатомию и данные гистологического заключения была выполнена эндоскопическая резекция слизистой с диссекцией в подслизистом слое (ESD) . Манипуляция выполнена под местной анестезией, время затраченное на выполнение операции составило 2 ч 30 минут. Техника операции включала все этапы, описанные выше. При

удалении технических сложностей и осложнений не возникло. Лишь в одном месте образовался частичный поверхностный дефект мышечной оболочки, дефект клипирован двумя клипсами. Удалённое образование отправлено на патологистологическое исследование (при эвакуации фрагментировалось на две части). Заключение: первый фрагмент 1,5 см, представлен тубулярной аденомой толстой кишки, с дисплазией эпителия 1-2-3ст, единичными фокусами псевдокарциноматозной инвазии в основание аденомы, без признаков цитологической атипии. Фокус очагового роста дифференцированной аденокарциномы в аденоме, без признаков инвазии в ножку (в основание). Второй фрагмент 2 см, представлен тубулярной аденомой толстой кишки, с дисплазией 1-2-3ст, с признаками воспаления в строме, так же с лимфофолликулярной гиперплазией. После операции пациент находился под наблюдением в хирургическом стационаре. Данный пациент получал назначения, включающие в себя местную и общую гемостатическую терапию, обезболивающие препараты. На седьмые сутки после выполнения оперативного вмешательства выполнен эндоскопический контроль зоны интереса. При этом эндоскопическая картина соответствовала раннему послеоперационному периоду. Контрольная ректоскопия была проведена через месяц после операции. Выявлен дефект слизистой до 0,5 см, в центре которого очаговая гиперплазия, по краю венчик атрофии слизистой. В патологистологическом заключении - грануляционная ткань. На следующей ректоскопии через 1 месяц - очаг атрофии слизистой до 0,5-0,7 см, структурность слизистой сохранена. В патологистологическом заключении - фрагмент слизистой толстой кишки с атрофией, атипии нет. При контрольном осмотре через 1 год с момента операции в области диссекции определяется нормальная слизистая, с незначительной гиперплазией, небольшая конвергенция складок, структура слизистой сохранена. Преимущества этого метода от обычной резекции слизистой: возможность удаления больших по протяжённости новообразований единым блоком; более полный контроль над ходом операции (работая непосредственно в подслизистом слое, мы видим волокна мышечного слоя), что приводим к меньшему проценту перфораций; своевременный и полный гемостаз (возможность коагулировать сосуды по мере их выявления по ходу всей операции), риск отсроченных кровотечений уменьшается; радикальность удаления новообразований (по данным литературы рецидив опухоли после эндоскопической диссекции (ESD) в несколько раз ниже, чем после резекции слизистой (EMR)). При этом мы использовали эндоскопические ножи с изолированным дистальным кончиком, что так же уменьшает риск перфорации. Непременным условием проведения манипуляции считаем хорошую подготовку кишечника, когда содержимого полностью нет, либо представлено небольшим количеством легко удаляемой жидкости. Выводы. Таким образом, ESD является эффективным методом удаления образований толстой кишки на этапе освоения методики. Эта методика позволяет контролируемо и надёжно, удалить обширные очаги поражения одним блоком. Однако длительное время вмешательства и более высокий риск осложнений по сравнению с резекцией слизистой требует выполнения ESD только по строгим показаниям, главным из которых является подозрение на ранний рак толстой кишки и сомнительность его удаления единым блоком при резекции.

---

## 224. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА И СОРБЦИОННО-АНТИОКСИДАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ХОЛАНГИТЕ

Усмонов У.Д., Зияев Ш.А., Эгамов С.Ш., Абобакиров Д.М., Урмонова Н.М.

Андижан, Узбекистан

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных холангитом путем применения эндоскопических оперативных вмешательств с сорбционно-антиоксидантной терапией. Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования и комплексного лечения 58 больных холедохолитиазом осложненным холангитом. В зависимости от способа лечения, исследуемых больных разделили на 2 группы: контрольную группу составили 32 (55,2%) больных, которые производили различные эндоскопические методы операции; основную группу составили 26 (44,8%) больных, которые наряду с эндоскопическими вмешательствами, применяли сорбционно-антиоксидантную терапию. Результаты. Анализ динамики функционального состояния гепатобилиарной системы в процессе проводимой терапии

показал, что положительная динамика наблюдается у тех больных, которым в программу комплексного лечения включались сорбционно-антиоксидантная терапия. У больных основной группы уже на 3-4 сутки после предварительной эндоскопической декомпрессии желчевыводящих путей уровень общего билирубина снизился на 26,7%. В последующие дни уровень данного показателя снизился «плавно». Установлено, что у больных с холедохолитиазом осложненным холангитом развивался синдром эндогенной интоксикации и пероксидации. Это подтверждалось увеличением уровня лейкоцитарной индекса интоксикации до 78,8%, снижением индекса эндогенной интоксикации до 1,8 раз, повышением уровня молекул средних масс до 52,8%, увеличением уровня циркулирующих иммунных комплексов до 2,3 раза, увеличением уровня малонового диальдегида до 73,7% и диеновых конъюгатов до 48,3%. Динамика этих показателей убедительно показали, что использования сорбционно-антиоксидантной терапии с эндоскопическими вмешательствами значительно повысило эффективность лечения. Под влиянием проведенной сочетанной терапии уровень малонового диальдегида в плазме крови в основной группе на 3 сутки после эндоскопических вмешательств снизился на 23,8%. Уровень диеновых конъюгатов к этому сроку снизилось на 24,9%. Из проведенных эндоскопических вмешательств на первом этапе лечения были эффективны у 90 % больных. Под влиянием проведения сочетанного лечения у 14 (53,8%) больных выполнили второй этап лечебной тактики. Вывод. Применения эндоскопических вмешательств с сорбционно-антиоксидантной терапией способствует эффективной коррекции эндотоксикоза, более благоприятному течению раннего послеоперационного периода, тем самым позволяет улучшить результаты лечения больных с холедохолитиазом осложненным холангитом.

---

## 225.КОРРЕКЦИЯ ЭНДОТОКСИКОЗА И ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Усмонов У.Д., Эгамов С.Ш., Зияев Ш.А.,Абобакиров Д.М., Урмонова Н.М.

г. Андижан, Узбекистан

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Оценка и коррекция синдрома липопероксидации у больных с механической желтухой неопухолевого генеза. Материал и методы. Изучены результаты анализа комплексного лечения 64 больных с неопухоловой механической желтухой. В зависимости от способа лечения, исследуемых больных разделили на 2 группы: контрольную группу составили 33 (51,6%) больных, которые в комплекс традиционных лечебных мероприятий включали энтеросорбцию. Основную группу составили 31 (48,4%) больных. У этих больных наряду с энтеросорбцией применяли антиоксидантную терапию с отечественным препаратом Сукцинасоль. Результаты. Анализ динамики функционального состояния гепатобилиарной системы в процессе проводимой терапии показал, что положительная динамика наблюдается у тех больных, которым в программу комплексной терапии включались энтеросорбция и антиоксидантная терапия. У больных основной группы уже на 3 сутки после операции общего билирубина снизилось на 28,2% относительно исходных данных. В последующие дни уровень данного показателя снизился «плавно». Динамика показателей уровня индекса эндогенной интоксикации убедительно показали, что использование энтеросорбции с антиоксидантной терапией значительно повысило эффективность детоксикационной терапии. Под влиянием проведенного комплексного этапного лечения уровень малонового диальдегида в плазме крови в основной группе на 3 сутки после операции снизился на 24,9%. Уровень диеновых конъюгатов к этому сроку снизилось на 26,6% (р

---

## 226.ВЛИЯНИЕ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НА ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Усмонов У.Д., Эгамов С.Ш., Абобакиров Д.М., Зияев Ш.А., Урмонова Н.М.

Андижан, Узбекистан

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Оценить влияние эндогенной интоксикации на развитие полиорганной недостаточности у пожилых больных с острым калькулёзным холециститом. Материалы и методы. Изучены результаты хирургического лечения 78 пожилых больных с острым калькулёзным холециститом. Возраст обследованных больных варьировал от 60 до 74 лет, составляя в среднем  $65,7 \pm 3,4$  года. Основную группу составили 33 (42,3%) больных. В этой группе использована активная индивидуализированная хирургическая тактика. Состояние больных, показатели эндогенной интоксикации и результаты динамической оценки полиорганной недостаточности и лечения сравнивали с контрольной группой, состоящей из 45 (57,7%) больных, у которых использовали традиционные способы терапии. В контрольной группе использована активно-выжидательная тактика лечения больных. Результаты. Клиническими исследованиями установлено, что у пожилых больных с острым калькулёзным холециститом развивался синдром эндогенной интоксикации. При поступлении количество лейкоцитов в основной группе больных было повышено до  $14,96 \pm 0,86 \times 10^9/\text{л.}$ , что свидетельствует о выраженности инфекционного процесса. Уже на 2 сутки уровень данного показателя снизился на 26,9% относительно исходных данных, что в 1,1 раза меньше, чем при традиционном лечении (р

---

## 227.РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Усмонов У.Д., Абобакиров Д.М., Эгамов С.Ш., Зияев Ш.А., Урмонова Н.М.

Андижан, Узбекистан

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения пожилых больных острым калькулёзным холециститом путем применения минилапаротомного доступа. Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 78 пожилых больных с острым калькулёзным холециститом. Исследование проводилось на базе кафедры хирургии, урологии и анестезиологии-реаниматологии Андижанского государственного медицинского института за период с января 2013 по декабрь 2014 гг. Возраст обследованных больных варьировал от 60 до 74 лет, составляя в среднем  $65,7 \pm 3,4$  года. Основную группу составили 33 (42,3%) больных. В этой группе использована активная индивидуализированная хирургическая тактика с минилапаротомным доступом по методике клиники. Контрольную группу составили 45 (57,7%) больных, у которых использовали традиционные способы лапаротомного доступа. Пациенты были подвергнуты холецистэктомии через традиционный лапаротомный доступ. Косые разрезы в правом подреберье по Федорову или Кохеру использованы у 30 (66,7%) больных, а у 15 (33,3%) пациентов операция выполнена через верхне-срединную лапаротомию. Результаты. Для получения клинической оценки результатов комплексного хирургического лечения пожилых больных с острым калькулёзным холециститом нами проведен анализ осложнений в раннем послеоперационном периоде в исследуемых группах. Общее количество осложнений в контрольной группе составило 17,8% больных, а летальность - 4,4%. Применение активно-индивидуализированной хирургической тактики с использованием минилапаротомного доступа существенно повысило эффект лечения и способствовало благоприятному течению заболевания. Клинический анализ результатов показал, что традиционные доступы из-за

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

травматизации и инфицирования сопровождаются высоким процентом раневых осложнений. Обоснованное применение минилапаротомного доступа при операциях на желчном пузыре заметно уменьшает раневые осложнения. При этом также отмечается снижение числа осложнений со стороны сердечно-сосудистой и легочной системы. Летальных исходов в основной группе не было. Средние сроки пребывания больных в стационаре -  $8,8 \pm 2,2$  койко-дня, что на 4,6 дней меньше, чем при традиционной терапии (р

---

## 228. ЭНТЕРОСОРБЦИЯ С ИНТРАБИЛИАРНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ ОСЛОЖНЕННЫМ ХОЛАНГИТОМ

Усмонов У.Д., Эгамов С.Ш., Абобакиров Д.М., Зияев Ш.А., Урмонова Н.М.

Андижан, Узбекистан

Андижанский государственный медицинский институт

Цель. Улучшить результаты лечения больных с холангитом холецистохоледохолитиазного генеза путем применения сорбционной и интрабилиарной лазерной терапии (ИБЛТ). Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования и комплексного лечения 98 больных с холецистохоледохолитиазом. В зависимости от способа лечения, исследуемых больных разделили на 2 группы: контрольную группу составили 53 (54,1%) больных, которые в комплекс лечебных мероприятий включали энтеросорбцию (ЭС); основную группу составили 45 (45,9%) больных, которые наряду с ЭС применяли ИБЛТ по разработанной нами методике. Результаты. Динамический анализ функционального состояния гепатобилиарной системы в процессе проводимого лечения показал, что положительная динамика наблюдается у тех больных, которым в программу комплексной терапии включались ЭС и ИБЛТ. У больных основной группы уже на 3 сутки после операции уровень общего билирубина снизилось на 24,2%. В последующие дни уровень данного показателя снизился «плавно». Под влиянием проведенного сочетанного лечения уже к 2-3 суткам после операции отмечено достоверное снижение уровня АлТ на 33,2% от исходных данных, а в контрольной группе достоверное снижение уровня АлТ (на 25,1%) отмечено на 5-6 сутки после операции, тогда как в основной группе этот показатель почти достигал нормального значения. Динамика показателей уровня индекса эндогенной интоксикации убедительно показали, что использование ЭС с ИБЛТ значительно повысило эффективность комплексного лечения. Уровень индекса эндогенной интоксикации у этих больных нормализовался на 5-6 сутки после операции, что на 2-3 дня раньше, чем контрольной группы. Этот результат убедительно показывает, что использование ЭС и ИБЛТ за счет воздействия на воспалительный процесс и устранение источника интоксикации, значительно повысило эффективность дезинтоксикационной терапии. Под влиянием проведенного комплексного лечения уровень малонового диальдегида в плазме крови в основной группе на 3 сутки после операции снизился на 22,4%. Уровень диеновых конъюгатов к этому сроку снизилось на 23,4%. В результате проведенной комплексной терапии уровень тяжести полиорганной недостаточности по шкале SOFA в основной группе уже в первые сутки после операции достоверно уменьшился на 35,2%. В дальнейшем тенденция к снижению данного показателя сохранилась, и на 5 сутки после операции достиг до  $3,1 \pm 0,2$  балла, когда в контрольной группе даже на 7-сутки послеоперационного периода уровень данного показателя еще оставался высоким -  $3,8 \pm 0,2$  балла. Вывод. Применение ЭС в сочетании с ИБЛТ способствует эффективной коррекции синдрома эндогенной интоксикации, нормализации уровня продуктов липопероксидации, снижению числа полиорганных дисфункций, а также более благоприятному течению раннего послеоперационного периода, тем самым позволяет улучшить результаты лечения больных с холангитом холецистохоледохолитиазного генеза.

229. Способ стимуляции неоангиогенеза при хронических облитерирующих заболеваниях нижних конечностей

Плечев В.В., Рисберг Р.Ю., Олейник Б.А., Плечева Д.В.

Уфа

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет ГБУЗ Республиканский кардиологический центр

Актуальность. Во всем мире хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей возникает в среднем у 2-3% населения, причем с возрастом частота их увеличивается, достигая на седьмом десятилетии жизни 5-7%. Заболевание неуклонно прогрессирует, ухудшая результаты консервативного и хирургического лечения, приводя к ранней инвалидизации. Лечение хронической ишемии нижних конечностей на сегодняшний день является одной из наиболее сложных проблем ангиологии, особенно при поражении артерии голени и стопы. Частота выполненных ампутаций при заболевании, обусловленных ишемией, колеблется в пределах 16-46 на 100000 населения в год. Неэффективность первичных реконструктивных операций, при поражении артерий дистального русла, заставляет сосудистых хирургов искать новые нестандартные методы непрямого ревазуляризации. Эти операции направлены на стимуляцию коллатерального кровотока; артериализация вен голени и стопы, аутоотрансплантация сальника, ревазуляризирующая остеотрепанация по Ф.Н. Зусмановичу, компактомия по Г.А.Илизарову, поясничная симпатэктомия. Для улучшения кровообращения активно разрабатываются методы стимуляции неоангиогенеза путем введения в организм ангиогенных факторов роста: сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF), фактора роста фибробластов (FGF), фактора роста гепатоцитов (HGF). Также разрабатываются методы неоангиогенеза с помощью активации выше перечисленных факторов роста путем применения биоматериалов. Цель исследования: Улучшение результатов лечения пациентов с хронической ишемией нижних конечностей методом стимуляции неоангиогенеза. Материалы и методы: Стимулятор ангиогенеза нанохондрол использован в лечении 27 пациентов: После очистки и обезжиривания кожи антисептиком «Амидин» 2-хкратно (утром и вечером) проводилось втирание геля по внутренней поверхности бедра и икроножных мышц. Курс лечения длился 20 дней. Перед проведением у пациентов на тощак был взят анализ венозной крови. Так же забор венозной крови проводился через 1, 2, 3, 4 недели. Анализ крови проводился с помощью иммуноферментного набора для количественного определения человеческого васкулоэндотелиального фактора роста А (VEGF А) Bender MedSystems. Показанием к применению стимулятора неоангиогенеза являлось наличие клиники хронической ишемии нижних конечностей 2Б-4А степени, отсутствие распространенных некротических явлений по причине отсроченности эффекта данного вида терапии, неоперабельное поражение артерий дистального русла при анатомо-функциональной недостаточности коллатеральных путей кровотока (неэффективность консервативной терапии, глубокобедренно-подколенный индекс 0,4 и выше). Сопутствующей в течение 1 года наблюдения была только базовая антиагрегантная терапия (ацетилсалициловая кислота 100 мг/сутки), в более поздние сроки – стандартная ангиотропная терапия. Исследование проводится с 2014 по 2015 год, соответственно, максимальный срок наблюдения составил 1 год. Средний возраст пациентов составил 58,2±/1 год. Этиологией заболевания в большинстве случаев являлся атеросклероз (92%), реже – сахарный диабет (9%). Результаты: У всех пациентов через 3 месяца после изолированного введения стимулятора ангиогенеза отмечается клиническое улучшение. Максимальная положительная динамика составила +2 по Рутерфорду (умеренное улучшение). Увеличение индекса лодыжечного давления в среднем составило 0,15, напряжения кислорода в тканях – 15 мм рт.ст. Уровень фактора роста VEGF А достигла наиболее высоких показателей на 7 сутки после применения препарата. В ближайшие сроки после применения стимулятора (через 4 недели) установлено улучшение показателей микроциркуляции (по данным транскутантной оксиметрии), показателей гемореологии. Выводы: 1. Стимуляторы ангиогенеза необходимо применять у пациентов с дистальной формой поражения артерий нижних конечностей. 2. Результаты исследования показали эффективность применения препарата «Нанохондрол», как стимулятора неоангиогенеза при ХОЗАНК.

230. Острое нарушение мезентериального кровообращения тонкой кишки в стадии перитонита: интраоперационная хирургическая тактика

Дарвин В.В., Лысак М.М., Бабаев М.С., Бубович Е.В.

Сургут

БУ ВО ХМАО-Югры Сургутский ГУ, БУ Сургутская ОКБ

Цель исследования – на основании анализа результатов хирургического лечения больных с острым нарушением мезентериального кровообращения тонкой кишки в стадии перитонита определить оптимальную интраоперационную тактику. Материал и методы исследования. Нами проанализирован опыт хирургического лечения 52 больных с острым нарушением мезентериального кровообращения с гангреной тонкой кишки, осложненной перитонитом при локализации окклюзии в области 2 и 3 сегмента ствола верхней брыжеечной артерии. Проведен ретроспективный и проспективный анализ результатов хирургического лечения. Ретроспективный анализ (n-25) основан на результатах лечения больных, у которых были использованы общепринятые технологии при формировании межкишечных анастомозов. В основе проспективного анализа (n-27) лежит использование разработанного способа формирования межкишечного анастомоза с использованием однорядного узлового серозно-мышечно-подслизистого шва с последующим укреплением пластиной Тахокомб при программированных релапаротомиях. Возраст больных варьировал от 53 до 88 лет. Средний возраст составил  $67 \pm 9,3$  лет. Сроки поступления больных в стационар колебались от 8 часов до 4 суток. Сопутствующие заболевания имелись у 48 больных (92,3%): в контрольной группе на каждого больного приходилось 1,2 сопутствующих заболеваний, в основной соответственно 1,5. По характеру поражения сосудистого русла установлено: артериальные окклюзии имели место у 37 больных венозные - у 15. По протяженности зоны некроза больные распределились: сегментарный некроз (до 1 м) - у 19 больных, обширный – у 25, субтотальное поражение тонкой кишки - у 8. Явления перитонита имели место у всех больных. При сравнении возрастного показателя и преморбидного фона оказалось, что возраст, время с момента начала заболевания и преморбидный фон в группах не отличались ( $p > 0,05$ ), однако у больных основной группы поражение тонкой кишки носило достоверно более тяжелый характер ( $p < 0,05$ ). Всем больным была выполнена резекция отделов тонкой кишки: сегментарная (до 1 м) – у 19, обширная (более 1 м) - у 25, субтотальная резекция – у 8. У 17 больных контрольной группы во время первичного оперативного вмешательства был сформирован первичный межкишечный анастомоз, у 8 больных операцию закончили формированием еюно(илео)стом. В основной группе резекция пораженного участка тонкой кишки при первичном вмешательстве носила обструктивный характер. Приводящий и отводящий сегменты тонкой кишки зашивали наглухо механическим или ручным швом с укреплением линии швов пластиной Тахокомб. С целью декомпрессии тонкой кишки производили назоинтестинальную интубацию ее приводящих отделов. Первичную операцию заканчивали санацией, дренированием брюшной полости и формированием лапаростом для последующего проведения программы релапаротомий. Для временного закрытия брюшной полости использовали узловые лигатуры на апоневроз или кожу в зависимости от уровня ВБД, завязанные на «бантик». Количество программированных релапаротомий составляло от 2 до 4: 2 программированные релапаротомии потребовались у 18 больных, 3 - у 7, 4 - у 2. Ререзекция краев при программированных релапаротомиях была выполнена у 2 больных (7,5%). При выполнении программированной релапаротомии после оценки степени регрессии перитонита и жизнеспособности кишки накладывали отсроченный межкишечный анастомоз «бок в бок» однорядными внутриузловыми серозно-мышечно-подслизистыми атравматическими швами или степлером с укреплением линии анастомоза. При отсроченном анастомозировании у 19 (70,3%) больных сформирован еюно-илеоанастомоз, у 8 (29,7%) – еюно(илео)-трансверзоанастомоз. Результаты. В контрольной группе частота послеоперационных осложнений составила 52 %: у двоих оперированных имела место несостоятельность илео-еюно и илеотрансверзоанастомоза, у 1 – острая спаечная кишечная непроходимость, у 2 - эвентрация, у 1 - некроз стомированной подвздошной кишки, у 2 - нагноение послеоперационной раны, у 2 - острая пневмония, у 3 – СПОН. То есть, у 28% больных характер осложнений потребовал вынужденной экстренной релапаротомии. Средняя длительность стационарного лечения – 22,4+6,0 койко-дней. Кроме того, 6 больных второй группы выписаны с еюно-илеостомами, которым в последующем потребовалась реконструктивно-восстановительная операция. В послеоперационном периоде умерло 10 больных (40%). Частота послеоперационных осложнений в основной группе составила 37,0%: - воспалительный инфильтрат брюшной - у 1 больного, хирургическая инфекция послеоперационной раны – 3, острый инфаркт миокарда - у 1 больного, пневмония - у 3, СПОН - у 2. Средняя длительность



стационарного лечения – 18,0+4,5 койко-дней. Летальность в основной группе – 25,9% (7 больных). Таким образом, использование тактики отсроченного формирования тонкокишечных анастомозов, укрепленных пластиной Тахокомб, в процессе выполнения программированных релапаротомий позволило уменьшить частоту осложнений с 52% до 37%, снизить госпитальную летальность с 40% до 25,9%, исключить необходимость повторных реконструктивных операций в отдаленном периоде (в контрольной группе – 6 больных выписаны с энтеростомами), а также сократить средние сроки госпитализации на 4 койко-дня.

---

## 231. «САНАВИАЦИЯ» И «ТЕЛЕМЕДИЦИНА» В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ТРАВМОЙ ГРУДИ

Пушкин С.Ю., Решетов А.П., Беньян А.С.

Самара

ГБУЗ "Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина"

Вопросы оказания медицинской помощи пострадавшим с травмой грудной клетки уже прошли период осознания значимости проблемы и находятся на стадии внедрения в жизнь различных научно-практических алгоритмов, протоколов и клинических рекомендаций. Крайне важная роль в современной доктрине лечения травмы груди отводится мероприятиям, направленным на максимально скорое и близкое приложение ресурсов специализированной торакальной хирургической помощи к точке назначения – пациенту. Ответственность за полноту и скорость этих мероприятий традиционно возложена на службу «санитарной авиации», в задачи которой входят множество вопросов, касающихся оценки состояния пострадавших, показаний к лечебным воздействиям, направлению специалистов – торакальных хирургов, транспортировки пострадавших в многопрофильные учреждения и Травмацентры. На базе Самарской областной клинической больницы им. В.Д. Середавина в течение 5 последних лет функционирует Травмацентр I уровня. Помимо непосредственно стационарной помощи пострадавшим с политравмой и тяжелыми изолированными повреждениями груди, огромный пласт работы Травмацентра лежит в сфере круглосуточного оказания экстренной консультативной помощи всем стационарам города и области. Торакальные хирурги областной больницы принимают непосредственное участие в диагностических и лечебных мероприятиях, проводимых пациентам с травмой грудной клетки на всех этапах, от амбулаторно-поликлинического до специализированного стационарного, включая выезды по «санавиации», операции на «местах» и транспортировку пострадавших. В постоянном режиме осуществляется двусторонняя связь между Травмацентром и другими учреждениями, в которые первоначально поступают пострадавшие с травмой. Возможность передачи данных компьютерного обследования по «телемедицине» способствовала постановке правильного топического диагноза еще до выезда и, соответственно, планированию необходимых при этом лечебно-тактических действий. Стратегическая роль в функционировании программы оказания помощи пострадавшим возложена на мониторинг состояния пациентов, находящихся в критическом и нетранспортабельном состоянии, а также тех, которые были оставлены на местах с целью реализации мер по стабилизации основных витальных функций и временной стабилизации каркасной функции грудной клетки. У пострадавших с тяжелыми повреждениями груди главными вопросами для решения, стоящими перед торакальными хирургами, являются: устранение повреждений внутригрудных органов и стабилизация грудинно-реберного комплекса при множественных и флотирующих переломах. Поскольку возможности реализации высокотехнологичных хирургических мероприятий ограничены условиями оказания медицинской помощи, достаточно актуальным представляется наличие в арсенале торакального хирурга ресурсов, позволяющих минимально инвазивно осуществить диагностику интраплевральных повреждений, оценить объективность показаний к неотложной торакотомии, а также провести манипуляции, позволяющие временно стабилизировать грудную клетку. Провести в жизнь эти задачи возможно при условии наличия мобильных систем для проведения торакоскопии, устройств и способов для проведения стабилизации грудной клетки, современных дыхательных аппаратов для неинвазивной и эндотрахеальной вентиляции легких. При этом, тактика

этапного подхода к лечению тяжелых травм груди у пострадавших, находящихся на лечении в неспециализированном учреждении, оправдывает себя не только в плане рационализации и достижения равновесия между необходимостью оказания специализированной медицинской помощи и рисками, сопряженными с транспортировкой. Требуется уточнения лишь последующее очное (или заочное) участие торакального хирурга «априори» в лечебно-диагностической программе у пациентов, еще не доехавших до Травмцентра I уровня. Это же касается и вопросов кооперации с врачами смежных специальностей, участвующих в оказании помощи пострадавшим с торакальной травмой: реаниматологами, травматологами и т.д. Таким образом, дальнейшие перспективы улучшения результатов лечения пострадавших с травмой груди связаны как с оптимизацией диагностических и лечебных программ, так и, в немалой степени, с адекватным функционированием организационной модели многоуровневой медицинской помощи, включающей в себя такие понятия, как «санавиация» и «телемедицина».

---

### 232.Остеосинтез ребер при изолированной травме груди и политравме: параллели и противоречия

Корымасов Е.А., Бенья А.С., Пушкин С.Ю.

Самара

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава» ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина»

Актуальность проблемы. Вопросы оперативной фиксации ребер при множественных и флотирующих переломах у пациентов с изолированной травмой груди любой степени тяжести приобретают все большее распространение и обоснованы с позиций доказательной медицины. В то же время, имеются значимые противоречия в определении показаний к остеосинтезу ребер у пострадавших с политравмой, так как сопутствующие повреждения зачастую приносят известные трудности в комплексном лечении этих пациентов. Цель исследования – провести сравнительный анализ результатов остеосинтеза ребер у пострадавших с изолированной травмой груди и политравмой. Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 63 пострадавших с переломами ребер, которым был проведен остеосинтез с использованием системы фиксации «MatrixRib» в период с 2011 по 2015 гг. Среди пациентов было 45 мужчин, 18 женщин, в возрасте от 17 до 76 лет. Изолированная травма груди была у 33 пациентов, политравма – у 30. Степень тяжести травмы по шкале ISS (Injury Severity Score) была равна  $12,9 \pm 4,7$  баллов при изолированной травме груди и  $30,0 \pm 7,3$  баллов у пациентов с множественными повреждениями ( $t=1,97$ ,  $p>0,05$ ). Нами были выделены 7 показаний для проведения остеосинтеза: 1) множественные переломы (более 6 ребер с одной стороны, более 8 переломов с двух сторон); 2) флотирующий перелом ребер; 3) клинически значимая посттравматическая деформация грудной клетки; 4) ушиб легких средней и тяжелой степени; 5) ложный реберный сустав; 6) выраженный болевой синдром; 7) симультанная операции при торакотомии для устранения внутривезикулярных повреждений. Большинство пациентов оперированы в сроки от 6 до 72 часов после получения травмы. Необходимым условием являлись стабильные гемодинамические показатели. Противопоказанием к выполнению фиксации ребер являлось преобладание тяжелых повреждений других органов и систем, а также шок. Результаты и их обсуждение. У 52 пациентов проведен остеосинтез ребер с одной стороны, у 11 пациентов – двусторонний остеосинтез. Количество синтезированных ребер при этом было в пределах от 1 до 6. Главным критерием эффективности остеосинтеза ребер было купирование дыхательной недостаточности, подтвержденное данными газового состава крови. У пациентов с изолированной травмой груди показатели  $PO_2$  до и после операции составили  $58,3 \pm 8,4$  и  $98,8 \pm 12,1$  мм рт.ст. соответственно ( $t=2,75$ ,  $p0,05$ ). Летальность – 4 пациента II группы (13,3%). Проведенный анализ продемонстрировал высокую эффективность остеосинтеза ребер как у пациентов с изолированной травмой груди, так и у пострадавших с политравмой. При отсутствии противопоказаний остеосинтез является хорошей предпосылкой для последующего снижения риска грудных повреждений в формировании морбидности и летальности. Заключение. Остеосинтез ребер у пострадавших с переломами ребер является современным перспективным методом в комплексе мер специализированной торакальной хирургической помощи при травме груди. Высокотехнологичность операции, патогенетическое

обоснование, хорошие непосредственные результаты позволяют рекомендовать его как у пациентов с изолированной травмой груди, так и у пострадавших с политравмой.

---

### 233. Малоинвазивные хирургические технологии в лечении осложненных посттравматических кист поджелудочной железы

Болотников А.И., Розанов В.Е., Истомин Н.П., Хайкин И.В.

Москва

Кафедра хирургии ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России, КБ123 ФМБА России, Одинцово

Под нашим наблюдением находилось 74 больных с кистами поджелудочной железы преимущественно мужчин (67,6%) в возрасте от 33 до 59 лет. У всех больных возникновение кист поджелудочной железы связано с перенесенной травмой ее и посттравматическим панкреатитом при тяжелом течении травматической болезни. В диагностике кист использовались УЗИ, ФГДС, РХПГ, МР-панкреатохолангиография. Преобладала локализация кист в теле поджелудочной железы – в 40 (54,1%) случаев, в хвосте кисты были обнаружены в 17 (23,0%), в головке - в 11 (14,9%), множественная локализация выявлена в 6 (8,1%). Размеры кист колебались от 3,5 до 28 см в диаметре, объем содержимого - от 35,0 до 3500 мл. В работе использовали видеолапароскопическую систему «Storz», набор дренажных систем Ившина, 10 мм лапароскоп с углом обзора 30°, а также инструменты фирмы «Auto Suture». В работе использованы методы дискриминантного анализа по F-критерию Фишера, а также корреляционный анализ. Для сравнения относительных величин использовали метод арксинусного преобразования. Оценка статистической значимости показателей и достоверности различий сравниваемых выборок производилась по критерию Стьюдента при уровне значимости не ниже  $p$

---

### 234. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИИ ЛОНГО ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ

Кузьминов А.М., Фоменко О.Ю., Тихонов А.А., Минбаев Ш.Т., Королик В.Ю.

Москва

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России

Цель: улучшение результатов лечения больных геморроем. Материалы и методы: циркулярная резекция слизисто-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки циркулярным степлером RPH-03 выполнена у 219 больных геморроем 2-4 стадий. Возраст пациентов от 27 до 71 года. Сроки наблюдения после операции составили от 1 месяца до 10 лет. Результаты: у всех оперированных непосредственно сразу после вмешательства отмечено исчезновение симптомов заболевания, независимо от стадии геморроя. На 5-7 день после операции к привычной трудовой деятельности приступило 187(87,4%) человек. При лазерной доплеровской флоуметрии отмечена нормализация показателей микроциркуляции и сосудистого тонуса, по сравнению с исходными величинами, при стабильном показателе индекса эффективности микроциркуляции. При проктографии после операции отмечено уменьшение в размерах визуализируемых теней, исходящих из анального канала и являющихся отображением внутренних геморроидальных узлов, вследствие блокады конечных ветвей верхней прямокишечной артерии. Слизисто-подслизистый анастомоз проходим и

эластичен, в 89% случаев располагается на 2,5-3 см выше зубчатой линии. В отдаленные сроки после операции в 8(3,6%) случаях возникло выпадение внутренних геморроидальных узлов, расцененное, как рецидив заболевания. На выделение крови при дефекации предъявили жалобы 12(5,5%) пациентов. В связи с этим, 4(1,8%) пациентам произведена геморроидэктомия по Миллигану-Моргану, 9(4,1%) больным выполнена склеротерапия и в 7(3,2%) случаях выполнено латексное лигирование увеличенных внутренних геморроидальных узлов. У 21 (9,6%) человека сохранялись увеличенные наружные геморроидальные узлы, создававшие косметический дискомфорт, что потребовало их иссечения. У 1(0,5%) больного развилась компенсированная стриктура нижнеампулярного отдела прямой кишки без нарушения кишечной проходимости, связанная с идиосинкразией на металлические скрепки. Проведена консервативная терапия с положительным эффектом, хирургического вмешательства не потребовалось. Выводы: таким образом, накопленный опыт свидетельствует о патогенетической обоснованности и эффективности циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки при лечении 2-4 стадий геморроя.

---

### 235. Хирургическая тактика при сочетанной травме с ведущим повреждением живота

Болотников А.И., Розанов В.Е., Истомин Н.П., Хайкин И.В.

Москва

Кафедра хирургии ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России, КБ123 ФМБА России, Одинцово

Анализ аспектов хирургической тактики при сочетанной травме живота (СТЖ) основан на лечении 274 пострадавших, что составило 15,3% в структуре всех оперированных пострадавших с сочетанной травмой. Тяжесть повреждений живота варьировала от 12,8±1,3 до 35,8±2,9 баллов по ISS (Injury Severity Score), общая тяжесть травмы – 28,9±1,5 баллов по ISS, тяжесть состояния – 27,9±1,3 баллов по APACHE-II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II). При повреждениях живота придерживались следующей хирургической тактики: 1) при повреждении двенадцатиперстной кишки: а) ушивали дефект в поперечном направлении атравматической иглой двухрядными швами (первый ряд в внутрипросветном расположением узлов) с последующей перитонизацией лоскутом париетальной брюшины и обеспечением надежной декомпрессии кишки и исключением ее из пассажа желудочного содержимого наиболее простым и доступным способом - временным лигированием привратника с наложением гастроэнтероанастомоза с брауновским соустьем; б) дренировали зону операции, а в случаях забрюшинного повреждения кишки - через контрапертуру в правой поясничной области; в) создавали декомпрессию желчевыводящей системы. 2) при повреждении тонкой и ободочной кишок одномоментное наложение энтероанастомоза с трансанальной интубацией тонкой кишки выполняли не позднее 6 часов с момента травмы. При резекции тонкой кишки позднее 6 часов с момента травмы производили дополнительное формирование Y образной декомпрессионной стомы. Соустья ободочной кишки с экстраперитонизацией их и интубацией нисходящей кишки формировали не позднее 6 часов с момента травмы, а в остальных случаях - дополняли вышележащей соответствующей стомой ободочной кишки. Во всех случаях ушивания ран полых органов проводили дополнительную герметизацию линии швов пластиной «ТахоКомб», позволившая в некоторых случаях отказаться от выполнения дренирующих желудок операций и от наложения разгрузочных колостом. 3) при повреждении внутрибрюшного отдела прямой кишки осуществляли наложение разгрузочной петлевой сигмостомы, дренировании параректальной клетчатки на стороне гематомы, дивульсии ануса; укрытии культи прямой кишки тазовой брюшиной с дренированием пресакрального пространства со стороны промежности при множественных и обширных повреждениях прямой кишки и выполнении операции по Гартману. 4) при повреждениях печени при I-II ст. выполняли герметизацию ран пластиной «ТахоКомб» или ушивали их атравматической иглой с дренированием; при III ст. - резекцию печени (атипичных, сегмент- и лобэктомий), с укрытием раневой поверхности пластиной «ТахоКомб»; при IV ст. - осуществляли в зависимости от локализации раны верхнюю (по Киари) или нижнюю (по В.С.Шапкину) гепатопексию после укрытия раны пластиной «ТахоКомб», а в связи с неэффективностью гемостаза печень плотно укутывали кетгутовой или surgipro сеткой. 5) при повреждении селезенки ушивали отдельными швами из

рассасывающего материала на атравматической игле при неглубоких разрывах паренхимы (менее 0,5 см) области полюсов селезенки; выполняли спленэктомию с аутотрансплантацией ткани селезенки в «карман» большого сальника при глубоких разрывах паренхимы, локализующихся в области полюсов, диафрагмальной поверхности, области ворот органа. При внеабдоминальных повреждениях придерживались следующей хирургической тактики: 1) При наличии конкурирующих источников острой кровопотери операции выполняли симультанно, расчлняя наиболее тяжелые этапы по времени: обнаружение источника кровотечения, временная остановка его; интенсивное восполнение кровопотери (гемотрансфузия + реинфузия); проведение восстановительной операции. 2) Последовательно в ходе одного наркоза при тяжести травмы от 20 до 25 баллов по ISS выполняли лапаротомию и: а) трахеостомию при тяжелой травме черепа (особенно стволовых отделов) в сочетании с повреждением лицевого скелета и (или) дыхательной недостаточностью; б) декомпрессионную трепанацию черепа при наличии компрессионно-дислокационного синдрома головного мозга; в) торакоцентез и дренирование плевральной полости при гемопневмотораксе; г) наружную стабилизацию переломов костей таза аппаратами внешней фиксации при продолжающемся кровотечении из спонгиозных костей, пресакральных и превезикальных венозных сплетений, а также ветвей внутренней подвздошной артерии; д) стабилизацию переломов длинных костей аппаратами внешней фиксации. Применение представленных основных принципов лечения СТЖ позволило снизить частоту развития осложнений с 42,2% до 31,7%, а летальность – с 37,6% до 25,5% по сравнению с традиционной тактикой (р

---

#### 236. Хирургическая тактика при сочетанной травме с ведущим повреждением груди

Бондаренко А.В., Розанов В.Е., Истомина Н.П., Хайкин И.В.

Москва

Кафедра хирургии ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России, КБ123 ФМБА России, Одинцово, 1586 ВКГ Минобороны РФ, Подольск

Анализ аспектов хирургической тактики при СТГ основан на лечении 329 пострадавших, что составило 18,3% в структуре всех оперированных пострадавших с СТ. Тяжесть повреждений груди варьировала от 13,9±0,7 до 30,0±2,9 баллов по ISS (Injury Severity Score), общая тяжесть травмы – 28,0±1,6 баллов по ISS, тяжесть состояния – 28,2±1,5 баллов по APACHE-II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II). Всего на груди было выполнено 486 операций, на других анатомических областях – 370. При ведущем повреждении груди хирургическая тактика предусматривала выполнение следующих положений: 1) в первую очередь выполняли операции по остановке внутриполостного кровотечения и - последовательно в ходе одного наркоза операции по ликвидации дыхательных расстройств; 2) при наличии равных по интенсивности источников кровотечения в груди и животе, оперативные вмешательства выполняли симультанно. Сначала производили временную остановку всех источников кровотечения, а затем после восполнения ОЦК - окончательный гемостаз; 3) в случаях, когда еще имелась и травма черепа с быстро прогрессирующим сдавлением мозга гематомой или костными отломками, хирургические вмешательства выполняли последовательно в ходе одного наркоза: начинали с лапаро- или торакотомии (лапароскопии или торакокопии), после временной остановки кровотечения производили декомпрессию головного мозга и после относительной стабилизации гемодинамики - окончательный гемостаз; 4) залогом успеха в лечении являлась ранняя декомпрессия головного мозга, стабилизация отломков опорно-двигательного аппарата и реберного каркаса грудной клетки хирургическим путем. Поэтому принцип раннего (в первые 1 сут. с момента травмы) остеосинтеза костей таза, длинных костей и ребер соблюдался независимо от характера и количества поврежденных анатомических областей; 5) при тяжести повреждений груди от 13,9±0,7 до 19,7±0,4 баллов по ISS в лечении применяли видеоторакоскопическую технику, в том числе и для стабилизации реберного каркаса грудной клетки, при тяжести более 20 баллов по ISS – торакотомию. Применение представленных основных принципов лечения СТГ позволило снизить частоту развития осложнений с 41,9% до 30,7%, а летальность – с 30,2% до 24,0% по сравнению с традиционной тактикой (р

237. Роль видеоторакоскопических технологий в лечении осложнений закрытой травмы груди

Бондаренко А.В., Розанов В.Е., Истомина Н.П., Хайкин И.В.

Москва

Кафедра хирургии ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России, КБ123 ФМБА России, Одинцово, 1586 ВКГ Минобороны РФ, Подольск

Оперативная видеоторакоскопия (ОВТС) была применена при средней тяжести травмы  $13,9 \pm 0,7$  баллов по ISS (Injury Severity Score) в 86 случаях и  $19,7 \pm 0,4$  баллов – в 46. Используя видеоторакоскопическую технику нам удалось выполнить следующие хирургические манипуляции по поводу ЗТГ: коагуляцию ран легкого с помощью лазеро-аргонно-плазменной техники – в 18 случаях, ушивание ран легкого наложением ручного Z-образного интракорпорального шва аппаратом «Эндостич» - в 10, ушивание ран легкого сшивающим аппаратом типа Endo CIA-30 – в 13, герметизацию ран легкого эндопетлей Редера – в 12, герметизацию ран легкого пластиной ТахоКомб – в 8, атипическую (краевая или клиновидная) резекции легкого – в 9, удаление нижней доли легкого – в 13, прошивание (клипирование) внутренней грудной артерии – в 16, прошивание (клипирование) межреберной артерии – в 16, прошивание (клипирование) мышечных ветвей межреберной артерии – в 9, коагуляцию мышечных ветвей межреберной артерии с помощью лазеро-аргонно-плазменной техники – в 14, коагуляцию ран диафрагмы с помощью лазеро-аргонно-плазменной техники – в 18, прошивание (клипирование) сосудов диафрагмы – в 6, стабилизацию костного каркаса грудной клетки – в 48, вскрытие напряженных субплевральных гематом – в 48, устранение свернувшегося гемоторакса – в 12, устранение хилореи путем клипирования или ушивания грудного протока и плевродеза – в 11, декомпрессию медиастинальной плевры при напряженной эмфиземе средостения – в 26, рассечения плевральных сращений с помощью плазменных потоков - «бескровный пневмолиз» - в 23, лоскутную париетальную плеврэктомию – в 13, внутригрудное обезболивание (блокады) – в 120, туалет плевральной полости и направленное дренирование – в 132. ОВТС, как правило, завершали озвучиванием плевральной полости низкочастотным ультразвуком (установка УРСК-7Н; частота колебаний 26,6 кГц, амплитуда колебаний 30-60) под слоем раствора антисептика. Дренирование плевральной полости было более эффективно в режиме активной аспирации с разрежением 15-20 см вод.ст. Таким образом, ОВТС может быть с успехом выполнена при тяжести ЗТГ до 20 баллов по ISS, при компенсированном или субкомпенсированном состоянии жизненно важных функций, у пострадавших с гемотораксом, в том числе и свернувшимся, пневмотораксом, в том числе и напряженным или гемо-пневмотораксом любого объема, напряженной эмфиземой средостения, в том числе с экстраперикардиальной тампонадой сердца, с разрывом диафрагмы до 2 см по AAST-OI, с повреждением грудного лимфатического протока, с патологической подвижностью (флотацией) участка грудной стенки (реберного «клапана») до 6 см. Противопоказаниями для применения видеоторакоскопической техники при ЗТГ являются тяжесть более 20 баллов по ISS и тяжести состояния более 25 баллов по APACHE-II, декомпенсированное состояние жизненно важных функций, повреждение сердца, магистральных сосудов и крупных бронхов, гемомедиастинум с компрессией дыхательных путей и магистральных сосудов, облитерация плевральной полости из-за ранее перенесенных торакотомий. Данные проведенного исследования свидетельствуют о высокой эффективности предложенной схемы оказания помощи пострадавшим с ЗТГ с использованием видеоторакоскопических технологий. Это подтверждается основными показателями результатов лечения: частота осложнений снизилась 2,4 раза, летальность – в 6,4 раза, чем при использовании «традиционных» методик лечения (р

---

238. Роль эндоректальной проктопластики в лечении ректоцеле

Кузьминов А.М., Королик В. Ю., Минбаев Ш.Т., Черножукова М.О.

Москва

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии» Минздрава России

Актуальность: в настоящее время сохраняется стойкая тенденция к росту заболеваемости ректоцеле. При этом выраженные нарушения эвакуаторной функции наблюдаются примерно у 58% пациенток. Ведущая роль в патогенезе развития ректоцеле отводится расхождению передней порции мышц *m. levator ani*, истончению и перерождению ректовагинальной перегородки. Исходя из этиопатогенеза развития ректоцеле, нами разработан комбинированный метод хирургического лечения направленный на укрепление ректовагинальной перегородки, восстановление ее анатомии и создания прочного фасциально-мышечного каркаса тазового дна путем эндоректальной аппаратной механической циркулярной резекцией слизисто-подслизистого слоя по методике Лонго с пластикой ректовагинальной перегородки аллотрансплантатом. Материалы и методы: с использованием циркулярной эндоректальной проктопластики оперировано 148 женщин с ректоцеле 2-3 степени. Как самостоятельный метод лечения, эндоректальная проктопластика по методике Лонго, применена у 118 пациенток с ректоцеле в возрасте 31 до 68 лет: 2-я степень ректоцеле диагностирована у 95(80,5%) из них, 3 степень – у 23(19,5%). У 30 больных в возрасте 54,5±2,8 года, с ректоцеле 3 степени операция Лонго дополнена пластикой ректовагинальной перегородки аллотрансплантатом. Сроки наблюдения за пациентками составили от 1 месяца до 6 лет. Результаты: при использовании операции Лонго, как самостоятельного метода лечения, у 118 пациенток со 2-й и 3-й степенью ректоцеле, в отдаленные сроки положительные результаты лечения отмечены в 89% и в 57% случаев соответственно. При 2-й степени ректоцеле при применении данного методики рецидивов заболевания не было, в группе больных с 3-й степенью ректоцеле рецидивы клинических симптомов возникли в 17% наблюдений. У всех 30 больных с ректоцеле 3 степени, оперированных комбинированным методом, т.е. дополнением операции Лонго пластикой ректовагинальной перегородки аллотрансплантатом, уже через 1 месяц наступила нормализация опорожнения прямой кишки, не требующая ручного пособия при дефекации. При сроках наблюдения до 48 месяцев, ни у одной из оперированных больных признаков рецидива заболевания не отмечено. Заключение: применение операции Лонго, как самостоятельного метода лечения, при ректоцеле 3 степени, сопровождается высокой частотой рецидивов заболевания, что обусловлено, по нашему мнению, истончением соединительно-тканых структур ректовагинальной перегородки. Накопленный нами опыт лечения больных с 3 степенью ректоцеле, свидетельствует о необходимости применять для их лечения эндоректальную проктопластику с пластикой ректовагинальной перегородки, т.е. выполнять лечение комбинированным методом, так как при этом достигается надежное укрепление аллотрансплантатом истонченной ректовагинальной перегородки. Опыт наблюдения за оперированными больными свидетельствует о патогенетической обоснованности и высокой эффективности лечения ректоцеле 3 степени комбинированным методом.

---

### 239. Особенности хирургической тактики при сочетанной травме

Бондаренко А.В., Розанов В.Е., Истомин Н.П., Хайкин И.В.

Москва

Кафедра хирургии ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России, КБ123 ФМБА России, Одинцово, 1586 ВКГ Минобороны РФ, Подольск

Под нашим наблюдением находилось 1792 пострадавших с сочетанной травмой (СТ), средний возраст которых составил 31,6±1,4 лет. Для объективной многофакторной оценки тяжести травмы пострадавших использовали систему ISS (Injury Severity Score): 12,8±1,3 баллов встретилось в 590 (%) наблюдений, 25,6±1,6 - в 715 (%) и 35,8±2,9 – в 487 (%). Для оценки тяжести состояния пострадавших применяли

бальную систему APACHE-II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II):  $20,1 \pm 1,8$  выявлено в 394 (%) случаях,  $26,8 \pm 1,3$  – в 967 (%) и  $38,5 \pm 2,9$  – в 431 (%). В острый период СТ выполняли первичные хирургические вмешательства, которые в соответствии с целями и по срочности выполнения разделяли на четыре типа: реанимационные, экстренные, срочные и отсроченные, удельный вес которых составил соответственно 1,9%, 64,7%, 15,7%, 17,7%. Реанимационные операции осуществлялись в срок до 20-30 минут с момента доставки в стационар независимо от тяжести состояния пострадавшего. Экстренные операции были направлены на спасение жизни пострадавших, осуществлялись на жизненно важных органах при их повреждении и интенсивно нарастающих расстройствах функции и выполнялись от 30 минут до 2 часов с момента поступления пострадавшего. Срочные операции выполнялись у пострадавших с не опасными для жизни в момент поступления повреждениями, но полное выведение которых из состояния шока без операции было невозможно. Отсроченные операции были направлены на профилактику осложнений, создания благоприятных условий для быстрого заживления ран и сохранения функций поврежденных органов, которые выполнялись не позднее 1-2 сут. с момента получения травмы, но только после стабилизации жизненно важных функций. В хирургической программе предусматривали последовательность вмешательств на различных областях тела, при этом выполняли однократные, одноэтапные (симультанно или последовательно в ходе одного наркоза) и поэтапные вмешательства, удельный вес которых составил соответственно 6,6%, 15,2%, 39,8%, 38,4%. Симультанные и последовательные в ходе одного наркоза оперативные вмешательства выполняли, в основном, по первичным экстренным показаниям, где риск выполнения их максимальный, но оправдан целями каждой из таких операций - спасения жизни пострадавшего. Такие же цели, но с меньшим риском, преследовались и при выполнении указанных операций по первичным срочным показаниям. По отсроченным показаниям выполнение симультанных и последовательных в ходе одного наркоза операций преследовало уже другие цели - сокращение времени оперативных вмешательств. Однако при этом риск проведения таких операций должен быть сведен к минимуму. Большое значение при разработке хирургической тактики придавали определению тяжести травмы, шока и состояния пострадавших с выделением критериев прогноза. При благоприятном прогнозе (ISS- $12,8 \pm 1,3$ , APACHE-II-  $20,1 \pm 1,8$  и  $\pm I/T-8,9 \pm 0,4$  баллов) для оперативного лечения выполняли любые оперативные вмешательства; при сомнительном (ISS- $25,6 \pm 1,6$ , APACHE-II-  $26,8 \pm 1,3$  и  $\pm I/T-16,0 \pm 1,74$  баллов) - возрастал удельный вес экстренных операций, при этом проводилась интенсивная коррекция жизненно важных функций; при неблагоприятном (ISS- $35,8 \pm 2,9$ , APACHE-II-  $38,5 \pm 2,9$  и  $\pm I/T-25,2 \pm 1,4$  баллов) - операции выполнялись для спасения жизни пострадавшего. Использование предложенной хирургической тактики позволило уменьшить частоту операций, неадекватных тяжести повреждениям в 3,1 раза, а также - летальность в 2,3 раза, чем при «традиционном» подходе (p

---

#### 240. Диагностическая видеолaparоскопия при травматическом панкреатите

Истомина Н.П., Розанов В.Е., Болотников А.И., Хайкин И.В.

Москва

Кафедра хирургии ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России, КБ123 ФМБА России, Одинцово

Под нашим наблюдением находилось 140 пострадавших с травмой поджелудочной железы, осложненной острым панкреатитом. Острый панкреатит чаще развивался у мужчин – в 98 (70,0%) случаях. Средний возраст больных составил  $40,1 \pm 2,2$  лет. Больные поступали в различные сроки от начала заболевания, преимущественно до 12 часов (68,6%). Общая тяжесть травмы по ISS (Injury Severity Score) составила в среднем  $28,1 \pm 1,2$  баллов. В своей работе мы использовали лапароскопические системы «Эндо медиум» и «Storz», а также инструменты указанных фирм и «Auto Suture». Установлено, что частота развития острого панкреатита зависела от тяжести травмы: при тяжести СТЖ  $20,9 \pm 1,4$  баллов по ISS – в 23 (16,4%) случаев, при  $27,7 \pm 1,6$ - в 49 (35,0%) и при  $33,4 \pm 1,6$ - в 68 (48,6%). Диагностическая видеолaparоскопия выявила следующие изменения в поджелудочной железе: отечный (интерстициальный) панкреатит – в 24 (17,1%) случаев, панкреонекроз – в 116 (82,9%). При этом геморрагический панкреонекроз был установлен в – 29,



жировой – в 18, смешанные формы – в 13, с ограниченной забрюшинной флегмоной и мелкими секвестрами – в 31, с распространенной парапанкреатической и забрюшинной флегмоной, крупными секвестрами – в 25. Локализация процесса чаще всего наблюдалась в хвосте поджелудочной железы – в 50 случаях, затем – в теле – в 44, головке – в 30 и в 16 - патологический процесс занимал все отделы органа. Местный перитонит был выявлен в 40 случаях, распространенные формы – в 80 (диффузный – в 51 и разлитой – в 29). При остром интерстициальном панкреатите в сальниковой сумке обнаруживается серозный выпот. Сама железа представляется уплотненной, стекловидно отечной, характерный рисунок дольчатости ее становится размытым или исчезает. Отек редко распространяется на парапанкреальную клетчатку, здесь его можно обнаружить в более отдаленные сроки - спустя 1-3 дня. К этому времени более отчетливым становится уплотнение железы, выявляемое путем инструментальной «пальпации», ее взбухание в вентральном направлении. Признаками геморрагического панкреонекроза, выявляемыми при лапароскопии, являются: 1) геморрагический отек сальниковой сумки, парапанкреальной клетчатки, распространяющийся по забрюшинному пространству на корни брыжеек ободочной и тонкой кишок, паранефральную клетчатку, кровоизлияния в стенку желудка; 2) субсерозные кровоизлияния в окружности поджелудочной железы и в зоне отека размером от мелкоочечных до крупных, сливающихся между собой и принимающих вид гематом травматического происхождения; 3) геморрагический выпот в полости брюшины от светло-розового до темно-бурого цвета. При жировом панкреонекрозе выявляли пропотевание лимфы в окружающие ткани и полость брюшины, стекловидный отек и уплотнение поджелудочной железы, отек парапанкреальной, реже - других отделов забрюшинной клетчатки; светлый выпот в полости брюшины с высоким содержанием панкреатических ферментов; очаги некроза жировой клетчатки (стеатонекрозы), концентрирующиеся вблизи лимфатических сосудов, обеспечивающих отток лимфы от поджелудочной железы. Признаки жирового панкреонекроза - очаги стеатонекрозов обнаруживали, как правило, лишь спустя 12 часов от начала заболевания, а количество их увеличивалось на протяжении трех суток. В начальной стадии проявления стеатонекрозы на брюшине имели вид бледных матовых пятен с нечеткими очертаниями, но к исходу первых суток они приобретали вид округлых блестящих плотноватой консистенции размером от нескольких миллиметров до 1,5 - 2 см в поперечнике. В местах скопления они сливались между собой, образуя крупные очаги причудливой конфигурации. Увеличенное видео-лапароскопическое изображение позволяет разглядеть геморрагический ободок вокруг некоторых бляшек. Видимые локусы жирового некроза раньше всего появлялись в полости сальниковой сумки, затем в малом и большом сальниках, корне брыжейки поперечно-ободочной кишки. Необходимо подчеркнуть, что небольшое количество видимых глазом субсерозных очагов жирового некроза, даже спустя несколько дней от начала заболевания, иногда не соответствовали тяжести органных изменений в поджелудочной железе, но их обилие и отдаленное от поджелудочной железы расположение, как правило, указывало на крупноочаговый панкреонекроз. При смешанной формы панкреонекроза на фоне отека и выпота с геморрагическим компонентом обнаруживали множественные бляшки стеатонекрозов на брюшине. Полагаем, что видеолапароскопия является существенным подспорьем в диагностике острого панкреатита, но правильная интерпретация визуальных находок возможна лишь при совокупной оценке анамнестических, клинических и лабораторных данных. Так, изменения в брюшной полости, свойственные отечному панкреатиту, могут оказаться первыми проявлениями панкреонекроза. Несоответствие лапароскопических находок прогрессирующей клинической картине заболевания требует оценки динамики изменений в брюшной полости (динамическая лапароскопия). Релапароскопия через 12- 24 ч позволяет уточнить диагноз и исключить диагностическую ошибку. Видеолапароскопические технологии при диагностике поздних осложнений панкреонекроза позволяют правильно оценить распространенность гнойно-воспалительного процесса.

---

241. Отдаленные результаты лечения экстрасфинктерных свищей методом сегментарной проктопластики

Кузьминов А.М., Минбаев Ш.Т., Бородкин А.С., Королик В.Ю., Черножукова М.О.

Москва

ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им А.Н. Рыжих» Минздрава России

Актуальность. Хирургическое лечение экстрасфинктерных свищей остается актуальной проблемой в связи с частыми рецидивами заболевания (4.7-33.0 % больных) и развитием анальной инконтиненции (5-83 %). Материалы и методы. Изучены отдаленные результаты в лечении экстрасфинктерных свищей прямой кишки методом сегментной проктопластики. в период с 2006 по 2014гг с применением сегментарной проктопластики оперировано 188 пациентов с экстрасфинктерными свищами прямой кишки (1-4 степени сложности), криптогландулярного происхождения, за исключением случаев с наличием острого воспалительного процесса в околопрямокишечной клетчатке или выраженного рубцового процесса распространяющегося более чем на 1/3 окружности анального канала. Средний возраст больных составляет  $44,6 \pm 11,8$  лет. Были включены 138 (73,4 %) мужчин и 37(26,6 %) женщин. У 16 (8,5 %) пациентов была рецидивирующая форма свища. Результаты. В раннем послеоперационном периоде у 4 (2,1 %) больных возникла ретракция низведенного лоскута, что потребовало проведения лигатуры, с последующей ликвидацией свища лигатурным методом. Отдаленные результаты лечения прослежены у 78(41,5%) пациентов, рецидив заболевания выявлен у 7 (8,9%) пациентов в сроки от 3 месяцев до 4,5 лет. Результат лечения были классифицированы как: хорошие - при отсутствии свища и недостаточности анального сфинктера, удовлетворительные - при отсутствии свища с явлениями недостаточности анального сфинктера I степени, неудовлетворительные - рецидив свища или II-III степень недостаточности анального сфинктера. Хорошие результаты лечения достигнуты у 60(76,9%) пациентов, удовлетворительные - у 10 (12,8 %) пациентов и неудовлетворительные - у 8 (10,3 %) пациентов. Заключение. Низведение сегмента прямой кишки по предложенной методике позволяет радикально ликвидировать внутреннее свищевое отверстие, сопровождается малым количеством рецидивов свища и является щадящим в отношении анального сфинктера, что подтверждается результатами исследования в отдаленном периоде.

---

#### 242.Санационная видеолапароскопия при перитонитах

Истомин Н.П., Розанов В.Е., Кильдяшов А.В., Хайкин И.В.

Москва

Кафедра хирургии ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России, КБ123 ФМБА России, Одинцово

Под нашим наблюдением находилось 212 больных острыми хирургическими заболеваниями, осложненными перитонитом: острый аппендицит (14,6%), перфоративная гастродуоденальная язва (18,9%), спаечная кишечная непроходимость (16%), послеоперационный перитонит (9%), пельвиоперитонит (6,1%), острый мезентериальный тромбоз (3,8%), закрытая травма живота с повреждением полых органов (31,6%). Средний возраст больных составил  $30,1 \pm 1,4$  лет. Классификацию перитонита осуществляли на основании рекомендаций В.Д.Федорова и соавт.,2000: местный перитонит имел место у 30,7% больных, распространенные формы были у 69,3%пациентов. Тяжесть и исход перитонита оценивали по Мангеймскому перитонеальному индексу (МИП). При МИП менее 20 баллов перитонит расценивался I ст. тяжести, частота которого составила 34%, от 20 до 30 баллов - II ст. - 52,8%, и более 30 ба-ллов - III ст. – 13,2% Перитонеальный экссудат включал различное количество организмов: при местном перитоните общее количество составило  $4,68 \pm 0,55$  lgKOE/г, анаэробов- $3,52 \pm 0,33$  lg KOE/г, аэробов-  $3,99 \pm 0,48$  lgKOE/г: при распространенном перитоните- общее количество было в пределах  $7,16 \pm 0,33$ - $7,56 \pm 0,45$  lgKOE/г, анаэробы -  $6,55 \pm 0,99$ - $7,29 \pm 0,61$  lgKOE/г, аэробы -  $7,00 \pm 0,32$ - $7,87 \pm 0,67$ . В 53,8% случаев для удаления источника перитонита осуществляли лапаротомию, в 46,2% - использовали лапароскопическую технику, осуществляя при этом: аппендэктомию (23), ушивание перфоративных гастродуоденальных язв (29), адгезиолизис (27), ушивание ран тонкой кишки (19). В первом случае осуществляли назоинтестинальную интубацию тонкой кишки «традиционным» методом, во-втором - эндоскопическое проведения декомпрессивного зонда в тонкую кишку под рентгентелевизионным контролем. При тяжести перитонита до 20 баллов по МИП брюшную полость после промывания раствором фурацилина 1:5000 тщательно осушали, после чего в нее однократно вливали 400-600 мл раствора гипохлорита натрия в концентрации 900-1200 мг/л. Отлогие места брюшной полости дренировали полихлорвиниловыми трубками, которые перед вливанием раствора гипохлорита пережимали. Дренажи открывали через 1,5-2 часа после операции.

При распространенном перитоните с тяжестью более 20 баллов по МИП осуществляли динамическую видеолапароскопию. Методика выполнения ее заключалась в следующем: в конце операции параумбиликальный 10-мм троакар заменяли специальной гильзой. Через последнюю, при необходимости, повторно вводили лапароскоп, накладывали пневмоперитонеум, промывали брюшную полость гипохлоритом натрия в объеме до 400-800 мл в концентрации 600 мг/л. В среднем потребовалось 2-3 таких вмешательств ежедневно или через день. Эта методика позволяла без повторного введения троакаров проводить местное лечение перитонита вплоть до стихания воспалительного процесса, а также осуществлять контроль за выполненной операцией. При перитоните от 20 до 30 баллов тяжести по МИП и бактериальной контаминации, не превышающей 10<sup>3</sup>-5 мт/г, видеолапароскопическая техника позволяет во всех случаях выполнить качественную санацию брюшной полости во время устранения источника перитонита. При тяжести перитонита более 30 баллов по МИП и суммарной бактериальной контаминации перитонеального экссудата превышающей 10<sup>5</sup> мт/г., целесообразно дополнительно осуществлять динамическую санационную видеолапароскопию.

---

243. Комбинированные хирургические вмешательства при перфоративных пилородуоденальных язвах с использованием видеолапароскопической техники

Розанов В.Е., Истомин Н.П., Кильдяшов А.В., Болотников А.И., Хайкин И.В.

Москва

Кафедра хирургии ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России, КБ123 ФМБА России, Одинцово

Под нашим наблюдением находилось 110 больных с перфоративными язвами, преимущественно мужчин (69,1%), средний возраст которых составил 29,1±1,7 лет, длительность язвенного анамнеза – 6,1±1,9. По локализации выделяли перфорации пилорических и препилорических язв (тип III по Johnson), встретившиеся в 24 (21,8%) случаях и язв двенадцатиперстной кишки - в 86 (78,2%). Тяжесть состояния больных по АРАСНЕ-II составила 23,8±1,6 баллов, тяжесть перитонита - 18,7±1,3 балла по Мангеймскому перитонеальному индексу (МИП). Всем больным было выполнено ушивание язв в сочетании с комбинированной ваготомией по T.Taylor с использованием видеолапароскопической техники. Показаниями к данной операции явилось интраоперационное исследование кислотопродуцирующей функции желудка выявившее непрерывное кислотообразование повышенной интенсивности при средних значения pH в теле 1,39±0,11 и - в антральном отделе 1,61±0,13. Преимущества использования видеолапароскопической техники в раннем послеоперационном периоде выразилось в быстрой активизации больных, связанное с менее выраженным болевым синдромом, и как следствие этого, необходимостью уменьшения, как частоты, так и количества введения анальгетиков в послеоперационном периоде, что было статистически достоверно установлено при использовании рейтинговой шкалы A. M.Frank, а также - в отсутствии осложнений и летальности. Среди клинически проявившихся постваготомических нарушений в раннем послеоперационном периоде привлекало внимание, прежде всего моторно-эвакуаторные нарушения, отмеченных в 18 (16,3%) случаях. При изучении эвакуаторной функции желудка с помощью динамической радиоизотопной сцинтиграфии в 8 наблюдениях расстройства были легкими (T<sub>1/2</sub> менее 90 мин), в 6 - средней тяжести (T<sub>1/2</sub> более 90 мин) и в 4 – тяжелыми (T<sub>1/2</sub> более 120 мин). Лечение их осуществляли консервативными методами. Эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки с последующим гистологическим изучением биоптата позволило судить о состоянии слизистой, характере и времени заживления язв, которое происходило в среднем через 17,2±1,4 дней, что на 10 дней оказалось быстрее, чем при «традиционной» операции такого же характера и было связано с менее выраженными послеоперационными воспалительно-дегенеративными изменениями покровно-ямочного и кишечного эпителия. Продукция кислоты, определенная с помощью теста Кея, в базальной фазе составляла 10,9±0,88 ммоль/л, стимулированная – 35,7±2,19 ммоль/л, по тесту Дрегстеда - 59,7±2,3 ммоль/л свободной соляной кислоты, pH – 1,29±0,15, в то время как после ушивания перфоративных язв в сочетании с операцией Тейлора – соответственно – 3,8±0,51, 15,1±1,9 и 21,5±1,7. Таким образом, в имелось подавление кислотопродукции в среднем на 63,5±1,7% (p

244. Лечебная видеолaparоскопия при остром панкреатите

Розанов В.Е., Истомин Н.П., Кильдяшов А.В., Болотников А.И., Хайкин И.В.

Москва

Кафедра хирургии ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России, КБ123 ФМБА России, Одинцово

Под нашим наблюдением находилось 140 больных острым панкреатитом, преимущественно мужчин (70,0%), средний возраст которых составил  $40,1 \pm 2,2$  лет. Все больные были распределены на две группы в зависимости от методов лечения. В I группу вошло 85 больных, операции которым выполняли «традиционным» методом, т.е. после лапаротомии, во II – 55 чел., у которых были использованы видеолaparоскопические технологии. Больные поступали в госпиталь в различные сроки от начала заболевания, преимущественно до 12 часов (68,6%). В своей работе мы использовали лапароскопические системы «Эндомедиум» и «Storz», а также инструменты указанных фирм и «Auto Suture». Характер операций, выполняемых нами при остром панкреатите с использованием видеолaparоскопической техники был следующим: санация и дренирование брюшной полости – в 24 (43,6%), марсупинизация поджелудочной железы – в 21 (38,2%), некрэксеквестрэктомия – в 31 (56,3%), канюлирование круглой связки – в 35 (63,6%), канюлирование правой желудочно-сальниковой артерии – в 55 (100,0%), холецистостомия, дренирование сальниковой сумки – в 31 (56,3%). Лечебная видеолaparоскопия в 81,8% случаев позволила отказаться от хирургического лечения открытым методом, а в 43,6% наблюдений удалось купировать процесс только лечебными манипуляциями, не прибегая в операциям на поджелудочной железе. В 38,2% случаев удалось остановить прогрессирование деструктивного процесса в поджелудочной железе и развитие гнойных осложнений панкреонекроза. Следует отметить, что осложнений, связанных с применением видеолaparоскопической техники не было. Осложнения в виде прогрессирования деструктивного процесса в поджелудочной железе с развитием гнойных осложнений развились у 3 больных с крупноочаговым панкреонекрозом, потребовавшие повторных некрэксеквестрэктомий. При выполнении секвестрэктомии в I случае наблюдалось диффузное кровотечение из ложа удаленного секвестра, которое было остановлено с помощью пластинки «ТахоКомб». Еще в 1 наблюдении развился дигестивный свищ. Таким образом, частота осложнений составила 9,1%, что несколько меньше, чем по литературным данным, где приводятся цифры осложнений 11,3-18,8%. Умерло 4 (7,3%) больных от гнойно-септических осложнений, сопровождающихся полиорганной недостаточностью. Летальность в наших наблюдениях также оказалась меньше, чем у других хирургов (8,5-25,3%), использующих лапароскопическую технику в лечении острого панкреатита. Наш опыт показывает, что ни один из методов консервативной терапии не может блокировать некротический процесс в поджелудочной железе и, следовательно, предупредить дальнейшее развитие эндогенной интоксикации, поэтому мы отдаем предпочтение раннему использованию лапароскопической техники, так как такое пособие при остром панкреатите обладает мощным упреждающим эффектом на развитие патологического процесса и позволяет «оборвать» деструктивные изменения в поджелудочной железе.

---

245. Тактика лечения повреждений ободочной кишки у пострадавших с сочетанной травмой, осложненной перитонитом

Розанов В.Е., Истомин Н.П., Болотников А.И., Хайкин И.В.

Москва

Кафедра хирургии ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России, КБ123 ФМБА России, Одинцово

Под нашим наблюдением находилось 216 пострадавших с сочетанной травмой (СТ), осложненной перитонитом в связи с повреждениями ободочной кишки. Средний возраст их составил  $33,7 \pm 1,3$  лет. Среди поврежденных ободочной кишки травма слепой выявлена в 5,6% наблюдений, восходящей - в 16,7%, поперечной - в 22,2%, нисходящей - в 37%, сигмовидной - в 18,5%. Малые раневые дефекты ободочной кишки (до 1/3 окружности) встретились в 28,2% случаев, средние (до 1/2 окружности) в 49,1%, обширные (более 1/2 окружности) - в 22,7%. Одиночные повреждения ободочной кишки встретились в 167 (78,2%) случаев, множественные - в 49 (22,7%). Тяжесть перитонита, оцененная по Мангейскому перитонеальному индексу (МИП), составила:  $18,9 \pm 1,3$  баллов (I ст. тяжести) в 44,5% случаев,  $27,1 \pm 1,9$  баллов (II ст. тяжести) - в 29,6%,  $38,4 \pm 1,8$  баллов (III ст. тяжести) - в 25,9%. В зависимости от хирургической тактики всех пострадавшие были распределены на II группы сопоставимые как по тяжести травмы и перитонита, так и характеру повреждений ободочной кишки. Все пострадавшие оперированы, а хирургические вмешательства были направлены как на устранение источника перитонита, так и санацию брюшной полости. В I группе пострадавших (81 чел) независимо от характера повреждений и локализации раны ободочной кишки и тяжести перитонита хирургическая тактика была следующей: в 13 случаях выполняли ушивание раны двухрядными швами, в 28 - ушивание раны двухрядным швом с формированием колостомы, в 17 - производились вмешательства по типу Гартмана, в 11 - при множественных ранах кишка выводилась на переднюю брюшную стенку, в 12 - накладывалась цекостома по поводу повреждения слепой кишки. Для запрограммированной санации брюшной полости была применена релапаротомия. У пострадавших II группы (135 чел) хирургическая тактика строилась в зависимости от характера ран ободочной кишки, тяжести перитонита и бактериальной контаминации брюшной полости. При ушивании ран осуществлялась обязательная герметизация линии швов пластиной ТахоКомб. В случаях резекции кишки анастомозы формировали с помощью аппаратов типа EEA, DEEA, GIA (DILA), обладающих такими преимуществами, как возможность накладывать двухрядный шов «рассасывающимися» скрепками, не требующей дополнительной герметизации, а значит и травмы сосудов с нарушением питания стенки кишки. При тяжести перитонита  $18,1 \pm 1,2$  баллов по МИП и бактериальной контаминации  $6,3 \pm 0,12$  lg КОЕ/мл для ушивания дефектов ободочной кишки была применена видеолaparоскопическая техника с использованием методики ручной ассистенции (hand-assisted laparoscopic surgery). Для запрограммированной санации брюшной полости была применена видеолaparоскопическая техника, которую осуществляли через специальные фистулы, оставленные после первичной операции. Общая летальность составила 25,9% (56 чел). В I группе умер 27 (33,3%) пострадавших, во II - 29 (21,5%). Если в I группе умерло 12 (14,8%) пострадавших от осложнений, связанных с оперативным вмешательством на ободочной кишке, то во II - лишь 10 (7,4%), т.е. в 2 раза меньше (р

---

#### 246.РАННЯЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ. АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ.

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

Симферополь

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», кафедра хирургии № 1

Ранняя послеоперационная кишечная непроходимость (РПКН) является одним из наиболее тяжелых осложнений послеоперационного периода. В силу отсутствия типичной клинической картины ее часто принимают за послеоперационный парез кишечника, по поводу чего проводится консервативное лечение, нередко приносящее временный успех, что может приводить к поздним срокам релапаротомии [Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., 2006; Жебровский В.В., 2006.]. Нами проведем анализ результатов лечения 86 больных, из которых у 54 была РПКН механического характера и у 32 функционального. Сбор клинической информации производился как непосредственно в процессе лечения, так и по архивным документам в

хирургических клиниках г. Симферополя в период с 2000 по 2014 год. В ходе проведенных исследований было установлено, что у всех больных с функциональной непроходимостью отмечалось равномерное вздутие живота, перистальтика резко ослаблена, а у больных с паралитической формой наблюдалось полное отсутствие перистальтики. Задержка стула и газов наблюдалась у 31 (96,8 %) больного. Наиболее информативными признаками РПКН механического характера были: рвота, увеличение количества желудочного содержимого, выделяющегося через зонд – 53 (98,1 %) человека, ассиметричное вздутие живота наблюдалось у 51 (94 %) больного, резкая схваткообразная боль в животе – 47 (87 %) больных. РПКН наиболее часто возникала после экстренных операций на органах брюшной полости У всех больных были отмечены значительные гематологические и биохимические нарушения. Изучены процессы внутриэритроцитарного метаболизма, при этом выявлялась значительная интенсификация гликолитических реакций, поставляющих энергию для поддержания метаболических процессов в эритроцитарных клетках. Уровень аденозинтрифосфата, фосфоенолпирувата и гликозилированного гемоглобина в 1,5 -2 раза превышал показатели нормы. При комплексном изучении уровня продуктов перекисного окисления липидов, среднемолекулярных олигопептидов, а также интегративных гематологических показателей эндогенной интоксикации установлено, что при механической форме ранней РПКН, эндотоксикоз развивался не сразу, а на 2-3 сутки от начала осложнения и не являлся ранним диагностическим признаком, как при функциональной её форме. Наряду с рентгенологическими методами исследования новые возможности в ранней диагностике РПКН открывает использование УЗИ кишечника в динамике. Которое позволяет выявить такие патогномичные проявления кишечной непроходимости как увеличение диаметра кишечных петель, изменение характера его содержимого (переполнение приводящего отдела жидким содержимым в виде анэхогенных участков и наличие газа – гиперэхогенные зоны с широкой акустической тенью), маятникообразный характер перистальтики. Релапаротомии проводились всем больным с РПКН механического характера и у больных с паралитической формой РПКН (12 наблюдений). В среднем релапаротомии производились через 8,5 суток после первой операции и через 1,6 суток от начала появления первых признаков РПКН. У 37 (68,5%) больных с механической РПКН проходимость кишечника восстановлена простым рассечением спаек; у 2 (3,7%) – произведено наложение обходного анастомоза; у 3 (5,6%) больных на фоне перитонита проведена илеостомия; у 12 (22,2%) больных произведена резекция участков кишечника из у 6 больных была применена методика разработанного нами прецизионного кишечного шва, отличающегося оптимальным сопоставлением слоев кишечной стенки и минимальной воспалительной реакции в сшиваемых тканях, достаточной механической прочностью и биологической герметичностью. Декомпрессию тонкой кишки и эвакуацию ее токсического содержимого, проводили через назогастроинтестинальный зонд, профилактику рецидива спаечной РПКН проводили методом пролонгированной интубации тонкой кишки. В послеоперационном периоде все больные получали комплексную интенсивную терапию. Летальность после операций по поводу РПКН составила 12,1 %.

---

#### 247. ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ХАРАКТЕРА СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

В.И.Белоконев (1), И.В.Антропов (2), А.В.Николаев (2), З.В.Ковалева (1), А.И.Федорин(3)

Самара

1) ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава РФ 2) ГБУЗ СО СГКБ 1 им. Н.И. Пирогова 3) ГБУЗ СО СГКБ 8

Интраоперационная тактика у больных с острой кишечной непроходимостью (ОКН) определяется ее причиной, распространенностью и характером спаечного процесса в брюшной полости (СПБП). Цель исследования – выработать тактику и разработать технику операций у больных с ОКН в зависимости от распространенности и характера спаечного процесса в брюшной полости. Материал и методы Проведен анализ лечения 221 больного с ОКН, обусловленной осложнениями острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Распространенность спаечного процесса по брюшной полости оценивали по классификации Е.О.Непокойчицкого (1974). Для оценки характера спаек выделено три их типа: рыхлые (а), рубцово-измененные с признаками (б) и без признаков (в) продуктивного воспаления. При спайках типа «а»

разделение петель кишечника не затруднено; при «б» - затруднено, но возможно без риска повредить стенку кишки; при «в» - невозможно без повреждения кишки не только в зоне расположения причины ОКН, но и на других участках желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Стадии эндогенной недостаточности (ЭН) при ОКН оценивали по классификации В.А.Корячкина и В.И.Страшнова (2002), стадии перитонита - по классификации В.Н.Чернова и Б.Н.Белика (2002), а также по интраоперационным критериям, разработанным Л.Б.Гинзбургом (2009). При острой тонкокишечной непроходимости придерживались следующей тактики. У пациентов в 1 и 2а (компенсированную) стадиях ЭН, после устранения причины ОКН без пересечения кишки, интубацию ЖКТ не проводили. При пересечении кишки накладывали первичный анастомоз без интубации ЖКТ. У пациентов с 2б и 3 стадией ЭН, после устранения причины ОКН без пересечения кишки, проводили интубацию ЖКТ и брюшную полость закрывали временно путем формирования лапаростомы. При пересечении кишки анастомоз не накладывали, а операцию завершали выведением энтеростомы по разработанному способу (патент на изобретение №2320278). Брюшную полость закрывали временно путем формирования лапаростомы. Среди выживших больных непрерывность ЖКТ восстанавливали в разные сроки после купирования ЭН и перитонита. Результаты и их обсуждение У 103 пациентов с 1 и 2 а ЭН и распространенностью спаечного процесса 1,2 и 3 степени с типом спаек «а» и «б» висцеролиз удалось провести без повреждения стенок кишечника. Резекция тонкой кишки потребовалась у 12(11,6%) больных, первичный анастомоз наложен у 11(10,7%), энтеростома – выведена у 1(0,97%). Осложнений и летальных исходов не было. У 109 пациентов с 2 а и 3 стадиями ЭН с распространенностью спаечного процесса 2 и 3 степени, с «б» и «в» типом спаек, полный висцеролиз удалось выполнить у 27(24,8%) и завершить операцию интубацией ЖКТ назогастроинтестинальным зондом с формированием лапаростомы. Резекция кишки потребовалась у 82(75,2%). Операции завершали выведением энтеростомы и формированием лапаростомы. Из 85 пациентов умерло 25(29,4%). Выводы 1.У больных с ОКН, протекающей на фоне или обусловленной спаечным процессом в брюшной полости, результаты лечения зависят от стадии эндогенной интоксикации, зависящей от сроков проведения вмешательств, и технических возможностей мобилизации кишечника, которые и определяют вариант завершения операции. 2.Разделение спаек «а» типа возможно не зависимо от их распространенности по брюшной полости. При спайках «б» типа их разделение возможно при тщательном контроле за их рассечением. При спайках «в» типа вынужденное выделение петель кишечника необходимо на участке проксимальнее зоны непроходимости. После пересечения кишки,непреодолимый участок кишки следует ушить для исключения его из пищеварения, а проксимальный участок кишки вывести в виде концевой энтеростомы. 3.Предлагаемая тактика ведения больных с ОКН в зависимости от распространенности и характера спаечного процесса в брюшной полости позволила снизить послеоперационную летальность у крайне тяжелой категории больных с ОКН до 29,4%.

---

248.Применение перкутанной диапевтики у больных панкреонекрозом

Капустин Б.Б., Ахметов Р.Ф., Старчиков С.В.

Ижевск

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»

Один из основных инструментальных способов диагностики панкреонекроза является УЗИ поджелудочной железы, позволяющий к тому же провести диапевтическое вмешательство. При ограниченных формах заболевания применяли транскутанную пункцию и санацию кистозно-гнойных полостей. Исследованию подверглись 180 пациентов деструктивным панкреатитом. Из общего количества больных 35% с несформированной постнекротической кистой ПЖ, развившейся на фоне асептического и инфицированного панкреонекроза данная процедура была выполнена. Диагноз был поставлен на основании УЗИ и компьютерной томографии (КТ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства, бактериологического исследования содержимого. I степень эндогенной интоксикации (СЭИ) выявлена у 80% больных была SAPS (0-8). II СЭИ 20%больных; SAPS (9-12). С III СЭИ с ограниченными и мелкоочаговым панкреонекрозом больных не было. Локализация жидкостных образований, выявленных у

больных в области головки ПЖ – 30,8%; тела -15,4%; хвоста ПЖ – 53,8%. Лечение всех больных было многокомпонентным, дополненное пункционно-дренирующими способами аспирации жидкостного содержимого. Вмешательства выполнялись как этапные: на первом этапе – однократная пункция, аспирация и санация жидкостного образования раствором гипохлорита натрия. При этом оценивали полученный объем жидкости и добивались полного его опорожнения. В зависимости от полученных данных принималось решение либо о планируемых пункционных – аспирационных вмешательствах (которые выполнялись до 5 раз), либо о дренировании полости. Эхоконтролируемые пункционно-аспирационные вмешательства выполнялись, если диаметр кисты был более 5см, таких больных было 61,5%. Привело к ликвидации кистозных образований после чрезкожной пункции у 30,8% из этой группы пациентов. У 15,4% больных киста рецидивировала, и в дальнейшем им выполнялось чрескожное дренирование полости кисты под контролем УЗИ. Больным, которым проведена пункция и дренирование жидкостных образований, выполнялись лабораторные исследования содержимого, бактериологическое исследование, фистулография, по которой определяли размеры полости и наличие связей ее с панкреатическим протоком. У 38,4% при транскутанном дренировании кисты под контролем УЗИ проводилось промывание ее полости раствором гипохлорита натрия дважды в сутки. Если в течение 5-7 суток размеры кисты не уменьшались, прогрессировала интоксикация, сохранялось гнойное отделяемое, выявлялись эхоскопические признаки наличия в ее полости крупных секвестров, дренирование прекращали. Этим больным 14,1% мы выполняли минилапаротомию, наружное «открытое» дренирование гнойной полости. После пункции и дренирования несформированных кист ПЖ под контролем УЗИ не было отмечено внутрибрюшных осложнений и летальных исходов. Данный способ является малотравматичным, эффективным при формирующихся кистах ПЖ, при отсутствии в ее полости крупных постнекротических секвестров.

---

#### 249. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕОРГАНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ТАЗА

А.М. Кузьминов, С.А. Фролов, А.С. Бородкин, Д.В. Вышегородцев, В.Ю. Королик, И.Ф. Борисов

Москва

ФГБУ «ГНЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России

Актуальность: опухоли таза представляют интерес для колопроктологов, так как именно при этой локализации пациенты направляются в специализированные колопроктологические учреждения. Однако в настоящее время отсутствует систематизированный подход к диагностике и тактике лечения подобных больных. Цель: оценить опыт лечения пациентов с внеорганными опухолями таза Пациенты и методы: В ФГБУ «ГНЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России в период с 2003 по 2013 гг. накоплен опыт хирургического лечения 212 пациентов с опухолевидными образованиями таза, из которых 191 (90,1%) являлись пресакральными тератомами, то есть врожденными пороками развития, а истинные внеорганные опухоли, имевшие различное гистологическое строение, были диагностированы лишь в 21 (9,9%) наблюдении. В представленной группе больных было 16 (76%) женщин и 5 (24%) мужчин. Средний возраст пациентов составил  $46,3 \pm 15,1$  лет. Основным проявлением заболевания являлся болевой синдром, нарушение опорожнения прямой кишки, дизурия. У ряда пациентов заболевание протекало бессимптомно. Трудности дифференциальной диагностики, несмотря на проведение комплексного клинко-инструментального обследования (эндоректальная ультрасонография, компьютерная томография или магнитно-резонансная томография) позволили установить диагноз «внеорганный опухоль таза» до операции лишь у 5 (23,8%) из 21 пациентов, у остальных 16 (76,2%) пациентов и окончательный диагноз был поставлен лишь после патоморфологического исследования удаленного препарата. Результаты: У всех больных с новообразованиями таза предпринято хирургическое лечение с использованием различных доступов. Выбор доступа – зависел от уровня распространенности верхнего полюса опухоли в проксимальном направлении относительно позвоночного столба. Наиболее распространенными доступами для удаления внеорганных опухолей таза являются абдоминальный, абдоиносакральный, парасакральный, промежностный, трансректальный, межсфинктерный, а также комбинированный При патоморфологическом исследовании установлено, что преобладали нейрогенные и миогенные опухоли. В течение первого года



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

наблюдения за 18 больными рецидив опухоли выявлен у 4 (5,6%) пациентов, двое из них погибли в течение 2-х лет после хирургического вмешательства вследствие генерализации злокачественного процесса. Заключение: Накопленный опыт позволяет считать хирургический метод адекватным способом лечения внеорганных опухолей таза. Выбор хирургического доступа, в первую очередь, определяется локализацией новообразования. Наибольшее число рецидивов наблюдается при злокачественном характере опухоли и требует комбинированного лечения в условиях специализированного онкологического стационара.

---

250. Инновационные эндоскопические методики в диагностике и лечении нейроэндокринных опухолей желудка

Перфильев И.Б.(1), Кувшинов Ю.П.(1), Унгиадзе Г.В.(1), Поддубный Б.К. (1), Хрипун А.И.(2)

Москва

1)ФБГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина 2) РНИМУ им. Н.Н. Пирогова МЗ РФ

Цель работы: оценка эффективности новых эндоскопических технологий в диагностике и лечении нейроэндокринных опухолей желудка (НЭОЖ). С 2001г. по 2014 г. выполнено комплексное обследование 76 пациентов с НЭОЖ. Женщин - 57(75%), мужчин - 19 (25%) в возрасте 18-87 лет. Помимо стандартного эндоскопического исследования всем пациентам проводился осмотр в режиме высокой четкости, узкоспектральном режиме с оптическим увеличением, а также осуществлялось эндоскопическое ультразвуковое исследование(ЭУЗИ). Результатом исследований явилась разработка эндоскопической семиотики и классификации НЭОЖ, включающей в себя три макроскопических варианта опухоли - полиповидный, плосковозвышающийся и инфильтративный. Разработанный алгоритм эндоскопического исследования показал высокую диагностическую значимость: чувствительность визуальной диагностики - 84,9%, специфичность - 65,6%. Чувствительность ЭУЗИ - 94,1%, специфичность - 64,7%. Эндоскопические хирургические вмешательства включали в себя электродеструкцию и аргоноплазменную коагуляцию при размерах опухоли менее 3 мм в диаметре, эндоскопическую резекцию слизистой оболочки при размерах опухоли до 1,0 см в диаметре и эндоскопическую подслизистую диссекцию при опухолях размерами более 1,0 см. Критерии отбора для эндоскопических вмешательств учитывали макроскопический вариант опухоли (полиповидный и плосковозвышающийся), глубину инвазии в пределах слизистой оболочки и степень злокачественности G1 и G2. Эндоскопические вмешательства выполнены у 53 пациентв, из них у 52 они явились радикальными. При последующем наблюдении рецидив выявлен у 1 больного, появление метастатических очагов - у 7(13,2%).

---

251. Выбор современных методов лечения и вторичной профилактики тромбоэмболии легочной артерии

Шевченко Ю.Л., Карпов О.Э., Стойко Ю.М., Карташева Е.Д., Пронин А.Г.

Москва

ФГБУ "НМХЦ им. Н.И. Пирогова" МЗ РФ, Москва, Россия

Введение. Консервативные методы лечения тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) и вторичной профилактики венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) включают назначение антикоагулянтных

препаратов, выполнение тромболитической терапии (ТЛТ) у отдельных групп пациентов в остром периоде заболевания, а также длительный прием оральных антикоагулянтов (ОА). В европейских рекомендациях 2014 года, посвященных тактике лечения больных ТЭЛА, расширены показания к ТЛТ у пациентов из группы умеренного риска смерти, а также представлены ОА прямого действия, которые можно рассматривать как альтернативу варфарину. Существует ряд ограничений, связанных с использованием этих препаратов. В частности, они не изучены при имплантации кава-фильтра и других сосудистых операциях при тромбозе глубоких вен (ТГВ) и ТЭЛА, а также при проведении ТЛТ и ряде заболеваний, требующих обязательного назначения варфарина. Цель исследования: оценка эффективности и безопасности ТЛТ у пациентов из группы умеренного риска смерти; оценка эффективности и безопасности различных режимов антикоагулянтной терапии при ТЭЛА, включая ОА прямого действия; оценка частоты применения ОА прямого действия и варфарина для вторичной профилактики ВТЭО с учетом различных клинических обстоятельств. Материалы и методы. В исследование включено 130 пациентов с верифицированной ТЭЛА. На этой выборке больных оценена частота выполнения ТЛТ и хирургических вмешательств (тромбэктомия, перевязка глубоких вен, установка кава-фильтра), а также распространенность заболеваний, влияющих на выбор антикоагулянта, в т.ч. наличие механических клапанов сердца, фибрилляции предсердий клапанной этиологии, острого коронарного синдрома. Проведен анализ эффективности и безопасности проведения ТЛТ в группе пациентов умеренного риска, а также различных режимов антикоагулянтной терапии. После одобрения в России ривароксабана в качестве препарата для лечения и вторичной профилактики ТГВ и ТЭЛА ( умеренного и низкого риска смерти). По результатам его была оценена эффективность лечения ривароксабаном в острый период заболевания и частота его назначения в качестве препарата для вторичной профилактики. Результаты. Из 130 больных ТЭЛА, включенных в основное исследование, 14 (11%) отнесены к группе высокого риска смерти, 57 (44%) - к группе умеренного риска. ТЛТ проведена у 32% пациентов (42 чел.). 97% пациентов получали антикоагулянтную терапию нефракционированным (НФГ) или низкомолекулярными (НМГ) гепаринами. Лечение было эффективно у абсолютного большинства пациентов ( в 97% случаев при выполнении ТЛТ, в 94% при лечении антикоагулянтами). При сравнительной оценке эффективности ТЛТ и антикоагулянтной терапии у пациентов из группы умеренного риска на фоне ТЛТ чаще достигали регресса острой дыхательной недостаточности (93% против 71% при лечении антикоагулянтами), уменьшения объема правого желудочка (77% против 21%), и правого предсердия (73% против 21%), восстановления сократимости правого желудочка (75% против 14%), уменьшения легочной гипертензии (94% против 71%). Не было значимых различий по частоте регресса острой сердечной недостаточности (57% против 64%). Как осложнение ТЛТ достоверно чаще регистрировались "большие" кровотечения ( 6% против 0%) и отмечалась тенденция к увеличению частоты "малых" (13% против 6%). Внутригоспитальная летальность была одинаковой в подгруппах ТЛТ и антикоагулянтов (3% против 4%). Учитывая, что основная цель ТЛТ у пациентов из группы умеренного риска - предотвращение поздних осложнений ТЭЛА ( развитие хронической постэмболической легочной гипертензии и симптоматики сердечной недостаточности), в настоящее время продолжается наблюдение за этими пациентами, с оценкой показателей внутрисердечной гемодинамики, объективных клинических данных и качества жизни. В подгруппе, получавшей только антикоагулянтную терапию, не отмечено отличий по показателям эффективности и безопасности между НФГ и НМГ. При анализе обстоятельств, влияющих на выбор лечебной тактики и/или антикоагулянта, получены следующие результаты: флотация головки тромба была выявлена у 20% (26 пациентов), установка кава-фильтра была выполнена в 23% случаев (30 пациентов), операция в объеме тромбэктомии или перевязки глубокой вены бедра - 6% (8 пациентов), 10 пациентов (8%) переносили острый инфаркт миокарда, 1 пациент (0,8%) имел механические протезы клапанов сердца. Из общего числа больных 40% пациентов (52 чел.) имели одно или несколько вышеуказанных клинических обстоятельств. По результатам дополнительного исследования с участием 48 пациентов с ТГВ и/или ТЭЛА ривароксабан был назначен 34 пациентам (71%), варфарин - в 10 случаях (21%), НМГ - 4 пациентам (8%). Частота назначения ривароксабана в дополнительном анализе несколько превышала ожидаемую, однако это можно объяснить небольшим размером выборки. В одном случае на фоне лечения ривароксабаном при наличии нарастающей флотации тромба в общей бедренной вене потребовалось выполнение тромбэктомии. Одному пациенту ривароксабан, напротив, был назначен в связи с гепаринорезистентностью и прогрессированием тромбоза , несмотря на необходимость в оперативном вмешательстве (тромбэктомии). Еще в одном случае в остром периоде заболевания был осуществлен переход с варфарина на ривароксабан в связи с варфаринорезистентностью. В целом, лечение ривароксабаном было эффективно у абсолютного большинства пациентов, что позволило рекомендовать его к моменту выписки как препарат для вторичной профилактики. Выводы. ТЛТ в подгруппе больных умеренного риска ассоциируется с более полным восстановлением кровотока в системе легочных артерий, регрессом дыхательной недостаточности и острых нарушений внутрисердечной гемодинамики, однако увеличивает риск "больших" и "малых" кровотечений, что требует тщательной оценки риска

геморрагических осложнений перед выполнением ТЛТ. Стандартные парентеральные антикоагулянты (НФГ, НМГ) характеризуются одинаковой эффективностью и безопасностью. Назначение ОА прямого действия для лечения и вторичной профилактики ВТЭО возможно у большинства пациентов. При отсутствии заболеваний, в обязательном порядке требующих назначения варфарина, ОА прямого действия, и в частности, ривароксабан, являются препаратами выбора при неосложненном ТГВ, ТЭЛА низкого риска смерти, а также умеренного риска, не требующей выполнения ТЛТ. Мы полагаем, что назначение ОА прямого действия возможно и после выполнения тромболизиса, а также после выполнения хирургических вмешательств (тромбэктомии, перевязки глубокой вены бедра) после снижения риска геморрагических осложнений, однако оптимальный срок начала терапии этими препаратами не установлен.

---

252.Московская студенческая хирургическая Олимпиада им. академика М.И. Перельмана и Российское общество хирургов: первая ступень школы хирургии или детские игры в хирургию?

Григорьев Е.Г.(1), Машкин А.М.(2), Дыдыкин С.С.(3), Щербюк А.Н.(3),Коваленко А.А.(3)

(1) (Иркутск), (2) (Тюмень), (3) (Москва)

(1)ИГМУ, (2) Тюменский ГМУ, (3) Первый МГМУ им. И.М. Сеченова.

В России одной из важнейших форм подготовки студента, будущего хирурга, является ежегодная Московская (Всероссийская) студенческая хирургическая олимпиада. Олимпиада организована по типу футбольных чемпионатов: проводятся полуфиналы в Федеральных округах России. В каждом полуфинале участвуют по 5 – 15 команд, представителей местных медицинских университетов. Два победителя от каждого полуфинала приезжают в Первый МГМУ им. И.М. Сеченова для участия в финале (порядка 20 команд). В финале команды студентов (состоят из 12 – 15 человек) соревнуются на анатомическом материале в наложении сосудистых швов, межкишечных анастомозов, микрохирургической технике, работе на эндоскопической стойке, знании хирургических инструментов и других конкурсах. Подведение итогов конкурсов, обсуждение результатов с участниками проводится открыто приглашенными членами жюри и легко доступны для проверки и контроля. Традиционно команды оцениваются по «гамбургскому счету» - честно и объективно, ведь формирование личности и профессионализма врача-хирурга следует начинать со студенческой скамьи. Надо отдать должное российскому хирургическому сообществу, весьма деятельно и активно участвующему в подготовке и проведении Олимпиад во многих медуниверситетах и регионах нашей страны. Хирурги принимают активное участие в подготовке практических навыков, участвуют в жюри Олимпиады, оказывают и иную посильную помощь. Но нам кажется, что назрел момент рационализировать взаимоотношения хирургов настоящих и будущих. Ведь складывается на практике ситуация, когда «родители и будущие старшие коллеги» (РОХ) официально не видят своих «будущих детей и воспитанников» (Московская студенческая хирургическая Олимпиада им. академика М.И. Перельмана) Врачебное профессиональное хирургическое сообщество должно направлять развитие студенческого олимпийского хирургического движения (скаутов, пионеров хирургии), осуществляя взаимопроникновение на практике высшего медицинского образования и профессионального медицинского сообщества (хирургов). И оно должно не только принимать как сейчас участие в подготовке своей смены в качестве преподавателей мастер-классов, членов жюри Олимпиад, клинических наставников и так далее, но и выступать активным участником подготовки Олимпиад в широком смысле этого слова. Даже странно, что будущие коллеги-работодатели не участвуют в подготовке своих будущих лучших кадров формально - организационно. Студент-медик должен приучаться «аттестовываться» профессиональным сообществом (профессионалами-хирургами). Полагаем, что это недоразумение легко устранимо. Чего мы хотим и что предлагаем хирургическому сообществу? 1. РОХ может то, чего, как правило, не могут организаторы Олимпиад и кураторы студенческих хирургических кружков: договориться, разумеется не нарушая законодательства РФ, о спонсорстве с фирмами-производителями. Фирмы-производители не стремятся спонсировать студентов по известной и простой причине – здесь невозможно извлечь сиюминутной выгоды. Организационно это можно сделать, вводя председателя регионального отделения РОХ в оргкомитет студенческой хирургической олимпиады региона. Пилотный проект взаимодействия врачебного

профессионального хирургического сообщества и студенческого олимпийского хирургического движения (скаутов, пионеров хирургии) применен на практике в Тюмени при подготовке этапа 24 Московской (Всероссийской) студенческой олимпиады для Уральского Федерального округа РФ (февраль 2015 г.). Именно врачебное профессиональное хирургическое сообщество должно ответственно подходить к все более обостряющейся проблеме подготовки своей качественной хирургической смены. При этом речь не идет о подмене государственного финансирования образовательного процесса, а скорее, употребляя забытое слово, о развитии меценатства, т.е. поощрении и развитии творческих и инициативных сил в подрастающем поколении. Т.е. того, чего так не хватает нашей стране для стабильного динамичного движения вперед, и борьба за обладание и контроль над чем в мире только усиливается. 2. Следующий важный аспект сотрудничества врачебного профессионального хирургического сообщества заключается в помощи в раннем освоении (желательно на додипломном этапе) высокотехнологичного хирургического оборудования: хирург с обычным скальпелем и лигатурным гемостазом уже ушел в прошлое. Необходимо изучение и применение студентами (ординаторами), выбравшими хирургический профиль, высокотехнологичного хирургического оборудования и инструментария. Следует начинать учить работать не только скальпелем и иглодержателем, но и эндоскопическими инструментами, и операционным микроскопом на анатомическом материале, и в последующем на экспериментальных животных. Важность такого подхода: 1)экономическая составляющая в будущем (хирург уже будет обучен и не сделает многих ошибок), 2)научить молодых (с 19-20 лет) легче, ведь именно они будут работать в эндовидеохирургии и на роботизированных комплексах. Перспективным на наш взгляд, является, и привлечение лучших кружковцев в качестве зрителей на практически мастер-классы «взрослых» врачей-хирургов, для получения более полной информации о достижениях избираемой специальности. 3. Необходимы структурированные курсы (циклы) по овладению основами высокотехнологичных хирургических технологий не только на постдипломном (ординаторы и молодые хирурги) – Школа хирургии, но и додипломном (студенты – кружковцы, олимпийцы) этапе. Почему то ни у кого не возникает вопросов, когда в единую категорию «молодых ученых» зачисляют молодых талантливых людей от студентов до доцентов в возрасте до 35 лет. Молодые ученые объединены стремлением к научному поиску, познанию нового и возрастная разница не играет здесь какой либо значимой роли. Будущие хирурги – люди особого склада, мотивированные и устремленные к получению мануальных навыков, которые будут обязательно востребованы в клинике. Создаваемая РОХ Школа хирургии должна, по нашему мнению, включать в себя как начальное звено рационально структурированную и доказавшую свою жизнеспособность в течение более четверти века Московскую студенческую хирургическую Олимпиаду им. академика М.И. Перельмана. По нашему мнению, активным участникам студенческих Олимпиад и научных кружков (Школ мастерства и т.д.), то есть талантливых и трудолюбивых студентов, выбравших на додипломном этапе конкретную профессиональную траекторию своего развития, должно в первую очередь оказываться предпочтение при отборе в ординатуры (предпочтительно бюджетные). Иной подход к будущим абитуриентам ординатур, по нашему убеждению, нерационален и неверен. Думаем, что развитие студенческого хирургического олимпиадного движения под патронатом РОХ (и, разумеется, иных подобных профессиональных сообществ: урологов, трансплантологов, кардиохирургов, акушеров-гинекологов и др.) позволит улучшить рациональный отбор и обучение высококвалифицированных кадров хирургического профиля в медицинских вузах для оказания населению высокотехнологичной медицинской помощи хирургического профиля в рамках страны, а также активного участия в реализации на практике современных научных платформ медицинской науки.

---

253.Результаты комплексного лечения пациентов с синдромом диабетической стопы

Лукин П.С.(1), Панин А.С.(1), Заривчацкий М.Ф.(2), Блинов С.А.(2)

Пермь

1)ГБУЗ Пермского края «Городская поликлиника №2»2)ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А.Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Синдром диабетической стопы (СДС) - инфекция, язва и/или деструкция глубоких тканей стопы, связанная с неврологическими нарушениями и/или снижением магистрального кровотока в артериях нижних конечностей различной степени тяжести. Распространенность СДС среди больных сахарным диабетом составляет в среднем 4-10%. Особую сложность представляет лечение пациентов с СДС, оно должно быть многоэтапным и комплексным. Исследования подтверждают целесообразность применения полимерных раневых покрытий при местном лечении трофических язв. Лекарственным препаратом выбора остается тиоктовая кислота. Пациенты с синдромом диабетической стопы имеют низкие показатели психологической составляющей качества жизни. Для эффективной реабилитации после хирургического лечения СДС в ряде случаев необходимо участие психолога или психотерапевта. Цель исследования - улучшить результаты лечения больных с синдромом диабетической стопы путем дифференцированного изменения адекватных консервативных мероприятий, оценить качество жизни пациентов с синдромом диабетической стопы. Материалы и методы исследования Под нашим наблюдением находились 60 пациентов с синдромом диабетической стопы, проходившие лечение в дневном стационаре при поликлинике. Мужчин было 20%, женщин — 80%. Средний возраст пациентов — 54,7±12,63 года. Длительность заболевания сахарным диабетом составила 11,52±4,41 лет Все пациенты разделены на две группы: основную и группу сравнения — по 30 пациентов в каждой. Обе группы были сравнимы по гендерному признаку, возрасту, степени трофических изменений. Пациенты обеих групп получали традиционное лечение: суточную коррекцию уровня глюкозы с постоянным лабораторным контролем, метаболические препараты, дезагреганты, ангиотропные препараты, перевязки с адгезивными повязками В комплекс лечения пациентов основной группы дополнительно включали также внутривенное введение препаратов тиоктовой кислоты с использованием усовершенствованной инфузионной системы для предупреждения потери активности лекарственного средства (патент на полезную модель №133420 от 20.10.2013). Местное лечение дополнено, комбинацией адгезивных повязок Permafoam comfort и Atrauman Ag Пациенты обеих групп получали 10 внутривенных капельных инъекций тиоктовой кислоты в дневном стационаре и продолжали амбулаторное лечение до полного заживления трофических язв. Перевязки проводили через три дня в каждой группе. Для оценки качества жизни больных с СДС был разработан анонимный опросник, соответствующий требованиям русскоязычной версии международного опросника SF-36. Результаты и обсуждения Пациенты основной группы отмечали улучшение на 5.0±0.2 сутки. В группе сравнения больные отмечали эффект от лечения на 9.0±0.8 сутки. Критериями для оценки эффективности лечения стали: интенсивность болей в ногах, наличие судорог и отеков, зябкость стоп. В первую очередь пациенты отмечали уменьшение отеков, исчезновение зябкости стоп, болевые ощущения в ногах сохранялись в основной группе до 7.0±0.5 суток лечения, в группе сравнения у 40% пациентов боли исчезали на 9.0±1.2 сутки лечения, в остальных случаях было отмечено лишь снижение интенсивности болей. Различия между показателями в основной группе и группе сравнения были существенными и статистически достоверными (p

---

254.Выбор метода лечения больных с перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки.

Крылов Н.Н.,Бабкин О.В.,Бабкин Д.О.

Москва

ИМГМУ им.И.М.Сеченова

Под нашим наблюдением находилось 386 больных с перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки (ПЯДПК). Большинство больных госпитализированы в первые сутки и оперированы в ближайшие 12 часов от начала заболевания. В основном превалировал распространенный перитонит 345 (89,4%),при этом диффузный перитонит отмечен у194(50,3%) больных, разлитой перитонит у151 (39,1%), местный перитонит отмечен в41 (10,6%) ,при этом в 39 случаях он был неограниченный(10,1),а в двух случаях местный перитонит был отграниченный(0,5%).В зависимости от характера экссудата больные распределились следующим образом: серозный перитонит отмечен у 61(15,8%) , у 282 больного был серозно-фибринозный экссудат (73,1%), с гнойным перитонитом было госпитализировано 43 больных(11,1%). Резекция желудка в лечении ПЯДПК выполнена у 94 больных. Одним из основных

показаний к выполнению резекции послужило состояние нескольких осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, которые отмечены у 64 (68,1%) больных (стеноз, пенетрация, кровотечение). В 30(31,9%) случаях резекция желудка была выполнена по поводу хронической или каллезной язвы больших размеров (более 1 см) с выраженным воспалительным инфильтратом вокруг язвы и длительным язвенным анамнезом. Послеоперационная летальность после резекций желудка составила 5,3%. Стволовую ваготомию с пилоропластикой по Джадду выполнили у 27 больных. Показанием к выполнению данной операции считаем язвенный анамнез, пожилой возраст с наличием тяжелых сопутствующих заболеваний, размер язвы менее 1 см и отсутствие других осложнений язвенной болезни. Противопоказанием для выполнения данной операции, по нашему мнению, является большие размеры язвенного дефекта и наличие второй язвы на задней стенке двенадцатиперстной кишки. Летальность после стволовой ваготомии с дренирующей операций составила 3,7%. Селективную проксимальную ваготомию с ушиванием язвы выполнили в 53 случаях. Операцию выполняли у больных с язвой менее 1 см., связали это с тем, что заживление язвы может привести к развитию стеноза в двенадцатиперстной кишки. При выполнении данных операций средний размер язвы составил 8мм+1,2мм, а диаметр перфорационного отверстия 3мм +1,6 мм. Послеоперационная летальность 1,9%. Ушивание перфоративной язвы выполнено 164 больным; у 48 больных произведено иссечение краев язвы. Серозно-фибринозный перитонит при ушивании язвы отмечен в 169 наблюдениях. В 43 случаях у больных с ПЯДПК был гнойный перитонит, и вследствие этого им выполняли минимальное оперативное вмешательство – ушивание или иссечение перфоративной язвы. В этой группе больных самая высокая послеоперационная летальность 9,9%. Для изучения отдаленных результатов радикальных оперативных вмешательств мы использовали модифицированный вопросник ИКЖ ФХК (индекс качества жизни факультетской клиники ММА им. И. М. Сеченова). Лучшие показатели отмечены после селективной проксимальной ваготомии с ушиванием или дуоденопластикой. Худшие результаты после резекции желудка в модификации Гофмейстер-Финстереру. Таким образом, полученные результаты доказывают, что при отсутствии сопутствующих осложнений язвенной болезни, каллезной язвой и гнойного перитонита, оптимальной радикальной операцией в лечении перфоративных язв является селективная проксимальная ваготомию с ушиванием язвы или дуоденопластикой (низкая послеоперационная летальность, лучшие функциональные результаты).

---

255. Реконструкция слизистой оболочки в хирургическом лечении семейного аденоматоза толстой кишки.

Шельгин Ю.А., Кузьминов А.М., Вышегородцев Д.В., Коган Е.А., Сухих Г.Т.

Москва

ФГБУ "Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н.Рыжих" Минздрава России.

Актуальность. Семейный аденоматоз толстой кишки (САТК), являясь аутосомно-доминантным наследственным синдромом, проявляется в формировании множественных доброкачественных полипов (аденом) в толстой кишке с последующим развитием колоректального рака в 100% случаев. Поэтому при САТК требуется обязательное хирургическое лечение. Колпроктэктомия с тонкокишечным резервуаром - метод выбора при отсутствии злокачественной трансформации полипов прямой кишки. Однако отдаленные функциональные результаты и качество жизни нередко неудовлетворительные. Это обусловлены развитием илеоанальной дисфункции, которая проявляется развитием резервуарита, пролапсом резервуара, стриктурой, дилатацией, анальной инконтиненцией. Методы. Разработан метод с сохранением нижнеампулярного отдела прямой кишки при колпроктэктомии. Выполняется мукозэктомия прямой кишки. С целью реконструкции слизистой оболочки осуществляется аллогенная клеточная трансплантация. Накладывается резервуаро-ректальный анастомоз. Результаты. Хирургические вмешательства с использованием технологий клеточной трансплантации выполнены 56 пациентам САТК в возрасте от 17 лет до 51 года. Послеоперационные осложнения отмечены у 5 (8,91%) пациентов. Илеостомы закрыты и восстановлен естественный кишечный пассаж 55 пациентам (98,2%). При эндоскопическом исследовании установлено, что у 76,8% пациентов реконструкция слизистой оболочки наступила уже через 4 недели после операции. Признаки анальной инконтиненции через 12 месяцев после закрытия илеостомы

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

полностью отсутствовали у 67,3% пациентов. 25% пациентов отмечали эпизодические проявления недержания. Только 4 пациента (7,7%), отмечая явления анальной инконтиненции, полагают, что это способствует изменению образа жизни. Заключение. Применение клеточных биотехнологий приводит к формированию реконструированной слизистой оболочки в достаточно короткие сроки после операции, что позволяет сохранить нижеампулярный отдел прямой кишки и избежать формирования ее стриктуры. Метод операции способствует достижению хороших функциональных результатов.

---

#### 256. Хирургическое лечение при ятрогенных повреждениях желчных протоков

Кирилюк А.А.

Вологда

Вологодская областная клиническая больница

Материалы и методы исследования с 1986 по 2011 гг. в Вологодской областной клинической больнице находилось 43 пациентов с ятрогенными повреждениями желчных протоков (ЯПЖП). Женщин было – 40 (93%), мужчин – 3 (7%). Средний возраст составил 52,5 года. Во время холецистэктомии, желчные протоки были повреждены в 41 (95,3%) случае, во время резекции желудка в 2 (4,7%) случаях. У 9 (20,9%) больных ЯПЖП были выявлены интраоперационно, у 34 (79,1%) в послеоперационном периоде. Формирование ЯПЖП отмечено в сроки от 1,5 месяцев до 3 лет после операции. Наружный желчный свищ выявлен у 32 (74,4%) больных, хронический обструктивный холангит был диагностирован у 22 (51,1%) больных, механическая желтуха различной степени тяжести у 28 (65,1%). В диагностике стриктур желчных протоков использовались УЗИ, фистулохолангиография, ЭРПХГ, МРТ-холангиография. По классификации Н. Bismuth (1982) тип 1 выявлен у 11 больных, тип 2 у 20, тип 3 у 8, тип 4 у 3, тип 5 у 1 больного. Реконструктивная операция в объеме гепатикоэюноанастомоза (ГЕА) на изолированной по Ру петле тощей кишки, выполнена всем 43 больным. У 31 (72,1%) больного наложен прецизионный ГЕА, в 12 (27,9%) случаях выполнено транспеченочное дренирование по Сейпол-Куриану на срок не менее 2,5 лет. Если не использовался каркасный дренаж, проводилась декомпрессия зоны анастомоза дренажной трубкой через «слепой конец» изолированной петли тонкой кишки. Результаты и обсуждение. Неосложненный послеоперационный период отмечен у 31 (72,1%) пациента. Подтекание желчи из линии швов ГЕА отмечено в 7 (16,3%) случаях, у 5 (11,6%) пациентов было отмечено нагноение раны. Летальных исходов в ближайшем послеоперационном периоде не было. Отдаленные результаты прослежены в сроки от 1 года до 7 лет после операции. Результат признан хорошими у 29 (67,4 %) больных, удовлетворительный у 8 (18,6 %), неудовлетворительный у 6 (13,9%) пациентов. Сроки формирования рубцовой стриктуры составили от 1 года до 5 лет. Выводы: Подавляющее число ЯПЖП диагностируются в различные сроки после оперативных вмешательств. В настоящее время общепринятой методикой в лечении стриктур внепеченочных желчных протоков является ГЕА на изолированной по Ру петле тонкой кишки с использованием прецизионной техники. При формировании бескаркасного ГЕА считаем обязательным, осуществлять его декомпрессию через «слепой» конец, для профилактики его несостоятельности.

---

#### 257. ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКООЧИЩЕННОГО ДИОСМИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ОТЕКА СЕМЕННОГО КАНАТИКА И ЯИЧКА ПОСЛЕ ОТКРЫТОГО ПАХОВОГО ГРЫЗЕСЕЧЕНИЯ

Шептунов Ю.М.(1), Внуков П.В.(2), Акимжанова И.Ю.(3)

1,3)Липецк, 2)Елец

1) Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко 2) Межмуниципальный хирургический центр 3) Некоммерческое партнерство «Новолипецкий медицинский центр»

Целью исследования явилась оценка влияния препарата Флебодиа 600 на выраженность застойных явлений в области семенного канатика и яичка на стороне пахового грыжесечения в раннем послеоперационном периоде. Материалы и методы: В межмуниципальном хирургическом центре города Ельца было проведено исследование, в котором приняло участие 60 пациентов мужского пола в возрасте от 49 до 68 лет с косою паховой грыжей. Всем больным было выполнено открытое паховое грыжесечение с пластикой пахового канала полипропиленовым сетчатым имплантом по Lichtenstein под спинальной анестезией. Использовался облегченный протез размерами 5\*9см. Высота пахового промежутка у исследуемых лиц не превышала 5см. В основную группу было включено 29 больных. Средний возраст 58,3±3,2 лет. В течение 10 дней послеоперационного периода все они получали препарат Флебодиа 600 (Innothera Chouzy) в суточной дозе 1800 мг в один прием по следующим причинам. Кратность приема препарата по инструкции компании-изготовителя 1 раз в сутки при плановом лечении отеков лимфо-венозного происхождения по 1 таблетке (600мг); при лечении же острого геморроя – 3 таблетки в сутки. Поскольку операционную травму можно приравнять к острому нарушению лимфо-венозного оттока в области вмешательства (диссекция элементов семенного канатика, иссечение грыжевого мешка, наложение швов и т.д.), мы избрали большую дозировку для достижения клинического эффекта. Контрольную группу составил 31 пациент. Средний возраст в этой группе – 57,1±4,2 лет. Средний срок грыженосительства в основной группе был 3,3±1,6 лет, а в контрольной – 3,2±0,4. Средняя высота пахового промежутка (мм) 27±12 и 25±9 соответственно. Распределение больных в классификации грыж по Nyhus было следующим. Nyhus II: 13 (44,8 %) в основной группе, 17 (54,8 %) в контрольной; Nyhus IIIВ: 16 (55,2 %) и 14 (45,2 %), из чего следует, что группы вполне сопоставимы по указанным критериям. Для определения высоты пахового промежутка использовали измерительную ленту с ценой деления 1мм. Указанное измерение выполняли в проекции нижней надчревной артерии; от паховой связки до сухожилия внутренней косою мышцы живота. При сравнительно благоприятной клинической оценке результатов раннего послеоперационного периода в обеих группах, выводы строили на основании сравнения дооперационных и послеоперационных показателей на 10 сутки после вмешательства. Для этого использовали ультразвуковой аппарат Sonoscape S6 с линейным датчиком с частотой 7 МГц. При этом проводили измерение изменений толщины оболочек яичка (измерения выполняли по передней поверхности мошонки), объема яичка и площади поперечного сечения семенного канатика на стороне операции (в зоне наружного отверстия пахового канала). Оценку достоверности осуществляли с использованием критерия Пирсона. Результаты и обсуждение Клинически течение раннего послеоперационного периода в обеих группах было благоприятным. Все пациенты находились в хирургическом отделении 7 койко-дней. Нагноений, сером, гематом, острых послеоперационных орхоэпидидимитов, тромбозов вен лозовидного сплетения и яичковой вены не было. Наличие свободной жидкости в синусе яичка так же было исключено ультразвуковым исследованием. Побочных эффектов от использования высокоочищенного диосмина в ходе исследования не отмечено. Изменение толщины оболочек яичка на стороне операции на 10 сутки после вмешательства в контрольной группе составило 3,6±1,8 мм. В основной группе данный показатель был достоверно ниже – 1,22±0,5 мм (р

---

258.Метод контроля за течением раневого процесса у больных после операций на органах брюшной полости

Измайлов А.Г.(1), Доброквашин С.В.(1), Волков Д.Е.(1), Пырков В.А.(2), Закиров Р.Ф.(2), Давлет - Кильдеев Ш.А.(2)

Казань

1) ГБОУ ВПО "Казанский ГМУ" Минздрава России, 2) ГАУЗ "Госпиталь для ветеранов войн", хирургическое отделение



Ультразвуковое исследование (УЗИ) передней брюшной стенки после лапаротомии используется в хирургической практике для оценки течения раневого процесса в области послеоперационного вмешательства и диагностики развивающихся осложнений. Поверхностно локализованные (подкожная клетчатка) очаги гнойного воспаления имеют достаточно четкие клинические проявления (гиперемия, отек, боль), позволяющие диагностировать патологический процесс на ранних стадиях. Нарушение процесса заживления раны в более глубоких слоях (мышечно – апоневротический слой) клинически проявляется позже и поэтому поздно диагностируется. Поиск новых критериев для оценки течения раневого процесса в настоящее время является актуальным. В отделении хирургии ГАУЗ “Госпиталь для ветеранов войн” для контроля за течением раневого процесса, на 3, 7 и 10 сутки послеоперационного периода проводили обязательное ультразвуковое сканирование тканей мышечно – апоневротического слоя в области лапаротомной раны с определением характера экзогенности тканей данной зоны в динамике (гипоэкзогенная, гиперэкзогенная) и измерением ее ширины. Обследовано 42 пациента в возрасте от 20 до 75 лет после оперативного вмешательства по поводу различных urgentных заболеваний органов брюшной полости. Мужчин было – 18 (42,8%), женщин – 24 (57,1%). Распределение больных в зависимости от нозологических форм патологии органов брюшной полости: острый деструктивный холецистит – 18 больных (42,8%); острая кишечная непроходимость – 15 (35,7%); острый деструктивный аппендицит – 6 (14,3%); перфоративная язва желудка – 3 (7,2%). В зависимости от клинического варианта заживления ран, (первичным или вторичным натяжением), все больные разделены на две группы. Первая: - 34 больных (80,9%) – с неосложненным течением раневого процесса (заживление раны первичным натяжением), вторая: - 8 больных (19,1%) – с осложненным течением раневого процесса (имелись гнойно – воспалительные раневые осложнения и заживление раны в последующем шло по типу вторичного натяжения). Ультразвуковые исследования (УЗИ) выполнялись сканерами “ALOKA” SSD – 1700 (Япония) в реальном масштабе времени с электронным датчиком 3,5 и 7,5 МГц. С целью выявления жидкостных образований (поверхностно расположенных) в подкожной жировой клетчатке применялось сканирование датчиком частотой 7,5 МГц. Для исследования раны мышечно – апоневротического слоя (глубокие структуры передней брюшной стенки) использовался датчик частотой 3,5 МГц. Датчик располагался перпендикулярно по отношению к исследуемой области послеоперационной раны в поперечной плоскости. Глубина сканирования зависела от выраженности подкожной жировой клетчатки. В послеоперационном периоде больным на 3 сутки проводилось контрольное УЗИ раны. Визуализация на 3 сутки гипоэкзогенного образования более 4 см<sup>3</sup> является показанием для проведения ревизии и санации, что способствует в дальнейшем физиологическому процессу заживления. Начиная с 7 суток на ограниченных участках раны мышечно – апоневротического слоя имело место появление гиперэкзогенности тканей, что свидетельствовало о завершении фазы воспаления, начале процесса регенерации и формирования соединительнотканного рубца. У некоторых пациентов при использовании УЗИ, нами обнаружены жидкостные образования различных объемов в области послеоперационной раны. Известно, что скопление жидкости в области послеоперационной ране является потенциальным источником воспалительных осложнений. Поэтому при нарастании объема жидкостных образований до 14,2 мм или изменении их эхоструктуры, то есть при появлении гипоэкзогенных масс, гиперэкзогенных включений, формирования капсулы в сочетании с клиническим признаком воспаления показана эвакуация содержимого, санация, с последующим микробиологическим исследованием. Проведенные исследования свидетельствуют, что изменения ширины гипоэкзогенной зоны у больных с неосложненным течением раневого процесса было направлено в сторону уменьшения последней до 8,2 мм. Появление участков с повышенной экзогенной структурой, сопровождалось переходом гипоэкзогенной зоны в гиперэкзогенную на 7 – 10 дни послеоперационного периода в фазе регенерации. Увеличение при ультразвуковом исследовании ширины гипоэкзогенной зоны через 5 – 7 дней после операции до 17,8 мм без тенденции ее к снижению в последующие дни послеоперационного периода позволяло предположить отклонения от нормального течения раневого процесса и свидетельствовало о высокой вероятности развития гнойно – воспалительных осложнений со стороны раны. У 8 больных послеоперационный период осложнился гнойно – воспалительным процессом со стороны раны, где выявлено значительное увеличение ширины гипоэкзогенной зоны спустя 7 суток после операции (в стадии пролиферации), что сопутствовало развитию гнойно – воспалительных раневых осложнений. Так, ширина гипоэкзогенной зоны в данной группе больных составило в среднем 14,2 мм ± 0,7 мм. В динамике ультразвуковое исследование тканей раны мышечно – апоневротического слоя проводилось и после санации воспалительного очага. У исследуемых пациентов на высоте гнойного воспаления производили разведение краев раны, пункции патологического образования под ультразвуковым контролем, опорожнение гнойного очага, проведения хирургической обработки и лечения антисептиками, антибиотиками параллельно со стиханием воспалительных изменений в ране. Положительная динамика течения раневого процесса, наблюдаемая клинически, подтверждалась и данными ультразвукового исследования. В фазе разрешения воспалительного процесса ширина гиперэкзогенной зоны

патологического процесса уменьшалась до 0,8 см. Нагноения (84%) чаще располагались в области раны мышечно – апоневротического слоя и в основном локализовались под апоневрозом, а инфильтраты, гематомы и серомы в подкожной жировой клетчатке (81,5%). При сонографическом контроле у 8 больных с осложненным течением раневого процесса частота гнойно – воспалительных осложнений составило: 2 (4,7%) нагноение раны, 4 (9,6%) инфильтрата, 1 (2,4%) серома и 1 (2,4%) лигатурный свищ. Таким образом, наши исследования показали, что определение характера экзогенности тканей в области раны мышечно – апоневротического слоя и объема гипоезогенной зоны, в качестве критериев оценки течения раневого процесса в сочетании с клиническими признаками заживления и результатами других исследований, может быть использовано в послеоперационном периоде для контроля за эффективностью лечения.

---

## 259.ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ И ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Лосев И.И., Каторкин С.Е., Сзоненко Я.В.

Самара

ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России

Цель. Улучшить результаты лечения пациентов с сочетанной патологией опорно-двигательной и венозной систем нижних конечностей за счет применения комплексного междисциплинарного подхода к выбору оптимальной тактики лечения. Материал и методы. Проанализированы результаты обследования 452 пациентов с сочетанной патологией опорно-двигательной и венозной систем нижних конечностей. Проводилось клиническое и инструментальное обследование (ультрасонодоплерография, компьютерная томография, плантография, подометрия, гониометрия, функциональная электромиография). Пациентам с патологией опорно-двигательной системы и сопутствующими хроническими заболеваниями вен С3-С6 классов выполняли комбинированное оперативное вмешательство (n=401), направленное на коррекцию нарушений периферической венозной гемодинамики и лимфооттока. Оценка качества жизни пациентов производилась с использованием опросника “SF-36 Healf Status Survey”. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения (до 3 лет) произведена с использованием критериев доказательной медицины. Результаты. С3 класс диагностирован у 168 (37%), С4 – у 124 (27%), С5 – у 102 (23%) и С6 – у 58 (13%) обследованных. Нетравматическая патология стоп выявлена у 404 (89%), а явления артроза суставов стопы у 203 (45%) пациентов. Клинический анализ движений выявил патологические изменения цикла шага и функциональную недостаточность нижних конечностей. Увеличивалась плотность кожи и подкожной клетчатки до  $8,2 \pm 0,16$  НУ, мышц в заднем глубоком компартменте голени – до  $4,3 \pm 0,18$  НУ. Сочетанная патология опорно-двигательной и венозной систем приводит к развитию артрогенного конгестивного синдрома. При С5-С6 классах возможно формирование хронического компартмент-синдрома. При сопутствующей патологии вен С3-С6 классов необходимо сначала проводить коррекцию венозной недостаточности. Ортопедическое оперативное вмешательство выполняется через 1-3 месяца после реабилитации. Заключение. При медицинской реабилитации пациентов с сочетанным поражением опорно-двигательной и венозной систем нижних конечностей необходим мультидисциплинарный подход. Разработанные критерии системного функционального подхода в диагностике и лечении помогут избежать многих ошибок в лечении пациентов данной категории.

---

260.Эндотелиопротекция при лечении пациентов с сочетанием хронических заболеваний вен и сахарного диабета 2 типа

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

Самара

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава РФ

Цель. Изучить эффективность применения препарата сулодексид (Вессел Дуэ Ф) при лечении пациентов с хроническими заболеваниями вен (ХЗВ) С6 клинического класса и сахарного диабета (СД) 2 типа. Материал и методы. В исследование были включены 62 пациента обоего пола в возрасте от 18 до 75 лет с ХЗВ С6 класса и СД 2 типа. Методом случайной выборки пациенты рандомизированы в основную (I) и контрольную (II) группы в соотношении 1:1. Пациенты основной группы получали лечение препаратом сулодексид по стандартной схеме в течение 50 дней. При исследовании выполнены: сбор анамнеза, осмотр флебологом и эндокринологом, измерение маллеолярного объема, массы тела, ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей, клинический и биохимический анализы крови, коагулограмма, планиметрия трофических язв, микробиологический и цитологический методы, статистическая обработка результатов. Первичная конечная точка исследования - эпителизация трофических язв после 1 месяца. Вторичные конечные точки - заживление язв через 2 месяца и динамические изменения в процессе эпителизации. Результаты. В основной группе выявлены значимое улучшение суммарного показателя по клинической оценке тяжести заболевания VSCC, уменьшение маллеолярного объема, положительная динамика скоростных показателей венозного оттока и улучшение показателей качества жизни по вопроснику SF-36 (p

---

#### 261. КРИТЕРИИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СКОЛЬЗЯЩИХ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ.

Журбенко Г.А.,(1) Карпицкий А.С.,(1) Панько С.В.,(2) Глушек С. З.,(2) Вакулич Д.С.,(1) Игнатюк А.Н.(1)

1) Брест, Республика Беларусь. 2) Кельце, Польша.

1) Учреждение здравоохранения «Брестская областная больница». 2) Университет им. Я. Кохановского, медицинский факультет

**АКТУАЛЬНОСТЬ:** Наличие гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) на фоне грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) с отсутствием эффекта от консервативной терапии является показанием к хирургическому лечению. Диагноз скользящей ГПОД может быть выставлен на основании данных фиброэзофагоскопии (ФЭГДС) и полипозиционной рентгеноскопии пищевода и желудка (ПРПЖ). Чувствительность ПРПЖ и ФЭГДС в визуализации скользящей ГПОД не превышает 70% и зависит от размеров грыжи, т.е. степени мобильности пищеводно-желудочного перехода (ПЖП). Следует отметить, что в норме положение ПЖП не статично и изменяется по отношению к пищеводному отверстию диафрагмы (ПОД) при дыхании и акте глотания в диапазоне до 2 см. Отсюда трудности в рентген- и эндоскопической диагностике небольших, кардиальных ГПОД со смещением в средостение ПЖП по отношению к ПОД в диапазоне  $\geq 2$  см. Для улучшения диагностики ГЭРБ на фоне кардиальной ГПОД необходимо учитывать не только степень смещения ПЖП в средостение, но и расстояние между ножками ПОД, уровень снижения давления в зоне нижнего пищеводного сфинктера (НПС). **ЦЕЛЬ РАБОТЫ:** Разработать метод диагностики скользящей ГПОД путём выполнения рентгеновской компьютерной томографии органов грудной клетки (РКТ ОГК) с зондом Блэкмора (ЗБ). **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** 20 пациентам с подозрением на скользящую ГПОД выполнено РКТ ОГК со стандартно-установленным в пищевод и желудок зондом Блэкмора. Баллоны перед РКТ-исследованием раздувались нами одинаковым объёмом воздуха: желудочный – 60мл<sup>3</sup>, пищеводный – 40мл<sup>3</sup>. Методика исследования заключается в подтягивании зонда с раздутым желудочным баллоном краниально до его самофиксации с последующим раздуванием пищеводного баллона и выполнении стандартного РКТ ОГК. На зонде после подтягивания и самофиксации ставится метка по уровню резцов зубов пациента. **РЕЗУЛЬТАТЫ:** Диагностическими критериями, указывающими на наличие

скользящей ГПОД при проведении исследования были приняты следующие: □ Расстояние от резцов зубов пациента до верхней части желудочного баллона менее 37 см; □ Фиксация верхней части желудочного баллона на уровне ножек диафрагмы или выше их с отсутствием абдоминальной позиции пищевода и диастаз ножек более 20 мм; □ Наличие медиастинальной ампулы (МА) и кольца А в верхней части МА с диаметром пищевода на уровне МА более 26 мм; □ Несоответствие диаметров пищевода баллона и просвета желудка в медиастинальной ампуле с наличием между ними воздушной прослойки. Из 20 пациентов скользящая ГПОД была подтверждена у 18. Основаниями для постановки диагноза были фиксация желудочного баллона на уровне расширенных ножек ПОД у 15 пациентов. У 3 пациентов желудочный баллон зафиксировался на уровне ПЖП в средостении, что указывало на размер диастаза ножек ПОД больше диаметра желудочного баллона (55 мм). Расстояние от верхней части желудочного баллона до метки на зонде Блэкмора у 15 указанных выше пациентов составило 35-38 см., у 3 пациентов с медиастинальной фиксацией желудочного баллона это расстояние составило 15, 19 и 25 см. соответственно. Диаметр пищевода баллона в медиастинальной ампуле у всех пациентов со скользящей ГПОД был от 27 до 32мм. Причём у 11 пациентов между пищеводным баллоном и просветом желудка, на уровне ГПОД радиально определялась воздушная прослойка 3-7мм. толщиной. Длина медиастинальной ампулы у пациентов со скользящей ГПОД составила от 17 до 35 мм. У двух пациентов диагноз ГПОД был исключён на основании наличия абдоминальной позиции пищевода. Диаметр пищевода баллона в наддиафрагмальной части у этих пациентов составил 25 и 26мм. с плотным его прилеганием к стенкам пищевода. **ВЫВОДЫ:** Предлагаемый метод диагностики обладает высокой информативностью в выявлении кардиальной скользящей ГПОД благодаря точному определению степени смещения ПЖП и части желудка в средостение.

---

## 262. Мониторинг отдаленных результатов шунтирующих операций у пациентов с циррозом печени

Сапронова Н.Г., Кательницкий И.И.

Ростов-на-Дону

ГБОУ ВПО "Ростовский государственный медицинский университет" Минздрава России

Хирургия портальной гипертензии (ПГ) делится на вмешательства, которые не устраняют ПГ (операции азигопортального разобщения, эндоскопическое лигирование и склерозирование ВРВ) и операции, устраняющие патологический процесс (трансабдоминальные и эндоваскулярные методики) (Ерамышанцев А.К. и соавт., 2006; Ганцев Ш.Х. и соавт., 2008; Кащенко В.А., 2008; Затевахин И.И. и соавт., 2010; Шиповский В.Н. и соавт., 2010). Цирроз печени (ЦП) в 70% случаев является причиной внутрипеченочной ПГ (Анисимов А.Ю. и соавт., 2004, 2013; Семенова В.В., 2007). В России – смертность от ЦП составляет 50000 человек в год, коэффициент смертности превышает среднемировой в 3 раза. ЦП - шестая по частоте причина смерти в России (Бобров А.Н. и соавт., 2011). Радикальным методом лечения ЦП является трансплантация печени. Потребность в пересадке печени велика, но существует несоответствие между этой потребностью и возможностью решения проблемы (Готье С.В., 2003). Операции, направленные на устранение ПГ и профилактику жизнеугрожающих состояний, остаются актуальными, продлевают жизнь пациентам, помогают им дождаться трансплантации печени. Цель работы – проследить результаты лечения больных с циррозом печени у пациентов с осложненными формами с учетом индивидуальных проявлений патологического процесса. Из 297 больных циррозом печени у 54 (18,18%) отмечена печеночно-клеточная недостаточность по Child-Turcotte-Pugh (Pugh R., et al., 1973) «А» класса, у 157 (52,86%) - «В» класса, у 86 (28,96%) - «С» класса. По шкале MELD для оценки риска предстоящего оперативного вмешательства (Model for End-Stage Liver Disease; Malinchoc M., et.al, 2000) эти пациенты были распределены следующим образом: менее 11 баллов – 144 (48,5%) больных, от 11 до 15 баллов – 120 (40,4%) пациентов, от 16 до 20 баллов – 22 (7,4%) и более 20 баллов – 11 (3,7%) человек. Всего пациентам с ЦП было выполнено 221 операция, экстракорпоральные методы лечения были применены у 42 больных с ЦП (плазмаферез, реинфузия концентрата асцитической жидкости). Вид шунтирующей операции стал основой деления пациентов с ЦП

на группы: I группа больных, которым было выполнено спленоренальное венозное шунтирование (СРВШ) (n=79) и II группа пациентов, которым было выполнено трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование (ТВПШ) (n=128). Операцию СРВШ в клинике хирургических болезней РостГМУ выполняли с 1993 года, операцию ТВПШ с 2007 года. Максимальный срок наблюдения пациентов I группы (СРВШ) составил 20 лет (1 наблюдение), II группы (ТВПШ) - 6 лет (24 наблюдения). В связи с различием по времени наблюдения пациентов I и II групп, были определены сроки изучения отдаленных результатов: от 31 дня до 6, 12, 24 и 36 месяцев после операции. В этот трехлетний временной промежуток попали все пациенты обеих групп наблюдения. Основным диагнозом пациентов с внутрипеченочной ПП не менялся после проведенного оперативного вмешательства, поэтому контроль проходимости портосистемных анастомозов и выявление их дисфункции являлись объективной оценкой эффективности декомпрессии портальной системы. Основным признаком нормальной работы созданного портосистемного шунта в обеих группах наблюдения стало отсутствие рецидива варикозного пищевода-желудочного кровотечения. В срок до года после операции в обеих группах это осложнение встречалось редко (I группа - 2,73% и II группа - 2,40%). Риск кровотечения возрастал со второго года у больных обеих групп (I группа - 6,84% и II группа - 4,80%), однако достоверно меньше эпизодов кровотечений зарегистрировано во II группе больных (ТВПШ). Причинами тромбоза шунта могли быть технические погрешности его наложения или установки, гиперкоагуляционный синдром, снижение давления в воротной вене и уменьшение скорости кровотока по шунту. У всех пациентов обеих групп на фоне ЦП присутствовали признаки гипокоагуляции, что не требовало проведения медикаментозной профилактики тромбоза. Пациенты I группы в 56,96% нуждались в приеме дезагрегантов с 3 суток до 6 месяцев после операции. Тромбоз шунта проявился признаками варикозного пищевода-желудочного кровотечения у 19,17% больных I группы и у 12% - II группы. У 2 пациентов I группы и у 7 во II группе, несмотря на тромбоз шунта, не было признаков варикозного пищевода-желудочного кровотечения. Сравнительная оценка возникших кровотечений из ВРВ, по методу множительных оценок Каплана-Мейера в течение 36 месяцев, представлена на рисунке 16. Доля пациентов без кровотечения в I группе составила 79,27%, во II - 87,95% ( $p > 0,05$ ), достоверных различий между группами не выявлено. Объективными методами определения снижения портального давления в послеоперационном периоде были ЭГДС и ультрасонография. При выполнении контрольных ЭГДС пациентам обеих групп было достоверно установлено уменьшение степени ВРВ пищевода и желудка у 53,42% больных I группы и у 53,60% - II группы. Степень ВРВ сохранялась без изменений у 27,39% - I группы и у 34,40% - II группы. В послеоперационном периоде регресс асцита был зафиксирован у 37,50% - I группы и у 24,73% - II группы от числа пациентов, имевших асцит до операции. Одним из осложнений портосистемного шунтирования являлась послеоперационная энцефалопатия. Субклинические формы были установлены практически у всех пациентов с ЦП до операции. Разница в формировании шунта в группах наблюдения состояла во внутрипеченочном его расположении при ТВПШ и проксимальном при СРВШ без сохранения селезенки. Прогрессирование послеоперационной энцефалопатии не встречалось у пациентов I группы и прогнозировалось у пациентов II группы, носило преходящий характер, а правильно построенное медикаментозное лечение в послеоперационном периоде позволило добиться определенных результатов. Гемодинамические особенности после портосистемного шунтирования в каждой группе отражены в предложенных критериях оценки результатов. Критерии оценки I группы (СРВШ): регистрация мощного кровотока в зоне предполагаемого анастомоза; ретроградный кровоток в селезеночной вене; появление «фазного» портального кровотока; уменьшение диаметра воротной вены. Критерии оценки II группы (ТВПШ): регистрация мощного кровотока по внутрипеченочному шунту; изменение характера кровотока в воротной вене на гепатопетальный у пациентов с ранее гепатофугальным кровотоком; уменьшение диаметра воротной вены. После операции в 100% наблюдений I группы кровотоки по ВВ становились фазными, во II группе в 100% - гепатопетальными. Если визуализация внутрипеченочного шунта не представляла сложностей, то обнаружить место слияния селезеночной вены с почечной иногда было затруднительно. Основными признаками снижения давления в ВВ было уменьшение ее диаметра, что и было подтверждено достоверно без значимых отличий между показателями обеих групп. Выраженные различия максимальной ЛСК по ВВ, а она увеличивалась после ТВПШ и уменьшалась после СРВШ, стали подтверждением эффективности выполненных операций. Клинические критерии оценки адекватности выполненного оперативного вмешательства приведены ниже. Хороший результат: отсутствие эпизодов варикозного пищевода-желудочного кровотечения; уменьшение степени варикозного расширения вен пищевода и желудка; отсутствие асцита; отсутствие послеоперационной энцефалопатии. Удовлетворительный результат: отсутствие эпизодов варикозного пищевода-желудочного кровотечения; степень варикозного расширения вен пищевода сохраняется без изменений; асцит корректируется медикаментозно; послеоперационная энцефалопатия корректируется медикаментозно. Неудовлетворительный результат: рецидив варикозного пищевода-желудочного кровотечения; летальный исход. «Хорошие» результаты были получены у 24,65% и 28% пациентов обеих групп, «удовлетворительные» - у 39,72% и 45,6% больных

обеих групп соответственно. «Неудовлетворительный» результат лечения определялся летальным исходом (16,43% и 14,40%) и возникновением варикозного пищеводно-желудочного кровотечения (19,18% и 12,00% соответственно I и II группы). Показатель летальности больных с внутривенной ПГ в большинстве случаев определялся состоянием печеночной паренхимы, операция шунтирования снижала давление в воротной вене, продлевала жизнь пациентам, профилактировала пищеводные кровотечения. Сравнительная оценка выживаемости по методу множительных оценок Каплана-Мейера для обеих групп наблюдения в срок до 36 месяцев после операции в I группе составила 78,48%, во II - 81,13%. Таким образом, более высокая летальность отмечена в раннем послеоперационном периоде у пациентов I группы из-за большего числа послеоперационных осложнений, во II группе - в срок от 4 до 6 месяцев и от 20 до 24 месяцев в обеих группах после операции. Распределение умерших зависело от возникших кровотечений из ВРВ после 20 месяцев наблюдения и прогрессирования печеночно-клеточной недостаточности. Статистическая значимость различий показателя выживаемости за период наблюдения до 36 месяцев между группами не была установлена.

---

### 263. СПОСОБ КОМБИНИРОВАННОЙ АЛЛОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ

Черных В.Г., Крайнюков П.Е., Скоробогатов В.М., Ошмарин С.В., Бондарева Н.В., Пятов С.С.

Москва

ФКУ «МУНКЦ им. П.В.Мандрыка» МО РФ

Нами разработан способ комбинированной пластики пахового канала с использованием полипропиленового трансплантата. Операция Лихтенштейна взята в качестве прототипа. Недостатками прототипа, препятствующими получению ожидаемого результата, являются: 1. Укрепление задней стенка пахового канала только за счет сетчатого трансплантата, нижний край внутренней косой мышцы не фиксируется, внутреннее паховое кольцо не уменьшается. 2. Верхний край сетки подшивается к сухожильной части внутренней косой мышцы живота, который, однако, не всегда выражен в ране. Фиксация к мышечной ткани, обладающей небольшой механической прочностью, может привести к прорезыванию швов и смещению трансплантата. Также существует опасность попадания в шов п. ilioinguinalis, что нередко приводит к длительному болевому синдрому. При разработке нового способа были поставлены следующие задачи усовершенствования способа-прототипа: 1. В ходе выполнения пластики укрепить заднюю стенку пахового канала. 2. Разработать способ прочной и безопасной фиксации сетчатого трансплантата. Способ осуществляется следующим образом. Рассекают мягкие ткани по общепринятой методике. Грыжевой мешок выделяют и удаляют. Нижний край внутренней косой и поперечной мышц живота с поперечной фасцией без натяжения подшивают к подвздошно-лонному тракту. В подапоневротическом пространстве формируют пространство достаточного размера. Сетчатый трансплантат 6x11 см., непрерывным швом проленовой нитью 3/0 фиксируют к связке Купера и далее к подвздошно-лонному тракту до точки, расположенной на 2 см латеральнее внутреннего пахового кольца. В проекции центра внутреннего пахового кольца кончиком зажима сетка берется в складку, и ножницами вырезается отверстие 7-8 мм в диаметре. От него вертикального вверх рассекается сетка. Семенной канатик через разрез помещается в подготовленное отверстие. Медиальный край сетки непрерывным швом фиксируется к апоневрозу прямой мышцы живота. Далее этой же нитью верхний край сетки непрерывным швом фиксируется изнутри к апоневрозу внутренней косой мышцы живота. Для этого крючками медиальный лоскут рассеченного апоневроза наружной косой мышцы живота подворачивается кверху. В результате образуется складка из мобилизованного участка апоневроза, по внешнему виду напоминающая пупартову связку. Верхний край сетки фиксируется до разреза над окном семенного канатика. После окончательного расправления сетки излишки латерального лоскута иссекаются. Разрез ушивается непрерывным швом с формированием окна для семенного канатика необходимого размера. Завершают операцию ушиванием апоневроза, подкожной клетчатки и непрерывным внутрикожным швом. Таким образом, фиксация внутренней косой мышцы живота с уменьшением внутреннего пахового кольца позволяет сформировать функциональный мышечный слой задней стенки пахового канала, способный к динамическому сокращению при повышении

внутрибрюшного давления. Фиксация верхнего края сетки непрерывным швом к внутренней поверхности апоневроза наружной косой мышцы живота позволяет избежать ранения мышечных сосудов, взятия в шов п. ilioinguinalis, получить более прочное соединение сетчатого трансплантата с апоневротической тканью и уменьшить количество остающегося в тканях шовного материала. Данный способ применен нами у 170 больных в период с 2010 по 2014 год. Все больные оперированы под местной инфильтрационной анестезией. Мужчин было 160 (94%), женщин – 10 (6%). Правосторонние грыжи диагностированы в 96 случаях (57%), левосторонние – в 64 (37%), двусторонние в 10 (6%). Косые грыжи выявлены у 112 (65,8%) пациентов, прямые – у 58 (34,2%). Интраоперационных осложнений не было. В послеоперационном периоде у 4 пациентов отмечен инфильтрат области послеоперационной раны, во всех случаях купирован консервативно. Болевой синдром после операции у всех пациентов выражен слабо. Назначение наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде не требовалось. Косметические результаты операций хорошие. Все пациенты осмотрены в разные сроки после операции: от одного месяца до 4 лет. Рецидивов в указанные сроки наблюдения не отмечено.

---

#### 264. ДЕСТРУКТИВНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В СТРУКТУРЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО СЕПСИСА В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Кисляков В.А., Зурнаджянц В.А.

Астрахань

ГБОУ ВПО АГМУ МЗ РФ

Актуальность: В структуре первичной обращаемости к хирургу, пациенты с хирургическими инфекциями кожи и мягких тканей достигают 70%. В 7% наблюдений гнойные заболевания кожи и мягких тканей являются причиной сепсиса. Летальность колеблется в диапазоне от 59 до 100% (В.С.Савельев, Б.Р.Гельфанд, 2013). Цель: улучшение результатов лечения пациентов с гнойно-некротическими поражениями кожи и мягких тканей, осложненных сепсисом. Материал и методы: Был разработан алгоритм диагностики и лечения, а также проведен проспективный анализ результатов лечения 149 больных за последние 5 лет: в возрасте 15 - 29 лет – 61 (40,9%), 30 - 44 лет – 40 (26,8%), 45 - 60 лет – 32 (21,5%). Группа сравнения – 140 пациентов, лечившихся в 2004-2008 г.г. сопоставимые по полу, возрасту, тяжести сепсиса локализации первичного очага. В исследуемой группе первичный очаг локализовался в мягких тканях: на нижних конечностях – 66 (44,1%); на верхних конечностях 16 (10,7%); в области ягодиц – 7(4,7%); в параректальной клетчатке – 5(3,4%); в забрюшинной клетчатке- 12 (8,1%); в поясничной области -3 (2%); на передней брюшной стенке -15 (10,1%); на передней поверхности грудной стенки- 9(6%); в межлопаточной области – 10 (6,8%); в мягких тканях головы – 4 (2,7%); на лице – 2(1,4%). Причем у 14 (9,5%) гнойно-некротический очаг возник при синдроме диабетической стопы (СДС) и у 23(15,4%) на фоне сахарного диабета, а 25 (16,8%) пациентов страдали шприцево-наркоманией. Алгоритм диагностики имел цель: выявление бактериального агента, метаболических нарушений, иммунных нарушений, нарушений гемостаза, установление ранних проявлений поли-органной дисфункции. Алгоритм комплексного лечения включал: 1) активное хирургическое лечение очага (или вторичных очагов) инфекции; 2) катетеризацию центральной вены; 3) круглосуточный мониторинг; 4) интенсивную терапию с использованием методов эфферентной терапии; 5) активное выявление возможных осложнений. Принципы хирургического лечения сепсиса включали следующие моменты: хирургическое вмешательство выполнялось после гемодинамической стабилизации; выявление гнойного очага (вскрытие и дренирование); при невозможности установить точную локализацию в мягких тканях выполнялась диагностическая пункция под рентгеноскопическим или ультразвуковым контролем и вскрытием гнойника по игле; при глубокой локализации гнойного очага выявление данными ультразвукового исследования, компьютерной томографии; хирургическое вмешательство было показано в случаях необходимости контроля над течением инфекционного процесса - ревизия гнойного очага; при отсутствии эффекта от лечения и прогрессировании органной недостаточности - поиск септического очага. В местном лечении ран применяли ультразвуковую кавитацию с орошающим раствором антибиотиков, периодически сменяя

растворами антисептиков (хлоргексидин, мирамистин), ги-похлоритом натрия и использовали современные высокотехнологичные повязки. В интенсивной терапии реализовались такие принципы, как: антимикробная терапия; гемо-динамическая поддержка; респираторная поддержка; нутритивная поддержка; контроль гипогликемии и коррекция; применение кортикостероидов; иммунозаместительная терапия; про-филактика тромбоза глубоких вен; плазмоферез; профилактика стресс-язв Антибиотикотерапия на первом этапе носила эмпирический характер и включала, как пра-вило – 3 препарата и антисептики, сульфаниламиды. Схемы применения антибиотиков изменя-лись вследствие ежеквартального мониторинга за микробным пейзажем ретроспективного (в течение одного года) и проспективного анализа (в течение последних двух лет). При тяжелом сепсисе более 15 баллов по APACHE -2 антибиотикотерапия начиналась с включением карбапенемов: меронем + левофлоксацин + амикацин или имепенем + левофлокса-цин + клиндамицин. Последующий выбор препарата производился после определения чувстви-тельности микрофлоры с контролем через 5 - 7 дней. При отсутствии чувствительности к анти-биотикам применяли в/в инфузии гипохлорита натрия. Иммунотерапия была направлена на коррекцию нарушенного звена иммунитета: включали препараты, воздействующие на разные звенья иммунной системы: на центральную регуляцию - тималин, т-активин; на восстановление системы нейтрофильных гранулоцитов и моноцитов, макрофагов – метилурацил, деринат, витамины, микроэлементы; на интерфероны – реаферон; на дисбаланс цитокинов - полиоксидоний № 10. Эфферентное лечение включало: плазмоферез аппаратом NISTRAL – 3000; фотогемотера-пию (УФОК: экстракорпоральное – ОВК-03 с узлом ЭКО, интракорпоральное – УФОК – свето-вод ОВК -03 с введением в центральную вену) и фотогемотерапию лучами лазера (эндоваску-лярная - АЛОК -1). Результаты и обсуждение: Классифицировали хирургические инфекции кожи и мягких тканей согласно Российским национальным рекомендациям 2009 года. Выявлено превалирование некротических поражений в виде целлюлита, фасциита, пиомиозита, пионекроза – всего 65(43,4%) и у 14(9,5%) с синдромом диабетической стопы. Критериями диагностики и классификация сепсиса явились рекомендации ACC/SCCM (со-гласительной конференции Американского колледжа пульмонологов и Общества специалистов критической медицины). Чаще встречались пациенты с тяжелым сепсисом – 52 (34,9%). У пациентов с СДС был диагностирован и классифицирован сепсис – 14(9,5%). Тяжесть состояния оценивалась по шкале APACHE – 2 в первые сутки после операции - наибольшую группу представляли 49 (32,1%) пациентов с 21-25 баллами. Органная дисфункция при сепсисе определялась по A. Baue, E. Faist, D. Fry, (2000): сердеч-но - сосудистая система- 95 (64%), мочевыделительная система- 90 (61%), дыхательная система – 98 (66%), печень – 97 (65%), свертывающая система – 58 (39%), метаболическая дисфункция – 80 (54%), ЦНС – 92 (62%). Исследование крови на наличие микрофлоры показало превалирование *Staphylococcus aureus* 13(8,7%), как в моноинфекции, так и в ассоциациях; следующими по значимости были *Staphylococcus epidermidis* - 9(6%), из них 5(3,6%) с СДС, *Enterococcus spp.* – 8 (5,4%), *Peptostreptococcus spp* -7(4,7%). Ассоциация микроорганизмов наблюдались у 42 (41,65%) пациентов, причем чаще встреча-лись *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Pseudomonas aeruginosa* в 12(29%) случа-ях и *Enterococcus spp*, *Enterobacter cloacae* по 10(23,8%). Ассоциация микроорганизмов были выявлены у 42 (41,65%) пациентов, из них 6 (%) с СДС, и в 48(32%) случаях рост не получен, из них 3 (2 %) с СДС. В группе исследования летальность составила – 36(24,5%) человек: с тяжелым сепсисом- 30(20,1%); с септическим шоком – 6(4,4%), что ниже, чем в группе сравнения. В группе сравне-ния 50(35,7%) человек. У пациентов с СДС программные этапные некрэктомии позволили у 6 сохранить опорную часть стопы, у 2 выполнены ампутации на уровне голени и 6 - на уровне бедра. Выводы: • В 44,1%, случаев процесс гнойно-некротический очаг локализуется на нижних конечно-стях; • Ведущим возбудителем сепсиса в моноинфекции и в ассоциации является *Staphylococcus aureus*; • Особой, сложной в тактическом плане категорией являются пациенты с СДС, составляю-щие 9,5%. Сберегающая тактика, включающая программные этапные некрэктомии, позволила у 6 пациентов сохранить опорную часть стопы и у 2 выполнить ампутацию на уровне голени. Небольшое количество клинического материала не позволяет сделать обобщающих выводов, но с определенной долей уверенности можно констатировать возможность сберегающей тактики у пациентов с деструктивными поражениями при СДС, осложненными сепсисом.

---

265.РЕЦИДИВЫ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ: ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ



Кисляков В.А., Юсупов И.А.

Астрахань

ГБОУ ВПО АГМУ МЗ РФ

Актуальность. Понятие качества жизни (КЖ) Всемирная Организация Здравоохранения определила как индивидуальное соотношение своего положения в жизни общества, в контексте его культуры и системы ценностей с целями данного индивида, его планами, возможностями и степенью неустроенности. КЖ используют для оценки результатов хирургического лечения. Наиболее часто применяются опросники: MOS SF-36, NHP, SIP, EuroQoI EQ-5D (К.Г. Абламасов с соавт., 2004, С.В.Мартемьянов с соавт., 2004, J. Brazier, R.Harper, N.Jones, 1992, J.E. Ware, C.D. Sherbourne, 1992). Цель: исследовать КЖ пациентов с рецидивами деструктивных поражений при синдроме диабетической стопы (РДПСДС) после хирургического лечения. Материал и методы: Исследуемая группа - 150 пациентов с рецидивами язвенных и гнойно-некротических поражений, получивших комплексное органосохраняющее лечение. В воз-расте до 45 лет – 9(6%)больных, 45 – 59 лет –52(34,7 %), 60 - 74 лет–89 (59,3 %); мужчин - 23 (15,3 %), женщин – 127 (84,7%). Длительность СД в 127 (84,6%) случаев - более 10 лет, менее 10 лет – 23(15,4%). Рецидивы РДПСДС при нейроишемической форме наблюдались у 94(62,7%) пациентов: СД 1 типа в 2(2,2%) случаях, а СД 2 типа в 92(97,8%); 24 (16%) больным выполнены высокие ампутации на уровне бедра. РДПСДС при нейропатической форме наблю-дались у 56 (37,3%) больных: СД 1 типа в 9(16,1%) случаях, а СД 2 типа в 47 (83,9%); 12(8%) выполнены высокие ампутации на уровне голени и бедра. Для исследования показателей КЖ в динамике лечения и послеоперационного периода были использованы следующие контрольные точки: день поступления, день выписки, 3 месяца, 6 месяцев, 12 месяцев. Результаты и обсуждение. Пациентам, которым с РДПСДС при нейропатической форме были выполнены берегающие операции на стопе, динамика показателей КЖ выглядит так: фи-зическое функционирование – рост от 36,2± 1,2 при поступлении до 63,1±1,2 к 12 месяцам по-сле выписки из стационара; ролевое физическое функционирование – от 27,7± 1,6 при выписке до 58,5± 1,44 к 12 месяцам после выписки; общее состояние здоровья – отмечался рост от 28,1± 3,6 при поступлении до 60,4± 2,2 к 12 месяцам после выписки; жизнеспособность – от 28,5± 4,6 при поступлении до 60,2± 5,6 к 12 месяцам после выписки; социальное функционирование – рост от 30,5± 3,1 при поступлении до 63,4± 4,5 к 12 месяцам после выписки; ролевое эмоцио-нальное функционирование – рост от 19,6± 4,5 при поступлении до 67,5± 2,2 к 12 месяцам по-сле выписки; психологическое здоровье – рост от 23,7± 3,1 при поступлении до 59,6± 1,7 к 12 месяцам после выписки. К 12 месяцам выросли в 2 раза показатели КЖ в динамике психической, физической и со-циальной реабилитации, при этом отмечалось снижение боли в оперированной конечности от 50,5± 1,2 до 4,8± 1,2, что также расцениваем, как положительную динамику, связанную как с результатом лечения, так и с улучшением психического, физического состояния пациентов. После выполнения высоких ампутаций динамика показателей КЖ выглядит так: физическое функционирование – отмечалось снижение от 15,2±1,7 до 11,3± 2,1 при выписке и с незначи-тельным ростом к 12 месяцам до 14,2± 3,6 не достигающим уровня при поступлении в стацио-нар; ролевое физическое функционирование - снижение от 13,7± 5,6 до 12,5± 3,1 при выписке и незначительным ростом до 14,1± 1,2 к шести месяцам после операции; общее состояние здо-ровья – от 29,6± 2,4 со снижением до 13,5± 1,6 при выписке и ростом до 20,3±4,6, причем не дос-тигает даже уровня при поступлении в стационар; жизнеспособность - от 30,3± 1,2 со снижени-ем до 15,4± 3,1 при выписке и ростом до 25,6± 4,1, причем не достигает уровня при поступле-нии в стационар; социальное функционирование - от 14,1± 2,6 со снижением до 10,3± 1,3 и не-значительным ростом к 12 месяцам до 15,1± 1,3; ролевое эмоциональное функционирование - от 12,7± 1,1 с ростом до 14,8± 2,1 при выписке и с дальнейшим ростом до 19,6± 2,1 к 12 меся-цам; психологическое здоровье - от 35,1± 1,5 со снижением до 16,2± 1,2 и ростом до 22,6± 4,1 к 12 месяцам, но не достигающим уровня при поступлении. Показатели КЖ жизни после высоких ампутаций у пациентов с РДПСДС при нейропатиче-ской форме в 2 раза ниже при выписке, с незначительным ростом к 12 месяцам, приближаясь к уровням дооперационного периода. Необходимо отметить, что интенсивность боли снижается с 16,4± 1,2 до 14,5± 3,1 при выписке и даже незначительным ростом до 15,6± 1,2 к 12 месяцам - это указывает на сохраняющие «фантомные боли», которые ухудшают КЖ пациента, прибли-жая его к состоянию дооперационного периода. Динамика показателей КЖ пациентов с РДПСДС при нейроишемической форме, после сбе-регающих операций на стопе выглядит следующим образом: физическое функционирование – отмечался рост от 26,2± 1,2 при поступлении до 63,1±1,2 к 12 месяцам после выписки из ста-ционара; ролевое физическое функционирование – рост от 20,7± 1,6 при поступлении до 58,5± 1,4 к 12 месяцам после выписки; общее состояние здоровья – рост от 23,1± 1,6 при поступле-нии до 60,4± 2,2 к 12 месяцам после выписки; жизнеспособность – рост от 23,1± 1,6 при посту-плении до 60,2± 5,6 к 12 месяцам после выписки;

социальное функционирование - рост от  $20,5 \pm 2,1$  при поступлении до  $62,4 \pm 4,5$  к 12 месяцам после выписки; ролевое эмоциональное функционирование – рост от  $14,6 \pm 4,5$  при поступлении до  $67,5 \pm 2,2$  к 12 месяцам после выписки; психологическое здоровье – рост  $20,2 \pm 3,1$  при поступлении до  $58,6 \pm 1,7$  к 12 месяцам после выписки. Отмечается рост показателей КЖ у пациентов после сберегающих операций на стопе в 2-3 раза к 3 месяцам. Понижался такой показатель, как интенсивность боли от  $30,5 \pm 1,2$  при поступлении до  $37,1 \pm 1,4$  при выписке и снижении  $10,8 \pm 1,2$  к 12 месяцам после выписки. Причем после операций на стопе, регулярные курсы консервативной терапии, периодические осмотры, ношение ортопедической обуви, реабилитация в социум значительно повышают показатели КЖ, которые к 12 месяцам после операции в 2-4 раза выше, чем при поступлении в стационар. Анализ динамики показателей КЖ с РДПСДС при нейроишемической форме после высоких ампутаций выглядит следующим образом: физическое функционирование – отмечается рост от  $13,2 \pm 1,7$  при поступлении до  $14,2 \pm 1,6$  к 12 месяцам после выписки из стационара; ролевое физическое функционирование – рост от  $12,7 \pm 1,6$  при поступлении со снижением до  $11,5 \pm 3,1$  при выписке и незначительным ростом до  $14,1 \pm 1,1$  к 12 месяцам после выписки; общее состояние здоровья – снижение от  $19,6 \pm 2,4$  до  $13,5 \pm 1,6$  при выписке и ростом до  $22,3 \pm 4,6$  к 12 месяцам после выписки; жизнеспособность – снижение от  $24,3 \pm 1,2$  до  $19,4 \pm 3,1$  при выписке и дальнейший рост до  $23,6 \pm 4,1$  к 12 месяцам после выписки, но не достигает даже уровня при поступлении; социальное функционирование - снижение от  $14,1 \pm 6,6$  до  $12,3 \pm 1,3$  при выписке и незначительный рост до  $15,8 \pm 1,3$  к 12 месяцам после выписки; ролевое эмоциональное функционирование – отмечается рост от  $12,7 \pm 1,1$  при поступлении до  $19,6 \pm 2,1$  к 12 месяцам после выписки из стационара; психологическое здоровье – снижение от  $23,1 \pm 1,5$  при поступлении до  $15,2 \pm 1,2$  при выписке и незначительный рост до  $23,6 \pm 4,1$  к 12 месяцам после выписки. Показатели КЖ у пациентов, которым были выполнены высокие ампутации низки при выписке с незначительным ростом к 3 и 12 месяцам «общего состояния здоровья», «жизнеспособности», «психологического здоровья» - что можно расценивать как незначительную положительную динамику. Причем уровень интенсивности боли с тенденцией к росту от  $11,4 \pm 1,2$  при поступлении до  $11,5 \pm 3,1$  в момент выписки и до  $16,6 \pm 1,2$  к 12 месяцам после выписки из стационара, что связано с «фантомными болями», сохраняющимися длительное время. Часть пациентов, перенесших ампутации на уровне голени, продолжали работать, и показатели КЖ были выше, чем у перенесших высокие ампутации на уровне бедра, но это все не изменило статистическую динамику показателей КЖ. Показатели КЖ пациентов с РДПСДС при нейроишемической форме, которым были выполнены операции на стопе в 2-4 раза выше, чем у больных перенесших высокие ампутации, как в день выписки, так в отдаленном послеоперационном периоде. Заключение. Результаты исследования КЖ показывают, что в послеоперационном периоде, с РДПСДС при нейропатической форме, после сберегающих операций отмечалось снижение боли в оперированной конечности от  $50,5 \pm 1,2$  до  $4,8 \pm 1,2$ . КЖ по разным показателям возрастало к выписке, а к 12 месяцам было выше в 2-3 раза, чем в день госпитализации. После же высоких ампутаций, показатели КЖ были ниже в 2 раза при выписке с незначительным ростом к 12 месяцам, что нельзя расценивать как значимый положительный результат. В послеоперационном периоде после сохраняющих операций, с РДПСДС при нейроишемической формой, отмечен рост показателей КЖ в 2-3 раза через 3 месяца и в 2-4 раза к 12 месяцам. Понижался показатель «интенсивности боли» от  $30,5 \pm 1,2$  при поступлении, до  $37,1 \pm 1,4$  при выписке, со снижением до  $10,8 \pm 1,2$  через 12 месяцев. После же высоких ампутаций динамика показателей КЖ жизни такая же, как и с РДПСДС при нейропатической форме.

---

## 266.ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Карпов О.Э., Стойко Ю.М., Левчук А.Л., Максименков А.В., Розберг Е.П., Федотов Д.Ю.

Москва

ФГБУ «Национальный Медико-Хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» МЗ РФ

Введение Острая кишечная непроходимость (ОКН) составляет до 10% от всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Среди всех форм острой кишечной непроходимости на долю

толстокишечной приходится 30-40 %. Основной причиной толстокишечной непроходимости является опухолевое поражение толстой кишки — 93%. Частота послеоперационных осложнений у данной категории пациентов составляет 31,5%, а показатели ежегодной летальности достигают 16,3%. Одной из причин неблагоприятных результатов является отсутствие общепринятых стандартов в отдельных вопросах относительно тактики и объема оперативных вмешательств при осложненных формах рака толстой кишки. Материалы и методы Под нашим наблюдением в клиниках «НМХЦ им Н.И. Пирогова» находилось 285 больных, страдающих осложненными формами колоректального рака, в период с 2002 по 2014 гг. Наиболее часто осложненное течение отмечено у пациентов с локализацией опухолевого процесса в левой половине ободочной кишки - 162 (56.8%). В 108 случаях (37.9%) осложненные опухоли локализовались в правой половине ободочной кишки, значительно реже (15 пациентов, 5.3%) — в поперечной ободочной кишке. У большинства оперированных пациентов - 184 (64.6%) выявлена III стадия, у 71 (24.9%) - IV стадия рака ободочной кишки, у 30 (10.5%) - II стадия. По данным гистологического исследования основное место занимали аденокарциномы различной степени дифференциации - 78,9%, гораздо реже встречались перстневидно-клеточные и недифференцированные формы рака (9,2% и 11,9% соответственно). В 43.9% наблюдений во время оперативного вмешательства и по данным окончательного гистологического исследования было обнаружено метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов. Отдаленные метастазы выявлены у 77 (27%) обследованных с наиболее частой локализацией в печени - в 47 случаях, легких — 9, а также в виде имплантационных метастазов в других отделах ободочной кишки и органах брюшной полости — 4. Карцероматоз брюшины выявлен в 17,1% наблюдений. Результаты 152 (53.3%) пациента при неэффективности консервативной терапии оперированы по поводу ОН в экстренном и срочном порядке. Из них у 35 пациентов выполнили правостороннюю гемиколэктомию с наложением илеотрансверзанастомоза и интраоперационную декомпрессию тонкой кишки. Семи пациентам с локализацией нерезектабельной опухоли в печеночном изгибе были выполнены паллиативные операции - наложение илеотрансверзоанастомоза с назоинтестинальной декомпрессией зондом Миллера-Эббота. При IV стадии онкологического процесса (у 8 больных) с наличием отдаленных метастазов, но при технической возможности резектабельности опухоли, считали правомочным выполнение паллиативной санационной правосторонней гемиколэктомии с первичным наложением анастомоза. При раке левой половины толстой кишки и поперечно-ободочной кишки, осложненном непроходимостью, у 88 пациентов выполнены резекции сегмента кишки со стенозирующей опухолью с последующим ушиванием дистального отрезка кишки и выведением проксимального конца в виде одностольной колостомы по типу операции Гартмана. Одиннадцати пациентам с неоперабельной опухолью были наложены разгрузочные трансверзо- и сигмостомы. У 53 (18.6%) пациентов с явлениями ОН на тактику и объем оперативного вмешательства влияло наличие вторичного осложнения в виде параканкрозных воспалительных процессов, выходящие за пределы кишечной стенки. У 18 больных (34%) при отсутствии симптомов перитонита, прогрессирования воспалительного процесса и разрешенных явлениях ОКН предпринята выжидательная тактика, позволившая выполнить операцию в плановом порядке после купирования воспалительного процесса путем проведения курса комплексной терапии. Осложнения мы наблюдали у 61 пациента, что составило 21.4%. Всего у 61 пациента отмечено 71 осложнение различного характера, что обусловлено наличием 2-х и более осложнений у одного пациента (7 наблюдений). Большинство осложнений носило гнойно-септический характер. Общая летальность составила 4.2 % (12 случаев). При анализе осложнений и летальных исходов следует отметить, что наиболее тяжелую группу пациентов (n=27) составили больные с запущенными формами колоректального рака, у которых перечисленные осложнения сочетались, значительно увеличивая риск хирургического вмешательства. Выводы При неэффективности консервативных мероприятий и нарастании явлений кишечной непроходимости показано формирование проксимальной разгрузочной илео- или колостомы. У больных с кишечной непроходимостью, при наличии других жизненно опасных осложнений со стороны опухоли (перфорация, абсцедирование, кровотечение, диастатические разрывы и перфорация проксимально расположенных отделов) показана резекция толстой кишки с удалением первичной опухоли независимо от стадии заболевания. Одномоментное восстановление кишечной трубки допустимо лишь при формировании тонко-толстокишечного анастомоза в условиях специализированного стационара.

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

Москва

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

Введение: Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков (ЯПВЖП) возникают обычно в результате операционной травмы, связанной чаще всего с холецистэктомией или другими хирургическими вмешательствами на органах брюшной полости. Реконструктивные операции при этой патологии отличаются сложностью, а их результаты не всегда удовлетворяют хирургов и пациентов. Материалы и методы: Основу работы составили клинические у 48 пациентов, оперированных в «ФГБУ НМХЦ им. Н.И. Пирогова» в период с 2004 по 2014 годы по поводу ЯПВЖП. Средний возраст больных составил 46,8 лет. «Свежие» интраоперационные повреждения магистральных желчных протоков диагностированы у 18 пациентов (0,03% от общего числа операций на желчных путях). Из других лечебных учреждений были доставлены 30 больных, большинству из которых выполнялись повторные оперативные вмешательства с дренированием подпеченочного пространства или проксимального конца поврежденного желчного протока. В диагностике ятрогенных повреждений желчных протоков использовались общеклинические и инструментальные методы исследования: УЗИ, МРТ-холангиография, ЧЧХС, ЭРХПГ, фистулохолангиография, ФГДС. Обсуждение результатов: У 15 пациентов повреждения желчных протоков были обнаружены во время операции и сразу выполнена хирургическая реконструкция. Непосредственная реконструкция у 10 больных включала первичное восстановление непрерывности желчных путей с помощью билио-билиоанастомоза «конец в конец» на Т-образном дренаже Кера, гепатикоюностомию у 3 и холедоходуоденостомию у 2 пациентов. У троих пациентов желчеистечение обнаружено в первые двое суток послеоперационного периода из-за термического повреждения общего желчного протока. При этом удалось выполнить ретроградное эндоскопическое (2) стентирование и ЧЧХС (1) стентирование общего желчного протока пластиковыми стентами. У 30 пациентов с ятрогенными повреждениями желчных путей поступивших из других лечебных учреждений в сроки от 10 суток до 2 месяцев было выявлено: механическая желтуха у 15, желчеистечение (по сформированному наружному свищу или установленному ранее дренажу) у 13, холангит в 2 случаях. В большинстве наблюдений (29), после купирования явлений холангита и разрешения механической желтухи, в зависимости от уточнения характера и уровня ятрогенного повреждения желчных протоков, выполняли реконструктивную «V»-образную гепатикоюностомию на «отключенной» по Roux петле. У одного пациента удалосьшить дефект общего желчного протока на дренаже Кера. Среди всех оперированных с рубцовыми стриктурами и повреждениями желчных протоков у 17 использовали различные способы дренирования желчных протоков. В 4 случаях реконструктивную операцию производили на транспеченочном дренаже по Прадери-Смитсу, в 4 – по Сайпон-Куриану, в 9 – по Фелкеру. Послеоперационные осложнения возникли у троих больных (2 – пневмония, 1 – нагноение операционной раны). Летальных исходов не было. Отдаленные результаты в сроки от 1 года до 5 лет прослежены у 85% оперированных больных. Рецидива желтухи и других осложнений не выявлено. Заключение: Таким образом, при не выявлении ятрогенного повреждения протока в процессе операции оптимальным сроком восстановления или реконструкции следует считать 3-5-е сутки. Операцией выбора при этом является наложения «V»-образной гепатикоюностомии по Roux. При наличии гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости или желчных протоках, а также сопутствующей механической желтухи – целесообразно выполнение оперативного вмешательства в два этапа. На первом этапе – использование миниинвазивных методик для создания оттока желчи (эндоскопического назо-билиарного дренирования или внутреннего стентирования, ЧЧХС с рентгеноультразвуковым контролем и наружным дренированием). Реконструктивная операция вторым этапом показана через 1,5-2 месяца после купирования воспалительного процесса и желтухи.

---

268. Результаты операции ушивания перфоративной язвы

Бабкин Д.О., Крылов Н.Н., Бабкин О.В.

Москва

1МГМУ им.И.М.Сеченова

Иссечение или ушивание перфоративной язвы до настоящего времени остается одной из самых распространенных операций при данной патологии. Частота этих операций составляет 75-90% от всех выполняемых операций в лечении перфоративной язвы. В большинстве случаев хирурги прибегали к данной операции, как вынужденной, чтобы спасти жизнь больного. У 50-90% после ушивания наступает рецидив язвенной болезни, который приводит к развитию осложнений в виде стеноза, кровотечения, повторной перфорации. За последние годы отношение к ушиванию или иссечению перфоративной язвы значительно изменилось. Связано это в основном с двумя основными факторами: внедрение в клиническую практику эндовидеохирургической техники и эрадикационной терапии в лечении язвенной болезни. В отечественной и зарубежной литературе положительно оценивают данную операцию при проведении эрадикационной терапии. Нами изучены результаты эрадикационной терапии у 55 больных с перфоративными язвами, которым выполнено ушивание или иссечение краев язвы с пилоропластикой. Эрадикационную терапию осуществляли согласно рекомендациям Маастрихтских соглашений и Российской Гастроэнтерологической Ассоциации: омепразол 20мг 2 раза в день, кларитромицином 500мг 2 раза в день, амоксициклином 1000мг 2 раза в день в течение 7 дней. Всем больным через 6 - 12-24месяцев после операции (в период возможного осенне-весеннего обострения язвенной болезни) проводили клиническое, эндоскопическое и цитологическое исследование, направленное на выявление *Helicobacter pylori*. При обследовании через шесть месяцев после операции и проведения эрадикационной терапии при цитологическом исследовании *Helicobacter pylori* выявлен у 10 больных (19,2%). Рецидив язвенной болезни отмечен в 2 наблюдениях (3,8%). В последующем больные были обследованы в сроки от 12 до 24 месяцев после операции. При исследовании *Helicobacter pylori* рецидив контаминации отмечен в 8(15,4%) наблюдениях. Рецидив язвенной болезни выявлен в 11(21,2%) случаях. Больным с рецидивом язвенной болезни проведена внутрижелудочная рН-метрия для подбора оптимальных антисекреторных препаратов. В 4(7,7%) случаях по данным рН-метрии выявлена резистентность к антисекреторным препаратам. Анализ результатов показывает, что у 15% больных отмечается рецидив контаминации после проведенной эрадикационной терапии. На этом фоне отмечается рецидив язвенной болезни, частота которых увеличивается по мере увеличения сроков с момента выполнения операции. У больных с рецидивом язвенной болезни в 7,7% случаев отмечена резистентность к антисекреторным препаратам. Таким образом, проведение эрадикационной терапии после ушивания перфоративных язв значительно не улучшает результаты операции. Поэтому больным с перфоративными язвами целесообразно выполнять радикальные операции при отсутствии противопоказаний.

---

269.Видеолапароскопия при перфоративных язвах желудка и 12-перстной кишки в условиях перитонита

Ярцев П.А., Лебедев А.Г., Кирсанов И.И., Македонская Т.П., Радыгина М.В.

Москва

ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ

Актуальность. Среди взрослого населения заболеваемость язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки составляет 2-25%. У 4,5-17% пациентов течение болезни осложняется перфорацией. При этом перитонит развивается в 50% случаев, что чаще всего является причиной осложнений и неудовлетворительных результатов лечения. Цель. Усовершенствовать и стандартизировать хирургическое вмешательство при перфоративной язве желудка и 12-перстной кишки, осложненной перитонитом. Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 212 больных с перфоративными язвами желудка и 12-перстной кишки за период с 2010г по 2015 годы. Средний возраст пациентов 46,9±3,5 года (17 – 93 лет), мужчин – 162 (76,4%), женщин – 50 (23,6%). Время от перфорации до поступления в стационар колебалось от 55 минут до

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

3,7 суток (среднее 3,4 часа). Тактику оперативного лечения определяли в зависимости от количества баллов по DEP-классификации, разработанной в институте (Патент №2465810 от 10.11.2012). D (dissipation)-распространенность экссудата (1-6, 1балл - 1область), E (exudation)-экссудат (серозный, инъекция сосудов брюшины, фибрина нет или легко снимается – 1балл; гнойный, брюшина блестящая, фибрина нет – 2балла; гнойный, брюшина тусклая, плотные пленки фибрина удаляются – 3балла; ихорозный, массивные наложения фибрина не снимаются – 4балла), P (paresis of peristalsis) – парез кишечника - диаметр кишечных петель 1,5-2,0см, перистальтика активная – 1балл; 2,0-3,0см – перистальтика ослаблена, активно прослеживается на некоторых участках – 2балла; 3,0-4,0см, перистальтика отсутствует или есть на некоторых участках – 3балла; >4,0см, перистальтика отсутствует – 4балла. Операцией выбора при перфоративных пилородуоденальных язвах, без сопутствующих осложнений язвенной болезни (стеноз, кровотечение, пенетрация), являлось ушивание перфорации, предпочтение отдавали лапароскопическому доступу. Противопоказанием к видеолапароскопическому ушиванию считали перитонит 9 и более баллов, а так же перфоративное отверстие 12-перстной кишки диаметром более 10мм и инфильтративным валом более 1,0см. Методику ушивания определяли в соответствии с классификацией в которой учитывали диаметр перфорации: ≤ 2мм – I степень; > 2 мм и ≤ 5 мм – II степень; > 5 мм и ≤ 10 мм – III степень; > 10 мм – IV степень и величину инфильтративного вала: ≤ 5 мм – А; > 5мм и ≤ 10мм – В; > 10мм – С. Перфоративную язву желудка и 12-перстной кишки класса IA, IB или IIA ушивание выполняли одним «Z»-образным швом; перфоративную язву желудка и 12-перстной кишки класса IC или IIB ушивали отдельными однорядными швами, IIIA или IIIB ушивали отдельными двухрядными швами; при перфоративной язве желудка класса IIIС, IVA, IVB или IVC ушивание производили отдельными двухрядными швами; при перфоративной язве 12-перстной кишки класса IIC, IIIC, IVA, IVC выполняли конверсию. При перитоните от 3-х до 6 баллов, при соблюдении показаний, операцию выполняли из лапароскопического доступа; санацию брюшной полости осуществляли промыванием 800мл физиологического раствора; выполняли дренирование правого подпеченочного пространства и полости малого таза 2-х просветными дренажными трубками ТММК №6 и назогастральное дренирование. При DEP от 7 до 9 баллов – выполняли санацию физиологическим раствором 1600мл и дренирование правого подпеченочного пространства, полости малого таза и левого латерального канала, назогастральное дренирование. При DEP >9 баллов – выполняли санацию брюшной полости водным раствором хлоргексидина 400мл и 1600мл физиологического раствора, назоинтестинальную интубацию, дренирование правого подпеченочного пространства, полости малого таза, левого латерального канала, левого поддиафрагмального пространства. Результаты. За период с 2010 по 2015 года выполнено 212 эндохирургических вмешательств, из них 38 (17,9%) больным установлены показания к конверсии при DEP >9 (что соответствует распространенному разлитому перитониту по классификации В.С.Савельева 2011), а в 174 (82,1%) наблюдениях выполнено видеолапароскопическое ушивание. «Z»-образным швом ушито было 103 перфоративные язвы, однорядным швом – 51, 2-х рядным швом – 20. Из них у 35 (20,1%) пациентов количество баллов перитонита было от 7 до 9, у 139 (79,9% - от 3 до 6 баллов). Отмечен один случай несостоятельности швов ушитой перфорации при превышении показаний (язва 1,5см с инфильтративным валом 1,0см - IVC), не потребовавший повторного оперативного вмешательства и 2 случая летального исхода, обусловленные тяжелой сердечно-сосудистой и легочной недостаточностью, на секции швы ушитой перфоративной язвы состоятельны, признаков перитонита нет. Заключение. Применение классификации DEP и критериев методики ушивания, позволяет стандартизировать подход к выбору операционного доступа и технике операции.

---

270. Фармако-экономическая эффективность предоперационной антибиотикопрофилактики в реальной хирургической практике.

Еремина О.В., Кузовенкова М.Ю.

г. Ульяновск

ГУЗ " Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска "

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

Антимикробные препараты представляют собой одну из наиболее широко применяющихся групп лекарственных средств, причем довольно часто их использование является нерациональным, что ведет к увеличению затрат на медицинскую помощь. Антибиотикопрофилактика (АБП) эффективно снижает риск возникновения послеоперационных инфекционных осложнений и является оптимальным путем ограничения затрат на антибактериальные препараты. Особенности организации здравоохранения в России по сравнению с другими странами, а так же региональные особенности экономических условий внутри страны, не позволяют применить результаты фармако-экономической эффективности АБП, полученные в других исследованиях, на наш регион. Именно проведение локальных исследований является одним из методов получения достоверных фармако-экономических данных. Цель исследования: изучить фармако-экономическую эффективность предоперационной АБП, по сравнению с проведением послеоперационной антибиотикотерапии (АБТ) при выполнении чистых и условно-чистых оперативных вмешательств. Материалы и методы. Ретроспективно проанализировано 45 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в хирургических отделениях ГУЗ «ЦГКБ г. Ульяновска», которым было проведено грыжесечение по поводу неущемленной грыжи; и 45 историй болезни пациенток гинекологического отделения ГУЗ «ЦГКБ г. Ульяновска», которым было проведено лечебно-диагностическое выскабливание полости матки. Стоимость антибиотикопрофилактики и средняя стоимость курса послеоперационной антибиотикотерапии рассчитывались по средним закупочным ценам 2014 года. Так как данные, полученные в результате многоцентровых рандомизированных исследований, убедительно доказывают, что при использовании предоперационной АБП частота послеоперационных гнойных осложнений одинакова с частотой при использовании послеоперационной АБТ, для фармако-экономического анализа был использован метод минимизации затрат. Результаты и обсуждение. Экспертиза историй болезни показала, что необоснованная замена АБП на антибактериальную терапию имела место в 85% случаев лечебно-диагностического выскабливания полости матки. При грыжесечении по поводу неущемленной грыжи АБП была показана в 30% случаев, среди которых была проведена лишь у 1/3 части пациентов, у остальных 2/3 больных имело место необоснованная замена АБП на АБТ. Кроме того, у остальных 70 % пациентов, не нуждавшихся в проведении АБП, так же имело место необоснованное назначение антибиотиков в послеоперационном периоде длительностью от 3 до 14 дней. Фармако-экономический анализ показал, что средняя стоимость необоснованной послеоперационной терапии антибиотиками при грыжесечении в ГУЗ «ЦГКБ г. Ульяновска» составила 105000 р. на 462 оперативных вмешательства, проведенных в 2014 г., тогда как средние суммарные затраты на АБП составили бы 2400 р. При лечебно-диагностическом выскабливании полости матки необоснованная послеоперационная АБТ обошлась ГУЗ « ЦГКБ г. Ульяновска» в среднем в 191000 р. на 2086 случаев в 2014 г., а затраты на АБП у этих больных составили бы 67 200 р. Таким образом, при проведении предоперационной АБП вместо антибиотикотерапии только при данных оперативных вмешательствах ГУЗ «ЦГКБ г. Ульяновска» могло получить экономию денежных средств в размере 226400 рублей в год. Заключение: проведение предоперационной АБП является экономически выгодным, приводя к уменьшению затрат на антибактериальную терапию при хирургических вмешательствах.

---

#### 271. ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН ПОСЛЕ ВЫСОКОЙ АМПУТАЦИИ БЕДРА ПО ПОВОДУ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГАНГРЕНЫ

Шапкин Ю.Г., Ефимов Е.В.

Саратов

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ МЗ РФ (ректор – В.М. Попков), кафедра общей хирургии

Целью исследования явилось снижение частоты тромбоза вен ампутированной культы бедра, путем его профилактики. Материалом исследования служили 2 группы больных. Пациенты первой группы получали лечение в клинике общей хирургии с января по декабрь 2014 года. Эту группу составили 106 больных, которым была выполнена ампутация на уровне верхней и средней трети бедра по поводу распространенной гангрены на фоне сахарного диабета. Показаниями к первичной ампутации при хронической критической ишемии нижних конечностей явились многоуровневое поражение артерий нижних конечностей,

261

невозможность реконструкции дистального артериального русла при ишемической форме синдрома диабетической стопы, язвенно-некротические поражения стопы и голени при бесперспективности выполнения реконструктивных и не прямых методов хирургических вмешательств при нейропатической форме синдрома диабетической стопы. Мужчин было 43 (45,6%), женщин – 63 (54,4%). Больные находились в возрасте от 47 до 72 лет, в среднем  $58,4 \pm 8,5$  лет. Срок заболевания сахарным диабетом в среднем составил  $8,3 \pm 3,2$  лет. В первой группе больных в комплекс профилактических мероприятий для предупреждения венозных осложнений помимо гепаринотерапии включали препарат «Антистакс» (Швейцария) в дозе 2 капсулы в день, лечение продолжалось и в послеоперационном периоде в течение 10 дней. Во вторую группу нами включены 112 больных, находившихся на лечении в клинике общей хирургии СГМУ с января по октябрь 2010 года. Их истории болезни были изучены ретроспективно. В этой группе мужчин было 43 (48,2%), женщин – 89 (51,8%), возраст составил от 47 до 72 лет, в среднем  $63,3 \pm 7,5$  лет. Срок заболевания сахарным диабетом в среднем составил  $6,2 \pm 2,5$  лет. Ампутация выполнялась по тем же показаниям, таким образом, группы были полностью сопоставимы по гендерным, возрастным и другим параметрам. В качестве профилактических мероприятий для предупреждения венозных осложнений применяли схему регламентированную приказом МЗ РФ №233 от 9 июня «ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ И ИНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ». Для этой цели применялся гепарин в терапевтических дозировках. В соответствии с поставленными в работе задачами проводилось исследование прокоагулянтного, антикоагулянтного звеньев системы гемостаза и компонентов системы фибринолиза. Исследования осуществляли на турбидиметрическом гемокоагулометре CGL2110 (Беларусь). Исследование прокоагулянтного звена системы гемостаза выполнялось с помощью следующих методов: определение активированного парциального тромбопластинового времени (АПТВ) по методу Proctog, определение протромбинового индекса (ПТИ) проводилось по А. Quick с использованием реагентов фирмы «Ренам» (Россия), фибриноген крови определялся по методу Клауса с использованием реагентов фирмы «Ренам» (Россия), для определения спонтанного эуглобулинового фибринолиза использовался набор реагентов фирмы «Технология-стандарт» (Россия). Первыми симптомами возникновения тромбоза вен ампутационной культы бедра считали появление отека, для чего в послеоперационном периоде проводили измерение окружности культы бедра и бедра на здоровой стороне, кроме того учитывали повышение температуры. Для уточнения диагноза проводили ультразвуковое исследование. В первой группе у 63 (66,8%) больных после ампутации бедра на 3–5 сутки после ампутации был отмечен выраженный отек культы конечности и при проведении дуплексного сканирования глубоких вен выявляли признаки тромбоза глубоких вен. Из 43 пациентов, у которых ультразвуковых признаков тромбоза не было, отек культы наблюдался у 12 (фото 1). Локализация венозного тромбоза была следующей: у 48 больных тромб окклюзировал культю бедренной вены и общую бедренную вену без признаков флотации, у 12 пациентов тромб окклюзировал культю бедренной вены, общую бедренную вену, глубокую вену бедра без признаков флотации. В 5 (5,3%) случаях после ампутации бедра манифестировала ТЭЛА. Ультразвуковое исследование, выполненное сразу после возникновения ТЭЛА, выявило у 3 больных тромб в культю бедренной вены, распространяющийся на общую бедренную, наружную подвздошную вены и проксимальный отдел общей подвздошной вены с флотирующей частью в общей подвздошной вене. В 2 случаях обнаружен тромб, исходящий из культы бедренной вены и распространяющийся на общую бедренную вену, с флотирующей частью в общей бедренной вене на уровне сафено-бедренного соустья. При рентгенографии органов груди обнаруживали признаки ТЭЛА. Это потребовало продолжения лечения в реанимацию. Назначали клексан или фраксипарин в соответствующих лечебных дозах в зависимости от массы тела больного. В одном случае зарегистрирована смерть больной. В остальных случаях – 101 пациент, клинических и инструментальных признаков ТЭЛА не обнаружено. Распространения тромбоза мы не наблюдали, клиника, том числе отек культы, купировалась к 10 дню после операции. Во второй группе больных отек культы отмечался в 82 случаях из 112 (91,8%). Ультразвуковой контроль был выполнен лишь в 13 наблюдениях, при появлении клинической картины ТЭЛА. Во всех случаях обнаруживали пристеночный тромб культы бедренной вены с распространением на общую бедренную вену с признаками флотации. Больные были переведены в реанимационное отделение для интенсивной терапии, но в 7 случаях отмечен летальный исход. Данные аутопсии полностью подтвердили результаты прижизненного обследования. Заслуживают внимания результаты, полученные в ходе изучения коагуляционных показателей, в обеих группах. Сопоставляя показатели прокоагулянтного звена системы гемостаза у больных 1 группы на 3 сутки после операции, с данными 2 группы отмечено достоверное (р



272. Хирургическая тактика у больных с ущемленными наружными грыжами живота

Кочергаев О.В., Копалин А.А., Дразнин В.И., Давыдова В.М., Котыкин В.А.

Самара

ГБУЗ Самарской области "Самарская городская клиническая больница №2 имени Н.А.Семашко"

Актуальность проблемы. У 8-20 % больных с наружными брюшными грыжами возникает ущемление. Если учесть, что «грыженосители» составляют около 2 % населения, то общее количество больных с этой патологией достаточно велико в практике экстренной хирургии. Среди пациентов преобладают лица пожилого и преклонного возраста. Летальность у них достигает 10 % (Егиев В.Н., 2013; Новицкий Ю.Н., 2013). Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов с ущемленными вентральными грыжами на основе рациональной хирургической тактики. Материалы и методы исследования. В работе изучены результаты лечения 133 больных с ущемленными грыжами наружной локализации, находившихся на лечении в стационаре в период с 2011 по 2014 гг. Пациенты были разделены на три группы: 1. вентральные грыжи (93 пациента); 2. паховые грыжи (34 больных); 3. бедренные грыжи (6 пациентов). Основу диагностики составляли клинические методы, которые при необходимости дополнялись обзорной рентгенографией живота, УЗИ и спиральной компьютерной томографией. В качестве группы сравнения использовались 111 больных, находившихся на лечение в период с 2008 по 2010 годы. В данной группе использовались в основном натяжные методы пластики. По возрасту и полу сравниваемые группы были сопоставимы. Результаты исследования. Оказание помощи у данной категории основывалось, прежде всего на своевременной диагностике и неотложном выполнении оперативного вмешательства. В его основе – устранение ущемления, восстановление пассажа пассажа по кишечнику, пластика передней брюшной стенки. В преобладающем большинстве случаев у 86 больных после устранения выполняли назогастроинтестинальную интубацию зондом Эббота-Миллера с целью декомпрессии кишечника, создания каркаса, профилактики compartment-syndrome. Лечение. Лечение больных с ущемленными грыжами различной локализацией является сложной задачей неотложной хирургии. В исследуемом массиве в 78% пациенты имели впервые выявленное ущемление. В основе лечения выполнение неотложной операции. При вентральных грыжах необходимо произвести грыжесечение, устранение ущемления и висцеролиз, который дополнялся назогастроинтестинальной интубацией. При относительно небольших дефектах передней брюшной стенки применяли (59 больных) пластику передней брюшной стенки с использованием полипропиленовой сетки по Лихтенштейн I. В случаях гигантских вентральных грыжах использовали TAR-пластику (заднюю сепарацию по Ю.Новицкому) (15 пациентов). Она (пластика) позволяла мобилизовать задний листок влагалища прямой мышцы живота, поперечной мышцы и фасции и без натяжения восстановить его целостность. Далее под мышцы укладывалась легкая полипропиленовая сетка без фиксации. Если существовала угроза инфекционного процесса в ране, как правило, пластику осуществляли по известным методам натяжной пластики. При паховых грыжах использовали классическую методику по Лихтенштейну I. В случае невозможности ее выполнения (угроза инфекционного процесса) применяли пластику по Шолдайсу. Бедренные грыжи не самые частые в неотложной хирургии, но самые сложные. В большинстве случаев использовали способ J.Rives и Руджи-Парлавеччио (при флегмонах грыжевого мешка). Использование приведенной тактики позволило снизить количество осложнений на 28,1%. В ы в о д ы. 1. Операцией выбора при кишечной непроходимости, обусловленной вентральной грыжей являлась пластика передней брюшной стенки: 1. по способу Лихтенштейн II; 2. TAR пластика (задняя сепарация по Ю.Новицкому) с применением легких сеток. При инфекционном процессе в зоне оперативного вмешательства рекомендуется пластика одним из натяжных методов. 2. При паховых грыжах как причине кишечной непроходимости следует выполнять пластику пахового канала по Лихтенштейн I. В случае инфекционного процесса в ране необходимо применять пластику по Шолдайсу. 3. При бедренных грыжах использовать предпочтение следует отдавать методу J.Rives (1967) .

273.Современные тренды в диагностике острого аппендицита

Совцов С.А.,(1) Ревель-Муроз Ж.А.,(1) Шкаредных В.Ю.(2)

Челябинск

1.ГБОУ ВПО "ЮУГМУ" Минздрава России2.ГБУЗ "Областная клиническая больница №3"

Общеизвестно, что процент диагностических ошибок при остром аппендиците составляет порядка 11-30%. Чаще всего они встречаются у женщин фертильного возраста (особенно в пременопаузе), у людей с высоким индексом массы тела, а так же в пожилом и старческом возрасте, что приводит к неоправданным аппендэктомиям в 17-28%. С целью уменьшения числа диагностических неудач достаточно широко применяют различные технологии, позволяющие более точно установить правильный диагноз (УЗИ, лапароскопия и т.п.). Нами, в течение 2014 г. у 139 больных с целью диагностики острого аппендицита при поступлении, после соответствующего клинического и лабораторного обследования, обязательного осмотра женщин гинекологом было проведено исследование брюшной полости с помощью УЗИ, МСКТ, лапароскопии. Критериями включения в исследование были : 1. Пациенты, которым клинически и на основании лабораторных данных нельзя было исключить острый аппендицит; 2. Люди с избыточной массой тела ( при ИМТ более 25 ); 3. Женщины ювенильного и фертильного возраста; 4 Больные в возрасте старше 65 лет. Критериями исключения являлись : все больные с явными клиническими признаками острого аппендицита, которые и были прооперированы сразу же при госпитализации в стационар. Мужчин было 33 человека, женщин -106( 76,3%). По возрастным группам пациенты распределись следующим образом : до 20 лет было 36 больных (из них 30 женщин), от 20 до 49 лет 85( из них 62 женщины), от 50 до 64 лет -11( 10 женщин) и старше 65 лет было 7 человек( 4 женщины). Из приведенных данных видно, что в данной выборке больных явно видно преобладание женщин ювенильного и фертильного возраста, у которых в силу известных физиологических причин возникает болевой синдром в животе, весьма схожий с таковым при остром аппендиците, который в совокупность с имеющимися другими симптомами вводит в затруднение даже весьма опытных клиницистов. Всей этой группе больных при поступлении выполнялось ультразвуковое исследование органов брюшной полости по протоколу, принятому в нашей клинике . Воспаление червеобразного отростка было выявлено у 44 пациентов (31,6%) и это было подтверждено во время операции. Еще у 49 человек( 35,3%) по данным УЗИ диагноз острого аппендицита был исключен. МСКТ проводили на мультиспиральном 16-ти срезовом компьютерном томографе. Достоверными КТ-признаками острого аппендицита в соответствии с градациями N. Nitta считали :1. диаметр червеобразного отростка более 6 мм; 2. в просвете отростка имеются жидкостные образования; 3. имеет место утолщение стенки отростка более 2 мм; 4. определяется жидкость в парааппендикулярной зоне; 5. наличие признаков флегмоны или абсцесса в правой подвздошной ямке ; 6. вне отростка имеется свободный газ. Проведенные нами исследования выявили, что червеобразный отросток на МСКТ был визуализирован у 70 человек(50,4%). Нормальный диаметр отростка( до 6 мм.) зафиксирован у 19 пациентов(27,1%), до 10 мм. у 36(51,4%), до 15 мм. у 12(17,2%) и до 20 мм и более у 3 человек(4,3%). Одновременно, в просвете его в 49 наблюдениях(70%) отмечено наличие жидкости, как в виде гомогенного содержимого, так и с неоднородными примесями. У остальных 30% в просвете наблюдался воздух в виде прослойки или его пузырьков. Аппендиколиты диагностированы у 11 больных(15,7%).Большое значение придавали определению толщины стенки отростка. Утолщение ее всегда является признаком воспаления. Так, толщина стенки до 2мм. была 18 пациентов(25,7%), до 4 мм. у 32(45,7%) и до 6 мм. и более 20человек(28,6%).Известно, что при остром аппендиците имеет место инфильтрация и наличие жидкости в периаппендикулярной жировой ткани, что так же является убедительным признаком деструктивного аппендицита. Подобные проявления нами отмечены у 43 больных(61,4%). Свободная жидкость в брюшной полости найдена у 12 человек(17,1%). Таким образом, ретроспективный анализ приведенных данных свидетельствует о том, что более, чем у 50 больных ( практически 37%) по данным КТ-исследования достоверно имело место острое воспаление червеобразного отростка. У 67 человек патологии не было выявлено и они были выписаны их хирургического стационара с диагнозом : «Кишечная колика». В связи с тем, у ряда больных имеющаяся клиническая картина заболевания не была подтверждена ни во время ультразвукового исследования органов брюшной полости, ни при ее КТ-исследовании – у 37 больных(26,6%) была произведена диагностическая лапароскопия. По результатам ее диагноз острого аппендицита подтвержден у 22 человек ( 70,2%), а у остальных 15 пациентов он был исключен. Всего в изучаемой группе по поводу острого аппендицита был оперирован 51 человек из 139(36,7%). Таким образом, применение в клинической практике современных инструментальных методов диагностики

значительно повышают точность диагностики острого аппендицита, что позволяет достоверно избежать неоправданных оперативных вмешательств.

---

274.Предоперационная антибиотикопрофилактика-проблема, требующая решения.

Еремина О.В., Кузовенкова М.Ю.

г. Ульяновск

ГУЗ "Центральная городская больница г. Ульяновска"

В связи с распространением полирезистентных микроорганизмов, способных вызывать смертельные инфекции, во всем мире остро стоит вопрос рационального использования антибиотиков. Так, в первом докладе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в апреле 2014 года констатируется, что «мир уже сейчас вступил в эру, когда обычные инфекции, которые, благодаря противомикробным препаратам, были излечимы в течение десятилетий, снова могут убивать». Причиной такой катастрофической ситуации ВОЗ считает, в том числе, длительную историю неправильного применения антибактериальных препаратов. Одним из аспектов рационального использования антибиотиков, является антибиотикопрофилактика (АБП). Основными условиями успешного проведения периоперационной антибиотикопрофилактики при условно-контаминированных и контаминированных хирургических вмешательствах являются: введение антибиотиков за 30-60 минут до разреза кожи, выбор антибактериального препарата с учетом вероятных возбудителей, отмена в течение 24 часов после окончания операции. Соблюдение этих требований ведет к снижению риска появления антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов и уменьшению финансовых затрат лечебно-профилактических учреждений на медикаменты. Целью исследования является оценка рациональности использования антибиотиков у больных хирургического профиля. Материалы и методы. Методом случайной выборки проведено ретроспективное исследование 200 историй болезни пациентов хирургического профиля, находившихся на стационарном лечении в ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г.Ульяновска». При экспертизе историй болезни были оценены обоснованность назначений антибактериальных препаратов, время введения первой дозы антибиотика, адекватность дозового режима. Результаты и обсуждение. Из 200 проанализированных случаев АБП была показана в 183, что составило 91,5 % . Среди них процент проведенной АБП с соблюдением основных правил составил 12,6 % (23 случая). Наличие АБП с замечаниями – 14,2 % (26 случаев), из них необоснованное удлинение сроков введения антибиотиков с профилактической целью свыше 24 ч- 37,5% (9 случаев). Отсутствие АБП составило 74,3 % (136 случаев), из них 67,6 % (92 случая) составили случаи необоснованного назначения антибактериальной терапии после проведенной операции сроком от 5 до 20 дней. Таким образом, результаты исследования показали, что в большинстве случаев, при наличии показаний, АБП не проводилась, в то время как имело место замена предоперационной АБП на послеоперационную антибактериальную терапию. Это приводит к значительному перерасходу антибактериальных препаратов в отделениях хирургического профиля, к повышению риска развития неблагоприятных побочных реакций, а так же к селекции резистентной флоры. Представленные результаты потребовали ряда административных решений, а именно, проведение клиническим фармакологом образовательной врачебной конференции по основным аспектам АБП, издание приказа об оптимизации применения антибиотиков в отделениях хирургического профиля, включение плановых проверок рациональности назначения антибактериальных препаратов в отделениях хирургического профиля в план работы клинического фармаколога. Выводы: 1. В работе отделений хирургического профиля необоснованное назначение антибиотиков в послеоперационном периоде составило 50,5%. 2. Для повышения рациональности использования антибактериальных препаратов необходимо проведение дополнительных образовательных мероприятий, административного ограничения назначения антибиотиков в послеоперационном периоде, регулярное проведение экспертной оценки фармакотерапии.

## 275. ОБСТРУКТИВНАЯ РЕЗЕКЦИЯ КИШЕЧНИКА, КАК ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

Вострокнутов И.В., Рау Ф.Ф.

Горно-Алтайск

БУЗ Республики Алтай «Республиканская больница»

Наиболее частой причиной развития послеоперационного перитонита (45,7-70% наблюдений) является несостоятельность швов и анастомозов полых органов (Алиева Э.А., 2008). Хирургический опыт свидетельствует о том, что риск образования дефектов в анастомозах, выполненных в условиях перитонита весьма велик (Бабаджанов Б.Д., соавт. 2002). Не вызывает сомнения факт, что наложение швов и анастомозов полых органов в условиях некупированного воспаления брюшины или нарушения мезентериального кровообращения сопровождается повышенным риском их несостоятельности (AN Vasiliev, 1996). Материалы и методы Исследование выполнено в период с 1996 года по 2013 год на базе хирургического отделения Республиканской больницы (г. Горно-Алтайск), при участии сотрудников Алтайского государственного медицинского университета. За исследуемый период медицинская помощь оказана 13903 пациентам с острой хирургической патологией органов брюшной полости, из них 11318 (81,4%) пациентов были оперированы. В том числе 2585 (18,6%) пациентов оперированы позже 24 часов с момента заболевания. Общим клиническим признаком для всех пациентов оперированных позже 24 от момента заболевания было наличие на момент поступления перитонита различной этиологии, степени тяжести и распространенности. Результаты и обсуждение Определены основные этиологические причины перитонеального процесса в группе пациентов с распространенным перитонитом: деструкция и травматические повреждения органов брюшной полости. Для исследования мы взяли пациентов с несостоятельностью анастомоза тонкой кишки (44 пациента). Причинами, определившими выбор первичной операции, были деструктивные поражения органов. У 28 (63,6%) пациентов оперированных по поводу кишечной непроходимости, во время первичной операции обнаружен некроз стенки кишки или конгломерат петель кишечника, которые определили показания к резекции кишечника. Анастомоз накладывался между петлями тонкого кишечника «конец в конец», или «бок в бок». У 16 (36,4%) пациентов прооперированных по поводу ущемленной грыжи различной локализации, анастомозы также накладывались между петлями тонкого кишечника. Осложнения распознавались на 5-6 сутки после первой операции. До 2002 года тактика при несостоятельности швов анастомозов заключалась в наложении швов на место несостоятельности или резекция анастомоза, заканчивали операцию, как правило, глухим швом на брюшную стенку. Таким способом было оперировано 25 (46,2%) пациентов. Наложение швов на несостоятельный анастомоз провели у 18 (72,0%) пациентов, резекцию анастомоза - у 7 (28,0%) пациентов. В группе пациентов с тактикой резекции анастомоза и наложения швов на несостоятельный анастомоз и последующим глухим швом на брюшную стенку, умерло 14 пациентов, причиной смерти был прогрессирующий перитонит, кишечные свищи, вследствие повторяющейся несостоятельности швов. Летальность в этой группе составила 56,0%. После 2002 года изменилась тактика лечения пациентов с несостоятельностью анастомозов. Во-первых, на выбор тактики лечения повлияло внедрение в работу хирургического отделения метода для объективной оценки тяжести пациентов, с применением шкалы SOFA. Тяжелыми считаются пациенты, имевшие от 6 до 10 баллов, свыше 16 баллов состояние оценивали как септический шок. Во-вторых, изменилась методика оперативного лечения пациентов с несостоятельностью анастомоза. Анастомоз резецировался, оба конца кишки заглушались, приводящая петля дренировалась путем назоинтестинальной интубации, после чего оба конца погружались в брюшную полость, проводилась ее санация и накладывалась лапаростома. При нормализации состояния пациента: стабилизации артериального давления или максимального снижения дозы вазопрессоров, проводили контроль за состоянием брюшной полости и стенки кишки. Эта группа пациентов состояла из 19 (35,1%) человек, из них в послеоперационном периоде умерло 4 пациента, летальность составила 21,0%. Основными причинами смерти были продолжающийся перитонит, пневмония и сепсис. Таким образом, разработанная и внедренная нами тактика обструктивной резекции кишки с лапаростомой и программированными санациями брюшной полости, обеспечивает решение главной задачи хирургического лечения пациентов с разлитым перитонитом – ликвидация источника и адекватная санация брюшной полости. Выбор способа лечения зависел от тяжести состояния пациента, которое оценивалось с

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

применением шкалы SOFA. Внедренная в работу хирургического отделения методика лечения пациентов с несостоятельностью швов анастомозов, осложнённых распространённым перитонитом, позволила снизить летальность с 56,0% до 21,0%.

---

#### 276. АППАРАТНЫЙ ШОВ БЕЗ РАЗБОРТОВКИ КРАЁВ СОСУДОВ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИЯХ АОРТО-БЕДРЕННОГО СЕГМЕНТА

Ковальский А.В., Асташов В.Л., Алентьев А.А.

Москва

кафедра Военно-полевой хирургии, Главного Военного - клинического госпиталя им Н.Н. Бурденко. Город Москва Российская Федерация

Клиника располагает опытом 448 операций на сосудах аорто-бедренного сегмента. В последние годы проводилась работа по внедрению новых методов диагностики и лечения, которые способствовали улучшению результатов, уменьшению послеоперационных осложнений. Для упрощения и ускорения наложения сосудистого шва по типу «конец в конец» разработан метод формирования телескопического анастомоза без разбортовки краёв и сконструирован прибор «ССР» - сосудосшивающий радиарный. После экспериментальной апробации проведено клиническое внедрение механического шва с телескопическим анастомозом при подвздошно-бедренном и аорто-бедренном протезировании. Сформированный таким образом анастомоз практически герметичен за счёт образования дубликатуры сосудов с протезом, позволяет использовать тонкий слой адвентиции, возникающий при протезировании полностью окклюзированного сосуда. Он имеет идеально крупную форму, линия анастомоза и близлежащий к нему участок протеза на протяжении 3-5 мм. прикрываются вновь сформированной неоинтимой. Применение телескопического анастомоза создаёт наиболее благоприятные условия для ламинарного кровотока и препятствует тромбообразованию. Прибор «ССР» прост в обращении, надёжен в работе, анастомоз с его помощью накладывается в течении нескольких минут.

---

#### 277. МОРФОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ХИРУРГИИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ И СОЧЕТАЮЩИХСЯ С НЕЙ НЕСФОРМИРОВАННЫХ, ИСТОЩАЮЩИХ ТОЩЕКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Бенсман В.М. (1), Шальков Ю.Л. (4), Удинцев Ю.Е.(1), Сидоренко О.В. (2), Саакян А.С. (3).

Краснодар (1, 2), г. Усть-Лабинск (3)- Россия; г. Харьков (4)- Украина.

ГБОУ ВПО "Кубанский государственный медицинский университет" Минздрава России (1); ГБУЗ "НИИ – Краевая клиническая больница №1 им. профессора С.В. Очаповского"(2); МБУЗ МБУЗ "Уст-Лабинская ЦРБ"(3); Харьковская медицинская академия постдипломного обр

Цель исследования: Изучить роль перитонита в морфогенезе висцеро-париетальных спаек брюшины, улучшить хирургическое лечение острой спаечной непроходимости кишечника (ОСНК), а также связанных с ней высоких несформированных, тощекишечных свищей. Материал, методы и результаты: При операциях по поводу ОСНК, развившейся после перитонита, у 172 больных, изучена топография и морфология спаек. У 148 пациентов (86,0%) причиной ОСНК стали инфильтративные, плоскостные висцеропариетальные

сращения (ПВПС) кишок с лапаротомным рубцом, образовавшимся в результате нагноения или инфильтрата ушитой лапаротомной раны. Висцеро-висцеральные спайки стали причиной ОСНК только в 23 случаях (13,4%), а у одного больного (0,6%) фиксированная прядь большого сальника вызвала странгуляцию кишки. Интенсивность висцеропариетального спаечного процесса интенсивно убывает по мере отдаления от лапаротомного рубца во всех направлениях. Из 63 интраоперационно обследованных больных, у 54 (85,7%) пространство между тонкой кишкой с её брыжейкой, и задней брюшной стенкой оказалось практически свободным от спаек. Для изучения роли нагноений в формировании висцеропариетальных сращений, выполнено сравнение двух групп наблюдений. В первой группе, состоящей из 389 больных, распространённый гнойный перитонит лечили традиционным способом. Нагноение лапаротомной раны отмечено у 140 (36,1±2,2%), а эвентерация – у 13 (3,3±0,7%) человек. Из них у 21 пациента (5,4±0,8%) возникла поздняя ОСНК. Во второй группе, состоящей из 361 аналогичного больного, перитонит лечили методом программированных релапаротомий, а операционную рану закрывали швами С.С. Юдина (1943), которые модифицированы нами в съёмные дренирующие мышечно-апоневротические швы (СДМАШ – патент № 2143231 от 27.12.1999 г). В этой группе наблюдений отмечено 24 случая (6,6±0,9%) нагноений, а эвентерация – только у одного больного (0,3±0,08%). По этой причине поздняя ОСНК возникла всего лишь у 3-х пациентов (0,8±0,1%; p

---

## 278.РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С АНЕВРИЗМАМИ БЕДРЕННЫХ АРТЕРИЙ И НАРКОМАНИЕЙ

КОСТЫРНОЙ А.В.(1) ЙОВБАК В.М.(2)ПОТАПЕНКОВ М. А.(1)БЕРЕГОВАЯ Н.М.(2) ЖДАНЮК Л.А.(2)  
ИЗОСИМОВ В.В.(1)

г.Симферополь

Кафедра хирургии №1 медицинской академии им. С.И.Георгиевского Крымского федерального университета(1)ГБУЗ РК Республиканская клиническая больница им. Н.А.Семашко, отделение сосудистой хирургии (2)

Частота аневризм бедренных артерий у больных с наркоманией ежегодно увеличивается. Сложность ангиохирургического лечения состоит в поздней обрацаемости больных, инфицированием полости аневризмы, наличием сопутствующих иммунодефицитных заболеваний таких как ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит С. В клинике сосудистой хирургии, а также в условиях оказания экстренной ангиохирургической помощи в хирургических отделениях Крыма с 2005 по 2015 г.г. оперировано 52 больных с аневризмами бедренных артерий у больных с инъекционными формами наркомании. Мужчин было 48 человек, женщин – 4, возраст больных составлял от 18 до 38 лет. Средняя длительность внутриартериального введения наркотических препаратов до развития аневризмы составляла 2,2 года. Чаще аневризмы локализовались в верхней трети левого бедра – в 38 случаях, правого у 10 больных, двухсторонние у 4 больных. Во всех случаях аневризмы осложнялись расслоением, инфицированностью полости, у 12 больных развитием критической ишемии конечности. В 50 случаях операции выполнялись в экстренном, у 2 больных в плановом порядке. Характер оперативного вмешательства зависел от локализации дефекта бедренной артерии, возможности сохранения в магистральном кровотоке глубокой бедренной артерии, состояние периферического сосудистого русла, наличия артериовенозных соустьей, флеботромбоза подвздошно-бедренного сегмента. Подвздошно-бедренное аллошунтирование выполнено у 1 больного, бедренно-подколенное также в одном случае. ушивание дефекта общей бедренной артерии в 3 случаях, аутовенозная пластика общей бедренной артерии у одного больного, перевязка общей подвздошной артерии в 4 случаях, общей бедренной также у 4 больных, поверхностной бедренной в 38 случаях. Летальный исход наступил у одного больного с бедренно-подколенным аллошунтированием и был связан с развитием профузного аррозивного кровотечения из проксимального анастомоза. В послеоперационном периоде применяли антикоагулянты, дезагреганты, антибиотикотерапию, дезинтоксикационную терапию. Осложнения в послеоперационном периоде развились у больного с подвздошнобедренным аллошунтированием в виде образования дистальной и проксимальной аневризмы анастомозов. Выполнена повторная операция

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

релапаротомия, удаление аллошунта, перевязка общей подвздошной артерии. Ампутация на уровне средней трети бедра потребовалась у больных с перевязкой общей бедренной артерии. Во всех остальных случаях кровообращение в конечности компенсировалось. Считаем наиболее небогоприятным уровнем перевязки - уровень общей бедренной артерии.

---

#### 279.ВЫБОР СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЁННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА И ЗАКРЫТИЯ ЛАПАРОТОМНОЙ РАНЫ

Бенсман В.М. (1), Савченко Ю.П. (1), Щерба С.Н. (1), Голиков И.В. (2), Триандафилов К.В.(2), Пятаков С.Н. (3), Чайкин В.В (2), Саакян А.С.(4)

Краснодар (1, 2,); г. Сочи (3); г. Усть-Лабинск (4).

ГБОУ ВПО "Кубанский государственный медицинский университет" МЗ России (1); ГБУЗ "НИИ - Краснодарская краевая клиническая больница №1 имени профессора С.В. Очаповского" (2); МБУЗ "Сочинская городская больница №4" (3); МБУЗ "Усть-Лабинская ЦРБ" (4).

Цель исследования. Улучшить результаты лечения распространённого, в том числе и третичного перитонита, и определить показания для выбора рационального способа закрытия лапаротомной раны. Материал, методы и результаты. Работа основана на материалах лечения 764 больных распространённым перитонитом с абдоминальным сепсисом (АС). Причиной АС послужили послеоперационные абдоминальные осложнения, прободные кишечные и гастродуоденальные язвы, перфорации ободочных дивертикулов и паратуморозных абсцессов. Реже причиной перитонита были травмы, кишечная непроходимость, холецистит и аппендицит. У 52,2% пациентов имелся тяжелейший–третичный перитонит. Все больные лечились в отделении реанимации. Лечебная тактика и способ закрытия лапаротомной раны определили принадлежность больных к одной из 4-х групп наблюдений. В контрольную группу вошли 278 больных, пролеченных в 1976-1987 годах. Им устраняли источник перитонита и обильно промывали брюшную полость. Устанавливали неприсасывающиеся дренажи и разрез апоневроза зашивали узловыми швами. Кожные края сближали редкими первичными, или первично отсроченными швами. В контрольной группе прогрессирование перитонита и перфорации стрессовых язв часто приводили к полиорганной недостаточности (ПОН) и стали причиной 47,8±2,7%-й летальности. У 28,8±2,3% больных раны нагноились, что способствовало появлению эвентераций. Первую основную группу составили 282 больных, пролеченных в 1988 - 2009 годах методом программированных релапаротомий (ПР). Показаниями к ПР служили: распространённый гнойный перитонит, оставленные сомнительно жизнеспособные ткани и шов полых органов, выполненный в условиях перитонита. После первой (основной) лапаротомии апоневротическую рану не зашивали. Живот закрывали только кожными швами со сквозным проточно-аспирационным дренажем (СПАД) по Н.Н. Каншину. Через 48-72 часа кожные швы снимали, брюшную полость снова промывали и вновь на кожную рану накладывали шов с оставлением СПАД. Эту операцию повторяли 3–7 раз через каждые 2-3 дня, пока не ослабевала интенсивность острого воспаления брюшины. После последней ПР операционную рану окончательно закрывали съёмными дренирующими мышечно-апоневротическими швами (СДМАШ – патент № 2143231 от 27.12.1999 г). Летальность снизилась с 47,8±2,7%-до 24,1±2,3%, то есть почти вдвое (р

---

#### 280.ПОЛИТРАВМА ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ: РЕШЕННЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В УСЛОВИЯХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Тулупов А.Н., Барсукова И.М.

Санкт-Петербург

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

По количеству ДТП на 100 тысяч населения Санкт-Петербург превосходит этот показатель как по Москве, так и по России. Оказание специализированной медицинской помощи таким пострадавшим в Санкт-Петербурге производится в 6 травмоцентрах I уровня и 4 травмоцентрах II уровня. Травмоцентры I уровня развернуты на базе многопрофильных стационаров скорой медицинской помощи, традиционно занимающихся диагностикой и лечением тяжелой механической травмы. К ним относятся СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», СПб ГБУЗ «Мариинская больница», СПб ГБУЗ «Александровская больница», СПб ГБУЗ «Городская больница № 26», СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе и клиника военно-полевой хирургии ВМедА им. С.М. Кирова. В их структуре имеются противошоковая операционная, специализированное реанимационное отделение или пост для пострадавших с сочетанной травмой и отделение сочетанной травмы. Травмоцентры II уровня организованы в составе менее крупных стационаров: СПб ГБУЗ «Городская больница № 33», СПб ГБУЗ «Николаевская больница», СПб ГБУЗ «Городская больница № 38 им. Н.А. Семашко» и СПб ГБУЗ «Городская больница № 40». В них обследование и лечение пострадавших осуществляется в противошоковой операционной, реанимационном, хирургическом и травматологическом отделениях. Все травмоцентры достаточно хорошо укомплектованы высококвалифицированными специалистами и в соответствии с государственными и муниципальными программами по модернизации здравоохранения и обеспечению безопасности дорожного движения оснащены современной лечебно-диагностической аппаратурой. За всеми травмоцентрами закреплены территориальные зоны ответственности. Доставка пациентов производится, минуя приемные отделения, непосредственно в противошоковые операционные с предварительным оповещением дежурных бригад службой скорой помощи. С мая 2014 г. в Санкт-Петербурге организована доставка пострадавших в ДТП силами авиамедицинской бригады (вертолетами). Подавляющее большинство пациентов госпитализируется в течение 1,5 ч после травмы. Ежегодно в травмоцентрах города получают лечение около 40 тыс. (более 3 тыс. в месяц) пострадавших с изолированными, множественными и сочетанными закрытыми травмами и ранениями. Доля сочетанных травм составляет 11,9%, доля сочетанных травм, сопровождающихся шоком – 52,3%, доля закрытых сочетанных травм – 68,2%. У 77% пациентов они возникли вследствие ДТП. В каждом из 6 травмоцентров I уровня в год обследуются и получают лечение в среднем около 600 пациентов, в каждом из 4 травмоцентров II уровня – в 5 раз меньше. В другие стационары города доставляется около 300 пострадавших в год. Летальность при тяжелой механической травме в травмоцентрах I уровня и II уровня составляет около 15 %, а в других стационарах (неспециализированных в отношении шокогенной травмы) – около 35%. Летальность при тяжелой сочетанной травме в течение первых 2 суток в значительной степени зависит от содержания догоспитального лечения. При использовании специализированных выездных бригад скорой медицинской помощи анестезиологии и реанимации она в 1,5-2 раза ниже, чем при выезде обычных линейных. Характерно, что максимальная госпитальная летальность имеет место в Николаевской больнице, куда пострадавшие в ДТП доставляются только линейными бригадами. В Санкт-Петербурге круглосуточно работают 10 специализированных бригад анестезиологии и реанимации: 7 – по всему городу от подстанции №12 и по одной – в г. Колпине, Пушкине и Сест-рорецке. С учетом того, что в сутки в городе госпитализируется в среднем 14 пострадавших с сочетанной травмой, то на 1 специализированную бригаду в сутки приходится менее 2 вызовов. В то же время ими в 2013 г. было обеспечено лишь 46,4% пациентов. Остальные 53,2% доставлены линейными бригадами, а 0,4% поступили «самотеком». К числу требующих решения актуальных проблем относятся оптимизация доставки пострадавших в травмоцентры и догоспитального лечения, совершенствование соответствующих медико-экономических стандартов и статистического инструментария, разработка и внедрение системы электронного мониторинга оказания медицинской помощи в травмоцентрах города, их дооснащение современной аппаратурой, улучшение системы реабилитации реконвалесцентов и др. В то же время, несмотря на большее число пострадавших в ДТП количество погибших на 100 тысяч населения в результате ДТП в Санкт-Петербурге в два раза меньше, чем в России в целом и лишь в 1,24 раза больше, чем в Москве.



## 281.ОСОБЕННОСТИ ОСТЕОСИНТЕЗА КОСТЕЙ ТАЗА И КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Бесаев Г.М., Тулупов А.Н., Синенченко Г.И., Тания С.Ш., Багдасарьянц В.Г.

Санкт-Петербург

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

Цель исследования – улучшение результатов лечения пострадавших с тяжелой сочетанной травмой опорно-двигательного аппарата путем использования наиболее оптимальных сроков выполнения и методов остеосинтеза костей таза и конечностей. Материал и методы. В основу работы положены результаты обследования и лечения в СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе как травмоцентре I уровня 356 пострадавших с крайне тяжелой сочетанной травмой при отрицательном прогнозе для жизни. Среднее время прогноза по критерию «Т» составляло около -7 часов, средний балл шокогенности – около 15, средний балл по шкале ISS – около 33 (большая травма). Сочетанные переломы костей конечностей выявлены у 76% пострадавших, таза – у 47%. При обследовании пациентов использован комплекс современных клинических, биохимических, лучевых (СКТ, С-дуга), функциональных, иммунологических, бактериологических и др. методов. При лечении пострадавших применяли разработанную в институте тактику динамического и лечебно-тактического прогнозирования, а также тактики Damage control surgery и Damage control orthopaedic. Результаты и их обсуждение. В остром периоде травматической болезни (первые 2 суток после травмы) при сочетанных повреждениях опорно-двигательной системы осуществляли выбор оптимального хирургического пособия для быстрого устранения жизнеугрожающего повреждения и выбор малотравматичной методики фиксации переломов костей, не усугубляющей тяжесть состояния пострадавшего, проводили мероприятия для восстановления кровотока и уменьшения гипоксии тканей в зоне переломов. При повреждениях таза типа «С» и крестца с продолжающимся кровотечением в забрюшинную клетчатку (они имелись почти у половины пациентов) в срочном порядке накладывали Halo аппарат и тазовые туторы или аппараты внешней фиксации таза различных модификациях. После выполнения экстренных и срочных операций по поводу повреждения внутренних органов и стабилизации показателей гемодинамики на поврежденные сегменты конечностей и таза для стабилизации переломов накладывали аппараты внешней фиксации различных модификаций. В условиях отделения хирургической реанимации с 3 суток осуществляли динамический контроль показателей прокальцитонина и SOFA для прогнозирования развития гнойно-септических осложнений. При угрозе тяжелого сепсиса, исходя из эпидемиологической обстановки в стационаре в отношении патогенной госпитальной микрофлоры, проводили профилактическую антибактериальную терапию. Для полного купирования инфекционных осложнений требовалось не менее 4 недель. Реконструктивные операции осуществляли в начале позднего периода травматической болезни после устранения инфекционных осложнений при отсутствии необходимости инотропной поддержки, тяжести состояния по шкале SOFA в 0 баллов и прокальцитониновом тесте  $\leq 0,5$  нг/мл (патент на изобретение № 2353300 от 28.04.2009). При этом за один этап травматичные реконструктивные оперативные вмешательства производили не более чем на одной части тела. Вывод. Применение активной хирургической тактики на основе динамического прогнозирования тяжести течения травматической болезни в рамках стратегии Damage Control и методики прогнозирования развития сепсиса при крайне тяжелой сочетанной травме с отрицательным прогнозом для жизни позволило снизить частоту жизнеугрожающих инфекционных осложнений таких как сепсис, тяжелый сепсис и септический шок на 32,2%, частоту неинфекционных осложнений - на 31,9%, а летальность - на 24,3%.

---

## 282.Ранние энтеральные инфузии при сочетанной травме груди, сопровождающейся шоком

Тулупов А.Н., Луфт В.М., Лапицкий А.В.

Санкт-Петербург

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

Для изучения этой проблемы нами разработан, запатентован и использован на практике оригинальный способ определения всасывания воды в тонкой кишке с использованием препаратов лития. Нами установлено, что всасывание изотонических растворов в тонкой кишке сохранено и эффективно как в условиях плановых больших оперативных вмешательств, сопровождающихся значительной кровопотерей, так и при сочетанных шокогенных травмах, в т.ч. с повреждением органов брюшной полости. Данное положение предоставило возможность разработать методику и алгоритм использования этого метода при тяжелой сочетанной травме груди. Энтеральные инфузии осуществляли через назогастральный или назоинтестинальный зонд. Желудочный зонд вводили всем пациентам без исключения сразу после поступления в протившоковую операционную. Он использовался для контроля содержимого желудка и его декомпрессии. В случаях проведения лапаротомии операцию заканчивали установкой на операционном столе и назоинтестинального зонда. Инфузии в кишку начинали сразу после установки зонда. Для оценки моторно-эвакуаторной функции желудка проводили болюсную тест-пробу. Для этого последовательно через назогастральный зонд промывали желудок прохладной кипяченой водой «до чистых вод», в желудок вводили болюс (200 мл) физиологического раствора, перекрывали зонд и определяли объем остатка введенной в желудок жидкости через 1 ч путем пассивной аспирации. При объеме остатка менее 100 мл (менее 50% введенного объема) проба считалась положительной, а моторно-эвакуаторная функция желудка сохраненной. Это позволяло начинать капельное внутрижелудочное введение глюкозо-электролитных растворов со скоростью до 250-300 мл в час с периодическим (раз в 2 ч) контролем остатка. При объеме остатка более 100 мл проба признавалась отрицательной, а моторно-эвакуаторная функция желудка - нарушенной. При отрицательном результате через 2-3 часа пробу проводили повторно с добавлением во вводимый болюс 300 мг эритромицина (до 1,2 г/сут.) в сочетании с внутримышечным введением 2 мл церукала и стимуляцией моторики желудочно-кишечного тракта (промывание желудка прохладным раствором, гипертонические клизмы, введение прокинетики, сакроспинальные новокаиновые блокады, перидуральная анестезия и др.). Из 50 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой груди, обследованных в первые 6-12 ч после травмы, моторно-эвакуаторная функция желудка была состоятельной у 38 (76%) человек. Она полностью восстановилась у 46 (92%) обследованных к исходу первых 1,5 суток. Помимо гидратации пациента, осуществляется его энтеральная поддержка путём добавления во вводимый раствор антигипоксантов, антиоксидантов и питательных веществ в минимальных объёмах, пре- и пробиотических средств, а также сорбентов для поддержания морфофункциональной целостности пищеварительной трубки. Оптимальными растворами для энтеральных инфузий являются химусоподобные (изотонические, нейтральные или слабощелочные) глюкозо-электролитные растворы, например, раствор Регидрона. Скорость введения растворов в кишку (от капельного до струйного) и их объём определяются задачами проводимой инфузионной терапии. Суточный объём вводимых в кишку растворов может достигать 3 л и более. Его избыток не грозит формированием или усугублением РДСВ и проявляется в виде не представляющего опасности водянистого стула. Обязательно проведение контроля остатка каждые 2 часа путем пассивной аспирации. Для этого энтеральная инфузию прекращают, зонд отсоединяют от инфузионной системы, для устранения эффекта «сообщающихся сосудов» опорожняют путем приподнимания и далее опускают в градуированную ёмкость на 15 минут. Если по зонду выделяется более 50% от объема введенного раствора, скорость инфузии уменьшают вплоть до её прекращения, а если возврат составляет менее 50%, то инфузию продолжают с прежней скоростью. Ранние энтеральные инфузии являются действенным фактором восстановления и поддержания желудочно-кишечной моторики, что подтверждено методом электрогастроэнтерографии. При тяжёлых сочетанных повреждениях груди они благодаря мобилизации естественных механизмов регуляции водного гомеостаза и уменьшению нагрузки на малый круг кровообращения позволяют добиться адекватной нормоволемической регидратации и стабилизации параметров гемодинамики, на 20% уменьшить объём парентеральных вливаний в остром и более чем на 40% - в раннем периоде травматической болезни, способствуют снижению вероятности развития постинфузионных осложнений. Нами установлено, что их включение в программу комплексной инфузионно-трансфузионной терапии при сочетанной шокогенной травме груди обеспечивает статистически достоверное снижение частоты больничных пневмоний (на 12,9%) и атрибутивной летальности - почти в 2 раза (на 12,7%). Абсолютными противопоказаниями для энтеральных инфузий являются неустранимая нарушенная целостность кишечной трубки (ранения, разрывы, перфорации, свищи в зоне и ниже уровня установки желудочного или интестинального зонда), продолжающееся желудочно-кишечное кровотечение, острая кишечная непроходимость. К числу относительных противопоказаний для применения этого способа лечения относятся стойкие нарушения моторики кишечника с застоем желудочно-кишечного содержимого (токсическая и терминальная фазы разлитого перитонита,

абдоминальный компартмент-синдром, острая кишечная недостаточность). Осложнений при использовании данного метода лечения не возникало.

---

### 283. Мезогель в лечении острой спаечной кишечной непроходимости

М.Р.Иманалиев, М.К.Абдулжалилов, М.А.Магомедов, А-К.Г.Гусейнов, З.М.Закариев, А.М.Абдулжалилов

Махачкала

ГБУ "РБ№2-ЦСЭМП"

Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать! Несмотря на определенные достижения в лечении острой спаечной тонкокишечной непроходимости проблема ее профилактики в раннем послеоперационном периоде остается актуальной до настоящего времени. Для решения данной проблемы разные авторы предлагают применение различных противоспаечных средств. Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения пациентов с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью путем применения противоспаечного геля «Мезогель». Материал и методы исследования. Нами ретроспективно проанализированы результаты лечения 53 пациентов с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью, из которых мужчины составили 79,2%, женщины 20,8%. Средний возраст составил 45,3±3,7 лет. В контрольную группу вошли 44 пациента, в основную 9. Группы сравнения были репрезентативны по возрасту, полу, длительности заболевания, коморбидности, распространенности и локализации спаечного процесса в брюшной полости, а также наличию распространенного перитонита. Хирургическое лечение пациентов контрольной группы заключалось в рассечении спаек, ликвидации кишечной непроходимости, декомпрессии и дренировании тонкой кишки назоинтестинальным зондом, лаваже и дренировании брюшной полости. Дренировали лишь малый таз через контрапертуру в правой подвздошной области. При лечении пациентов основной группы пациентов включили дополнительно внутрибрюшное введение в брюшную полость через дренажную трубку противоспаечного геля «Мезогель». Лечение в послеоперационном периоде в сравниваемых группах пациентов было идентичным. Эффективность проводимого лечения в контрольной и основной группах оценивали по результату общего и биохимического анализов крови, рентгенологического исследования, данных УЗИ тонкой кишки, индексу резистентности кровотоку в верхней брыжеечной артерии, срокам активации моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, частоте послеоперационных осложнений и летальности. Результаты. Анализ полученных результатов показал, что после хирургического лечения пациентов контрольной группы в раннем послеоперационном периоде у 7(16,3%) пациентов отмечались признаки рецидива кишечной непроходимости, из которых 2 (28,6%) пришлось оперировать повторно. В общем анализе крови длительное время сохранялось высокое СОЭ, палочкоядерный сдвиг. Рентгенологические исследования свидетельствовали о замедлении пассажа водорастворимого контраста по тонкой кишке. Данные УЗИ указывали на расширение петель и утолщение стенки тонкой кишки, наличие выпота в брюшной полости до 5 суток послеоперационного периода, высокий индекс резистентности в верхней брыжеечной артерии. По клиническим признакам вздутие живота у части (18,4%) пациентов контрольной группы сохранялось до 5 суток. В сравнительном аспекте послеоперационный период у пациентов основной группы протекал более благоприятно. Ни в одном случае мы не отмечали у них признаков рецидива кишечной непроходимости, не был выражен болевой синдром, уже на третьи сутки пациенты не отмечали вздутие живота и заброс по назоинтестинальному зонду, не были выражены рентгенологические признаки кишечной непроходимости. При УЗИ тонкой кишки отмечали отсутствие фиксированных кишечных петель, а показатель индекса резистентности кровотоку в верхней брыжеечной артерии был менее высоким по сравнению с данными пациентов контрольной группы. Выводы: 1). Введение противоспаечного геля «Мезогель» в брюшную полость после рассечения спаек обеспечивает у пациентов более благоприятное течение послеоперационного периода и позволяет предупредить рецидив кишечной непроходимости.

284. СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ СТЕНОЗОВ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ПУТЁМ ИЗМЕРЕНИЯ ФРАКЦИОНИРОВАННОГО РЕЗЕРВА КРОВотоКА.

ПЛЕЧЕВ В.В., ИДРИСОВ И.А., ХАФИЗОВ Т.Н., ХАФИЗОВ Р.Р., ДУНАЕВА А.Р.

Уфа

ГБУЗ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР, Г. УФА

Цель. Разработать способ определения функциональной значимости стеноза почечной артерии обладающего высокой степенью объективности и точности. Оценить непосредственные и отдалённые результаты. Методы: Для определения функциональной значимости стенозов почечных артерий у пациентов с реноваскулярной гипертензией был разработан способ эндоваскулярного определения функциональной значимости путём измерения фракционного резерва кровотока (ФРК) в почечных артериях (патент на изобретение №2531131). Границы нормы или пороговая величина, разделяет ишемическое и неишемическое значение ФРК для данного измерения. Результаты: Предлагаемый способ применен у 24 пациентов с симптомами вазоренальной гипертензии. В 15 случаях ФРК интерпретировался как показание для стентирования почечной артерии. У 7 пациентов рекомендовалась медикаментозная терапия. В 2 случаях показатель ФРК находился в "пограничной зоне" ФРК. С учётом клинических данных, характера жалоб, результатов неинвазивных исследований пациентам было проведено стентирование почечной артерии. У большинства стентированных пациентов (68,7%) отмечалось стойкое снижение АД в раннем послеоперационном периоде, повышение чувствительности к гипотензивной терапии. Обсуждение: В диагностике стеноза почечных артерий предложено множество методов исследования которые сопряжены с техническими трудностями, либо не обладают высокой чувствительностью и объективностью. Разработанный способ не сопряжён с техническими сложностями. После измерения проводник с датчиком может использоваться для доставки стента. Выводы: Способ определения значимости стенозов почечных артерий эффективен и может быть предложен для рутинного использования у пациентов с реноваскулярной гипертензией.

---

285. Современные технологии в лечении пациентов циррозом печени, осложненным пищеводным кровотечением

М.К.Абдулжалилов, М.Р.Иманаалиев, М.З.Абакаров, А.М.Абдулжалилов, А.Г.Ляметов А.Г.

Махачкала

ГБУ "РБ№2-ЦСЭМП"

До настоящего времени проблема лечения пациентов с циррозом печени, осложненным пищеводным кровотечением, в связи с ежегодным ростом числа пациентов остается актуальной. Цель исследования. Изучить эффективность разных факторов на результаты лечения пациентов с циррозом печени, осложненным пищеводным кровотечением. Материал и методы. Нами проанализированы результаты лечения 43 пациентов с циррозом печени, осложненным пищеводным кровотечением с 2010 по 2014г.г. Из них мужчин было - 29(67,4%), женщин - 14(32,6%). Соотношение мужчин и женщин составило 2,1:1. Такому соотношению пациентов мужского и женского пола с циррозом печени немаловажное влияние оказывает этаноловый фактор, который превалирует в группе мужчин. По возрасту пациенты распределились следующим образом: с 21 до 40 лет – 11(25,6%), с 41 до 60 лет – 20(46,5%), с 61 до 70 лет – 4(9,3%), старше 70 лет – 8(18,6%). Таким образом, среди всех пациентов с циррозом печени удельный вес

пациентов работоспособного возраста составил 72,1%, что свидетельствует о социальной направленности проблемы профилактики и лечения пациентов с циррозом печени. Распределение пациентов по возрасту и полу выглядит следующим образом: с 21 до 40 лет мужчин – 10(90,9%), женщин – 1(9,1%); с 41 до 60 лет, соответственно, 14(70,0%) и 6(30,0%), с 41 до 60 лет, соответственно, 3(75,0%) и 1(25,0%); старше 60 лет – 1 (12,5%) и 7(87,5%). Такое соотношение пациентов в данных группах пациентов указывает на то, что большинство мужчин с циррозом печени не переживают 60- летний возраст. С циррозом печени этаноловой этиологии пациенты мужчины поступили в сроки от момента диагностирования цирроза от 2 до 10 лет, из них большинство (25,0%) через 10 лет, пациенты женщины от 3 до 8 лет. Полученные данные свидетельствуют о том, что алкогольный цирроз у женщин развивается в более поздние сроки, чем у мужчин, что, по-видимому, связано с объемом принимаемой алкоголя. Цирроз печени вирусной этиологии у пациентов мужчин как и у женщин развивается в течение первых 3-х лет. Удельный вес этих пациентов среди мужчин составил 48,2%, а среди женщин – 53,8%, т.е. вероятность развития цирроза печени у пациентов женщин выше, чем у мужчин на 5,6%. Поздняя обращаемость среди больных циррозом печени, осложненным пищеводным кровотечением за последние 5 лет составляет 20,9%: среди мужчин – 20,7%, а среди женщин 21,4%. Основными жалобами пациентов с циррозом печени, осложненным кровотечением были слабость, головокружение, тошнота, рвота кровью и дегтеобразный стул. При госпитализации все были подвергались ФГДС, УЗИ печени, селезенки, брюшной полости на наличие асцита, выполнялись лабораторные исследования (анализ крови, анализ мочи, биохимические анализы, показатели свертывающей системы). По классификации Чайльд - Пью устанавливали класс цирроза печени и определяли тактику дальнейшего лечения. На начальном этапе при наличии признаков продолжающегося кровотечения из варикозно расширенных пищеводных вен устанавливали зонд Блэкмора-Санкстекена. Каждые 4 часа вздували пищеводную манжету для контроля наличия признаков продолжающегося пищеводного кровотечения. Зонд оставляли в пищеводе еще сутки. Назначали гемостатические препараты (дицинон, аминокaproновая кислота, хлорид кальция), изокет или 1% раствор нитроглицерина, переливали кровь и свежезамороженную плазму, проводили инфузионную терапию в соответствии с данными ЦВД, диуреза и гематокрита. В 2010г. стали к лечению добавлять в/в введение нитроглицерина или изокета. После остановки кровотечения из варикозно расширенных пищеводных вен решали вопрос о целесообразности проведения склеротерапии или лигирования варикозных узлов. С 2012г. при лечении пациентов данной категории стали применять склеротерапию варикозных пищеводных вен. Склерозирование вен проводили через микроинъекторы (sklerosierungsnadel) диаметром иглы 0,7 мм длиной 6 мм фирмы «ENDO FLEX». Для склеротерапии применяли внутривенное введение этоксисклерола, фибровейна. Процедуру повторяли по показаниям. Исследовали состояние слизистой оболочки пищевода на наличие изъязвления или некроза на 3-5-7 сутки после процедуры. У 2 пациентов склеротерапию применили на высоте кровотечения. Методика оказалась эффективной при визуализации кровоточащей вены. В 2013г. наладили лигирование варикозных узлов расширенных пищеводных вен. Лигирование пищеводных вен проводили использование насадок на эндоскоп IFU-Multi-BandLigator версии 4-1. Процедура заключалась в подведении устройства на конце гастроскопа к варикозному узлу, аспирации варикозного узла в устройство и накидывании латексного кольца на шейку варикозного узла. Процедуру выполняли под наркозом, больные переносили удовлетворительно. Лечение пациентов с циррозом печени, осложненным пищеводным кровотечением мы разделили на 2 периода: до 2010г. и после. До 2010г. в клинике при лечении данной категории пациентов применяли лишь гемостатическую терапию и оперативные вмешательства на высоте кровотечения. Результаты. До 2011г. летальность среди пациентов с циррозом печени, осложненным варикозным расширением пищеводных вен и пищеводным кровотечением достигала 60-66,7%. Включение в комплексное консервативное лечение препаратов нитроглицерина привело к снижению летальности пациентов с этой тяжелой патологией снизилась до 44,4%, а после внедрения эндоскопической склеротерапии и лигирования варикозно расширенных пищеводных вен – до 29,0%. Выводы: 1. Летальность среди пациентов с циррозом печени, осложненным варикозным расширением пищеводных вен и кровотечением остается очень высокой. 2. Снижению летальности способствуют включение в комплексное консервативное лечение препаратов нитроглицерина, а также внедрение эндоскопической склеротерапии и лигирования варикозно расширенных пищеводных вен.

М.К.Абдулжалилов, М.Р.Иманалиев, М.М.Магомедов, М.А.Магомедов, А-К.Г.Гусейнов,  
А.М.Абдулжалилов, А.Р.Омаркадиев, М.Г.Саидов

Махачкала

ГБУ "РБ№2-ЦСЭМП"

Введение. Наличие множества способов и подходов к лечению пациентов с общим перитонитом и их малая эффективность побуждают хирургов продолжать поиски решения данной актуальной проблемы абдоминальной хирургии. **Материал и методы.** Проведен анализ результатов лечения 362 пациентов с общим перитонитом. Среди них мужчины в контрольной группе составили 58,7%, в основной – 58,0%. Женщин в контрольной группе было 41,3%, в основной – 42,0%. Средний возраст составил 41,7±3,6 лет. По нозологической форме пациенты распределились следующим образом: Странгуляционный некроз тонкой кишки 30,4%, острая спаечная тонкокишечная непроходимость – 26,1%, послеоперационная кишечная непроходимость – 9,9%, травматический разрыв тонкой кишки – 7,6%, перфорация тонкой кишки – 6,5%, межпетельный абсцесс, осложненный ОКН – 4,3%, продолжающийся перитонит – 12,1%, несостоятельность кишечных швов – 1,1%, заворот тонкой кишки – 4,3%. Контрольную группу составили 156 пациентов, основную – 206. Они были репрезентативны по возрасту, полу, сопутствующей патологии, причине перитонита. Лечение пациентов в обеих группах отличалось только способом интраоперационной обработки брюшной полости. У пациентов контрольной группы объем операции заключался в лапаротомии, эвакуации перитонеального экссудата, ликвидации источника перитонита, назоинтестинальной интубации начального отдела тощей кишки и лаваже и дренирования брюшной полости. Лечение пациентов основной группы отличалось тем, что им проводили двухэтапный лаваж брюшной полости вначале операции после эвакуации перитонеального экссудата (первичный лаваж) и в конце - перед дренированием брюшной полости (заключительный лаваж). Преимущество данного способа санации брюшной полости заключалось в том, что первичный лаваж брюшной полости позволяет создать относительно асептические условия для ликвидации источника перитонита, а заключительный лаваж позволяет эвакуировать из брюшной полости вторичный экссудат с эндотоксинами, поступившие из крови в силу разницы их концентрации в крови и брюшной полости. Для оценки эффективности проводимого лечения у пациентов обеих групп в сроки 3, 5, 7 суток изучены анализы крови, ЛИИ, моторно-эвакуаторная функция желудочно-кишечного тракта, результаты УЗИ брюшной полости (наличие, характер и количество выпота, состояние стенки, диаметра петель и кровотока в кишечной стенке) и обзорной рентгенографии (наличие признаков непроходимости), дебит назоинтестинального зонда (количество, характер, цвет), установленного во время операции. **Результаты:** Анализ результатов пациентов контрольной и основной групп показал, что у пациентов основной группы в более короткие сроки улучшались показатели общего анализа крови, снижались показатели ЛИИ, восстанавливалась моторно-эвакуаторная функция желудочно-кишечного тракта. Показатели УЗИ брюшной полости свидетельствовали о более раннем купировании воспалительного процесса в брюшной полости пациентов основной группы по сравнению с пациентами контрольной группы. Рентгенологические данные указывали на восстановление моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта у пациентов с общим перитонитом при применении двухэтапного лаважа брюшной полости. О высоком санационном эффекте двухэтапного лаважа свидетельствовали снижение белка, концентрации микрофлоры в промывной жидкости, а также улучшение цитологического состава выпота из брюшной полости, полученного из дренажей. В контрольной группе пациентов частота послеоперационных осложнений была в 1,7 раза чаще, чем в основной. Двухэтапный лаваж брюшной полости позволил уменьшить частоту нагноения послеоперационной раны на 4,8%, несостоятельности кишечных швов - с 7,6% до 2,0%, развития послеоперационной кишечной непроходимости - с 29,3% до 6,0%. **Выводы:** 1. Результаты лечения общего перитонита зависят от качества интраоперационной санации брюшной полости. 2. Двухэтапный лаваж брюшной полости при общем перитоните позволяет обеспечить высокий санационный эффект, снизить в короткие сроки эндогенную интоксикацию, восстановить моторно-эвакуаторную функцию желудочно-кишечного тракта, купировать воспалительный процесс в брюшной полости, снизить частоту послеоперационных осложнений и летальности.

## 287.ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА.

Кочергаев О.В., Беззубов С.В., Дразнин В.И., Кожевников А.А., Рыжкова Л.В., Чернов А.А.

Самара

ГБУЗ Самарской области "Самарская городская клиническая больница №2 имени Н.А.Семашко"

Актуальность проблемы. Удельный вес рака толстой кишки в структуре онкологической заболеваемости в экономически развитых странах Европы и Америки составляет от 9 до 14% (Coleman M. et al. 2013; Greenlee R. et al. 2010). Характерными особенностями рака толстой кишки являются неуклонный рост заболеваемости, высокие показатели поздней диагностики, частые urgentные осложнения и неудовлетворительные клинические исходы хирургического лечения осложненных форм. Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов с кишечной непроходимостью опухолевого генеза на основе рациональной хирургической тактики. Материалы и методы исследования. В работе изучены результаты лечения 116 больных с кишечной непроходимостью, обусловленной опухолью ободочной кишки, находившихся на лечении в стационаре в период с 2011 по 2013 гг. Исследуемые пациенты были разделены на две группы: основную - где применялись условно радикальные вмешательства; контрольную – где выполнялись паллиативные. Среди больных обеих групп преобладал obturiruyushiy rak левой половины ободочной кишки — 65,5% клинических наблюдений. Удельный вес obturiruyushiy опухоли слепой кишки составил 10,1%; восходящей ободочной — 10,1%; печеночного изгиба — 5,9%; поперечной ободочной кишки — 8,4%. Аденокарцинома составила преобладающее большинство наблюдений — 98,3%; в 1,7% случаев имела место лимфосаркома толстой кишки. Основу диагностику составляли лучевые методы диагностики. Среди них приоритетным была обзорная рентгенография живота. Ее дополняли УЗИ и спиральная компьютерная томография. Результаты исследования. Оказание помощи у данной категории основывалось прежде всего на своевременной и точной диагностике. Несмотря на совершенствование методов диагностики рака толстой кишки, по-прежнему около 70% вновь выявленных больных имеют 3-4 стадию заболевания. Лечение. Лечение больных осложненным раком толстой кишки является одной из сложных и не решенных проблем неотложной хирургии. В исследуемом массиве в 70-88,9% наблюдений среди впервые выявленных больных имели место осложнения рака: obturiruyushiy толстокишечная непроходимость, перфорация и супрастенотический дилатационный разрыв стенки, перитонит, забрюшинная флегмона. Обращает внимание высокий удельный вес оперированных больных в обеих группах, у которых не обнаружены метастазы в лимфатических узлах при патогистологическом исследовании резецированных тканей (соответственно  $97,1\% \pm 4,2$  и  $91,7\% \pm 4,7$ ;  $P > 0,05$ ). Одиночные метастазы в органах брюшной полости, преимущественно в большом сальнике, удаленные при оперативном вмешательстве, имели место у 25,9% пациентов основной группы, у 31,5% — группы сравнения. Пациентам в обязательном порядке проводили предоперационную интенсивную терапию от 30 минут до 3 часов с целью коррекции волевых нарушений. Оперативное вмешательство осуществляли при стабилизации гемодинамики и нормализации диуреза. Допустимым считалось выполнение оперативного вмешательства при АД 90 и 60 мм ртст. Основу неотложной радикальной хирургии опухолевой толстокишечной непроходимости составляли три главных принципа: декомпрессия желудочно-кишечного тракта, резекция кишки с опухолью, восстановление естественного пассажа каловых масс. Оптимальным вариантом в основной группе считали резекцию толстой кишки с опухолью без первичного восстановления непрерывности кишечника. Использование приведенной тактики позволило снизить количество осложнений на 25,6%. В ы в о д ы. 1. Необходимо проводить интенсивную терапию с целью коррекции расстройств витальных функций. 2. В основе диагностики кишечной непроходимости – лучевые методы диагностики: рентгенография, ультразвуковое исследование и спиральная компьютерная томография. 3. Объем оперативных вмешательств определялась наличием жизнеопасных осложнений. В большинстве случаев в основной группе (81%) приоритетными являлись операции, направленные на устранение источника перитонита и кишечной непроходимости.

288. «Робот-ассистированные оперативные вмешательства при раке прямой кишки»

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

Москва

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

Введение: Обсуждение роботизированной хирургии в последние годы является одной из ключевых тем мировых конгрессов в области общей хирургии, онкологии, проктологии, урологии, гинекологии, кардио и грудной хирургии. С 2009 года в НМХЦ им. Н.И. Пирогова начато активное внедрение в практику роботизированного комплекса «Da Vinci». Материалы и методы: Одним из приоритетных направлений развития роботизированных технологий в Пироговском центре является колоректальная хирургия. При помощи роботизированного комплекса «Da Vinci» в клинике хирургии НМХЦ им. Н.И. Пирогова выполнено 172 передних резекций прямой кишки по поводу верхне- и среднеампулярного рака, а так же рака ректосигмоидного перехода. Из них – 32 низких передних резекций прямой кишки, с превентивной илеостомой, у 3 пациентов. У 35 больных из 172 абдоминальный этап экстирпации прямой кишки выполнен с помощью роботизированного комплекса «Da Vinci». Возрастная группа больных от 40 до 80 лет, из них: 111 женщин и 96 мужчин. Использование робототехники позволило достоверно увеличить количество удаленных лимфоузлов, среднее количество которых составило 23, что несомненно улучшило онкологическую эффективность операций. Среднее время оперативного вмешательства составило около 180 минут. Обсуждение результатов: При проведении операций на прямой кишке, мы не имели ни одного случая нарушения функции тазовых органов, так как при выполнении операций на роботической установке «Da Vinci» прецизионность техники и трехмерность изображения позволяет сохранить не только магистральные ветви гипогастрального нерва, но и ветви тазового сплетения, даже при расширении объема диссекции в латеральном направлении. Возможность манипулирования в области ограниченного пространства с высокой точностью, при идеальном визуальном контроле позволяет производить резекции прямой кишки с отрицательным дистальным краем резекции даже при опухолях расположенных на уровне 5см от зубчатой линии. Морфологический циркулярный и дистальный края резекции кишки в наших наблюдениях были отрицательными. При проведении тазовомезентериальной экцизии использование комплекса «Da Vinci» позволило в 100% случаев добиться отрицательного циркулярного края резекции, без нарушения целостности висцерального листка тазовой брюшины. У четырех пациентов была отмечена несостоятельность аппаратного колоректального анастомоза, из них два пациента были повторно оперированы, но, не смотря на весь комплекс лечебных мероприятий, в связи с тяжестью сопутствующей патологии наступил летальный исход. Еще двум пациентам выполнены повторные оперативные вмешательства с выведением превентивной стомы, с последующим выздоровлением. Средний послеоперационный койко-день составил 8 суток. Заключение: Таким образом, общее число передних резекций прямой кишки в последние три года составило 76% от всех операций по поводу рака прямой кишки. Внедрение роботизированных методов выполнения передних резекций прямой кишки при онкопатологии позволило нам существенно увеличить число органосохраняющих оперативных вмешательств. Качественная предоперационная диагностика, основанная на результатах трансректальной сонографии, МРТ, СКТ, позволяет довольно точно определить глубину инвазии опухоли, наличие и размеры региональных лимфатических узлов и, на основании этого, выбрать объем хирургического лечения и границы резекции прямой кишки до операции. Внедрение робот-ассистированных методик выполнения передней резекции прямой кишки можно считать перспективным направлением развития колоректальной хирургии.

---

289. АППАРАТНЫЙ ШОВ В ХИРУРГИИ СОСУДОВ.

КОВАЛЬСКИЙ А.В. , АСТАШОВ В.Л., АЛЕНТЬЕВ А.А.



Москва

кафедра Военно-полевой хирургии, Главного Военного - клинического госпиталя им Н.Н. Бурденко. Город Москва Российская Федерация

В первый аппаратный шов был применён Гудовым В.Ф. в 1948 году. Положительными качествами механического аппаратного шва является: точная адаптация интимы сшиваемых сосудов возможность избежать заметного сужения анастомоза, быстрота сшивания, возможность соединения мелких сосудов, большая прочность анастомозов, устойчивость к инфекции, отсутствие сужения анастомоза в условиях растущего организма, меньший процент осложнений. В тоже время разбортовка на втулках и необходимость для её осуществления наличие длинных и эластичных концов сосудов ограничивают использование механического шва и служат противопоказанием к его применению для артерий крупного калибра, главным образом- подвздошных артерий и аорты. Ещё не разу не удалось применить аппарат В.Ф.Гудова для шва аорты именно в силу того, что при операциях на ней, во-первых крайне редко удаётся получить достаточно длинные концы сосудов, а во-вторых, потому, что стенка её бывает склерозирована и легко рвётся, расслаивается при выворачивании на втулку. В связи с этим использование аппаратного шва было ограничено. Широкое использование аппаратного шва при операциях на аорте и подвздошных артериях стало возможным после создания аппарата позволяющего сшивать сосуды без разбортовки краёв.

---

## 290.ВЫЯВЛЕНИЕ ЭПИЗОДА ТРОМБОЭМБОЛИИ ДОЛЕВЫХ, СЕГМЕНТАРНЫХ И МЕЛКИХ ВЕТВЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Вереветинов А.Н., Тарасюк Е.С., Сахарюк А.П.

Благовещенск, Россия

ГБОУ ВПО «Амурская ГМА» Минздрава России

Актуальность Тромбоэмболия легочных артерий (ТЭЛА) является одной из трех причин внезапной смерти наряду с инсультом и инфарктом. Летальность в результате ТЭЛА значительно превышает неблагоприятные исходы от дорожного травматизма, рака легких и пневмонии, а так же служит причиной 10-12% всех смертей в стационаре. В условиях многопрофильного стационара ТЭЛА ежегодно наблюдается у 15 - 20 из 1000 пролеченных больных. Зачастую она осложняет течение многих заболеваний, послеоперационный, послеродовый периоды. При этом количество венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) постоянно растет. Целью исследования является снижение летальности пациентов круглосуточных стационаров, путем исключения эпизода нефатальной тромбоэмболии легочных артерий, при возникновении клинической картины кардиального, бронхолегочного синдрома или необъяснимого внезапного ухудшения состояния больного. Материалы и методы Нами предложен способ ведения больных при эпизоде тромбоэмболии долевых, сегментарных и мелких ветвей легочной артерии, приоритетная справка № 2014138774 от 29.09.2014 г. Этот способ достигается тем, что при возникновении клинической картины кардиального, бронхолегочного синдрома или необъяснимого внезапного ухудшения состояния больного, наряду с традиционными исследованиями сердечно-сосудистой и дыхательной систем, по неотложным показаниям проводится ультразвуковое исследование бассейна нижней полой вены и правых отделов сердца. При отсутствии венозного тромбоза в исследуемых бассейнах диагноз жизненно опасной ТЭЛА снимается. Результаты и их обсуждение В патологоанатомическом отделении Амурской областной клинической больницы произведено 1764 исследования умерших пациентов из АОКБ и городской больницы г. Благовещенска. По нашим данным ТЭЛА, как причина смерти, составила 5,4% от общего количества патологоанатомических исследований. Для населения Амурской области летальность соответствует 0,8 на 1000 человек в год. У каждого второго пациента (50%) массивной тромбоэмболии предшествовал эпизод ТЭЛА, который протекал в виде кардиального, бронхолегочного синдрома или проявлялся внезапным ухудшением состояния послеоперационного больного. Выводы При возникновении

клинической картины кардиального, бронхолегочного синдрома или необъяснимого внезапного ухудшения состояния больного проведение неотложного ультразвукового исследования бассейна нижней полой вены и правых отделов сердца позволяет у 50% пациентов выявить эмбологенный венозный тромбоз и предупредить развитие массивной ТЭЛА.

---

## 291. РОЛЬ АСИМПТОМНОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА В РАЗВИТИИ ТЭЛА

Вереветинов А.Н., Тарасюк Е.С., Сахарюк А.П.

Благовещенск, Россия.

ГБОУ ВПО «Амурская ГМА» Минздрава России

Актуальность. Асимптомный венозный тромбоз, выявляемый методами радиометрии с фибриногеном, меченым  $^{125}\text{I}$ , и флебографии диагностируется при инфаркте миокарда у 5 — 20% больных, инсульте головного мозга — у 60 — 70%, заболеваниях внутренних органов - у 10 - 15%, после ортопедических операций - у 50 - 75%, простатэктомии - у 40%, в абдоминальной и торакальной хирургии — у 29 - 30% пациентов. При этом существующие приказы и рекомендации Минздрава РФ не регламентируют выполнение обязательной диагностики асимптомного венозного тромбоза: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 июня 2003 г. № 233 отраслевой стандарт «Протокол ведения больных. Профилактика тромбоэмболии легочной артерии при хирургических и иных инвазивных вмешательствах». (ОСТ 91500.11.0007-2003). Целью исследования является инициация активного поиска асимптомного венозного тромбоза путем обязательного ультразвукового исследования бассейна нижней полой вены и правых отделов сердца в послеоперационном периоде, до развития венозных тромбоэмболических осложнений. Материалы и методы. Нами предложен способ поиска асимптомного венозного тромбоза в послеоперационном периоде, приоритетная справка № 2014140349 от 08.10.2014 г. Федерального института промышленной собственности (ФИПС). Результаты исследования и их обсуждение. У пациентов с высоким и средним риском развития венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) обязательно выполняется ультразвуковое ангиосканирование бассейна нижней полой вены и правых отделов сердца, в послеоперационном периоде, включенное в протоколы ведения больных лечебно-профилактического учреждения и информированные согласия на проведение профилактики ВТЭО и производится до развития клиники венозного тромбоза или тромбоэмболии легочных артерий (ТЭЛА). В наших стационарах круглосуточного наблюдения хирургического профиля ультразвуковая диагностика асимптомного венозного тромбоза в бассейне нижней полой вены в послеоперационном периоде выполнена 19% больным. У 36% обследованных пациентов выявлены асимптомные венозные тромбозы бассейна нижней полой вены на уровне подвздошно-бедренно-подколенного сегментов. При этом у 27% асимптомный тромбоз имел флотирующий характер. Все пациенты с флотирующими тромбозами оперированы в течение суток по жизненным показаниям. Выполнена операция удаление флотирующей части тромба и лигирование магистральной вены над окклюзивной частью тромба. После операции на второй день пациенты активизировались, компрессионный режим осуществлялся госпитальным трикотажем, разрешалась ходьба до появления дискомфорта в конечности, которая чередовалась с возвышенным положением конечности на шине Белера. У 73% больных асимптомный тромбоз имел окклюзивный характер. Пациенты с окклюзивными формами тромбоза велись консервативно, режим активный, ежедневная ходьба, использование госпитального компрессионного трикотажа, низкомолекулярные гепарины в лечебной дозировке. Вывод. Включение активного поиска асимптомного венозного тромбоза в протокол ведения и информированное согласие на проведение профилактики ВТЭО, позволяет уменьшить число летальных исходов от ТЭЛА, штрафных санкций и судебных исков.

---

## 292. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ФЛОТИРУЮЩИХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ ИЛЕО-КАВАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ПОЛОЙ ВЕНЫ

Вереветинов А.Н., Тарасюк Е.С., Сахарюк А.П.

Благовещенск, Россия

ГБОУ ВПО «Амурская ГМА» Минздрава России

Актуальность. Летальность от флотлирующих тромбозов занимает одно из первых мест, наряду с инфарктом и инсультом. Цель исследования. Разработка научного направления в оперативном лечении флотлирующих тромбозов бассейна нижней полой вены. Материалы и методы. На основании рационализаторских предложений № 1881, № 1878 от 06.08.2014 изучена поло-возрастная характеристика пациентов, уровень флотации тромбов, характер оперативного вмешательства, осложнения и исходы. Результаты исследования. За 5 лет - 2009-2013 г.г. в отделении сосудистой хирургии произведено 4193 операции, при этом 147 (3,5%) пациентов оперированы по поводу флотлирующих тромбозов бассейна нижней полой вены различной локализации. По половому признаку было одинаковое соотношение М – 72, Ж – 75, средний возраст составил 52,4 года. У 53 (35,8%) флотлирующий тромб находился в подвздошно-кавальном сегменте бассейна нижней полой вены: нижняя полая вена – 9 (6,1%), общая подвздошная вена – 4 (2,7%), наружная подвздошная – 40 (27%). В нижней полой вене флотация на уровне супраренального отдела имела у 7 пациентов (4,7%), у 2 (1,4%) на уровне ренального сегмента. У одного пациента (0,7%) продолженный флотлирующий тромб достигал правых отделов сердца. Операции на подвздошном сегменте выполнены 51 (34,9%), в том числе перевязка наружной подвздошной вены – 45 (31%), ретроградная тромбэктомия из подвздошного сегмента – 1 (0,6%), ретроградная тромбэктомия из подвздошного сегмента с наложением артериовенозной фистулы на уровне бедра – 1 (0,6%), изолированная перевязка общей подвздошной вены – 4 (2,7%). Одиннадцать операций (7,6%) выполнено на нижней полой вене. Из них 8 тромбэктомий из супраренального отдела нижней полой вены, в том числе в сочетании с: тромбэктомией из правых отделов сердца – 1 (0,6%); эмболэктомией из легочных артерий в условиях временной окклюзии полых вен, перевязкой инфраренального отдела нижней полой вены – 1 (0,6%); перевязкой инфраренального отдела нижней полой вены – 1 (0,6%); нефрэктомией – 4 (2,6%); аллопротезированием супраренального отдела нижней полой вены – 1 (0,6%). Трое пациентов (2%) оперированы повторно по поводу забрюшинной гематомы. Умерло 3 пациента (2%) от повторного тромбоза бассейна нижней полой вены и рецидивирующей тромбоземболии легочных артерий. Выводы: 1. Эмбологенные венозные тромбозы – патология молодого, трудоспособного возраста (средний показатель 52,4 года). 2. Вмешательства на уровне илеокавального сегмента нижней полой вены встречается в 42 % и сопровождаются летальностью 2%. 3. Предупреждение миграции флотлирующего тромба подвздошно-кавального сегмента эффективный метод профилактики внезапной смерти.

---

## 293. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА МАССИВНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ В ТРАВМАТОЛОГИИ

Тарасюк Е.С., Вереветинов А.Н., Сахарюк А.П.

Благовещенск, Россия

ГБОУ ВПО «Амурская ГМА» Минздрава России

Актуальность. Вероятность венозного тромбообразования у ортопедо-травматологических больных достигает 75%. Это обусловлено большим количеством факторов риска: контузия сосудистого пучка, сдавление магистральной вены костными отломками и гематомой, депрессия мышечно-венозной помпы голени в результате иммобилизации, операции, послеоперационного периода. Целью исследования является снижение летальности от венозных тромбоэмболических осложнений у ортопедо-травматологических больных. Материалы и методы. Нами предложен способ хирургической профилактики массивной тромбоэмболии легочных артерий у ортопедо-травматологических больных, приоритетная справка № 2014140352 Федерального института промышленной собственности (ФИПС). Результаты исследования и их обсуждение. Всем пациентам с иммобилизацией и депрессией мышечно-венозной помпы голени назначаются прямые антикоагулянты и выполняется ультразвуковое ангиосканирование бассейна нижней полой вены, после госпитализации в стационар и оценивается результат, до развития клиники венозных тромбоэмболических осложнений. Все пациенты разделяются на три группы. Первая группа больных - при отсутствии венозного тромбоза выполняется стандартная медикаментозная профилактика антикоагулянтами, до активизации мышечно-венозной помпы. Во второй группе – окклюзионный тромбоз магистральной вены производится в плановом порядке лигирование вены над тромбом в сочетании с оперативной фиксацией перелома. Третья группа – при флотирующем тромбозе по жизненным показаниям производят удаление флотирующей части тромба и лигирование или флебопликацию вены на уровне его прикрепления к венозной стенке, в сочетании с оперативной репозицией и фиксацией перелома. Проанализированы результаты лечения 93 пациентов. Проведение антикоагулянтной терапии и оперативная фиксация перелома в первой группе позволила максимально рано активизировать работу мышечно-венозной помпы и избежать развития венозных тромбоэмболических осложнений у 85% больных. Оперативное лечение окклюзионного тромбоза и восстановление целостности кости позволило 100 % избежать развития массивной тромбоэмболии легочных артерий. Тромбоэмболия сегментарных, долевых и мелких ветвей легочной артерии в этой группе составила 23%. Оперативное лечение флотирующего тромбоза в сочетании с оперативной коррекцией перелома дает возможность всем пациентам избежать развития массивной тромбоэмболии. Вывод. Ультразвуковая диагностика венозного русла при поступлении пациента в стационар, позволяет своевременно выявить жизненно опасный венозный тромбоз у ортопедо-травматологических больных и значительно повысить выживаемость больных с венозными тромбозами магистральных вен в сочетании с костной травмой.

---

#### 294. ПРОФИЛАКТИКА МАССИВНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ФЛОТИРУЮЩИМИ ТРОМБОЗАМИ

Тарасюк Е.С., Вереветинов А.Н., Сахарюк А.П.

Благовещенск, Россия

ГБОУ ВПО «Амурская ГМА» Минздрава России

Актуальность. Массивная тромбоэмболия легочных артерий (ТЭЛА), сопровождающаяся внезапной смертью развивается в лишь 10-20%, до 80% пациентов погибают на протяжении нескольких недель, месяцев, что дает возможность провести предупредительные мероприятия развития массивной ТЭЛА. Целью исследования является предупреждение миграции тромботических масс в легочное русло при развитии флотирующего тромбоза. Материалы и методы. Пациенты с клиникой венозного тромбоза, без эпизода тромбоэмболии долевых, сегментарных и мелких ветвей легочной артерии, приоритетная справка № 2014140351 от 08.10.2014 Федерального института промышленной собственности (ФИПС). А также произведено исследование летальности от ВТЭО за три года по результатам патологоанатомических исследований. Исследованию подверглись внезапно умершие пациенты Амурской областной и городской больницы г. Благовещенска. План исследования: возраст, пол, сроки смерти с момента поступления в стационар. Результаты и их обсуждение. За три года в патологоанатомическом отделении Амурской областной клинической больницы произведено 1764 исследования умерших пациентов из АОКБ и городской больницы г. Благовещенска. У 96 (5,4 %) больных причиной смерти явились венозные

тромбоэмболические осложнения. Средний возраст умерших от ВТЭО больных составил 58 лет. Женщин было 56 (58,3%), мужчин 40 (41,7%). Тромбоэмболическая катастрофа у 18 (20%) пациентов развилась до суток с момента поступления в стационар, у 23 (25 %) через 2-7 дней, у 55 (57%) более 7 дней. В наших клиниках ультразвуковое исследование венозной системы пациентам с клиникой венозного тромбоза выполнено 63% больным. У 17% тромбоз имел флотирующий характер. Все пациенты с эмболенными тромбозами оперированы в течение суток по жизненным показаниям. Выполнена операция удаление флотирующей части тромба и лигирование магистральной вены над окклюзивной частью тромба. После операции на второй день пациенты активизировались, компрессионный режим осуществлялся госпитальным трикотажем, разрешалась ходьба до появления дискомфорта в конечности, которая чередовалась с возвышенным положением конечности на шине Белера. У 83% больных тромбоз имел окклюзивный характер. Пациенты с окклюзивными формами тромбоза велись консервативно, режим активный, ежедневная ходьба, использование госпитального компрессионного трикотажа, низкомолекулярные гепарины в лечебной дозировке. Вывод: Профилактика массивной ТЭЛА у пациентов с клиникой венозного тромбоза производится после оценки результатов ультразвукового ангиосканирования венозного русла и у 80% пациентов дает возможность предупредить развитие массивной ТЭЛА, путем проведения хирургической профилактики миграции флотирующих тромбов в легочное русло и адекватного консервативного лечения.

---

## 295. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ ТЭЛА ПРИ АКТИВНОЙ ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ

Тарасюк Е.С., Вереветинов А.Н., Сахарюк А.П.

Благовещенск, Россия

ГБОУ ВПО «Амурская ГМА» Минздрава России

Актуальность. Летальность при флотирующих венозных тромбозах занимает одно из первых мест, наряду с инфарктом и инсультом. Цель исследования. Разработка научного направления в лечении эмболенными тромбозов бассейна нижней полой вены. Материалы и методы. На основании рационализаторских предложений №1881, № 1878 от 06.08.2014 выработана тактика лечения флотирующих тромбозов, которая применена 2010 - 2011 годах. Выделены 2 группы пациентов – контрольная (2009 год) и группа активного лечения (2010 г.). Результаты исследования. В контрольной группе прооперировано 12 пациентов с флотирующими тромбозами бассейна нижней полой вены, 1,8% от всех операций отделения сосудистой хирургии (ОСХ). Осложнений и летальности от ТЭЛА не было. Общая послеоперационная летальность по ОСХ составила 18 (2,7%). За этот же период в отделениях АОКБ по результатам патологоанатомических исследований умерло от тромбоэмболии легочных артерий (ТЭЛА) 12 (7,6% от всех умерших) человек. При этом у 3 (25%) зарегистрировано расхождение клинического и патологоанатомического диагноза. В группе активного лечения в 2010 году произведено оперативное лечение 22 пациентов с флотирующими тромбозами нижней полой вены - 3,1% от всех операций ОСХ. Погибла 1 пациентка с рецидивирующей массивной ТЭЛА. Общая послеоперационная летальность по ОСХ составила 12 (1,7%). В течение этого времени в отделениях АОКБ по результатам патологоанатомических исследований умерло 11 (8% от всех умерших). Расхождение клинического и патолого-анатомического диагнозов у 3 (27,2%) Обсуждение полученных результатов. Сравнительная характеристика контрольной и группы активного лечения показывает увеличение хирургической активности у пациентов с флотирующими тромбозами в 1,8 раза. При этом летальность от ТЭЛА в целом по АОКБ не имеет тенденции к снижению и в 4,7 раза превышает общую летальность по отделению сосудистой хирургии в контрольной группе. ТЭЛА в любом формате является превалирующей причиной расхождения клинического и патолого-анатомического диагноза, что сопровождается не верной тактикой лечения и неудовлетворительными исходами в 22,7%. Выводы 1. Активная тактика лечения в 1,8 раза увеличивает хирургическую активность лечения флотирующих венозных тромбозов. 2. Летальность от ТЭЛА в целом по АОКБ составляет 7,8% и не имеет тенденции к снижению и в 4,7 раза превышает общую летальность по отделению сосудистой хирургии. 3.

Неудовлетворительные результаты летальности от ТЭЛА в многопрофильных отделениях лечебно-профилактического учреждения требует проведения систематических организационно-методических мероприятий.

---

## 296. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ

Коровин А.Я., Андреева М.Б., Воловодова Е.А.

Краснодар

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России

Введение. В последние годы отмечается рост заболеваемости сосудистой болезнью кишечника, количество выполненных операций при мезентериальных тромбозах увеличилось в 2-3 раза. Помимо объективных периоперационных проблем, процесс лечения затрудняют нерешенные вопросы тактики. Необходимость дифференцированного подхода к различным формам острого нарушения мезентериального кровообращения (ОНМК) определяет актуальность данного исследования. Материал и методы. В работе представлены результаты лечения 312 больных с ОНМК, оперированных в МБУЗ КГК БСМП г. Краснодара. Возраст больных пациентов от 54 до 93 лет, медиана составила 74,6 года. Все пациенты имели тяжелую кардиальную патологию. Различные нарушения ритма встретились в 236 случаях (75,6%). По клинической картине верный диагноз был поставлен у 191 больного (61,2%). В первой половине периода наблюдений основным методом объективной диагностики была лапароскопия. Выполнено 147 исследований. Имела место малая информативность исследования в стадии ишемии. Во второй 5-летний период, КТ брюшной полости с контрастированием висцеральных ветвей брюшной аорты и 3D-реконструкцией изображения, стала «золотым стандартом» в диагностике острых ОНМК на всех стадиях заболевания. Методы визуализации патологии ограничивались дуплексной сонографией и КТ-ангиографией, чувствительность последнего метода составила 99%. Оперировано 310 пациентов, двум больным с явным атеротромбозом первой порции ВБА, выполнен системный тромболизис с динамическим лапароскопическим контролем. В первые годы, после реваскуляризации и резекции кишечника формировался первичный анастомоз, релапаротомии выполнялись по требованию. Последнее время, предпочтение отдается обструктивным резекциям, програмируемым релапаротомиям с отсроченным наложением межкишечного соустья. Результаты и обсуждение. В исследуемой группе превалировало поражение бассейна верхней брыжеечной артерии 299 случаев (96,5%), сочетанное поражение ВБА и НБА - 11 наблюдений (3,5%). Изолированного острого тромбоза НБА с декомпенсированной ишемией левой половины толстой кишки нам не встречалось. Ведущим этиологическим фактором ОНМК развития острой мезентериальной ишемии явились эмболии верхней брыжеечной артерии, которые по нашим наблюдениям имели место у 188 больных (60,7%). Локализация препятствия в бассейне ВБА распределение было следующим: окклюзия в первом сегменте локализовалась в 39(12,6%) случаях, во втором в 162 (52,3%), в третьем в 109(35,1%). В стадии ишемии оперировано 52(16,8%) пациента, в стадии некроза 209(67,4%), стадии перитонита 49(15,8%). Соответственно 83,2% больных имели прогноз *in pessima*. Первичные оперативные вмешательства: операции на артериях брыжейки - 52 (16,8%), вмешательства на сосудах в сочетании с резекцией кишечника - 103 (33,2%), изолированные резекции кишечника 27(8,7%), эксплоративные лапаротомии 128 (41,3%). На ВБА выполнялись стандартные вмешательства: эмболтромбэктомии - 105 (90,6%), интимтромбэктомии из второго сегмента ВБА с аутовенозной заплатой - 3 (2,6%), имплантации ВБА в аорту- 4 (3,4%) и аорто-мезентериальные шунтирования - 4 (3,4%) операции. Эмболии ВБА не только чаще встречались, но и являлись значительно более «операбельным состоянием», нежели атеротромбозы. При эмболиях ВБА выполнялась прямая и ретроградная эмболэктомии из поперечной артериотомии. При атеротромбозе, либо декомпенсации хронической артериальной недостаточности кишечника, задача значительно усложнялась, так как возникала необходимость в реконструктивной операции. Выполнение последней сопряжено со значительными техническими трудностями, обусловленными анатомическим положением 1 порции ВБА. Отличительной особенностью хирургического лечения острой мезентериальной ишемии является сочетание

ангиохирургического и абдоминального этапов. Третья часть больных нуждалась в различных видах резекции кишечника: сегментарных резекций тонкой кишки выполнено 12(9,2%), протяженных резекций тонкой кишки 10(7,7%), резекций 2/3 тонкой кишки 5(3,9%), резекций подвздошной кишки с правосторонней гемиколэктомией 58(44,6%), резекций 2/3 тонкой кишки с правосторонней гемиколэктомией 45(34,6%). К сегментарным резекциям относился удаляемый объем менее 100 см, большая же часть резекций носила субтотальный характер. Учитывая значительные различия в технической сложности и травматичности оперативного пособия при эмболиях и атеротромбозах ВБА, представляется корректным оценивать результаты лечения отдельно по каждой нозологии. Общая летальность при эмболиях ВБА составила 67,3%, летальность послеоперационная (исключены эксплорации) - 45,2%. Летальность после эмболэктомий без резекции кишечника (в ранние сроки заболевания) - 30%, летальность после эмболэктомий в сочетании с резекцией кишечника - 72,7%. Общая летальность в группе атеротромбозов была 92,9%, летальность послеоперационная (исключены эксплорации) 86,4%, летальность после артериальных реконструкций без резекции кишечника 50%, летальность после реконструктивных операций в сочетании с резекцией кишечника - 87,5%. Заключение. Результаты хирургического лечения эмболий позитивно отличаются от таковых при атеротромбозе, однако прогрессивно ухудшаются по мере удлинения сроков заболевания. Эмболии и атеросклеротическое поражение брыжеечных артерий являются различными заболеваниями, требующими дифференцированной хирургической тактики. Появившиеся в последнее время технические возможности диагностики и интенсивной терапии, применение дифференцированного подхода к различным видам поражения сосудистого русла кишечника позволяют снизить показатели летальности у данной категории больных.

---

297. Лечение хронической анальной трещины методом интрасфинктерного введения ботулинического токсина типа А с инстилляциями кондиционной среды культуры мезенхимальных стволовых клеток костного мозга человека

Грибанов И.И. (1), Князев О.В. (1), Щербаков ПЛ. (1), Глухов А.А. (2), Редькин А.Н. (2)

1) Москва 2) Воронеж

Московский клинический научно-практический центр Департамента здравоохранения города Москвы, 2) Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко

Общепринятым методом хирургического лечения хронической анальной трещины считается ее иссечение в сочетании с боковой подкожной сфинктеротомией, направленной на устранение спазма сфинктера. [Nelson R., 1999]. Однако в отдаленные сроки после этой операции частота рецидивов может достигать 11,7% [Garcia-Aguilar J, и соавт., 1996], а частота развития анального недержания - 35,1% [Khubchandani I.T., Reedand J. 1999]. Учитывая потенциальные риски операции, в последнее десятилетие идет активный поиск новых альтернативных методов сокращения анального давления, позволяющих избежать обширного хирургического вмешательства. Цель исследования: Повысить эффективность лечения хронической анальной трещины за счет разработки метода интрасфинктерной ботулинотерапии в сочетании с внутриректальными инстилляциями кондиционной среды (КС) мезенхимальных стволовых клеток (МСК) Материал и методы После обработки перианальной кожи и доступной части анального канала нераздражающим антисептическим раствором (мирамистин, хлоргексидин, раствор бетадина) одноразовым инсулиновым шприцем с несъемной иглой диаметром 29-31 G в область внутреннего анального сфинктера с каждой полуокружности в две точки точечным способом вводится по 5-10 ЕД ботулинического токсина типа А (БТА) (препарат «Лантокс»), общей дозой 20-40 ЕД. Точки введения ориентировочно располагаются на 1, 5, 7, 11 часах по условному циферблату таким образом, чтобы трещина (или трещины) находилась между ними. При выраженном сфинктероспазме и болевом синдроме (от 6 баллов аналоговой шкалы) 5-10 ЕД БТА вводили дополнительно подкожно с дистального края анальной трещины. После инъекций перианальную область обрабатывают раствором антисептика, при помощи тонкого зонда перианальную область, анальный канал омывают кондиционной средой культуры мезенхимальных стволовых клеток (МСК) костного мозга человека и per rectum вводят 20-30 мл препарата. В последующем внутриректально

введение КС производят ежедневно на протяжении 10 дней. Контрольный осмотр на 5-й, 21-й дни после лечения. Метод использовался у 78 амбулаторных пациентов с хронической анальной трещиной (48 женщин, 30 мужчин, средний возраст 34,8 лет). Изучали динамику болевого синдрома, функциональное состояние сфинктера методом профилометрии, сроки заживления трещины. Результаты. После введения БТА на 5-й день у 80% пациентов болевой синдром был купирован, через 10 дней – у 96,6% больных. Интенсивность болевого синдрома уменьшилась с  $6,5 \pm 1,1$  до  $0,26 \pm 0,4$  баллов (по визуальной аналоговой шкале) (p

---

## 298. ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СПОНТАННЫМИ РАЗРЫВАМИ ПИЩЕВОДА

Столяров С.И., Добров А.В.

Чебоксары

БУ "Республиканская клиническая больница"

Актуальность. Одной из частых и наиболее непонятной из причин первичного гнойного медиастинита является спонтанный разрыв пищевода (СРП). Хирургия СРП характеризуется большим количеством ошибок и осложнений, сопровождающих как диагностические, так и лечебные процессы. Это связано с редкостью патологии, незнанием с нею, стертой клиникой, быстрым развитием и поздней манифестацией осложнений, отсутствием настороженности и вероятности возникновения СРП. Цель исследования. Провести анализ диагностических и тактических ошибок при лечении больных со спонтанными разрывами пищевода. Материал и методы. За период 1991 - март 2015 года в БУ "Республиканская клиническая больница" находилось на лечении 28 больных (22 мужчины и 6 женщин) с СРП в возрасте от 27 до 68 лет (средний возраст 50,7 лет). Сроки поступления в стационар с начала заболевания от 2 часов до 13 суток, в среднем 3,7 суток. Результаты и обсуждение. 24 больных до поступления в хирургическое торакальное отделение лечились с диагнозами: пиопневмоторакс-9; прободная язва желудка-5 (перенесли лапаротомию); деструктивная пневмония-3; острый панкреатит-1; рак пищевода с распадом-2; травматический гемопневмоторакс-1; синдром Маллори-Вейса-1; расслаивающая аневризма аорты-1; диафрагмальная грыжа-1. У всех пациентов имелись признаки медиастинита. В лечении больных со СРП придерживались активной тактики. Один пациент не оперирован, поступил в предагональном состоянии на 13 сутки с момента заболевания. Ранее ему была выполнена лапаротомия с подозрением на перфоративную язву желудка, через сутки выявлен левосторонний пиопневмоторакс, выполнено дренирование плевральной полости по Бюлау. Левосторонний трансторакальный доступ применен у 23, трансабдоминальный-у 2, чресшейный-у 1. Средняя длительность стационарного лечения составила 54,3 дня, в отделении интенсивной терапии и реанимации - 13,1 дня. Умерло 6, летальность составила 21,4%. Причины смерти: аррозийное кровотечение из грудной аорты, геморрагический шок - 3; прогрессирование медиастинита, сепсис, полиорганная недостаточность - 3. Выводы. Спонтанный разрыв пищевода - редко встречающееся тяжелое заболевание недостаточно известное врачам скорой помощи, отделений неотложной хирургии. При подозрении на СРП необходимо дообследование пациента для подтверждения или исключения диагноза. При подтверждении диагноза показано экстренное оперативное вмешательство после кратковременной предоперационной подготовки. Предпочтителен левосторонний трансторакальный доступ.

---



## 299.ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОДОНТОГЕННЫХ ГНОЙНЫХ МЕДИАСТИНИТАХ

Столяров С.И.(1),Григорьев В.Л.(1),Данилов В.В.(2)

Чебоксары

1)БУ "Республиканская клиническая больница"2)БУ "Больница скорой медицинской помощи"

Введение. По данным литературы, одонтогенная инфекция осложняется острым гнойным медиастинитом с частотой 0,3 – 1,73%. Отправной точкой в развитии одонтогенного гнойного медиастинита(ОГМ) является экстракция моляров нижней челюсти на фоне обострения хронического перидонтита. Характерными особенностями ОГМ являются трудность его ранней диагностики, исключительная тяжесть течения и высокая летальность, достигающая 40%. Высокая летальность при ОГМ связана с поздней диагностикой и излишним консерватизмом в выборе лечения. ОГМ нередко диагностируется поздно и потому, что его признаки накладываются на уже имеющееся гнойное заболевание, которое протекает с выраженной интоксикацией и высокой температурой тела. Цель исследования. Провести ретроспективный анализ результатов комплексного лечения пациентов с ОГМ. Материалы и методы. Мы располагаем опытом лечения 47 больных с ОГМ(38 – мужчин и 9 женщин) за период 1984 – 2014 годы. Возраст пациентов от 18 лет до 71 года. Средний возраст 45,0±1,3 года. Преобладали лица мужского пола трудоспособного возраста(n=32, 68,1%). Заболевание развилось после удаления моляров нижней челюсти у 46, перелома нижней челюсти у одного пациента. Сроки поступления больных от 1 до 14 суток с момента начала заболевания, в среднем через 4,9±0,2 дня. Клиническая картина у больных с ОГМ складывалась из симптомов основного заболевания, эндогенной интоксикации, локальных проявлений гнойно-воспалительного процесса в средостении и возникших осложнений. Начало заболевания характеризовалось нарастающим отеком мягких тканей на лице, шее, иногда с переходом на грудную стенку, имелась картина нарастающей интоксикации: тахикардия от 84 до 140 в одну минуту(в среднем 105,8±1,1), у 46 наблюдалась гипертермия 38,2±0,07 0С, одышка 27,8 ± 0,5 в 1 минуту. В анализах крови у 43 наблюдался лейкоцитоз с 10,3•10<sup>9</sup>/л до 30,0•10<sup>9</sup>/л(27,8 ± 0,5•10<sup>9</sup>/л) со сдвигом формулы влево, у 46 пациентов имелись лимфопения с 1 до 19% (8,8 ± 0,5%), повышенная СОЭ с 16 до 69 мм/час (46,4 ± 1,3 мм/час). Уровень общего билирубина был повышен у 5 с 37,7 до 138 мкмоль/л (64,4 ± 3,8), АлТ у 21 пациента с 227,3 до 785 нмоль/сл ( 355,9 ± 12,1), АсТ у 6 с 252,7 до 588,9 нмоль/сл (370,1 ± 12,8). Гипопротеинемия имелась у 25 с 41 до 59,5 г/л ( 53,5 ± 0,5 г/л). Уровень фибриногена А был повышен у 33 пациентов с 4,22 до 8,0 г/л (5,9 ± 0,1). Повышение уровня креатинина сыворотки крови установлено у 7 с 142,9 до 291 мкмоль/л (184,3 ± 5,2),мочевины у 9 с 8,2 до 31 ммоль/л (14,0 ± 0,7). Гипокалиемия зарегистрирована у 14 от 2,4 до 3,4 ммоль/л(3,2 ± 0,02. Гипокальциемия имелась у 18 пациентоа с 0,65 до 1,16 ммоль/л (0,95 ± 0,01). У 36 наблюдалась протеинурия с 0,01 до 1,12 г/л (0,2 ± 0,02 г/л). Диагностические мероприятия включали и полипозиционное рентгенологическое исследование шеи и грудной клетки. Расширение тени верхнего средостения установлено в 32 случаях, расширение тени заглочного пространства у 19 больных, наличие газа в мягких тканях и ретрофарингеальном пространстве – у 15. Компьютерная томография шеи и органов грудной клетки использована в 9 случаях. По тяжести состояния при поступлении по АРАСНЕ II пациенты распределялись следующим образом: от 5 до 10 баллов – 13 пациентов; от 11 до 15 баллов – 12; от 15 до 20 баллов – 15; свыше 20 баллов – 7. У 20 пациентов( 42,5% ) имелись сопутствующие заболевания. У 10 наблюдалось одно заболевание, у остальных – два и более. Наиболее часто встречались сердечно-сосудистые заболевания. 28 пациентов злоупотребляли алкоголем. Все оперированы после проведения кратковременной предоперационной подготовки. В основном применялись внеплевральные способы дренирования переднего и заднего средостения. Всем пациентам проведена чресшейная медиастинотомия по Разумовскому, у 2 дополнена загрудинной медиастинотомией по Сазонову. У 2 пациентов дополнительно проведена торакотомия. У 25 пациентов медиастинотомия проведена одновременно со вскрытием основного очага инфекции, у остальных через 1 сутки и более в зависимости от прогрессирования заболевания. Трахеостомия выполнена 15 пациентам. В последние годы с применением фибробронхоскопии при интубации трахеи количество трахеостомий резко уменьшилось. Комплексное послеоперационное лечение включало местную, а также антибактериальную, иммунокорректирующую терапию и обеспечение энергетического баланса. Помимо традиционных методов лечения у больных с ООГМ применены: непрямая электрохимическая детоксикация организма раствором гипохлорита натрия у 19( в среднем 3-4 процедуры на одного больного); сеансы гипербарической оксигенации – у 15 ( в среднем 4-5 сеансов); АУФОК у 19 ( в среднем 5-6 процедур); гемосорбция у 2; лечебный плазмаферез у 3. Постоянную санацию гнойных

полостей осуществляли введением по дренажам антисептических растворов – хлоргексидина(1:1000), фурацилина(1:1500), 1% раствора диоксида, 0,06% раствора гипохлорита натрия ( n=19). Результаты и обсуждение. Осложнения в ходе лечения возникли у 35 пациентов ( у всех наблюдалась клиника сепсиса): гнойный перикардит – 12; плевроролечные осложнения – 44; аррозионные кровотечения из сосудов шеи и средостения – 6; тромбоз внутренней яремной вены – 1; ТЭЛА – 2; гнойный менингоэнцефалит – 1; токсический гепатит – 1; множественные абсцессы печени – 1. У 22 наблюдалось одно осложнение, у 13 – два, у 6 – три, у 3 – четыре. Время поступления с момента начала заболевания среди выздоровевших больных составило  $4,6 \pm 0,2$  дня, среди умерших –  $5,5 \pm 0,2$  дня. Причинами поздней госпитализации явились: несвоевременное обращение пациента за медицинской помощью – 40, врачебные ошибки на догоспитальном этапе – 7. Среднее пребывание в стационаре выздоровевших пациентов составило  $39,6 \pm 1,4$  дня( от 19 до 84 суток), в том числе в отделении реанимации и интенсивной терапии  $9,3 \pm 0,5$  дня( от 0 до 18 суток). Средняя продолжительность лечения умерших больных составила  $9,4 \pm 0,8$  дня(от 1 до 31 дней), в том числе в реанимационном отделении –  $8,8 \pm 0,8$  дня( от 1 до 25 суток). Умерло 15, общая летальность составила 31,9%. Среди умерших пациентов – (10 из 15) - 66,7% были трудоспособного возраста. По результатам патологоанатомического исследования причинами смерти больных явились: 1) прогрессирование гнойного процесса с развитием сепсиса и полиорганной недостаточности у 13; 2) тромбоз эмболия легочной артерии на фоне прогрессирования гнойно-воспалительного процесса в средостении у 2. Выводы. Одонтогенный гнойный медиастинит чаще наблюдается у лиц мужского пола трудоспособного возраста как осложнение периостита, остеомиелита нижней челюсти. Диагностика ОГМ чрезвычайно трудна, так как его признаки накладываются на уже имеющееся заболевание, которое характеризуется интоксикацией и повышением температуры. Только раннее оперативное вмешательство в сочетании с дезинтоксикационной , антибактериальной, иммунокорректирующей терапией и с обеспечением достаточного энергетического баланса могут привести к успеху при лечении больных с ОГМ. Высокая летальность при данном заболевании обусловлена поздней госпитализацией больных, имеющимися тяжелыми сопутствующими заболеваниями и развитием тяжелых осложнений.

---

### 300. Хирургическое лечение больных с синдромом механической желтухи

Макаров И.В.(1), Галкин Р.А.(1), Сидоров А.Ю.(1), Шибанов В.Я.(1), Косякин В.А.(2), Зайцев В.Е.(2).

Самара

1) ГБОУ ВПО "Самарский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения РФ  
2) НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Самара" ОАО "РЖД"

Лечение больных механической желтухой является одной из наиболее сложных проблем абдоминальной хирургии. Прогрессирующий рост заболеваемости как с ЖКБ, так и опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ), неудовлетворительные результаты лечения, большое количество осложнений после традиционных методов лечения - все это заставляет искать новые пути в лечении больных с этим заболеванием. Нами проведен анализ результатов лечения 86 больных с синдромом механической желтухи, госпитализированных в НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО «РЖД» за период с 2004 по 2014 годы (32 мужчины и 54 женщины). Большинство пациентов было в возрасте 60-69 лет. Обращает на себя внимание довольно запоздалое поступление больных в стационар. В течение суток от начала заболевания было госпитализировано только 18 пациентов, в период от 1 до 3 суток – 25 и более половины (43 пациентов) – через 3 суток и до 3 недель. По этиологии заболевания механической желтухой: наибольшее количество пациентов встречается с ЖКБ. Холедохолитиаз - 29%; затем с-г головки поджелудочной железы - 23%; стриктура холедоха - 21%, ЖКБ, острый холецистит 15%; хронический индуративный панкреатит - 5%; с-г фатерова соска 3%; с-г внепеченочных желчных протоков - 2%; стенозирующий папиллит - 1%. Минимальный уровень билирубина, при котором пациенты отмечали иктеричность слизистых, по нашим наблюдениям, составила 27,4 мкмоль/л. Максимальные показатели общего билирубина крови составили 473 мкмоль/л. При поступлении в стационар больным выполнялся стандартный протокол обследования, включающий общее лабораторное обследование, УЗИ брюшной

полости, ФГДС, по показаниям – КТ. ЭРХПГ была выполнена 5 пациентам, которая в 3 случаях сочеталась с папиллосфинктеротомией, в 1 случае выполнена холедохостомия, в 1 случае ЭРХПГ была завершена переходом на верхнесрединную лапаротомию с холецистэктомией, резекцией холедоха и наложением гепатикоеноаноанастомоза с межкишечным анастомозом по Брауну и заглушкой по Шалимову. Консервативная терапия была проведена 24 пациентам. Синдром желтухи удалось купировать у 21 больного, после чего они были выписаны с рекомендацией оперативного лечения в плановом порядке. Отказались от предложенного оперативного лечения 2 пациента, еще 1 пациент, поступивший в тяжелом состоянии, умер на этапе предоперационной подготовки. В экстренном порядке оперированы 5 больных, 9 – в срочном, 48 – в плановом. Холецистэктомия с наружным дренированием холедоха по Керу выполнена у 5 больных, с наложением одного из вариантов билиодигестивного анастомоза (БДА) – у 54 пациентов, 2 больным выполнена холецистостомия (ХС), в 1 случае выполнена ревизия холедохоеюноанастомоза (ХЕА) с наложением ХДА по Финстереру. Холецистэктомия с наложением ХДА по Юраш-Виноградову выполнена 23 пациентам. ХЕА наложен 21 больным, гепатикоеноаноанастомоз (ГЕА) – 7, при этом операции завершали наложением межкишечного анастомоза по Брауну и заглушкой по Шалимову. По 1 случаю выполняли: наложение ГЕА по Ру с дренированием печеночных протоков по Прадери, ХЕА на выключенной по Не петле и операция Геца. Среднее пребывание пациента в стационаре составило 14,3 койко-дня, что напрямую зависело от сроков поступления в стационар, наличия сопутствующей патологии, объема оперативного вмешательства. Общая летальность составила 8,1 % (7 пациентов), послеоперационная летальность – 9,7 % (6 пациентов). Все 6 пациентов были прооперированы по поводу злокачественных новообразований желчевыводящих путей (печеночно-почечная недостаточность в 3,2 % (2 больных), полиорганная недостаточность – 3,2%, разлитой желчный перитонит – в 1,6% (1 больной), ТЭЛА – в 3,2 %. Таким образом, ведущими факторами, влияющими на тяжесть состояния, течение послеоперационного периода и исход лечения, являются непосредственная причина обтурации желчевыводящих путей, длительность желтушного периода, наличие сопутствующей патологии и объем выбранного оперативного вмешательства. Особенно важным является раннее выявление пациентов с данной патологией на амбулаторном этапе. Лечение больных с механической желтухой требует опыта и высокой квалификации хирурга, активных совместных действий врачей нескольких специальностей. При этом хирургическое вмешательство должно быть адекватным как с позиций разрешения механической желтухи, так и с позиций нанесения минимальной травмы пациенту.

---

### 301. Хирургическое лечение больных с острым панкреатитом

Макаров И.В.(1), Косякин В.А.(2), Зайцев В.Е.(2), Лопухов Е.С.(2), Ткаченко А.А.(2), Зарубин Д.В.(1)

Самара

1) ГБОУ ВПО "Самарский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения РФ  
2) НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Самара" ОАО "РЖД"

Хирургическое лечение больных с острым панкреатитом является одной из самых сложных задач неотложной хирургии. За последние 5 лет в НУЗ «ДКБ на ст. Самара» ОАО «РЖД», являющейся клинической базой кафедры хирургических болезней №1 Самарского государственного медицинского университета, поступил 151 больной. Мужчин было 81 (53,6%), женщин – 70 (46,4%). Средний возраст больных составил 49±5,5 лет. Согласно классификации Атланты (1992) с нетяжелым панкреатитом было – 134 (88,7%), острый панкреатит тяжелый наблюдали у 17 (11,3%), острое жидкостное скопление – у 6 (4,0%), панкреонекроз инфицированный – у 5 (3,3%), стерильный панкреонекроз – у 6 (4,0%). Разлитой гнойный перитонит выявили у 3 (2%) больных, флегмоны забрюшинного пространства – у 2 (1,3%). При поступлении и в ходе обследования выполняли стандартный набор исследований: общий анализ крови, общий анализ мочи с диастазой, биохимический анализ крови с определением амилазы, УЗИ органов брюшной полости, ЭФГДС, КТ органов брюшной полости по показаниям. Все больные получали комплексное лечение, включавшее инфузионную терапию до 4500 мл в сутки при тяжелых формах (в среднем 1400 мл), антибактериальную терапию (цефалоспорины II, III поколения, метронидазол,

фторхинолоны I, II поколений, карбопены, аминогликозиды II, III поколения), антисекреторную терапию (омепразол, квамател, рабелок, октреатид). Из 151 человек оперированы 10 (6,6%). Выполняли санацию и дренирование брюшной полости, сальниковой сумки, забрюшинной клетчатки, вскрытие и дренирование абсцессов, в том числе абдоминализацию поджелудочной железы у 2 пациентов, холецистостомию – в 2 случаях, холецистэктомию – в 2, холедохотомию с дренированием холедоха по Керу – в 1, марсупиализация – в 2 случаях. Оперированы повторно 5 больных, из них 2 оперированы трижды (пациентам выполняли некрсеквестэктомию, в 1 случае – ушивание свища поперечно-ободочной кишки). В группе больных с панкреонекрозом койко-день составил 34,3 дня, в том числе у оперированных пациентов – 43,6 дней. Общая летальность составила 2% (3 случая), послеоперационная летальность – 20% (2 случая). Больные погибли на фоне тяжелой полиорганной недостаточности и развития ДВС-синдрома.

---

302. Лечение обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза в условиях экстренного стационара

Макаров И.В., Галкин Р.А., Сидоров А.Ю., Шибанов В.Я.

Самара

ГБОУ ВПО "Самарский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения РФ

В работе проанализированы результаты хирургического лечения 238 экстренно госпитализированных больных за последние 10 лет. Среди госпитализированных мужчин было 101 (42,4 %), женщин – 137 (57,6%). Возраст больных от 34 до 89 лет. Лица пожилого и старческого возраста составили большинство – 167 (70,2 %) больных. Из 238 экстренно поступивших 203 (85,3 %) были доставлены в приёмное отделение бригадой «скорой помощи», 26 (10,9 %) направлены врачами поликлиник, 4 (1,7 %) обратились за помощью самостоятельно. Опухоль правой половины ободочной кишки выявлена у 47 (19,7 %) больных, поперечной ободочной кишки у – 18 (7,5 %), левой половины толстой кишки – у 163 (68,5 %) больных, при этом рак сигмовидной кишки составил 35,3 % (84 пациента). Во II, III и IV стадиях заболевания поступило 88,4 % больных. Гистологическая верификация диагноза проводилась на всех этапах лечения больного: в дооперационном периоде, интраоперационно, а, в ряде случаев, и после вмешательства, когда ФКС с биопсией выполнялась через колостому. Гистологические формы опухоли представлялись аденокарциномой различной степени дифференцировки. Сроки оперативных вмешательств определялись индивидуально и зависели от наличия перитонита, степени декомпенсации обтурационной толстокишечной непроходимости (ОТН) и эффективности консервативных мероприятий по ее разрешению. Консервативная терапия при явной клинике ОТН (и/или) перитоните носила характер предоперационной подготовки. Из 238 больных с ОТН оперированы экстренно в первые часы с клиникой распространенного или местного перитонита 58 (24,4 %). Перфорация опухоли выявлена у 17 (7,2 %), разлитой серозно-фибринозно-гнойный перитонит – у 28 (11,8 %), диастатический разрыв супрастенотических сегментов кишки – у 5 (2,1 %). У 8 (3,4 %) пациентов ОТН сочеталась с перифокальным (параколитическим) абсцессом, распространяющимся на брюшную стенку и соседние органы. Общая летальность в этой группе составила 39,6 % (23 человека), в том числе после экстренных радикальных операций – 18,9 %, после паллиативных вмешательств – 15,5 %. Без признаков перитонита в срочном порядке в течение первых суток оперировано 154 (64,7 %) пациента. Летальность составила – 7,8 % (12 больных). У 26 (10,9 %) больных консервативными мерами удалось купировать явления ОТН и 19 (7,9 %) из них были оперированы в отсроченном порядке. Летальности в этой группе больных не было. Остальные 7 (2,9 %) больных были направлены на брюшно-анальную резекцию в онкодиспансер. К выбору объема оперативного вмешательства при ОТН подходили дифференцированно. Среди 212 экстренно и срочно оперированных больных радикальные вмешательства выполнены 58 (27,4 %) с летальностью 18,9 % (11 человек). Правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзанастомозом произведена 4 больным, резекция ободочной кишки по типу операции Микулича – 13, гемиколэктомия или резекция ободочной кишки по типу операции Гартмана – 27, резекция сигмовидной кишки с первичным межкишечным анастомозом выполнена у 1, операция Гартмана – 13 пациентам. Паллиативные операции выполнены 148 (69,8 %) больным с летальностью 15,5 % (23 человека). Из них 140 пациентам были

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

наложены декомпрессионные колостомы, еще 3 – обходной илеотрансверзоанастомоз, 4 больным выполнены паллиативные резекции кишки, а 1 больному – вскрытие флегмоны брюшной стенки. Эксплоративные лапаротомии выполнены 6 (2,8 %) пациентам из них умерло 2 человека. Общая летальность среди всех оперированных составила 16,98 %. Среди 19 больных, оперированных в отсроченном порядке, умерших не было. У 12 из 19 больных удалось выполнить одноэтапную операцию – радикальную резекцию с наложением межкишечного анастомоза. Таким образом, поддерживая сторонников первично радикальных операций, к сожалению, приходится констатировать, что радикально оперированных оказалось только 77 (32,4 %) больных среди 238, поступивших в экстренном порядке. Летальность после экстренных радикальных операций составила 18,9 %. Послеоперационная летальность составила среди них – 14,3 %, при резектабельности – 32,3 %. Следует отметить, что наличие сопутствующих заболеваний у больных с острой obturационной кишечной непроходимостью (74,9 %), вызванной раком ободочной кишки, провоцирует развитие синдрома «взаимногоотягощения», что повышает риск оперативного вмешательства. Высокий процент запущенных форм рака ободочной кишки среди больных с острой obturационной кишечной непроходимостью (88 %) является следствием недостаточной работы поликлинического звена по своевременному выявлению и полноценному обследованию колопроктологических больных. Учитывая вышеизложенное, хирургическое лечение больных ОТН опухолевого генеза по нашему мнению должно быть по возможности радикальным, с выполнением на первом этапе декомпрессионных вмешательств и удалением опухоли толстой кишки. Однако объем оперативного вмешательства должен быть адекватен состоянию пациента и не должен способствовать его утяжелению и/или даже гибели. Основной задачей на первом этапе является разрешение кишечной непроходимости и выведения больного из этого тяжелейшего состояния.

---

303. Система профилактики гнойных инфекционных осложнений в огнестрельной ране.

Ручкин А.Г.(1), Паршиков В.В.(2)

Нижний Новгород

ГБУЗНО №35

Введение. В современных условиях инфекционные осложнения боевых ранений и травм встречаются у 25% раненых. В 60% случаев они являются причиной госпитальной летальности у пациентов данного профиля. Огнестрельные ранения и приравненные к ним травмы не являются редкостью и вне зоны вооруженных конфликтов. В связи с этим указанная тема является актуальной не только для военных врачей, но и для работников сферы гражданского здравоохранения. Высокая частота встречающихся гнойно – воспалительных осложнений в ряде случаев связана не только с особенностями течения раневого процесса, но и с устаревшими рекомендациями по лечению ран. До настоящего времени отсутствует четкая система мероприятий по оказанию помощи пострадавшим от воздействия огнестрельного и нелетального оружия, а также лицам с травмами, приравненными к вышеуказанным по механизму травмы и патогенезу раневого процесса. Данная работа посвящена изучению и обобщению факторов, напрямую или косвенно влияющих на возникновение инфекционных осложнений и развитие раневой инфекции в боевой ране, анализу недостатков общепринятых правил оказания помощи раненым. Результаты могут быть востребованы для внесения изменений в уже существующие указания по оказанию помощи раненым во время боевых действий и вне вооруженных конфликтов. Материалы и методы. Анализ современных литературных источников с представленными в них рекомендациями по лечению боевых ран. Результаты. Огнестрельная рана считается первично контаминированной, она всегда содержит смешанную микробную флору (стафилококки, стрептококки, кишечная палочка, протеи, клебсиеллы, клостридии, бактероиды, фузобактерии и другие). Рассматриваемая зона имеет некротические очаги тканей, являющиеся благоприятной средой для развития и формирования раневой микрофлоры. Инфекционный процесс не всегда приводит к развитию местных инфекционных осложнений (нагноение раны или раневой инфекции). Существуют определенные факторы, способствующие их развитию: обширность повреждения тканей; массивность загрязнения раны землей; наличие в ране инородных тел; степень нарушения кровообращения

291

в ране; неудовлетворительное оказание первой помощи, несвоевременный вынос пострадавших с места ранения, оказание первой помощи в поздние сроки (свыше 6 часов), низкое качество и поздние сроки (более 1 суток) оказания хирургической помощи; шок, кровопотеря, переохлаждение, переутомление, недоодевание; многоэтапность в оказании помощи раненым с боевой травмой. Среди перечисленных факторов решающее влияние на развитие раневой инфекции оказывают три фактора: морфологическое и функциональное состояние поврежденных тканей в зоне боевого ранения, степень контаминации (критическим считают уровень 10<sup>5</sup> – 10<sup>6</sup> КОЕ/мл), наличие в ране инородных тел. Исходя из этого и на основании опыта медицинского обеспечения в широкомасштабных войнах и локальных военных конфликтах в отечественной военно–полевой хирургии сложилась определенная система профилактики раневой инфекции, которую схематично можно представить следующим образом: Первая и доврачебная помощь: первичная асептическая повязка, транспортная иммобилизация, ранняя эвакуация раненых с поля боя, пероральное введение антибиотиков, исправление повязок, улучшение транспортной иммобилизации. Первая врачебная помощь: парентеральное применение адекватных доз антибиотиков – внутримышечно и паравульнарно (бета – лактамы препаратов вокруг раны в 100 – 300 мл 0,25% новокаина); улучшение асептических повязок, транспортная иммобилизация табельными средствами, противошоковые мероприятия. Квалифицированная помощь: выполнение первичной хирургической обработки (ПХО) при проведении неотложных и срочных оперативных вмешательств, паравульнарное введение антибиотиков (как в процессе ПХО, так и раненым, которым операция не выполнялась). Профилактическое внутривенное введение антибиотиков широкого спектра действия до устранения риска инфекционных осложнений (открытые раны, очаги некроза, симптомы травматического шока и др.), своевременное возмещение кровопотери. К профилактике раневой инфекции следует относить мероприятия, проведение которых возможно и необходимо в самые ранние сроки (на этапе первой помощи). Инфильтрацию мягких тканей в окружности раны раствором антибиотика в новокаине, проводят исходя из следующих правил: в течение первых 6 часов после ранения, (до формирования раневой микрофлоры) введение антибиотиков в окружность раны (в эти сроки эффективны пенициллины и аминогликозиды первых поколений); повторное паравульнарное введение антибиотиков в условиях развития микрофлоры раны (современные аминогликозиды и бета – лактамы); при неблагоприятном течении первой фазы раневого процесса применяют противовоспалительные блокады, включающие раствор новокаина, высокие дозы глюкокортикостероидов, ингибиторы протеаз, антибактериальные препараты в высших разовых дозах. Заключение. Необходимость раннего (в первые 6 часов после получения ранения) паравульнарного введения антибиотиков при огнестрельных и близких по характеру повреждения травмах обусловлена тем, что эффективность воздействия антибактериальных препаратов на раневую микрофлору быстро снижается с течением времени от момента травмы. Указанный способ позволяет преодолеть ряд объективных трудностей в оказании помощи рассматриваемой категории пострадавших. Систематизированные данные могут послужить логичным обоснованием для внесения изменений в существующие стандарты оказания помощи при боевых повреждениях и приравненных к ним травмах мирного времени. Данный метод профилактики является доступным всем категориям лиц, подготовленным для оказания первой помощи.

---

304. Лапароскопическая аппендэктомия как путь улучшения результатов в лечении пациентов с острым аппендицитом.

Семенякин И.В.(1), Алексеев А.В.(1), Чудаков К.И.(1), Рыбаков Г.С.(2)

Москва

1) ГБУЗ ГКБ 50 ДЗМ2) МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Острый аппендицит на протяжении длительного времени занимает первое место в структуре неотложной хирургической патологии. В 12-31% случаев острого аппендицита наблюдаются диагностические ошибки, при этом, как правило, удаляют неизмененный червеобразный отросток [Емельянов С.И. с соавт. 1999, Кригер А.Г. с соавт. 2000, Гуревич А.Р. с соавт. 2004]. Частота осложнений при выполнении открытой аппендэктомии за последние 30 лет не изменилась и сохраняется на уровне 5-8%, с явным преобладанием

раневои инфекции [Кузнецов В.Д. с соавт. 1998, Ситников В.Н. с соавт. 2002, Petersen A.G. et al. 2001]. Летальность при остром аппендиците на протяжении последних десятилетий остается практически неизменной – 0,2-0,4% [Ермолов А.С. с соавт. 2007, Baker F. 1999]. В период с 2011 года по 2014 год в хирургических отделениях ГКБ 50 оказана помощь 2751 пациенту с острым аппендицитом, из них в сроки более 24 с момента начала заболевания поступило 1028 (37%) пациентов. Лапароскопия выполнена в 2122 случаях. В 1965 (92%) случаях операция была выполнена лапароскопическим способом, в 157 (8%) случаях первоначально была выполнена лапароскопия, после чего были выставлены показания к конверсии доступа. В 786 случаях операция была выполнена «открытым» способом. В большинстве случаев причиной конверсии доступа явился диффузный перитонит, наличие рыхлого аппендикулярного инфильтрата с абсцедированием и прорывом абсцесса в брюшную полость, наличие выраженных воспалительных изменений в основании червеобразного отростка или тифлита. Показанием к лапароскопической аппендэктомии (ЛАЭ) являлись флегмонозная форма острого аппендицита с наличием местного неотграниченного перитонита или без такового; хотя в небольшом проценте случаев ЛАЭ выполнялась и при гангренозной форме острого аппендицита, что обуславливалось большим опытом оперирующего хирурга. Лишь на этапе освоения методики атипичное расположение червеобразного отростка явилось показанием к конверсии доступа, по мере накопления опыта лапароскопическая методика дает несомненные преимущества при атипичном расположении червеобразного отростка ввиду лучшей визуализации. Операцию всегда выполняли с использованием трех троакаров: 5 мм и два 10 мм. Лишь на этапе освоения методики в некоторых случаях использовался дополнительный 5-мм троакар. В зависимости от предпочтений оперирующего хирурга использовались три варианта установки инструментов: надпупочная область (10мм)-правое мезогастрие (5мм)-середина расстояния между пупком и лоном (10 мм); последовательная установка по средней линии от точки Калька до лона (10-5-10); и в обеих подвздошных областях (5 и 10 мм) и над пупком (10мм). После установки показаний к ЛАЭ мобилизация червеобразного отростка производилась либо антеградно, либо ретроградно с использованием биполярного и монополярного коагулятора. Основание червеобразного отростка всегда лигируется двумя лигатурами-петлями Редера, на входящую часть накладывается клиппа. Размер культи над лигатурой равен 2—3 мм. На усмотрение оперирующего хирурга производилась коагуляция культи червеобразного отростка. В большинстве случаев червеобразный отросток извлекается в контейнере, лишь в случае малого размера червеобразного отростка он извлекается через 10 мм троакар без контейнера. В зависимости от наличия выпота в брюшную полость, а также от «чистоты» выполненной операции производится санация растворами антисептиков правой подвздошной области, малого таза. Операция всегда заканчивалась дренированием брюшной полости 5 мм силиконовым дренажем, лишь в некоторых случаях производилась установка дренажа большего диаметра. Результаты. Продолжительность ЛАЭ по мере накопления опыта, уменьшается с 80 - 60 минут до 20 - 30. Койко-день составил от 1 до 7 суток, средний 3 суток. У пациентов практически не отмечался болевой синдром, требующий введения НПВС. Дренаж удалялся на 1-2 сутки. Питание начинали на 2-е сутки. Швы снимались на 5-е сутки, т.е. в амбулаторном порядке. Ни в одном случае не было выявлено несостоятельности культи червеобразного отростка. Из ранних осложнений был отмечен послеоперационный парез, который удавалось купировать консервативными мероприятиями. В 27 выявленных случаях пациенты поступали повторно с инфильтратами правой подвздошной области. На фоне консервативных мероприятий удавалось добиться регрессии воспалительных изменений. Вероятной причиной послеоперационных инфильтратов на наш взгляд являются «длинная» культя или избыточная коагуляция культи червеобразного отростка. В 7 случаях были отмечены послеоперационные кровотечения: из мест установки троакаров, брыжейки червеобразного отростка. В 6 случаях выполнялась релапароскопия, в 1-ом лапаратомия. Летальных исходов не было. По мнению большинства отечественных и зарубежных авторов ЛАЭ является методом выбора в лечении острого аппендицита. На наш взгляд, принципиальным моментом, позволяющим добиться хороших ближайших и отдаленных результатов в условиях «потока» неотложной хирургии, является строгое соблюдение показаний к применению лапароскопической методики. На наш взгляд является недопустимым, при отсутствии большого опыта, выполнение ЛАЭ при распространенном перитоните, аппендикулярном инфильтрате, гангренозной форме острого аппендицита, так как это сопряжено с развитием тяжелого послеоперационного перитонита, который нивелирует все «плюсы» лапароскопической методики и сопровождается высоким процентом летальных исходов. Выводы 1. ЛАЭ как никакая другая операция с использованием эндоскопических технологий, имеет большое значение для практического здравоохранения в связи с большой частотой острого аппендицита. 2. Преимущество ЛАЭ несомненно у пациентов с выраженным абдоминальным ожирением ввиду сложности диагностики и большей травматичности традиционного вмешательства. 3. Экономическая эффективность ЛАЭ превосходит таковую «традиционной» методики ввиду снижения койко-дня, потребности в препаратах и т.д. 4. Лапароскопическая методика в лечении острого аппендицита уменьшает болевой синдром, что практически не требует назначения в послеоперационном периоде НПВС. 5. Значительно уменьшает койко-

день, улучшает функциональные результаты, снижает фактическое время пребывания на листке нетрудоспособности. При этом также значительно лучше косметический результат и значительно снижены риски развития послеоперационной вентральной грыжи. 6. Лапароскопическая методика в лечении острого аппендицита снижает частоту напрасных аппендэктомий, т.к. полноценная ревизия брюшной полости при обнаружении неизменённого червеобразного отростка через разрез в правой подвздошной области невозможна. 7. С учетом значительно меньших рисков развития интраоперационных осложнений и простоты методики, лапароскопическая аппендэктомия может явиться ключом к освоению лапароскопических операций молодыми хирургами.

---

305. Комплексная оценка степени повреждения мышц конечности при огнестрельном ранении

Трухан А.П., Терешко Д.Г., Пивоварчик С.Н.

Минск, Республика Беларусь

Белорусский государственный медицинский университет, кафедра военно-полевой хирургии

Лечение огнестрельных ранений различной локализации всегда было актуальной проблемой военно-полевой хирургии. При этом знание действия энергии бокового удара высокоскоростных ранящих снарядов на ткани является основой понимания раневой баллистики огнестрельных ран. Цель исследования: Изучить особенности повреждения мышц конечности при огнестрельном ранении путем оценки их функциональных, морфологических и биохимических изменений. Материалы и методы: Объектом исследования были 30 кроликов, разделенные на 2 группы, по 15 животных в каждой. В основной группе наносилось огнестрельное ранение выстрелом из малокалиберной спортивной винтовки ТОЗ-8 (калибр 5,6 мм) пулей уменьшенной массы (1,6 г) с расстояния 5 метров в бедро тазовой конечности. В группе сравнения наносилось неогнестрельное ранение такой же локализации. Использовался металлический стержень, диаметр которого (5,6 мм) соответствовал калибру пули, применяемой в основной группе. Животные обеих групп были разделены на три подгруппы (по 5 животных) в зависимости от сроков вывода из эксперимента (24, 48 и 72 часа после ранения). У каждого животного перед выводом из эксперимента осуществлялся забор крови для биохимического исследования. Изучались показатели, увеличение значения которых свидетельствует о разрушении мышечной ткани (калий, креатининфосфокиназа, миоглобин). Затем выполнялась прямая оксиметрия мышц травмированной конечности в пяти точках, которые располагались по условной линии, проходящей вдоль оси конечности через рану с интервалом в 1 см. Точка 3 соответствовала поверхности раневого канала. В этих же точках бралась мышечная ткань, по стандартной методике готовились срезы с окраской гематоксилином и эозином. Для оценки использовали разработанный индекс морфологических изменений мышц (ИМИМш). Результаты. Огнестрельное ранение приводит к более выраженным изменениям процессов обмена кислорода в мышечной ткани по сравнению с неогнестрельным ранением. Это подтверждается более высокой скоростью поглощения кислорода на поверхности раневого канала (точка 3) в основной группе во все временные интервалы ( $p = 0,0090$ ) и более низким парциальным давлением кислорода в этой же точке через 72 часа после ранения ( $p = 0,0282$ ). Выявленные изменения формируются в течение нескольких суток, что создает патогенетическое обоснование эффективности мероприятий по сохранению жизнеспособности тканей зоны вторичного некроза. На поверхности раневого канала (точка 3) у животных основной группы через 24 часа определялись выраженные морфологические изменения (индекс морфологических изменений мышц (ИМИМш) – 12 (10 – 13)), причем эти изменения оставались на постоянно высоком уровне ( $K-W, N = 3,5; p = 0,1736$ ). Показатель ИМИМш в точке 3 в обеих группах через 24 часа после ранения значимо не отличался ( $p = 0,1745$ ), что связано с одинаковым диаметром ранящего снаряда. Однако через 48 и 72 часа показатели ИМИМш в основной группе были значимо выше. Это было обусловлено не только наличием очаговых и выраженных некрозов мышечной ткани, но и выраженной воспалительной инфильтрацией, блокадой микроциркуляторного русла. В биохимическом анализе крови изменения в показателях мышечной деструкции (калий, креатининфосфокиназа, миоглобин) подтверждают более выраженное повреждение мышечной ткани конечности при огнестрельных ранениях. Так как диаметр ранящего снаряда в обеих



группах был одинаков (5,6 мм), то больший объем повреждения мышц при огнестрельном ранении был обусловлен большей кинетической энергией пули, которая передавалась тканям, энергией бокового удара и временной пульсирующей полостью. Вывод: Большая кинетическая энергия огнестрельного ранящего снаряда происходит к более тяжелому повреждению тканей, что подтверждается функциональными изменениями (процессы массообмена кислорода), более высокими значениями индекса морфологических изменений мышц, как на поверхности раневого канала, так и в его стенках, а также показателями мышечной деструкции в биохимическом анализе крови.

---

### 306.СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГЛУБОКИХ РАНЕНИЙ ШЕИ

Кочергаев О.В., Дразнин В.И., Котькин В.А., Рыжкова Л.В.

Самара

ГБУЗ Самарской области "Самарская городская клиническая больница №2 имени Н.А.Семашко"

Ранения шеи относятся к числу наиболее опасных для жизни пациентов и трудных для диагностики и лечения. Это обусловлено сложностью анатомического строения этой области, наличием магистральных сосудов, а также полых и паренхиматозных органов, повреждение которых ведет в короткий промежуток времени к летальному исходу. Летальность при ранениях шеи колеблется от 25% до 30% (Григорьев Е.Г. и соавт. 2003; Hirshberg A. 2007) Данный вид ранений встречается в 0,3-1,2% от всех открытых травм. В их структуре сочетанные повреждения встречаются в 62,2%, множественные повреждения - в 27,4%, внутренних органов шеи - в 33,6%, повреждения сосудов - в 16,9%, полых органов - в 16,3%, шейного отдела позвоночника – в 5%, диафрагмального нерва - в 3,9%, грудного лимфатического протока в 0,9%. (Абакумов М.М., 2011; Цыбуляк Г.Н., 2005; Mauch J. et al., 2009). Проблема хирургического лечения данного вида ранений является одной из самых трудных в хирургии повреждений. Цель исследования. Анализ результатов хирургического лечения пострадавших с тяжелыми ранениями шеи и систематизация диагностических и тактических действий при данном виде повреждений. Материалы и методы. Изучены результаты лечения 52 пострадавших в период с 1999 по 2008 г. Возраст пациентов от 16 до 54 лет. Одиночная рана шеи имела у 75%, множественные раны у 25%. У 21% пострадавших кроме ранений шеи отмечались ранения других локализаций. По европейской классификации(2002) все повреждения шеи разделяют на ранения, при которых раневой канал заканчивается в платизме («непенетрирующие» ранения по терминологии иностранных авторов) и ранения глублежащих тканей, в которых расположены крупные сосуды и жизненно важные органы («пенетрирующие» ранения). Полностью разделяя мнение о принципиальной разнице этих двух видов ранений, считаем предложенную терминологию крайне неудачной. Авторы исследования поддерживают мнение академика В.С.Савельева и соавт.(2008) и различаем поверхностные ранения (до платизмы) и глубокие (когда раневой канал «проникает» через платизму в более опасную зону). В проводимом исследовании преимущественно рассматривались глубокие ранения. Они составили 89 %. Поверхностные ранения составили 11%. Результаты лечения. Исход хирургического лечения ранений шеи зависит от быстрой и точной диагностики характера ранения. Наиболее распространенным заблуждением является излишне спокойное отношение к колотым ранениям шеи без признаков профузного кровотечения у больных со стабильной гемодинамикой. В отличие от внешне опасного вида поверхностных обширных резаных ран с наружным кровотечением отсутствие внешних признаков опасного для жизни ранения в ряде случаев послужило основанием для полного отказа от предоперационного обследования, еще у 5 - от хирургической обработки ран. Мы считаем, что если состояние пострадавших позволяет выполнить дооперационное обследование(имеется стабильная гемодинамика, эффективный временный гемостаз, отсутствуют нарушения дыхания), то следует прибегнуть к обзорной рентгенографии шеи и грудной клетки, исследованию глотки и пищевода с взвесью сульфата бария, а при подозрении на повреждение сосудов - к ангиографии. Обзорная рентгенография шеи позволяет обнаружить эмфизему претрахеальной и параэзофагеальной клетчатки и межмышечных пространств при повреждении полых органов. Обзорная рентгенография грудной клетки позволяет исключить или установить наличие гемопневмоторакса и гематомы средостения вследствие ранения,

проникающего в плевральную полость или средостение. Исследование пищевода с сульфатом бария позволяет своевременно диагностировать повреждения глотки и пищевода. Пострадавшие с клинической картиной повреждения магистральных сосудов и воздухоносных путей, с нестабильной гемодинамикой и нарушениями дыхания подлежат немедленной операции с одновременными реанимационными мероприятиями без детального обследования. Ретроспективный анализ показал, что у всех больных с серьезными повреждениями шеи, оставшимися незамеченными, выполнялась типичная хирургическая обработка ран. В зависимости от локализации раны возникали существенные трудности для проведения полноценно ревизии в связи с ограниченными возможностями для ее расширения в условиях имбибированных кровью окружающих тканей. В результате ревизия принимала вынужденно ограниченный характер. Учитывая это обстоятельство, у пострадавших с глубокими ранениями шеи применялась стандартная колотомия по В.И.Разумовскому по переднему краю грудиноключично-сосцевидной мышцы. Длина разреза составляет не менее 12 см, сторона доступа определяется локализацией опасных ран. У 7 пострадавших применили доступ с двух сторон. Быстрый, атравматичный и широкий доступ ко всем жизненно важным образованиям шеи (сосудисто-нервный пучок, лотка, пищевод, гортань, трахея и щитовидная железа) позволил нам во всех наблюдениях выполнить полноценную ревизию и устранить повреждения.

I. Повреждения магистральных сосудов. Диагностика и лечение поврежденных магистральных сосудов шеи – одна из сложных и актуальных проблем современной хирургии. При этом от 10 до 33% всех ранений шеи сопровождаются повреждением магистральных сосудов (В.Леменов и соавт., 2002). Данный вид повреждений отмечался нами у 18 пациентов. Уровень летальности оперированных пациентов, по данным разных авторов, колеблется от 10 до 30% (Абакумов М.М., 1998). При определении локализации повреждений сосудов использовали предложенное Demetriades D. деление шеи на три зоны. (Demetriades D. et al., 1996). I зона располагается между аркой перстневидного хряща и нижнем краем медиальных головок и включает в себя крупные сосуды верхнего средостения, общие сонные, позвоночные и подключичные артерии, трахею, пищевод, верхушки легких, яремные вены и грудной лимфатический проток. II зона располагается между углами нижней челюсти и аркой перстневидного хряща и включает в себя сонные артерии, яремные вены, глотку, гортань, трахею и пищевод, блуждающий и возвратный нервы, а также спинной мозг. Поврежденные сосуды этой зоны обычно доступнее для ревизии. III зона простирается краниально от углов нижней челюсти до основания черепа и включает дистальные отделы экстракраниальных сонных и позвоночных артерий, подчелюстные и околоушные слюнные железы, глотку, спинной мозг, IX - XII пары черепно-мозговых нервов. Операции в III зоне сложны из-за трудностей доступа и быстрого выделения дистальных отделов сосудов, а также высокой частоты вынужденного лигирования артерий для спасения жизни пациента. Летальный исход при повреждениях этой зоны связан с тяжелыми неврологическими осложнениями, вызванными перевязкой питающих сосудов. В своей работе авторы руководствовались рекомендациями института скорой медицинской помощи им. Н.В.Склифосовского (2005). В преобладающем большинстве целостность сосуда восстанавливалась наложение атравматичного циркулярного (по Каррелю) или продольного сосудистых швов. В 5 случаях при значительном дефекте сосуда выполнено вшивание венозного аутотрансплантата. Следует отметить, что период полного прекращения кровотечения по сонным артериям не должен превышать 20 мин (Mauch J. et. 2000). Поэтому оперирующий хирург поставлен в жесткие временные рамки. Это обусловлено развитием тяжелых необратимых изменений в головном мозге с формированием грубых парезов и параличей. Восстановление магистрального кровотока осуществляется с периферического конца. Все манипуляции сопровождаются введением антикоагулянтов по схеме. Завершаются оперативные вмешательства дренированием клетчаточных пространств шеи. В послеоперационном периоде необходимо оценить неврологический статус пострадавшего, провести доплеровское картирование.

II. Повреждение шейного отдела пищевода и трахеи. Шейный отдел пищевода травмируется в 3-5 раз чаще грудного, причем разрывается обычно задняя стенка, а в грудном – боковая (Бисенков Л.Н. и др. 2012). Мы располагаем опытом лечения 24 ранений пищевода. В случаях повреждения шейного отдела пищевода больных беспокоили боли в этой области, усиливающиеся при глотании, дисфагия, повышение температуры тела, появление подкожной эмфиземы. В раневом отверстии может появляться слюна и частицы пищи. По мере развития воспалительного процесса в тканях появлялась резкая отечность и тугоподвижность шеи. На этом фоне ухудшалось общее состояние больных, нарастают признаки эндогенной интоксикации. Хирургическое лечение повреждений шейного отдела пищевода заключалось в обнажении посредством переднебоковой колотомии, зашивании раны и дренировании заднего средостения. При обширных рваных повреждениях органа накладывали эзофагостому. В поздние сроки вскрывали и дренировали заднее средостение. Летальность при проникающих повреждениях пищевода довольно высока и достигает, по данным различных авторов 30-50%. (Абакумов М. М., Погодина А.Н., 2006). В зависимости от уровня повреждения пищевода мы применяли различные виды оперативного вмешательства. Консервативному лечению подлежали (5 пациентов): все непроникающие повреждения; проникающие повреждения глотки; колотые,

рванные раны и пролежни стенки пищевода размерами до 1 см, с затеканием контрастного вещества не более чем на 2 см, при условии широкого сообщения образовавшейся полости в околопищеводной клетчатке с просветом пищевода и при отсутствии сопутствующих повреждений медиастинальной клетчатки, плевральных листков и трахеобронхиального дерева. При ранениях шейного отдела пищевода (19 пострадавших) – ранняя операция (до 6 часов) включала ушивание раны и дренирование превертебрального пространства и заднего средостения чрезшейным доступом. В зависимости от стороны повреждения используют левосторонний или правосторонний доступ. При повреждении пищевода для обнаружения места перфорации следует руководствоваться отеком окружающих тканей и гнойной инфильтрацией. При невозможности ушить место повреждения пищевода производили эзофагостомию (3 случая) с последующим закрытием стомы или кожной пластикой дефекта. В поздние сроки и при наличии гнойника в средостении производили его вскрытие и дренирование (4 пострадавших). В случаях открытой травмы трахеи с развитием асфиксии и быстронарастающей подкожной эмфиземы выполняли трахеостомию. В своем исследовании авторы отдавали предпочтение методике Бьерка. После устранения дыхательных нарушений производился доступ к трахее. Дефект ее стенки или ушивали, или производили резекцию 1, 2 или 3 колец, либо выполняли ее пластику. Учитывая, как правило, высокую степень кровопотери и значительное бактериальное загрязнение сочетанных ран шеи, в послеоперационном периоде особое внимание уделяли стартовой эмпирической терапии. Предпочтение отдавали фторхинолонам и цефалоспорином третьего поколения в сочетании с препаратами с антианаэробной активностью. С 4-5 суток назначали дезэскалационную терапию. Выводы. 1. Оперативным доступом к поврежденным сосудам и органам шеи должна быть передне-боковая колотомия с соответствующей стоны. 2. Время прекращения магистрального кровотока по магистральным сосудам не должно превышать 20 минут. 3. При ранениях трахеи в преобладающем большинстве случаев превентивно необходимо накладывать трахеостому. 4. При повреждении пищевода наряду с восстановлением его целостности важное значение имеет активное приливно-отливное дренирование превертебрального пространства и заднего средостения. *Postscriptum* В завершении следует отметить, что каждый случай ранения шеи требует от хирурга принятия сложного решения, касающегося хирургической тактики, от которого зависит жизнь пострадавшего. Отказ от пластичного (дифференцированного) подхода с определением оптимального объема оперативного пособия для каждого конкретного случая, использование стандартных технических приемов, традиционной тактики всегда и везде заведомо обрекают операцию на неудачу ( член-кор. РАМН Е.Г.Григорьев (2003). .

---

### 307. КAUDАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРОКТОЛОГИИ.

Соловьев Д.П.

Екатеринбург

Международный медицинский центр «УРО-ПРО», Екатеринбург

Каудальная анестезия относится к наиболее щадящим и безопасным методам регионарной анестезии. Распространенность и продолжительность каудальной анестезии зависят от объема и состава местноанестезирующего раствора, введенного в сакральный канал. В зависимости от этого зона анестезии может быть как узкой – в области промежности, так и широкой - от уровня пупка, распространяясь на органы малого таза и далее на все сегменты нижних конечностей. Мы оценили длительность, эффективность, удовлетворенность пациентов, а также время до приема первого обезболивающего при проведении каудальной анестезии. Был проведен анализ 26 пациентов с каудальной анестезией. Объем операций: иссечение анальных трещин, удаление наружных геморроидальных бахромок, удаление выпавших одиночных геморроидальных узлов. Анестезия проводилась 1% лидокаином в количестве 20 мл. Побочных эффектов не было. Из 26 пациентов каудальная анестезия успешно выполнена у 25 (96%), неудачный блок 1 (4%), время наступления анестезии 12 (±4) мин, продолжительность операции 20 (±10) мин, продолжительность послеоперационного обезболивания 6,7 (± 0,82) ч. Время послеоперационного наблюдения 2 часа, все пациенты отпущены домой. Удовлетворенность пациентов анестезией была оценена через 12 часов после операции по телефону: 86 % пациентов были удовлетворены, 14% отметили

болезненные ощущения в крестцово-копчиковой зоне. Каудальная анестезия обеспечивает достаточное обезболивание для проведения малых проктологических операций в амбулаторных условиях с хорошей удовлетворенностью пациентов и длительной послеоперационной анальгезией.

---

### 308. Особенности диагностики и лечения ранений сердца

Кочергаев О.В., Копалин А.А., Беззубов С.В., Котыкин В.А., Богданов Р.И.

Самара

ГБУЗ Самарской области "Самарская городская клиническая больница №2 имени Н.А.Семашко"

Ранения сердца как проблема неотложной хирургии имеют почти вековую историю, но интерес к ней за это время не ослабел, а заметно вырос (Абакумов М.М. и соавт., 2011; Бисенков Л.Н., 2010; Брюсов П.Г. 2012;). Цель. Улучшить результаты лечения пострадавших с ранениями сердца на основе повышения эффективности диагностики, снижения числа хирургических ошибок и уменьшения осложнений. Материалы и методы. С целью уточнения отдельных звеньев патогенеза и методов их диагностики выполнена экспериментальная часть работы и проведен анализ 123 клинических наблюдений пострадавших с ранениями сердца в период с 2000 по 2008 г. Эксперименты были осуществлены на 17 беспородистых собаках обоего пола массой от 11 до 24 кг. Использовали модифицированную модель тампонады сердца. Каждый эксперимент состоял из семи этапов. В клинической диагностике использовали комплексный подход: наряду с общеклиническими методами, применяли рентгенографию груди, трансторакальную эхокардиографию, ЭКГ. При стабильных показателях артериального давления (АД – 110 и 70 мм рт.ст. не ниже) производили торакоскопию с целью оценки характера ранения (20 пострадавших). С целью неотложной диагностики выполняли разработанную авторами операцию фенестрации перикарда (15 человек). Результаты исследования. Для воспроизведения экспериментальной дозированной тампонады сердца по разработанной нами методике в полость перикарда вводили от 30 до 230 мл физиологического раствора. При этом регистрировали АД, ЧСС, ЦВД, ЭКГ, ИРТГ, выполняли рентгенологическое исследование. В результате было получено экспериментальное обоснование ранних диагностических признаков ранений сердца. В планировании и реализации клинической части исследования авторы выделили два этапа. Первый аналитический, когда изучали значение каждого показателя в ранней диагностике и мониторингом наблюдений за больным в послеоперационном периоде. При этом все показатели были разделены на абсолютные и относительные. К абсолютным показателям ранения сердца авторы отнесли получение крови при пункции или фенестрации перикарда, инфарктоподобные изменения на ЭКГ; наличие рентгенологических признаков гемо- или пневмоперикарда; появление заднего эконегативного пространства при УЗИ. К относительным признакам отнесли: наличие раны в опасной зоне; уменьшение пульсации сердечной тени рентгеноскопии; ишемия миокарда на ЭКГ; проявление тампонады сердца на ЭКГ; степень тяжести пострадавшего по данным ИРТГ. В своей работе в целях неотложной диагностики выполняли, разработанную авторами, операцию - фенестрацию перикарда и ревизию органов средостения. Подобная тактика позволила у 4 пострадавших выявить ранение сердца, а у 11 исключить ранение сердца, тем самым предотвратив выполнение необоснованных широких торакотомий. Ее осуществляли под проводниковой анестезией. Торакопорт устанавливали в четвертом межреберье по средней подмышечной линии. По экрану монитора определяли степень повреждения плевральной полости. В 3 случаях удалось определить ранение сердца и перикарда (без тампонады и профузного кровотечения), в остальных наблюдениях диагноз был исключен. Снижение числа неоправданных торакотомий, способствовало в дальнейшем уменьшению количества плевральных осложнений. Выводы. 1. Выраженность и тяжесть тампонады сердца у животных объективно отражают показатели гемодинамик, ЭКГ, УЗИ, данные рентгенографии. 2. Наиболее информативными показателями тяжести состояния пострадавших с ранениями сердца являются: АД, ЧСС, ЦВД, изменения ЭКГ, УЗИ. 3. Для ранней диагностики ранений сердца необходимо комплексно использовать абсолютные и относительные признаки. 4. В послеоперационном периоде у трети пострадавших отмечались осложнения. 5. Для улучшения

результатов лечения пострадавших с ранениями сердца необходимо рациональное сочетание абсолютных и относительных диагностических тестов

---

309. Хирургическое лечение повреждений диафрагмы у пострадавших с политравмой

Кочергаев О.В., Копалин А.А., Дразнин В.И., Котыкин В.А., Давыдова В.М.

Самара

ГБУЗ Самарской области "Самарская городская клиническая больница №2 имени Н.А. Семашко"

Закрытые повреждения диафрагмы встречаются в 0,8-6,2% от всех травм живота. В 80% случаев основная причина – автотравма. Данные повреждения отличаются тяжестью и высокой летальностью до 50%. Цель исследования. Улучшить результаты лечения пострадавших с тяжелой сочетанной травмой, осложненной повреждением диафрагмы. Материалы и методы исследования. В работе изучены результаты лечения 52 пострадавших с политравмой и разрывом диафрагмы, находившихся на лечении в стационаре в период с 2004 по 2014 гг. Данная категория пациентов составила 3,7% от всех пострадавших с сочетанной травмой (1405 пострадавших). Минимальное количество повреждений две области, максимальное – пять. Результаты исследования. Оказание помощи у данной категории основывалось прежде всего на своевременной и точной диагностике. Рентгенологический метод исследования не так давно являлся основным в выявлении повреждений диафрагмы. В последние годы приоритетными стали лучевые методы, основанные на цифровых технологиях (УЗИ, Спиральная компьютерная томография). Следует отметить, что сложность процесса диагностики обусловлена тяжестью и сочетанным характером повреждений. Лечение. Общеизвестно, что все повреждения диафрагмы подлежат хирургическому лечению. Особо следует выделить то обстоятельство, что все пострадавшие имели сочетанный характер травм. И в этих условиях приоритетным являлось выполнение оперативных вмешательств, направленных на восстановление анатомической целостности диафрагмы. У подавляющего большинства они (операции) носили срочный и неотложный характер (43 пациента). Вправление выпавших органов, как правило, не представляло значительных трудностей. В подавляющем большинстве случаев (42 пациента) при повреждении диафрагмы восстановление дефекта диафрагмы осуществлялось в ходе лапаротомии. Ушивание отверстия производили наскладывая материалом на расстоянии 0,8-1,0 см друг от друга, стараясь создать дубликатуру, накладывая один край диафрагмы на другой. В основе использовали П-образные швы, проходящими у основания нижнего лоскута и на некотором расстоянии. При этом происходит лишь некоторое уплощение купола. В половине случаев осуществляли пластику с использованием полипропиленовой сеткой. Правильный доступ во многом определял безопасность и радикальность операции. Методом выбора являлся трансторакальный переднебоковой или боковой доступ в шестом межреберье. Однако при определении варианта доступа следует учитывать локализацию повреждения диафрагмы. В том случае, если дефект располагался между мечевидным отростком и передней аксилярной линией и при широкой нижней апертуре более удобна верхняя срединная лапаротомия. Начинали с лапаротомии и в том случае, когда диагноз повреждения диафрагмы окончательно не установлен. Как показали результаты проведенного исследования, в группе пострадавших с применением компьютерной томографии летальность составила (12%). Во второй группе, где использовались рутинные методы диагностики, она достигла 23%. Предварительные результаты проведенного исследования позволили подтвердить решающее значение своевременной диагностики повреждений диафрагмы у данной категории пациентов. Это условие достигалось использованием современных лучевых методов, основанных на цифровых технологиях. **Выводы.** 1. Диагностика повреждений диафрагмы должна основываться на лучевых методах. Среди них приоритетным является спиральная компьютерная томография (СКТ). 2. Учитывая быстроту исследования, СКТ целесообразно использовать для неотложной диагностики при сочетанных травмах как повреждений груди, так и других анатомических областей. 3. Последовательность оперативных вмешательств определялась наличием жизнеопасных осложнений. В большинстве случаев (81%) приоритетными являлись операции, направленные на восстановление целостности диафрагмы. 4. Среди методов пластики диафрагмы, предпочтительным было

использование синтетических материалов. 5. Операционным доступом в подавляющем большинстве случаев являлась лапаротомия.

---

310. Формирование необратимых изменений поджелудочной железы в зависимости от длительности обтурационного холестаза

Беляев А.Н., Костин С.В.

Саранск

ФГБОУ ВПО "Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева"

Цель работы. Изучить функциональные и морфологические нарушения поджелудочной железы в зависимости от длительности обтурационного холестаза. Материал и методы. На 18 наркотизированных (тиопентал натрия) собаках моделировали механическую желтуху путем наложения петли удавки на общий желчный проток. Экспериментальных животных наблюдали в течение до 30 дней. Изучали общий билирубин и фракции, активность аспартатаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы, содержание  $\alpha$ -амилазы, панкреатической липазы, уровень глюкозы в плазме крови, гистологию поджелудочной железы (ув. 110, 400). Результаты. На фоне обтурации холедоха динамика содержания маркеров холестаза в крови имела волнообразный характер. Быстрое увеличение содержания в плазме билирубина продолжалось до третьих суток сдавления холедоха. В дальнейшем уровень билирубина стабилизировался, с последующим повышением на 7-15 сутки исследования. Динамика активности АлАТ повторяла изменения билирубина. Степень активности панкреатических ферментов отражала функциональное состояние поджелудочной железы. На третьи сутки холестаза отмечалось увеличение содержания  $\alpha$ -амилазы и липазы в 2,1 и в 2,6 раза (p

---

311. Технология «Термошов» в амбулаторной проктологии.

Соловьев Д.П.

Екатеринбург

Международный медицинский центр «УРО-ПРО», Екатеринбург

Мы оценили результаты использования электрохирургического аппарата Е353 МВ с функцией «Термошов». Функция «Термошов» обладает эффектом «заваривания» кровеносных сосудов без их выделения из тканей, что достигается автоматически контролируемой радиочастотной коагуляцией стенок артерий и вен вместе с окружающими тканями при их одновременном сдавливании специальным биполярным зажимом, в результате формируется прочный гомогенный коллаген, что позволяет достичь полного и надежного соединения тканей. В исследовании приняли участие 35 человек: 15 женщин (43%) и 20 мужчин (57%), средний возраст 43 года (от 18 до 60). Основными патологиями были: наружные геморроидальные бахромки, выпадающие гипертрофированные анальные сосочки, одиночные выпавшие геморроидальные узлы. Все операции проводились под местной инфильтрационной анестезией. Среднее операционное время 15 ( $\pm$  10) минут. Интраоперационных осложнений не было, операции проходили бескровно. Все пациенты отпущены домой после минимального наблюдения. Уровень болевого синдрома по ВАШ (визуальной

аналоговой шкале) составил  $3 \pm 1$  в течение первых суток. Процесс полной эпителизации занимает  $17 (\pm 5)$  дней. Не было случаев анальных стриктур или нагноений. Современные электрохирургические методики могут активно использоваться в амбулаторных условиях как стационарзамещающее лечение.

---

312. «Диспорт» как альтернатива хирургии в лечении больных с хронической анальной трещиной.

Соловьев Д.П.

Екатеринбург

Международный медицинский центр «УРО-ПРО», Екатеринбург

Интрасфинктерные инъекции ботулинического токсина (БТ) - надежный и эффективный метод в лечении неосложненных хронической анальных трещин. БТ более эффективен, чем местное использование нитратов и блокаторов кальциевых каналов. Выполнен анализ лечения 45 пациентов препаратом Диспорт, Ipsen Pharma, Франция, с 2013 по декабрь 2014 с хронической анальной трещиной. Средний возраст 41 год, анамнез заболевания более 2 месяцев. Анальная трещина располагалась на 6 часах в 85 % случаев и на 12 часах в 15 %. Инъекции препарата проводили интрасфинктерно на стороне трещины, в дозе 60 единиц инсулиновым шприцом с иглой 0,33 мм(29G)\*12,7 мм. После инъекции назначали теплые сидячие ванны в течение 10 дней, форлак по 1 пакету утром на 3 недели. Не было никаких осложнений во время и после инъекций «Диспорт». Лечение считалось успешным, если трещина зажила с образованием рубца в течение 2 месяцев после инъекции «Диспорт». Через 2 месяца положительный эффект определен у 34 (75,5%) пациентов, 3 (6,6%) пациентов имели незаживающие бессимптомные трещины, от последующего хирургического лечения отказались, 8 (17,7%) в последующем проведено хирургическое лечение путем боковой закрытой сфинктеротомии или иссечения анальной трещины. Средний срок наблюдения составил 9 месяцев, не было рецидивов, осложнений или побочных эффектов. Инъекции препарата «Диспорт» могут быть использованы в качестве терапии первой линии при лечении хронических анальных трещин, обладая хорошей переносимостью, не требующие госпитализации и эффективностью более 70 %.

---

313. Использование обогащенной тромбоцитами плазмы в комплексном лечении больных с хроническими анальными трещинами.

Соловьев Д.П.

Екатеринбург

Международный медицинский центр «УРО-ПРО», Екатеринбург

Обогащенная тромбоцитами плазма (ОТП) – аутологичный продукт, полученный из цельной крови путем центрифугирования. Использование аутологичной OTP безопасно и эффективно ускоряет естественные процессы заживления, восстановления мягких тканей, обладает кровоостанавливающим действием, ускоряет эндотелиальную, эпителиальную, эпидермальную регенерацию, способствует синтезу коллагена. Для получения OTP использовались пробирки марки Plasmolifting™ и последующее центрифугирование 3000 об/мин в течение 5 минут. В основную группу вошли 24 пациента с хроническими анальными трещинами, которым после иссечения трещины интраоперационно вводилось по 2 мл аутологичной OTP, в

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

контрольной группе 25 человек, которым было проведено только иссечение анальной трещины. Операции проводились под инфльтрационной анестезией. Группы были сравнимы по полу, возрасту, сопутствующей патологии. Не было осложнений и рецидивов в обеих группах. Мы оценили интенсивность послеоперационного болевого синдрома по ВАШ (визуальной аналоговой шкале), а также сроки эпителизации раневого дефекта. В ближайший послеоперационный период уровень болевого синдрома в основной группе составил  $3\pm 1$  по ВАШ, в контрольной  $5\pm 1$ . Оценка эпителизации проводилась на 4 неделе путем аноскопии: в основной группе 18 пациентов (77,8%) имели полное заживление раневого дефекта, в контрольной 15 (61,1%), после 6 недель результаты были сравнимы в обеих группах. Использование обогащенной тромбоцитами плазмы в лечении больных с хроническими анальными трещинами требует дальнейшего изучения. Ближайшие результаты показывают уменьшение болевого синдрома при использовании ОТП и ускорение процессов эпителизации по сравнению с традиционным иссечением.

---

314. Эффективность местного использования нифедипина для консервативного лечения анальной трещины.

Соловьев Д.П.

Екатеринбург

Международный медицинский центр «УРО-ПРО», Екатеринбург

Хроническая анальная трещина, часто встречающаяся патология, затрагивает все возрастные группы с равной заболеваемостью у обоих полов. Хирургические методы лечения, в том числе боковая внутренняя сфинктеротомия, анальная дивульсия, задняя сфинктеротомия, иссечение анальной трещины, перемещение кожного лоскута, потенциально связаны с риском анального недержания. Фармакологические препараты, такие как нитроглицерин, дилтиазем, и ботулинический токсин могут быть успешно использованы, но остается высокая частота рецидивов. Мы оценили местное использование нифедипина при лечении больных с хронической анальной трещиной в составе специально разработанной мази, содержащей 0,3% нифедипин, лидокаин и тизоль. Мазь наносится пациентом 2-3 раза в день, путем распределения по слизистой анального канала, дополнительно назначались теплые ванны, форлакс по 1 пакетику в сутки, продолжительность 6 недель. Лечение оценено у 80 пациентов, 48 мужчин (60%) и 32 женщин (40%), средний возраст 46,6 лет, в 80% случаев трещины были задние, 20% передние. Исключены пациенты с выпадающими анальными сосочками и наружными геморроидальными бахромками, свищевым ходом в области трещины. Средний срок наблюдения составил 4 месяца, эпителизация анальной трещины отмечена у 62 человек (77%) в период от 6 до 8 недель. При этом не было случаев анального недержания и других побочных эффектов. У 4 пациентов (3,2%) рецидив анальной трещины в сроке 2 месяца, была выполнена боковая закрытая сфинктеротомия с положительным эффектом. Местное использование мазей содержащих нифедипин может быть использовано в качестве терапии первой линии («химическая сфинктеротомия») у больных с хроническими анальными трещинами, как неинвазивное лечение.

---

315. Лечение пациентов с хроническим лучевым проктитом.

Соловьев Д.П.

Екатеринбург



Международный медицинский центр «УРО-ПРО», Екатеринбург

Облучение тазовой области важная составляющая при лечении злокачественных опухолей, проводимая в составе неoadьювантной или адьювантной терапии. В настоящее время наиболее частым осложнением лучевой терапии является проктит после лечения рака предстательной железы. Лучевая терапия может быть проведена с помощью внешнего облучения или радиоактивных имплантов – брахитерапия. По данным исследований частота хронических проктитов достигает 2% после брахитерапии и 21% после дистанционного облучения. Дозы: 45-50 Гр при лечении рака предстательной железы, до 90 Гр при гинекологических злокачественных опухолях. Эти пациенты оказываются в общей поликлинической сети, и долгое время безуспешно лечатся от геморроя, оказываясь с кровотечениями в стационаре. Мы наблюдали 10 человек с хроническими лучевыми проктитами: 8 мужчин после дистанционной лучевой терапии по поводу рака предстательной железы и 2 женщины после лучевой терапии по поводу рака шейки матки. Клинические проявления проктита появляются через 12 - 36 месяцев (в среднем 18 месяцев) после завершения лучевой терапии и проявляются в рецидивирующих кровотечениях (вплоть до анемии), тенезмах, диарее. Макроскопически: отек, гиперемия слизистой прямой кишки, эрозии, язвы, контактная кровоточивость. Микроскопически: отек, изъязвление, гиперемия, потеря микроворсинок. Диагноз устанавливался на основании данных анамнеза (лучевая терапия), клиники, данных эндоскопии. У всех пациентов была 2-3 стадия по классификации онкологической группы лучевой терапии (RTOG) и Европейской организации по исследованию и лечению рака (EORTC). Лечение складывалось из нескольких этапов, амбулаторно проводили обработку слизистой прямой кишки 10 % формалином с интервалом в 2 недели – 2-3 раза, дополнительно назначались микроклизмы (100 мл) с сукральфатом по 2 грамма 1 раз в сутки, на 6-8 недель. Положительный клинический ответ отмечен у 75% пациентов на 3 неделе лечения и 100% к 6 неделе. Сроки наблюдения составили 6 месяцев, не отмечено ни одного рецидива. Предложенная схема может быть рекомендована для амбулаторного лечения пациентов с хроническим лучевым проктитом.

---

### 316.ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЭЗОФАГОПЛАСТИКИ ПРИ РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ ПИЩЕВОДА

Оскретков В.И., Гурьянов А.А., Ганков В.А., Андреасян А.Р., Федоров В.В., Коваленко П.Г.

Барнаул

ГБОУ ВПО "Алтайский государственный медицинский университет" Минздрава России

Эзофагопластика с использованием видеотракоскопических технологий выполнена нами 56 пациентам с послеожоговым рубцовым стенозом пищевода из-за невозможности его реканализации путем бужирования или стентирования. На этапе освоения нами выполнялась видеотракоскопическая экстирпация пищевода с одномоментной эзофагоколо- ( чел) или гастропластикой ( чел) из лапаротомного доступа. В последующие годы мы производим разработанную нами видеотракоскопическую экстирпацию пищевода с одномоментной видеотракоскопической гастропластикой (14 чел). Видеотракоскопическую экстирпацию пищевода выполняли из правостороннего доступа в положении больного на левом боку. После пункции плевральной полости с использованием ультразвукового гармонического скальпеля или монополярной диатермокоагуляции медиастинальную плевру над пищеводом рассекали несколько выше дуги непарной вены до уровня подключичной вены. На этом участке пищевод по окружности выделяли из рубцовоизмененной периезофагеальной клетчатки и в 2-3см от дуги непарной вены пересекали без предварительного закрытия его просвета. Для предупреждения микробной кантаминации плевральной полости содержимое пищевода удаляли электроотсосом с диатермокоагуляцией слизистой оболочки проксимальной и дистальной культей пищевода. Проксимальную культю мобилизовали до верхней апертуры грудной клетки. После рассечения медиастинальной плевры ниже дуги непарной вены под ней формировали тоннель, через который низводили дистальную культю пищевода и выделяли ее до пищеводного отверстия диафрагмы. На этапе освоения методики конверсия видеотракоскопического доступа произведена 8 пациентам (14,3%) преимущественно из-за невозможности дифференцирования

пищевода в рубцовоизмененной перизофагеальной клетчатке. В этих случаях выполняли отсроченную эзофагоколопластику из лапаротомного доступа. При одномоментных операциях производили эзофагопластику целым желудком с его проведением в заднем средостении. Разработанную нами видеолапароскопическую эзофагогастропластику выполняли путем мобилизацию желудка по большой кривизне с сохранением желудочно-сальниковых артерий. Короткие артерии желудка пересекали ультразвуковыми ножницами. Левую желудочную артерию клипировали ниже ее деления на восходящую и нисходящую ветви. Кровоснабжение по малой кривизне желудка сохранялось за счет правой желудочной артерии, восходящей и нисходящей ветвей левой желудочной артерии. После рассечения связочного аппарата желудка и выделения пищевода через отверстие диафрагмы ранее мобилизованную дистальную культю пищевода низводили в брюшную полость и резецировали на уровне пищеводно-желудочного перехода из мини-лапаротомного доступа. Перед зашиванием образованного отверстия в желудке для предупреждения возможного пилороспазма производили пилородилатацию. После этого мобилизованный желудок в заднем средостении проводили на шею, где анастомозировали с проксимальной культей пищевода. После видеоторакоскопической экстирпации пищевода с одномоментной видеолапароскопической эзофагогастропластикой умерла одна пациентка (1,8 %) вследствие прогрессирующей полиорганной дисфункции на фоне выраженного белково-энергетического дефицита. Таким образом, видеотехнологии позволяют одномоментно выполнять все этапы сложных реконструктивно-восстановительных хирургических вмешательств при рубцовых стенозах пищевода.

---

317. Выбор лечебной тактики при острой спаечной непроходимости кишечника

Гайбатов С.П.(1), Закариев З.М.(1), Гайбатов Р.С.(2) Ашурлаев К.М.(1)

Махачкала, 2) Санкт-Петербург

1) ДГМА, 2) СПбПА

Введение. Острая спаечная непроходимость кишечника занимает одно из ведущих мест в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, составляя около 10% и летальность колеблется в пределах 10-12%. Главным фактором, влияющим на благоприятный исход, является своевременная диагностика, адекватное восстановление в предоперационном периоде нарушенных обменных процессов и проведение радикального оперативного вмешательства. При данной патологии в ранние сроки наступает энтеральная недостаточность, тяжесть которой зависит как от локализации препятствия, так и от развивающейся «энтеральной недостаточности», приводящей к эндогенной интоксикации и полиорганной недостаточности. В этой связи основной заботой, позволяющей эффективно улучшить результаты лечения становится адекватная коррекция тяжелых расстройств желудочно-кишечного тракта с параллельной детоксикацией организма. Целью явилась разработка и внедрение в клинику эффективной комплексной схемы коррекции энтеральной недостаточности в пред- и в послеоперационном периоде при острой спаечной тонкокишечной непроходимости. Материал и методы. Анализу подвергнуты 116 больных, находившихся под нашим наблюдением в период 2005-2014 гг. В первые 6 часов от начала заболевания госпитализированы 57 (49,2%), через 48 часов 49 (42,2%) и по истечении 72 часов 10 (8,6%) больных. Основными причинами поздней госпитализации явилась позднее обращение больных, самолечение и диагностические ошибки врачей первичного звена. Во всех случаях проводилось клинико-инструментальное обследование по стандарту, принятому в клинике. Основными жалобами при госпитализации у всех больных являлись вздутие живота, распространенные боли схваткообразного характера, сопровождающиеся рвотой и жаждой, у 63 (54,3%) из них рвота носила многократный характер, у 79 (68,1%) пациентов отсутствие стула. При объективном исследовании выявлена сухость кожных покровов, обложенный белым налетом сухой язык. В 93 (80,2%) случаях обнаружены низкие (90/45 мм.рт.ст.) цифры артериального давления, тахикардия (100-110 ударов в минуту). Пальпаторно болезненность во всех отделах живота отмечено у 109 (94,0%), высокий тимпанит у всех 116 больных, редкие перистальтические шумы на фоне метеоризма (у 65), положительные симптомы раздражения брюшины (у 67), наличие выпота в брюшной полости подтвержденного ультрасонографией (у 43). На

обзорной рентгенографии органов брюшной полости множественные высокие чаши Клойбера в петлях тощей кишки обнаружены у 49 (42,2%) больных, низкие плоские множественные чаши Клойбера в петлях подвздошной кишки выявлены у 65 (56,0%) пациентов. Выполнено биохимическое исследование крови, в том числе общий белок, билирубин и другие функциональные показатели печени. В сыворотке периферической крови выявлено низкое (85 г/л) содержание гемоглобина у 58 (50,0%), высокий ( $15,0 \cdot 10^9$ /л в 1 мкл) лейкоцитоз, у всех ускоренное СОЭ. Значительные изменения выявлены в электролитном составе крови (калий  $2,3 \pm 0,3$  и натрий  $78,0 \pm 3,4$ ). Результаты и обсуждение. Исследование выполнено в трех группах, распределив их в зависимости от сроков начала заболевания, проведенных лечебных мероприятий. Сравнительный анализ результатов лечения во всех трех группах проводился по клиническим (данные объективного исследования, объема отделяемого по НИЗ, восстановление перистальтики кишечника), а также лабораторным тестам (общий и биохимический анализ крови) и инструментальным данным. В первую клиническую группу включены 49 (42,2%) больных, поступивших в клинику через 6 часов от начала заболевания, которым проводились консервативные мероприятия, включающие НИЗ с целью декомпрессии и лаважа верхних отделов ЖКТ, катетеризация подключичной вены для определения объема инфузии. В этой группе после аспирации содержимого желудка болевой синдром полностью купировался, частота пульса находилась в пределах 80-90 ударов, А/Д – 120/80 мм.рт.ст. Проводилась инфузия коллоидных и кристаллоидных препаратов в объеме 2 литров, включая раствор реамбирина 400 мл. и глюкозо-новокаиновую смесь 300 мл., а также вводили дезагреганты и гепарин в принятых дозах. На 2-3 сутки у 33 пациентов из 49 отделяемое по НИЗ прекратилось, появилась перистальтика кишечника, нормализовался стул. У 49 больных данной группы в первые двое суток лечения отмечено снижение количества лейкоцитов. Что касается содержания в крови гемоглобина и общего белка, то умеренная анемия и гипопроteinемия сохранялись до 5-6 суток с нормализацией этих показателей к концу 8-9 суток. Динамическое рентгенологическое наблюдение показало, что на 3-е сутки от начала заболевания отмечался умеренный метеоризм в петлях тонкой кишки без определяемых чашек Клойбера. На 4-е сутки признаки метеоризма не выявлялись. Проведенный контроль УЗИ показал, что на 2-3 сутки у всех пациентов выявлен метеоризм и жидкостное содержимое в петлях тонкой кишки, а к 5-6 суткам признаки метеоризма и наличие жидкости в петлях тонкой кишки не обнаруживались. В этой фазе проводилась консервативная терапия. Эти пациенты отнесены в первую фазу (фаза внутри просветной гипертензии). 57 (49,2%) пациентов госпитализированы через 48 часов от начала заболевания, которые объединены во вторую группу. Состояние больных оценивалось как тяжелое и лечебные мероприятия проводились в отделении реанимации. Объем и перечень лечебных мероприятий выполнялись идентично первой группе с той лишь разницей, что объем инфузионно-трансфузионной терапии превосходили 2,5-3 раза. В комплекс предоперационной подготовки включалась СЗП в объеме 800 мл., дозу реамбирина увеличили до 800 мл., внутривенно вводились антибиотики (тиенам 1,0 с метрагилом по 100 мл.), реополиглюкин с аскорбиновой кислотой, глюкозо-новокаиновая смесь и кортикостероиды, а так-же дезагреганты, гепарин. Учитывая характер заболевания, приводящий к выраженным нарушениям протеино-ингибиторного баланса, значительным потерям белков в комплекс лечения включен 33% альбумин в дозе 200 мл. Эту группу мы отнесли ко второй фазе развития острой спаечной непроходимости - фаза гемодинамических расстройств кишечной стенки с ишемическим компонентом. После предварительной (3,5 часовой) подготовки все 57 больных оперированы. Объем и характер операции определяли в зависимости от интраоперационных находок. Так, в 29 (50,9%) случаях выполнена резекция тощей кишки в пределах 30-32 см. с восстановлением непрерывности кишечной трубки при условии НИЗ, проведенной дистальнее анастомоза на 10-12 см. и ежедневных двукратных промываний раствором реамбирина. В этой группе в послеоперационном периоде у 3-х объем отделяемого по НИЗ в первые 5 суток составлял 400-500 мл., на 6-7 сутки уменьшилось до 50-60 мл., что послужило основанием для удаления зонда. Из 39 больных у 3-х наблюдались осложнения: у 1 больного на 3-е сутки имело место несостоятельность швов, по по-воду чего выполнена релапаротомия с выведением концевой илеостомии, в другом случае сформировался тонкокишечный свищ, который закрылся после консервативных мероприятий на 12-е сутки и у третьего пациента отмечено нагноение послеоперационной раны. В 18 (31,6%) случаях из 57 оперативное вмешательство завершено резекцией 30-40 см. подвздошной кишки и выведением концевой илеостомы при условии ретроградной интубации тонкой кишки на протяжении 75 см. На 2-3 сутки по зонду выделилось до 60 мл. кишечного содержимого и к концу 4-х суток зонд удален в связи с появлением стула мимо зонда, метеоризм кишок к этому сроку не определялся. 10 (8,6%) пациентов поступили через 72 часа от начала заболевания (третья группа) в состоянии гиповолемического и эндотоксического шока – фаза осложнений (эндотоксический и гиповолемический шок). Лечебные мероприятия проводились в условиях реанимационного отделения, включающие инфузию полиглюкина, СЗП в дозе 1000 мл., реамбирина 400 мл., коллоидные и кристаллоидные препараты, глюкозо-новокаиновая смесь с высокими дозами аскорбиновой кислоты, противошоковых, белковых препаратов. Производили активную аспирацию из верхних отделов ЖКТ при условии промывания желудка. У всех 10 больных до операции выполнено

дренирование брюшной полости. Общий объем инфузии превышал 5 литров, проводился форсированный диурез. Показаниями к операции считали появление диуреза в объеме до 400-500 мл., положительное значение ЦВД. Все 10 пациентов оперированы. Оперативное вмешательство заключалось в резекции тощей кишки в пределах 60 см. в 4-х случаях и 70 см. подвздошной кишки у остальных 6 пациентов с выведением концевой еюно- и илеостомии. В данной группе у 3-х больных послеоперационный период протекал тяжело с формированием межпетельных абсцессов. Им выполнена релапаротомия, вскрытие абсцессов, лаваж и дренирование брюшной полости. Из них умер один больной от продолжающегося перитонита и развития полиорганной недостаточности. В 3-х случаях послеоперационный период осложнился нижнедолевой пневмонией. У одного больного развилась тромбоэмболия легочной артерии. Резюме. Таким образом, в зависимости от фазы развития острой спаечной непроходимости кишечника менялись лечебные мероприятия, в основном направленные на коррекцию энтеральной недостаточности. В случаях госпитализации больных в первой фазе преимущественно проводились консервативные мероприятия, а второй и третьей фазе течения заболевания на фоне интенсивной консервативной (коррекции энтеральных нарушений) проводились двухэтапные оперативные вмешательства.

---

### 318. ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 40 ЛЕТ

Бондарев Г.А., Плотников Р.В.

Курск

Комитет здравоохранения Курской области Курский государственный медицинский университет

Острая кишечная непроходимость (ОКН) в настоящее время занимает в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в нашей стране 6-е место по частоте, но 3-е место – по уровню послеоперационной летальности после острого панкреатита и желудочно - кишечных кровотечений. Например, в 2009 г. в Российской Федерации было пролечено в стационарах 47 780 больных с ОКН, из них 25 245 (52,8%) были оперированы, при этом 2108 чел. (8,4%) умерло. 39,9% больных с ОКН поступило в стационары страны позже 24 ч. Мы проанализировали динамику ОКН в Курской области с 1974 по 2014 г.г., рассчитав средние статистические показатели для каждого пятилетия. За анализируемый период абсолютное число больных ОКН выросло со  $164 \pm 17$  до  $420 \pm 18$ , т. е. в 2,6 раза, в то время как за этот интервал времени общее число пациентов с острой хирургической абдоминальной патологией возросло всего на 6,8%; удельный вес больных ОКН среди всех urgentных абдоминальных хирургических больных увеличился с 2,6% до 6,4%. С учетом населения нашей области, заболеваемость ОКН выросла с 1,1 до 3,8 на 10 000 чел. (в 3,5 раза). Это связано с увеличением частоты различных оперативных вмешательств на органах брюшной полости, числа пациентов со спаечной болезнью, заметным ростом онкологической патологии толстой и прямой кишки и другими причинами. Структура основных причин ОКН заметно изменилась: если 30 - 35 лет назад число больных спаечной непроходимостью превышало количество пациентов с ОКН опухолевой этиологии в 2 раза, то в течение 15 последних лет это соотношение стало обратным. Кроме увеличения частоты ОКН, следует отметить тревожную тенденцию к росту поздней госпитализации больных с этой патологией за тот же период с 27,3% до 45,4% (в 1,7 раза), что свидетельствует о недостатках догоспитального этапа медицинской помощи (демографические особенности, уровень санитарной культуры населения, работа фельдшеров, врачебных амбулаторий, участковых больниц, врачей общей практики, скорой медицинской помощи и т. д.). По нашим данным, летальность среди пациентов с ОКН, доставленных в стационары до 24 ч, в 2,8 раза ниже по сравнению с группой больных, госпитализированных позже 1 сут. от начала заболевания. Несмотря на увеличение количества больных ОКН и urgentных хирургических больных в целом, рост поздней госпитализации, тяжесть состояния большинства больных, значительное повышение удельного веса пациентов пожилого и старческого возраста, серьезные экономические и кадровые проблемы ЛПУ (особенно ЦРБ), послеоперационная летальность при ОКН в области имеет четкую тенденцию к снижению с 17,1% до 9,8% (в 1,7 раза), приближаясь к среднероссийскому уровню. Это объясняется существенным улучшением диагностики, ростом профессионального уровня большинства хирургов и анестезиологов - реаниматологов, особенно центральных районных больниц, где в настоящее

время оказывается экстренная помощь большей части рассматриваемого профиля больных. Одновременно это свидетельствует о значительном увеличении нагрузки на хирургов и анестезиологов - реаниматологов, оказывающих экстренную хирургическую помощь, и свидетельствует о необходимости серьезного пересмотра нормативов оплаты их труда. Анализ послеоперационной летальности при ОКН показал, что доминируют неуправляемые причины (возраст больных, тяжелая сопутствующая патология, несвоевременная госпитализация пациентов), тем не менее, у значительной части умерших больных допускались различные ошибки до операции (20,8%), во время оперативного вмешательства (25,0%) и в ближайшем послеоперационном периоде (29,2%), что диктует необходимость совершенствования всех форм последипломного обучения врачей хирургического профиля по данной проблеме и усиления контроля за соблюдением стандарта лечения больных с ОКН. Таким образом, ОКН остается одной из актуальных проблем экстренной абдоминальной патологии, при этом вопросы своевременной госпитализации больных и снижения послеоперационной летальности нуждаются в серьезной оптимизации. Для профилактики ОКН необходим комплекс целенаправленных мер для более ранней диагностики колоректального рака.

---

319. Роль релапаротомии в лечении ранних послеоперационных осложнений и острых хирургических заболеваний брюшной полости

Глабай В.П., Архаров А.В., Шаров А.И., Абрамов В.Н.

Москва

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Ранние осложнения операций на органах брюшной полости приводят к летальности в 55-80%. В 5-7% неотложных операций исходно предполагается программированная релапаротомия. Выделяем релапаротомии 1. "по требованию", 2. "по требованию", переведенные в программированные, 3. программированные. За последние 6 лет выполнено 7853 операции, 6510 неотложных и 1335 плановых. Релапаротомии выполнены 253 больным, из них "по требованию" 118, "по требованию" и затем переведенные в программированную 31, программированных 104. После экстренных операций релапаротомии выполнены 202 (3%) больным, после плановых 51 (3.8%). Причинами релапаротомии служили перитонит, кровотечение в брюшную полость или просвет желудочнокишечного тракта, ранняя спаечная непроходимость или затянувшийся послеоперационный парез кишечника, эвентрация, абсцесс брюшной полости, несформированные тонкокишечные свищи, осложнение оставленного хронического заболевания органов брюшной полости, инфицированный панкреонекроз. Релапаротомия "по требованию" предполагает необходимость и достаточность однократного вмешательства для надежного устранения источника катастрофы в брюшной полости. Летальность после этого вида релапаротомии составила 39%. Перевод релапаротомии "по требованию" в программированную необходим при невозможности одномоментной адекватной санации брюшной полости. В 52% наблюдений выявленные показания для программированной релапаротомии существовали уже при первичной операции. Летальность в этой группе составила 45%. Также полагаем, что для профилактики релапаротомии следует устранять выявленные сопутствующие хронические заболевания брюшной полости, которые могут дать обострение после операции, что выявлено в 7 случаях. Однако, расширение вмешательства в условиях перитонита требует решения ряда организационных проблем. Программированная релапаротомия использована у 104 больных инфицированным панкреонекрозом без тенденции к отграничению. Разработанные принципы ведения подобных больных методом "открытого" живота позволили снизить летальность в этой группе больных до 20%. Резюмируя следует подчеркнуть, что разработанная программа профилактики и распознавания ранних послеоперационных осложнений, внедрение сочетанных операций в неотложную хирургию, определение возможности выполнения радикальных операций в условиях перитонита, разработка показаний к программированной релапаротомии и технических особенностей ее выполнения, позволили снизить летальность при релапаротомии до 37.2%

---

320. Разработка и исследование свойств герметизирующей пропитки с антимикробными свойствами для фторлон – лавсановых протезов, используемых в сосудистой хирургии

Шишло Д. А. Седов В. М.

Санкт-Петербург

Седов В. М. (1), Шишло Д. А.(2), СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

Изделия из фторлон - лавсана ( такие как нити, ленты, сосудистые заменители) широко применяются в хирургии. Однако, синтетические сосудистые протезы из фторлон-лавсана обладают значительной хирургической порозностью и их использование без герметизирующей пропитки не всегда возможно. Кроме этого, инфицирование синтетического протеза является абсолютным показанием к его замене. Цели нашей работы: 1. Разработка герметизирующей пропитки с антимикробными свойствами для покрытия имплантируемых сосудистых протезов из фторлон - лавсана. 2. Экспериментальное изучение свойств разработанной химической композиции. На кафедре общей и биоорганической химии была разработана химическая композиция, состоящая из 7,5% раствора желатина, 0,75% раствора глутарового альдегида, цефотаксима, метронидазола и 20% раствора глицерина, используемого в качестве пластификатора. Методика нанесения покрытия: - Окувание и вымачивание сосудистого протеза в 0,75% раствор глутарового альдегида в течение 2 мин. -Окувание в раствор, содержащий желатин, глицерин, цефотаксим и метронидазол, нагретый до 60 0С - Высушивание протеза в течение суток. – Погружение, вымачивание, а так же высушивание сосудистого протеза производилось в растянутом состоянии, что обеспечивало равномерность нанесения химической композиции. Следующим этапом нашей работы был подбор оптимального метода стерилизации, им оказалось озонирование. Модифицированный протез выдерживал давление на стенде до 300 мм.рт.ст. В ходе микробиологических исследований была выявлена антимикробная активность фрагментов сосудистого протеза с пропиткой в отношении аэробных и анаэробных микроорганизмов, таких как: S.epidermidis ,S. aureus 210, P.aeruginosa 25923 и E.coli 439, Bacteroides spp., Fusobacterium spp., Peptostreptococcus spp. В ходе исследований на биосовместимость было доказано, что желатиновое покрытие с использованием глутарового альдегида, цефотаксима, метронидазола и глицерина не оказывает существенного влияния ни на суммарную активность комплемента, ни на функциональную активность С3. Последним этапом нашей работы был эксперимент на животных, в ходе этого эксперимента было прооперировано 18 нелинейных белых крыс. Фрагмент синтетического протеза имплантировался в область холки, в мышцы. Сроки выведения составили: 1) 1 неделя, 2) 2 недели, 3) 3 недели. Для оценки степени выраженности воспаления и особенностей реакции в месте вживления фрагмента протеза на кафедре патологической анатомии проводилось морфологическое исследование участка с протезом и перифокальных тканей в соответствии со сроками выведения. Результаты: наличие герметизирующей пропитки ускоряет процессы регенерации и снижает риск развития воспаления. Выводы: Модифицированный текстильный лавсановый протез обладает удовлетворительными биомеханическими свойствами, нулевой хирургической порозностью, иммунологической инертностью, антибактериальной активностью, ускоряет процессы регенерации и сохраняет эти качества после озонирования. Наличие пропитки позволяет снизить объем кровопотери при имплантации протеза, а антибактериальный компонент – риск нагноения.

---

321. ЭВОЛЮЦИЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГАРНИЗОННОГО ГОСПИТАЛЯ.

Рябец С.А., Рябцев Н.А.

Тамбов

Филиал № 9 ФГКУ «1586 ВКГ» МО РФ

Операции по поводу варикоцеле занимают лидирующее место среди всех плановых операций урологического профиля, выполняемых в хирургическом отделении нашего госпиталя. В течение длительного времени нами применялись оперативные методики Паломо и Иванисевича. Однако, в связи с неудовлетворенностью данными техниками, в последние годы мы начали выполнять у больных с варикоцеле операцию Мармара (ОМ) и, позднее, лапароскопическую диссекцию семенных вен (ЛДСВ). Цель исследования: основываясь на нашем опыте, провести оценку преимуществ выполнения ОМ и ЛДСВ у военнослужащих. Материалы и методы: С 2010 года нами выполнено 32 ОМ. Все оперированные - молодые пациенты, средний возраст которых  $22 \pm 4$  года, имевшие варикоцеле слева III степени, а также II степени с выраженным болевым синдромом. Операцию выполняем под местной анестезией. Разрез кожи производится в паховой области в проекции наружного отверстия пахового канала, по ходу семенного канатика. Разреза длиной 2-3 см, как правило, вполне достаточно для адекватного оперативного доступа. Бережно выделяется и выводится в рану семенной канатик. Для фиксации семенного канатика и удобства манипуляций с ним мы подводим под него крючок Фарабефа, в результате чего получается прекрасный обзор и возможность идентификации всех сосудов, проходящих в его составе. Вскрываются оболочки семенного канатика, тщательно выделяются, пересекаются и перевязываются все семенные вены с обязательным сохранением лимфатических сосудов и яичковой артерии. Дистальные участки семенных вен обязательно опорожняются. Выполняется тщательный гемостаз, послойное ушивание операционной раны. При необходимости, на сутки рана дренируется полоской из перчаточной резины. Мошонка фиксируется плавками. Среднее время выполнения операции в нашем отделении составило  $35 \pm 5$  мин. Средний послеоперационный койко-день составил  $8 \pm 1$  сут. Послеоперационный период протекал гладко, болевой синдром был выражен незначительно (2-3 балла из 10), пациенты со 2 суток переводились на общий режим. Швы снимались на 7 сутки с последующей выпиской из стационара. В 2 случаях (6,3%) отмечено формирование сером в области операции. Из пациентов, которых удалось отследить: у 16 через 6 месяцев и у 5 через 1 год водянки яичка, рецидива варикоцеле не отмечено. С 2012 года нами выполнено 36 ЛДСВ. Оперированные пациенты - также преимущественно молодые люди, средний возраст которых менее 25 лет. Следует отметить, что у 2 пациентов операция выполнялась по поводу двустороннего варикоцеле. Время операции на этапе освоения методики составляло около 60 минут, в настоящее время не превышает 30 минут. Особенностью выполнения операции ЛДСВ в нашем отделении является проведение электролигирования с пересечением семенных вен в режиме SoftSeal (аналогичном LigaSure). Это позволяет достигать надежного гемостаза без оставления инородных тел в операционной ране. Боли в послеоперационном периоде практически не беспокоили (1-2 балла из 10). Пациенты активизировались в день операции. Реабилитационный период после выполнения ЛДСВ протекал значительно быстрее, средний койко-день составил  $5 \pm 1$ . Осложнений в послеоперационном периоде отмечено не было. У 1 пациента (2,8%) возник рецидив варикоцеле спустя 2 месяца после операции. Пациенту была выполнена ОМ, после которой при контрольном осмотре через 1 год рецидива не отмечено. Выводы: ОМ, на наш взгляд, является оптимальной на современном этапе для лечения военнослужащих с варикоцеле в условиях гарнизонного госпиталя. Преимуществами данной методики считаем простоту выполнения, низкий процент рецидивов, удобный и более косметичный по сравнению с традиционными методиками оперативный доступ, возможность полноценной ревизии содержимого семенного канатика с лучшей визуализацией вен, артерии, лимфатических сосудов. Кроме того, ОМ является низкозатратным, малотравматичным вмешательством, способствует скорейшей реабилитации. При соответствующем оснащении и подготовке хирургов считаем возможным выполнять ЛДСВ в условиях гарнизонного госпиталя. Преимуществами метода являются лечение двустороннего варикоцеле из одного оперативного доступа, а также более легкий и быстрый восстановительный период, что является важным фактором при планировании лечения военнослужащих. Недостатками ЛДСВ являются необходимость проведения вмешательства под эндотрахеальным наркозом, его дороговизна, а также большая по сравнению с ОМ вероятность возникновения рецидива заболевания.

---

322. Выбор способа формирования пищеводно-кишечного анастомоза

Алиев С.А., Магомедов С.М.

Махачкала

ГБУ РД «Научно-клиническое объединение «Дагестанский центр грудной хирургии»

Все многообразие пищеводно-кишечных анастомозов в зависимости от техники формирования можно разделить на две большие группы: 1) аппаратный шов; 2) ручной шов: а) погружной; б) с применением пластических приемов; в) сложный многорядный; г) инвагинационный; д) муфтообразный. Аппаратный способ формирования пищеводно-кишечного анастомоза получил широкое внедрение в хирургическую практику в 60-е годы прошлого столетия. Разработка циркулярных сшивающих аппаратов ПКС–25М, СПТУ позволила значительно облегчить и стандартизировать этапы формирования пищеводного анастомоза, а также снизить летальность после гастрэктомии за счет снижения частоты несостоятельности швов. Аппаратная методика позволяет накладывать анастомозы на уровне наддиафрагмального сегмента пищевода из трансиатального доступа. Однако клинический опыт показал, что анастомоз сформированный аппаратным швом малоэластичен, находится в зияющем состоянии, за счет каркасного действия танталовых скобок. Это способствует развитию тяжелого рефлюкс-эзофагита и стриктур пищеводно-кишечного анастомоза. Кроме того, использование циркулярных аппаратов ненадежно, частота дефектов в работе которых достигает 20%, а процент несостоятельности швов пищеводных соустьев – 15%. Дальнейшее совершенствование аппаратов для формирования эзофагоэнтеростомии позволило улучшить как непосредственные, так и отдаленные результаты гастрэктомии. М. Нюдо и соавт. при использовании аппаратного шва у 390 оперированных больных несостоятельность анастомоза наблюдал у 2 пациентов, что составило 0,5%. Рубцовый стеноз пищеводно-кишечного анастомоза развился у 4 больных (1,0%). Все пациенты были вылечены консервативной терапией. С целью совершенствования аппаратного шва, учитывая недостатки степлерной методики, были разработаны анастомозы с помощью импланта с памятью формы. В качестве импланта используется сплав из никелида титана, состоящего из двух витков, сближающихся и принимающих исходную форму при согревании тканями организма. Таким образом, создается равномерное и постоянное давление на ткани с формированием ком-прессионного анастомоза. В 2003 году был предложен аппарат для наложения компрессионных циркулярных анастомозов (КЦА), основанный на никелид-титановой пружине и компрессионных кольцах, которые плотно сдавливают стенки пищевода и кишки. Несостоятельность пищеводного соустья при применении имплантов из никелида титана составила 3,8% на 105 операций. Широкому распространению аппаратного шва препятствуют экономические аспекты, а также большая частота развития рефлюкс-эзофагита и рубцового стеноза. Особенность погружных анастомозов заключается в том, что в просвет кишки производится внедрение пищевода, без шва слизистых. При данном анастомозе часто происходит некроз свисающего в просвет участка пищевода с последующим рубцовым сужением анастомоза. Примером таких анастомозов являются методики А.А. Вишневого, И. Руменова, Regensburgger. Пластические анастомозы требуют сложного технического исполнения с применением приемов расслаивания сшиваемых органов. Сформированная серозно-мышечная манжета используется для укрытия зоны соединения слизистых. Отрицательные стороны данного анастомоза сводятся к развитию тяжелых трофических нарушений, приводящих к некротическим процессам с риском развития несостоятельности соустья. При использовании сложного многорядного анастомоза пищевод двумя рядами серозно-мышечных швов фиксируется к отводящей кишке с последующим формированием третьего ряда швов через все слои стенки с адаптацией слизистой сшиваемых органов. Использование многорядных швов требует достаточного выделения пищевода, что неизбежно приводит к его трофическим нарушениям. По данным С.С. Юдина несостоятельность при применении многорядного анастомоза составила 57%. Анастомозы с применением пластических приемов, погружные и с использованием сложных многорядных швов, в настоящее время, имеют ограниченное применение и не используются в широкой хирургической практике. Наиболее известные и применяемые в хирургической практике ручные анастомозы с пищеводом: инвагинационные и муфтообразные. Инвагинационный анастомоз основан на внедрении пищевода в тонкую кишку на некотором протяжении с сохранением непрерывности стенки. Впервые теоретическое обоснование и описание данного вида анастомоза отражено в работах Н.Ф. Березкина в 1937 году. Основное преимущество инвагинационной техники заключается в хороших антирефлюксных свойствах, благодаря эффекту чернильницы-непроливайки. В настоящее время известны два варианта инвагинационного анастомоза, применяемые широко в клинике. Первый вариант разработан в 1962 году К.Н. Цацаниди, который предложил использовать специальные нити-держалки облегчающие процесс инвагинации дистального сегмента пищевода (2 см) в отводящую кишку. Однако нити-держалки, по мнению А.Ф. Черноусова и соавт., способствуют прорезыванию тканей и могут привести к несостоятельности швов. Второй вариант в конце



70-х годов предложен А.Ф. Черноусовым, позволяющий решить проблему инвагинации с помощью «салазочных» швов Ю.Е. Бере-зова. Модификация позволила автору снизить процент несостоятельности швов с 9,5% (n=137) до 4,7% (n=64). Инвагинационные анастомозы имеют конструктивные недостатки, в частности применимость их ограничена конце-концевым вариантом анастомозирования, несоответствием диаметров пищевода и тонкой кишки, необходимостью геометрически точной расположенности инвагината, предупреждающего дезинвагинацию. Продольные сокращения пищевода в позднем послеоперационном периоде могут приводить к дезинвагинации, сводя на нет антирефлюксный механизм этого анастомоза. М.И. Давыдов и соавт. при динамическом наблюдении 46 пациентов, которым анастомоз был сформирован по инвагинационному варианту К.Н. Цациниди, наблюдал исчезновение инвагината в течение 3-6 месяцев. Муфтообразный анастомоз прост в исполнении, универсален и получил широкое распространение в различных модификациях. Суть метода заключается в формировании муфты из петли тонкой кишки таким образом, что линия швов анастомоза оказывается прикрытой висцеральной брюшиной на всем протяжении. Элементы муфтообразного анастомоза впервые описаны в методике Н. Hilarowitz в 1931 году. В зарубежной литературе метод известен как «Graham's method». Формируется вертикальный пищеводно-кишечный анастомоз, после чего передняя линия швов прикрывается приводящей петлей тонкой кишки, закидывая ее на отводящую справа налево. А.А. Русанов с целью предотвращения перегибов и нарушения проходимости приводящей петли рекомендовал располагать отводящую петлю справа от связки Трейца, а еюнопликацию осуществлять слева направо. Однако при применении метода Н. Hilarowitz – А.А. Русанова при еюнопликации образуется свободный канал у брыжеечного края муфты. С целью решения наблюдаемого дефекта А.А. Шалимов предложил накладывать полукисетный серозно-мышечный шов на брыжеечный край отводящей петли на протяжении 5-6см. При затягивании полу-кисетного шва происходит сбавивание кишечной стенки у левого края пищеводно-кишечного анастомоза, тем самым ликвидируется свободный канал. А.А. Чернявский применяя методику Н. Hilarowitz – А.А. Русанова наблюдал проблему недостаточной перитонизации правого угла пищеводно-кишечного анастомоза. Обусловлено это было образованием косоугольного хода приводящей кишки по отношению к правому углу анастомоза при еюнопликации. Основываясь на методике сбавивающего шва А.А. Шалимова, автор в 1988 г. модифицировал методику созданием свободной манжетки с целью продольного расположения приводящего колена. Тем самым достигается более широкое укрытие пищеводно-кишечного соустья с возможностью формирования элементов фундопликации по Ниссену. Метод оказался высоконадежным, несостоятельность швов пищеводно-кишечного анастомоза на 435 операций составила 0,23%. По-жалуй, это самый лучший показатель в анализируемой литературе. Однако не всегда наблюдаются анатомически благоприятные условия для формирования муфтообразных анастомозов, в частности при короткой брыжейке, широком пищеводе, хирурги сталкиваются с проблемой нехватки тканей приводящей петли для еюнопликации. Недостаточная перитонизация соустья приводит к разгерметизации и развитию несостоятельности анастомоза. Г.В. Бондарь в 1971 году предложил идею Т-образного расширения кишечной петли с целью лучшей перитонизации пищеводно-кишечного анастомоза. При этом длина горизонтальной части сформированной дублика-туры превышает ширину пищевода в 3 раза. Эта идея нашла свое продолжение в анастомозах по методу Ю.И. Патютко и П.В. Шелешко. М.И. Давыдов разработал простую и универсальную методику формирования муфтообразного пищеводно-кишечного анастомоза. Между приводящей и отводящей колена-ми тощей кишки накладываются два серозно-мышечных шва («ракетка»), которые укрепляют левый угол анастомоза. Анастомоз формируется с использованием всего 7 узловых швов. Затем двумя полукисетными швами («кулисные») формируется муфта, укрепляющая пищеводно-кишечное соустье. Основываясь на принципе разумной минимизации количества накладываемых швов, с целью предупреждения трофических нарушений в зоне анастомоза и стриктурообразования, метод оказался высокоэффективным, автор наблюдал 0,42% несостоятельности швов анастомоза. Кроме того, сформированная «ракетка» у левого края анастомоза, по мнению автора, моделирует угол Гисса, аналогичный в зоне пищеводно-желудочного перехода, препятствующий кишечно-пищеводному рефлюксу. В клинический материал включены 358 радикально оперированных больных с раком желудка. Всем пациентам выполнена радикальная гастрэктомия в объеме лимфодиссекции D2-D3 с летальностью 0,8%. На реконструктивном этапе применялся муфтообразный анастомоз по М.И. Давыдову. Несмотря на значительные успехи в разработке и совершенствовании техники наложения пищеводно-кишечного анастомоза, проблема надежности и функциональности соустья в сложных топографо-анатомических условиях формирования остается актуальной и дискуссионной. На этапе формирования анастомоза вне зависимости от реконструктивного варианта рекомендован к применению муфтообразный кулисный анастомоз по М.И. Давыдову.

323.ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ КАРДИО-ЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Алиев С.А., Мамедбеков Ш.Ю., Лабазанов М.М., Кадиров А.М., Магомедов С.М., Курбанов К.А., Рохоев Х.Н.

Махачкала

ГБУ РД «Научно-клиническое объединение «Дагестанский центр грудной хирургии»

60 лет назад вышла фундаментальная работа С.С. Юдина "Восстановительная хирургия при непроходимости пищевода" (1954г.). Высокая послеоперационная летальность заставила и выдающихся хирургов надолго от-казаться от одномоментных операций. В 1974 году А.А. Русанов писал: «Неудачи не раз вселяли в нас сомнения в отношении целесообразности всей нашей работы». Еще 20 лет кропотливого труда онкохирургов и про-рыв в этом сложном разделе и был обеспечен в РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН. М.И. Давыдов, А.Ф. Черноусов, Э.Я. Друкин, Б.И. Мирошников сформулировали основные принципы онкохирургии пищевода в нашей стране, позволившие решить проблему несостоятельности швов анастомоза. Опыт трех поколений хирургов с многоуровневым анализом и достижениями фундаментальных исследований позволил за последние 15 лет решить хирургические аспекты проблемы, но не более. Если непосредственные результаты операций по поводу рака пищевода, кардии являются вполне удовлетворительными, то пятилетняя общая выживаемость при раке пищевода составляет 8%, желудка – 15%. Относительно высокая частота прогрессирования рака пищевода, да-же после радикального хирургического лечения, заставляет исследователей искать принципиально новые пути решений этой сложной и многогранной проблемы. Таким образом, диалектический взгляд на данную проблему позволяет осмыслить сегодняшнее положение и определить перспективы развития хирургии пищевода и кардии в XXI веке. В основу работы положен опыт хирургического лечения 645 больных (2000-2014гг.) по проблеме онкохирургического лечения заболеваний пищевода и кардии, 155 из которых составляют больные с доброкачественными заболеваниями пищевода и кардии (1 группа). Это больные с разнородными нозологическими единицами, включающие в себя от нейромышечных заболеваний пищевода (НМЗП), пищевода Барретта, до стрик-тур химической, пептической, туберкулезной, коллагенозной природы, где стержневым является вопрос дифференциальной диагностики. Наряду с традиционными методами исследований, подтверждающих рак пищевода и кардии мы изучили электромиографические показатели проксимальных сегментов пищеварительного тракта с мониторинговым контролем (МХ-03), ультрасонографией, бронхоскопией и КТ в комплексной оценке метастазирования рака пищевода и кардии. 590 пациентам онкохирургического профиля были выполнены радикальные операции повышенной сложности, которые разделены на 2 группы. Возраст больных варьировал от 19 до 83 лет, из них мужчин - 398, женщин – 192. В первую группу вошли 202 пациента. Они распределились по стадиям рака пищевода следующим образом: I, II ст. – 27 %; III ст. – 52 %; III – IV ст. – 21%. Им были выполнены операции типа Льюиса (n=166) в модификации М.И. Давыдова с послеоперационной летальностью 3%; экстирпации пищевода по А.Ф. Черноусову (n=31) – без летальных исходов. Реконструктивные вмешательства по поводу болезней оперированного пищевода (n=21) с 1 летальным исходом. Во вторую группу включены 388 (272 мужчин и 116 женщины) больных с спленосохраняющей гастрэктомией, гастроэзофагеальной, эзофагосубтотальной резекциями с послеоперационной летальностью 1,03%. Больные по стадиям рака желудка распределились следующим образом: I, II ст. – 17 %; III ст. – 57 %; III – IV ст. – 26%. Основным итогом проведенного лечения явилось снижение хирургического блока осложнений, в частности несостоятельности швов анастомоза. Выявлены ведущие факторы прогноза, обеспечивающие высокую

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

эффективность операции: а) пилоросохраняющие операции высокоэффективны с точки зрения профилактики демпинг-синдрома, ирефлюксной болезни. б) спленосохраняющие гастрэктомии, гастроэзофагеальные, эзофагосубтотальные резекции менее травматичны и более благоприятны в раннем послеоперационном течении. Выводы: 1. Наиболее частыми осложнениями в раннем послеоперационном периоде при радикальных операциях на пищеводе являются плеврорегочные, сердечно-сосудистые осложнения. 2. Эффективным методом профилактики плевро-легочных, сердечно-сосудистых осложнений явилось исключение торакотомного этапа операции путем более широкого внедрения в клиническую практику абдомино-заднемедиастинального доступа. 3. Расширение показаний к выполнению эзофагопластики по методике по М.И. Давыдову, к трансабдоминальной, трансмедиастинальной резекции, в том числе стрипинг-операциям при кардио(гастро)эзофагеальном раке обеспечивают решение задачи со снижением уровня инфекционных осложнений, связанных, как с несостоятельностью швов анастомоза, так и легочно-сердечных осложнений. 4. Расширение показаний к выполнению сплено-, привратник сохраняющих гастрэктомий с включением дуоденального транзита, позволяют снизить процент постгастрэктомических синдромов.

#### 324.РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПИЩЕВОДНОГО АНАСТОМОЗА

Алиев С.А., Магомедов С.М.

Махачкала

ГБУ РД «Научно-клиническое объединение «Дагестанский центр грудной хирургии»

Послеоперационная летальность является одной из основных показателей непосредственных результатов хирургического лечения рака кардии и пищевода. Основной причиной летальных исходов и осложнений в раннем послеоперационном периоде после гастрэктомии является несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза. Формирование анастомоза на реконструктивном этапе является самым сложным и ответственным, надежность которого нередко зависит от квалификации хирурга (Березов Е.Л., 1951; Kim S.H. et al., 2001) и уровня специализированного лечебного учреждения (Цацаниди К.Н., Богданов А.В., 1969; Щепотин И.Б., Эванс С.Р.Т., 2000). Анализ частоты несостоятельности пищеводных соустьев, проведенный нами, в последнее время (2000-2013 гг.) на 5131 гастрэктомии находится в пределах 0,23-14,6%, составляя в среднем 3,5%. Анализ непосредственных результатов гастрэктомии, за период с 1985 по 1999 года с включением 9585 пациентов, охватывает данные 26 авторов. Несостоятельность отмечена у 370 больных, что в среднем составляет 3,9%. Факторы, приводящие к несостоятельности швов пищеводных соустьев многогранны. С одной стороны они кроются в анатомической особенности пищевода отсутствием серозной оболочки, слабо выраженным продольным мышечным слоем и недостаточным кровоснабжением стенки органа. Трофические нарушения в дистальном отделе пищевода возникают вследствие перевязки восходящей ветви левой желудочной артерии и ваготомии на резекционном этапе, и чрезмерной мобилизации на реконструктивном этапе (Сигал М.З., Ахметзянов Ф.Ш., 2010; Шалимов А.А., Радиховский А.П., 2003). Несостоятельность пищеводных соустьев развивается, по данным Y. Ikeda и соавт. (2001) при снижении кровотока менее  $9,1 \pm 2,0$  мл/мин. С другой стороны на недостаточность анастомоза влияет снижение пластических и регенераторных способностей пациента, вследствие алиментарной недостаточности, наличия сопутствующих заболеваний, анемии, гипопротейнемии за счет альбуминовой фракции. Отмечено достоверное увеличение процента несостоятельности с объемом лимфодиссекции. Н. Isozaki и соавт. (1997) наблюдал трехкратное увеличение несостоятельности пищеводно-кишечного анастомоза при расширении объема лимфодиссекции с D3 (5,3%) до D4 (16,1%). Комбинированные гастрэктомии приводили к несостоятельности анастомоза в 4,8% наблюдениях. Дефекты оперативной техники занимают не последнее место в этиологических факторах развития недостаточности швов. По данным N.P. Rizk и соавт. (2004) хирургические погрешности при выполнении операции являются причиной до 27% осложнений. Натяжение тканей, вследствие недостаточной мобилизации, частые и чрезмерно

затянутые швы, приводящие к сдавлению тканей, вплоть до разрыва и прорезывания лигатур являются ятрогенными причинами несостоятельности пищеводных соустьев. К. Kitamura и соавт. наблюдали несостоятельность швов у 5 пациентов из 49 прооперированных с ранним раком желудка при чем к заключению, что на количество несостоятельности оказывает влияние выбор способа формирования анастомоза и техническое его исполнение, нежели размер и стадия опухолевого процесса. В.Е. Волков и соавт. (2010) меньшую частоту развития несостоятельности пищевода-кишечного анастомоза отмечают при использовании ручного способа формирования (1,7%) в противовес механическому (10,64%). Летальность при развитии несостоятельности достигла 68,8%, связанная с развитием перитонита и его осложнениями в виде сепсиса и полиорганной недостаточности. Процесс заживления пищевода-кишечного анастомоза протекает стадийно. Первые 3-4 суток герметичность анастомоза и первичная склейка тканей обеспечивается за счет наложенных швов. Развитие воспалительных явлений максимально к 5-7 суткам с последующим формированием рубца к исходу месяца. Таким образом, период с 3 по 7 день после операции, когда воспалительные явления в зоне соустья максимальны, является самым опасным в возможности развития несостоятельности. В.Ф. Касаткин и соавт. (2010) с целью профилактики развития несостоятельности пищеводных анастомозов предложили использовать устройство, обеспечивающее непрерывное локальное орошение зоны соустья антисептической смесью. Специальное устройство было применено при формировании 2190 анастомозов. Несостоятельность отмечена у 14 пациентов, что составило 0,6% с летальностью 21,4%. В основу работы положен опыт хирургического лечения 772 больных (2000-2014гг.) по проблеме онкохирургического лечения заболеваний пищевода и кардии, которые разделены на 3 группы. В первую группу вошли 212 больных после операции типа Льюиса в модификации М.И.Давыдова или экстирпации пищевода по А.Ф.Черноусову с послеоперационной летальностью 3%. Среди осложнений после операций на пищеводе доминировали тромбоэмболические, сердечно-сосудистые и легочные осложнения. Во-вторую группу 388 больных с гастрэктомией, гастрозофагеальной, эзофагосубтотальной резекциями с послеоперационной летальностью 0,8%, не связанные с несостоятельностью шва пищевода анастомоза. В 3 и 4 группу включены – 176 больных после реконструктивных вмешательств по поводу «болезней оперированного пищевода» (n=21) с 1 летальным исходом и вмешательства по поводу доброкачественных заболеваний пищевода и кардии (n=155) с летальностью 0,6%. Расширение показаний к эзофагопластике с применением муфтообразного анастомоза М.И. Давыдову, позволило решить проблему несостоятельности шва после операции с внутригрудным пищеводным анастомозом, в том числе и в группе больных с комбинированными, расширенными, симультанными операциями со снижением хирургического блока осложнений. Рассмотрение вопросов профилактики несостоятельности пищевода-кишечных соустьев подтверждают общепризнанные основные требования к формированию анастомоза: отсутствие натяжения и сохранение васкуляризации анастомозируемых сегментов пищеварительного тракта, применение ареактивного шовного материала, простота и универсальность доступная широкому применению.

---

325.Индивидуализированный подход к реконструктивной хирургии рака желудка

Алиев С.А., Магомедов С.М.

Махачкала

ГБУ РД «Научно-клиническое объединение «Дагестанский центр грудной хирургии»

Введение. Вопросы реконструктивного этапа при гастрэктомии (ГЭ) остаются дискуссионными и нерешенными. ГЭ приводит к развитию постгастрэктомических синдромов (ПГЭС) у 65-75% пациентов, доминирующими из которых являются: демпинг-синдром, рефлюкс-эзофагит, синдром мальабсорбции (Dikic S. и соавт., 2012). Развитие многих послеоперационных патологических синдромов связано с ликвидацией дуоденального транзита и изоляцией пейсмеккера тонкой кишки, находящегося в луковице двенадцатиперстной кишки (ДПК) (Иванов М.А., 1996; Matei D. и соавт., 2010). Цель исследования: улучшение функциональных результатов гастрэктомии, путем экспериментальной разработки и клинической апробации нового варианта реконструкции с дифференцированным подходом к

реконструктивно-восстановительной пластике. Материал и методы исследования. Экспериментальное исследование проведено на 15 беспородистых собаках массой от 10 до 21 кг, с соблюдением требований Международных правил работы с лабораторными животными и разрешения этического комитета ДГМА. Сущность предложенной реконструкции (патент N2417771 от 10.05.2011г.) заключается в сохранении надпривратникового сегмента (НПС) (20мм) над пилорическим жомом с последующим наложением эзофагосупрапилороанастомоза. Кровоснабжение НПС достигалось за счет сохранения правой желудочной артерии (10мм) над пилорическим жомом. В экспериментальном исследовании изучена возможность адекватного кровоснабжения НПС с учетом лимфодиссекции D2 ангиотензометрическим способом, проведены рентгеноконтрастные и гистоморфологические исследования нижнегрудного отдела пищевода, анастомоза и НПС. Клиническое исследование основано на анализе результатов хирургического лечения и динамического наблюдения 61 пациента, оперированного в торако-абдоминальном отделении ГБУ РД «НКО «ДЦГХ» МЗ РД с 2010 по 2013 г. Всем пациентам произведена радикальная ГЭ с лимфодиссекцией в объеме D2 лапаротомным доступом. Контрольная группа (n=34) включала пациентов со стандартным резекционным этапом с применением двух вариантов реконструкции: на длинной петле с межкишечным соустьем по Брауну (n=25) и на выключенной петле по Ру (n=9). В основную группу (n=27) были включены пациенты, которым реконструктивный этап операции проводился по разработанной методике. Контрольное обследование включало определение питательного статуса, эндоскопическое и полипозиционное рентгенологическое исследование с оценкой качества жизни (опросники MOS SF-36 и GSRS). Результаты исследования. Результаты ангиотензометрии позволили выявить сохранение адекватного кровоснабжения НПС с уровнем систолического давления равным  $112 \pm 3,4$  мм.рт.ст. Проведенные рентгеноконтрастные исследования позволили получить модель функционально состоятельного пилорического жома. Макроскопически отсутствовали признаки желчного рефлюкса в пищевод. Данные гистоморфологических исследований позволили выявить динамику компенсаторных изменений в сохраненном НПС в виде умеренно выраженной активации секреторной функции мукоцитов с расширением желудочных ямок и стимуляцией мукозо-ассоциированной лимфоидной ткани. Морфологические изменения зоны анастомоза соответствовали срокам динамического послеоперационного заживления с формированием рубца из грануляционной ткани. Изменения со стороны пищевода характеризовались появлением в слизистой оболочке зон умеренно-выраженного растяжения, в подслизистом слое – участки лимфо-плазмоцитарной инфильтрации с компенсаторной умеренной гипертрофией мышечной стенки. Признаки деструктивных и воспалительных изменений в пищеводе, характерных для рефлюкс-эзофагита, не обнаружены. Порционно-ритмичное функционирование пилорического жома у пациентов в сроки наблюдения от 3 до 12 мес. позволило снизить проявления тонкокишечно-пищеводного рефлюкса с 38,1% до 8,7% (p=0,03, точный критерий Фишера), эзофагита с 33,3% до 4,3% (p=0,019, точный критерий Фишера) и демпинг-синдрома с 23,8% до 4,3% (p=0,04, точный критерий Фишера). Сохранение трансдуоденального пассажа пищи при ПСГ, позволило улучшить питательный статус (к 6-12 месяцам) и качество жизни (к 3-12 месяцу) в ближайшем и отдаленном периоде (p

---

326. Результаты дренирующих операций при доброкачественных заболеваниях дистального отдела общего желчного протока

Магомедов М.А., Топчиев М.А., Кчибеков Э.А., Топчиев А.М.

Астрахань

ГБОУ ВПО Астраханский ГМУ Минздрава России

Введение. Анализ как отечественной, так и зарубежной литературы показывает, что заболевания гепатодуоденальной области приводят к обтурации с развитием механической желтухи, что является абсолютным показанием к хирургическому лечению с целью восстановления желчеоттока по внепеченочным желчным протокам в желудочно-кишечный тракт. Несмотря на определенные успехи в развитии гепатобилиарной хирургии, многие аспекты проблемы восстановления желчеоттока у больных с холестазом не решены окончательно. Так, продолжают оставаться дискуссионными вопросы выбора оптимального способа

желчеотводящего анастомоза. Требуя критического анализа причины частого развития у оперированных больных разного рода функциональных расстройств и органических поражений со стороны желчевыводящих путей и двенадцатиперстной кишки. В настоящее время предложено большое количество способов формирования соустьев между внепеченочными желчными протоками и различными отделами желудочно-кишечного тракта. Цель работы. Улучшение результатов хирургического лечения доброкачественных заболеваний внепеченочных желчных потоков. Материал и методы. Предложен способ арефлюксного билиодигестивного анастомоза (Пат. 2463002 Рос. Федерация, МПК А 61 В 17/00 Способ наложения билиодигестивного анастомоза при доброкачественных заболеваниях внепеченочных желчных путей / М. А. Топчиев; заявитель и патентообладатель ГОУ ВПО АГМА Минздравсоцразвития России. – 2011120575/14; заявл. 20.05.2011; опубл. 10.10.2012. Бюл. № 28.). Экспериментальная часть выполнена на экспериментальных животных. Техника наложения анастомоза включает в себя мобилизацию двенадцатиперстной кишки (ДПК) и пузырного протока после холецистэктомии. При этом накладываются однорядные швы, проходящие через рассеченный серозно-подслизистый слой ДПК и серозно-мышечный слой холедоха. Инвагинацию культи пузырного протока производят после формирования задней стенки анастомоза и рассечения серозно-мышечного слоя ДПК. Контроль функционирования наложенного в эксперименте анастомоза и оценка его арефлюксной функции в разные сроки осуществлялись с помощью ФГДС, R-скопии желудка и ДПК, фистулографии внепеченочных желчных протоков. Выполнялась ревизия гепатобилиарной зоны, оценивались макроскопические изменения области наложенного анастомоза. Предложенным способом прооперировано трое пациентов с желчекаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, в одном случае имелась рубцовая стриктура фатерова сосочка. Для оценки функциональных результатов применения разработанного способа арефлюксного билиодигестивного анастомоза в практике применялись ультразвуковые, рентгенологические и эндоскопические способы. Результаты. Контроль функционирования анастомоза в эксперименте и оценка его арефлюксной функции осуществлялись с помощью ФГДС, R-скопии желудка и ДПК, фистулографии внепеченочных желчных протоков. Выполнялась ревизия гепатобилиарной зоны, оценивались макроскопические изменения области наложенного анастомоза. На основании полученных результатов было выявлено, что анастомоз функционирует, выполняя арефлюксную функцию – желчь свободно поступает в ДПК, гипертензия внепеченочных протоков устранена, явлений дигестивно-билиарного рефлюкса не отмечено. Клинический анализ для определения места желчеотводящих операций при доброкачественных заболеваниях внепеченочных желчных протоков проведен у 98 пациентов оперированных в хирургических стационарах г. Астрахани и области. При анализе нами ставилась задача определить, по каким показаниям были проведены операции по наложению билиодигестивных анастомозов. Большинство пациентов (68 случаев) были оперированы по поводу ЖКБ, калькулезного холецистита, холедохолитиаза. У 50% оперированных отмечалась желтуха, сроки которой колебались от 2 до 14 дней. У всех больных с ЖКБ после выполнения холецистэктомии, холедохолитотомии или холедохотомии при удаленном желчном пузыре, создавали билиодигестивный анастомоз: у 56 по методу Юрашу - Виноградову, у 33 по Финстереру и 3 по разработанной нами методике. При сравнительной характеристике осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде у больных, которым были наложены различные виды внутреннего дренирования желчевыводящих путей, были выявлены следующие результаты. Ранний послеоперационный период у основной части больных протекал относительно гладко. Лечебные мероприятия были направлены на восстановление основных органов и систем. Послеоперационные осложнения наступили у 7 пациентов, что составило 7,1%. У 2 пациентов развилась острая сердечно-сосудистая недостаточность, в 2 случаях диагностирована пневмония. У 1 пациента фиксировали послеоперационный панкреатит. У 2 больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны. В позднем периоде рецидив механической желтухи встречался у 3 пациентов, что составило 5%. Все они оперированы по способу Юраша. В одном случае рецидив обусловлен образованием слепка в области сформированного анастомоза, в двух других ремиттирующая желтуха возникала на фоне холангита. Рефлюкс-холангит был диагностирован у 12 пациентов, что составило 12,2% от числа обследованных. В группе больных оперированных по предложенному способу, как ранних, так и поздних послеоперационных осложнений не было отмечено. Выводы. Операции по применению билиодигестивных анастомозов в условиях общехирургического отделения находят широкое применение в лечении доброкачественных заболеваний внепеченочных желчных протоках (желчекаменной болезни, калькулезного холецистита, холедохолитиаза, а также доброкачественных стриктур общего желчного протока). Наряду с общепринятыми способами формирования анастомоза наложение клапанного билиодигестивного анастомоза может быть с успехом использовано в хирургических стационарах как наиболее простой в исполнении и значительно снижающий рефлюкс кишечного содержимого. Предлагаемый способ билиодигестивного анастомоза выполняет антирефлюксную функцию, что позволит снизить, на наш взгляд, частоту развития рефлюкс-холангита и стенозирования анастомоза.

## 327. ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

Гайбатов С.П.(1), Закариев З.М.(1), Гайбатов Р.С.(2), Ашурлаев К.М.(1)

Махачкала, Санкт-Петербург

1)Кафедра хирургии ФПК и ППС ДГМА г.Махачкала2)Кафедра общей хирургии СПбПА

Введение. Острая спаечная непроходимость кишечника занимает одно из ведущих мест в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, составляя около 10% и летальность колеблется в пределах 10-12%. Главным фактором, влияющим на благоприятный исход, является своевременная диагностика, адекватное восстановление в предоперационном периоде нарушенных обменных процессов и проведение радикального оперативного вмешательства. При данной патологии в ранние сроки наступает энтеральная недостаточность, тяжесть которой зависит как от локализации препятствия, так и от развивающейся «энтеральной недостаточности», приводящей к эндогенной интоксикации и полиорганной недостаточности. В этой связи основной заботой, позволяющей эффективно улучшить результаты лечения становится адекватная коррекция тя-желых расстройств желудочно-кишечного тракта с параллельной детоксикацией организма. Целью явилась разработка и внедрение в клинику эффективной комплексной схемы коррекции энтеральной недостаточности в пред- и в послеоперационном периоде при острой спаечной тонкокишечной непроходимости. Материал и методы. Анализу подвергнуты 116 больных, находившихся под нашим наблюдением в период 2005-2014 гг. В первые 6 часов от начала заболевания госпитализированы 57 (49,2%), через 48 часов 49 (42,2%) и по истечении 72 часов 10 (8,6%) больных. Основными причинами поздней госпитализации явилась позднее обращение больных, самолечение и диагностические ошибки врачей первичного звена. Во всех случаях проводилось клинико-инструментальное обследование по стандарту, принятому в клинике. Основными жалобами при госпитализации у всех больных являлись вздутие живота, распространенные боли схваткообразного характера, сопровождающиеся рвотой и жаждой, у 63 (54,3%) из них рвота носила многократный характер, у 79 (68,1%) пациентов отсутствие стула. При объективном исследовании выявлена сухость кожных покровов, обложенный белым налетом сухой язык. В 93 (80,2%) случаях обнаружены низкие (90/45 мм.рт.ст.) цифры артериального давления, тахикардия (100-110 ударов в минуту). Пальпаторно болезненность во всех отделах живота отмечено у 109 (94,0%), высокий тимпанит у всех 116 больных, редкие перистальтические шумы на фоне метеоризма (у 65), положительные симптомы раздражения брюшины (у 67), наличие выпота в брюшной полости подтвержденного ультрасонографией (у 43). На обзорной рентгенографии органов брюшной полости множественные высокие чаши Клойбера в петлях тощей кишки обнаружены у 49 (42,2%) больных, низкие плоские множественные чаши Клойбера в петлях подвздошной кишки выявлены у 65 (56,0%) пациентов. Выполнено биохимическое исследование крови, в том числе общий белок, билирубин и другие функциональные показатели печени. В сыворотке периферической крови выявлено низкое (85 г/л) содержание гемоглобина у 58 (50,0%), высокий (15,0•10<sup>9</sup>/л в 1 мкл) лейкоцитоз, у всех ускоренное СОЭ. Значительные изменения выявлены в электролитном составе крови (калий 2,3±0,3 и натрий 78,0±3,4). Результаты и обсуждение. Исследование выполнено в трех группах, распределив их в зависимости от сроков начала заболевания, проведенных лечебных мероприятий. Сравнительный анализ результатов лечения во всех трех группах проводился по клиническим (данные объективного исследования, объема отделяемого по НГЗ, восстановление перистальтики кишечника), а также лабораторным тестам (общий и биохимический анализ крови) и инструментальным данным. В первую клиническую группу включены 49 (42,2%) больных, поступивших в клинику через 6 часов от начала заболевания, которым проводились консервативные мероприятия, включающие НГЗ с целью декомпрессии и лаважа верхних отделов ЖКТ, катетеризация подключичной вены для определения объема инфузии. В этой группе после аспирации содержимого желудка болевой синдром полностью купировался, частота пульса находилась в пределах 80-90 ударов, А/Д – 120/80 мм.рт.ст. Проводилась инфузия коллоидных и кристаллоидных препаратов в объеме 2 литров, включая раствор реамбирина 400 мл. и глюкозо-новокаиновую смесь 300 мл., а также вводили дезагреганты и гепарин в принятых дозах. На 2-3 сутки у 33 пациентов из 49 отделяемое по НГЗ прекратилось, появившаяся перистальтика кишечника, нормализовался

стул. У 49 больных данной группы в первые двое суток лечения отмечено снижение количества лейкоцитов. Что касается содержания в крови гемоглобина и общего белка, то умеренная анемия и гипопропротеинемия сохранялись до 5-6 суток с нормализацией этих показателей к концу 8-9 суток. Динамическое рентгенологическое наблюдение показало, что на 3-е сутки от начала заболевания отмечался умеренный метеоризм в петлях тонкой кишки без определяемых чашек Клойбера. На 4-е сутки признаки метеоризма не выявлялись. Проведенный контроль УЗИ показал, что на 2-3 сутки у всех пациентов выявлен метеоризм и жидкостное содержимое в петлях тонкой кишки, а к 5-6 суткам признаки метеоризма и наличие жидкости в петлях тонкой кишки не обнаруживались. В этой фазе проводилась консервативная терапия. Эти пациенты отнесены в первую фазу (фаза внутри просветной гипертензии). 57 (49,2%) пациентов госпитализированы через 48 часов от начала заболевания, которые объединены во вторую группу. Состояние больных оценивалось как тяжелое и лечебные мероприятия проводились в отделении реанимации. Объем и перечень лечебных мероприятий выполнялись идентично первой группе с той лишь разницей, что объем инфузионно-трансфузионной терапии превосходили 2,5-3 раза. В комплекс предоперационной подготовки включалась СЗП в объеме 800 мл., дозу реамбирината увеличилась до 800 мл., внутривенно вводились антибиотики (тиенам 1,0 с метрогилом по 100 мл.), реополиг-люкин с аскорбиновой кислотой, глюкозо-новокаиновая смесь и кортикостероиды, а так-же дезагреганты, гепарин. Учитывая характер заболевания, приводящий к выраженным нарушениям протеино-ингибиторного баланса, значительным потерям белков в комплекс лечения включен 33% альбумин в дозе 200 мл. Эту группу мы отнесли ко второй фазе развития острой спаечной непроходимости - фаза гемодинамических расстройств кишечной стенки с ишемическим компонентом. После предварительной (3,5 часовой) подготовки все 57 больных оперированы. Объем и характер операции определяли в зависимости от интраоперационных находок. Так, в 29 (50,9%) случаях выполнена резекция тощей кишки в пределах 30-32 см. с восстановлением непрерывности кишечной трубки при условии НИЗ, проведенной дистальнее анастомоза на 10-12 см. и ежедневных двукратных промываний раствором реамбирината. В этой группе в послеоперационном периоде у 3-х объем отделяемого по НИЗ в первые 5 суток составлял 400-500 мл., на 6-7 сутки уменьшилось до 50-60 мл., что послужило основанием для удаления зонда. Из 39 больных у 3-х наблюдались осложнения: у 1 больного на 3-е сутки имело место несостоятельность швов, по по-воду чего выполнена релапаротомия с выведением концевой илеостомии, в другом случае сформировался тонкокишечный свищ, который закрылся после консервативных мероприятий на 12-е сутки и у третьего пациента отмечено нагноение послеоперационной раны. В 18 (31,6%) случаях из 57 оперативное вмешательство завершено резекцией 30-40 см. подвздошной кишки и выведением концевой илеостомы при условии ретроградной интубации тонкой кишки на протяжении 75 см. На 2-3 сутки по зонду выделилось до 60 мл. кишечного содержимого и к концу 4-х суток зонд удален в связи с появлением стула мимо зонда, метеоризм кишок к этому сроку не определялся. 10 (8,6%) пациентов поступили через 72 часа от начала заболевания (третья группа) в состоянии гиповолемического и эндотоксического шока – фаза осложнений (эндотоксический и гиповолемический шок). Лечебные мероприятия проводились в условиях реанимационного отделения, включающие инфузию полиглюкина, СЗП в дозе 1000 мл., реамбирината 400 мл., коллоидные и кристаллоидные препараты, глюкозо-новокаиновая смесь с высокими дозами аскорбиновой кислоты, противошоковых, белковых препаратов. Производили активную аспирацию из верхних отделов ЖКТ при условии промывания желудка. У всех 10 больных до операции выполнено дренирование брюшной полости. Общий объем инфузии превышал 5 литров, проводился форсированный диурез. Показаниями к операции считали появление диуреза в объеме до 400-500 мл., положительное значение ЦВД. Все 10 пациентов оперированы. Оперативное вмешательство заключалось в резекции тощей кишки в пределах 60 см. в 4-х случаях и 70 см. подвздошной кишки у остальных 6 пациентов с выведением концевой еюно- и илеостомии. В данной группе у 3-х больных послеоперационный период протекал тяжело с формированием межпетельных абсцессов. Им выполнена релапаротомия, вскрытие абсцессов, лаваж и дренирование брюшной полости. Их них умер один больной от продолжающегося перитонита и развития полиорганной недостаточности. В 3-х случаях послеоперационный период осложнился нижнедолевой пневмонией. У одного больного развилась тромбоэмболия легочной артерии. Резюме. Таким образом, в зависимости от фазы развития острой спаечной непроходимости кишечника менялись лечебные мероприятия, в основном направленные на коррекцию энтеральной недостаточности. В случаях госпитализации больных в первой фазе преимущественно проводились консервативные мероприятия, а второй и третьей фазе течения заболевания на фоне интенсивной консервативной (коррекции энтеральных нарушений) проводились двухэтапные оперативные вмешательства.



328.МОНИТОРИНГ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ С ПОМОЩЬЮ КИШЕЧНОГО ЗОНДА ОРИГИНАЛЬНОЙ КОНСТРУКЦИИ

Салахов Е.К.(1),Салахов К.К.(2)

Набережные Челны

1) ГАУЗ "Менделеевская ЦРБ"2) ГАУЗ "Закамская БСМП"

Достижения хирургии и реаниматологии позволили существенно улучшить результаты лечения больных с распространённым гнойным перитонитом. Но, несмотря на это, летальность при перитоните составляет 30%, а в стадии полиорганной недостаточности и бактериально-токсического шока - 80-90. Характерным для данного заболевания является возможность развития абдоминального компартмент синдрома (АКС), характеризующегося развитием полиорганной недостаточности вследствие повышения внутрибрюшного давления. Доказано, что повышенное внутрибрюшное давление и абдоминальный компартмент синдром возникают у каждого второго больного с острой хирургической патологией. При развитии АКС средние цифры летальности увеличиваются до 68%. В последние годы внимание к данной проблеме значительно повысилось. При этом первые публикации о роли повышенного внутрибрюшного давления (ВБД), в генезе разных патологических состояний витальных органов и систем, стали появляться уже в конце XIX века. Основным методом лечения распространённого гнойного перитонита, на сегодняшний день, остаётся метод этапных санаций с перитонеальным лаважем. Декомпрессионная лапаротомия снижает процент летальности у пациентов с АКС. С целью мониторинга ВБД в послеоперационном периоде у больных с распространённым перитонитом нами предложен кишечный зонд оригинальной конструкции (приоритет по заявке на выдачу патента на полезную модель от 16.03.2015 №2015109228), который представляет зонд для назоинтестинальной интубации тонкого кишечника на дистальном конце которого находится манжета, заполняющаяся жидкостью, соединяющаяся с тонкой трубкой, которая располагается на мерной ленте. После установки зонда манжета находится в желудке. Ниже манжеты находятся электроды из тонкой проволоки, присоединенные к аппарату амплипульс, которые позволяют проводить электростимуляцию двенадцатиперстной кишки.

---

329.ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬШИХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ЭНДОСКОПИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ.

Малаханов С.Н., Брагин Н.С.

Ростов-на-Дону

ФГКУ "1602 ВКГ" МО РФ

По свидетельству разных авторов, частота заболеваемости доброкачественными опухолями желудочно-кишечного тракта колеблется от 1,7 до 19,8%. Методы открытой хирургии длительно считались основными в лечении больных с этими заболеваниями. С 70-80-ых годов прошлого столетия в хирургическую практику стали активно внедряться методы эндоскопического лечения новообразований. В настоящее время основной метод лечения доброкачественных опухолей – это малоинвазивная эндоскопическая полипэктомия (С.А. Балашенцева 2009 г., Сотников В.Н. и соавт. 2006 г.). Размеры доброкачественных опухолей в последние годы перестали быть противопоказаниями к их эндоскопическому удалению. Мы обладаем опытом лечения 19 больных (12 мужчин и 7 женщин) с большими доброкачественными опухолями желудка и 17 больных (8 мужчин и 9 женщин) с доброкачественными новообразованиями толстой кишки, основания которых были более 3 см в диаметре, а длина - от 3 до 8 см. Больные были в возрасте от 39 до 78 лет. Ворсинчатые опухоли выявлены у 5 больных в желудке и у 11 больных - в толстой кишке, у одного больного была липома

толстой кишки, и еще в одном случае выявлена ангиолейомиома желудка. Остальные больные имели папиллярно-тубулярные аденомы. У большинства больных (78%) в течение длительного времени заболевание протекало бессимптомно или с симптомами, характерными для синдрома раздраженного кишечника, гастрита. У одной больной ангиолейомиома желудка осложнилась изъязвлениями над опухолью с кровотечениями, вызвавшими выраженную анемию. Признаки невыраженной анемии, следы крови в кале имели 23% больных. Тактика удаления опухоли основывалась на анатомических особенностях самой опухоли и её локализации. Мы старались удалять новообразования петлём. Учитывая большие размеры образований, у 91% больных операцию выполняли в 2 этапа и более. Количество этапов у больных со стелющимися опухолями площадью до 7-8 см достигало 14. Основные методы, применявшиеся для удаления больших полипов: петельная электроэксцизия (одно-, многоэтапная); коагуляция шариковым электродом; аргоно-плазменная коагуляция; многоэтапная резекция слизистой. Дополнительные методы удаления больших полипов: лигирование ножки полипов, инъекция растворов в основание опухоли. Инъекция растворов в подслизистый слой выполнялась с целью увеличить его толщину и с гемостатической целью. Количество этапов при петельной электроэксцизии зависело от относительных размеров опухоли и полого органа, размеров основания полипа и толщины стенки органа. Сила и характер тока применяемого во время операции зависели от перечисленных критериев, плотности пересекаемой ткани и степени её васкуляризации. Основные особенности при удалении больших новообразований связаны с трудностями: - захвата опухоли петлём и другими инструментами; - визуализации всей поверхности опухоли и мест прилегания её к стенкам желудочно-кишечного тракта; - извлечения опухоли из желудочно-кишечного тракта. В ближайшем послеоперационном периоде у четырёх больных отмечалось кровотечение (1- оперативное лечение, 3- консервативное лечение), у одного – перфорация толстой кишки (лечение оперативное), у двух больных после извлечения больших фрагментов опухоли из желудка были отмечены неглубокие надрывы слизистой в кардиальном отделе. Инъекции растворов в подслизистый слой, наложение лигатуры на основание опухоли перед её удалением, метод удаления опухоли по частям позволяют снизить вероятность перечисленных осложнений. В одном случае извлечение плотной подслизистой опухоли (ангиолейомиома 3,5x4x5,5 см) желудка стало возможно только после раздавливания её механическим литотриптором. В отдалённом послеоперационном периоде рецидив имел место у трёх больных (лечение – повторная эндоскопическая полипэктомия). Таким образом, большой размер полипов желудочно-кишечного тракта не является противопоказанием для эндоскопической полипэктомии, однако риск интра- и послеоперационных осложнений при её выполнении достаточно высокий. Разделение полипэктомии при удалении больших полипов на несколько этапов позволяет снизить вероятность возникновения осложнений. С помощью механического литотриптора можно размягчить крупные и плотные новообразования желудка и тем самым облегчить их извлечение.

---

330. Инфекционно- воспалительные процессы в структуре осложнений острой обтурационной кишечной непроходимости при раке ободочной кишки.

Артюхов С.В., Кубачев К.Г.

Санкт-Петербург

(1)СПб ГБУЗ «Александровская больница» (2)СЗГМУ им И.И. Мечникова кафедра хи-рургии им Н.Д. Монастырского

В последние 2 десятилетия растет заболеваемость раком ободочной кишки и увеличивается удельный вес пациентов пожилого и старческого возраста. Удельный вес впервые диагностированного рака ободочной кишки III-IV стадии составляет 81 - 90%. Наиболее частыми осложнениями являются параканкреозный абсцесс, перфорация опухоли с развитием ограниченного или распространенного перитонита, ишемический некроз и перфорация приводящих отделов ободочной кишки, диастатические разрывы приводящих отделов ободочной кишки, кровотечение из опухоли. В основу работы положен анализ лечения больных раком левой половины толстой кишки, госпитализированным в ГБУЗ «Александровская больница» Санкт-Петербурга за 2003 - 2012 годы. Объём обследования и лечения согласовывался с медико – экономическими

стандартами в соответствии с Международной классификации болезней (МКБ-10). Полученные данные заносились в электронную таблицу, которая в последующем была подвергнута статистическому анализу с использованием программ Statistika for Windows v. 5.11 и Excel 2007. За 2003 – 2012 гг. в больницу госпитализировано 2200 больных раком левой половины толстой кишки, осложненной острой кишечной непроходимостью, в возрасте от 26 до 91 года. Мужчин было 44,2 %, женщин – 55,8%. До 12 часов с момента развития непроходимости госпитализировано 1,1%, еще 1,9% – от 12 до 24 часов. По сравнению с 2003 годом, число госпитализированных в стационар больных с диагнозом острой обтурационной кишечной непроходимостью при раке левой половины толстой кишки, выросло на 22%. Всего за это время было госпитализировано 2200 больных раком левой половины толстой кишки, осложненной острой обтурационной кишечной непроходимостью. У 4,6% больных злокачественная опухоль локализовывалась в левой трети поперечной ободочной кишки, у 9,8% - в области селезеночного изгиба, у 17,4% - в нисходящей кишке, у 39,5% - в сигмовидной кишке, у 22,7% - в ректосигмоидном отделе и у 6% - в прямой кишке. Из 131 больного раком прямой кишки у 112 опухоль располагалась в верхнеампулярном отделе, у 17 - в среднеампулярном отделе и у 2 - на уровне анального канала. Среди заболевших мужчин было 973 (44,2%), женщин - 55, 8%. Удельный вес пациентов в возрасте до 40 лет составил 2,3%, 41 - 60 лет - 22,4%, 61 - 70 лет - 35, 2%, и старше 70 лет - 40,1%. Всего пациентов старше 60 лет было 75, 3%. Одним из определяющих факторов в результате лечения больных является догоспитальный этап и в частности его продолжительность. Особенное значение это имеет у больных пожилого возраста, когда имеется сочетание ряда заболеваний, взаимноотягощающих друг друга. Всего до 12 часов с момента развития клиники острой кишечной непроходимости были госпитализированы только 1,1% больных. В период с 12 до 24 часов в стационар доставлены чуть менее 2% пациентов, в течение 24 - 48 часов госпитализированы 17,6 % больных. Основная масса пациентов (70,4%) скорой помощью доставлены в течение 48 - 72 часов с момента заболевания. После 72 часов госпитализировано 9% больных. Таким образом, удельный вес пациентов, госпитализированных после 48 часов с момента развития острой кишечной непроходимости, в разные годы составил от 70% до 80%. Тяжесть состояния только у 21,3% больных была оценена ниже 15 баллов, операционно-анестезиологический риск соответствовало III степени. У 88,7% больных операционно-анестезиологический риск соответствовал IV -V степени. Практически все эти больных нуждались в тщательной предоперационной подготовке. При этом 124 больных находились в крайне тяжелом состоянии, которым, вследствие тяжелой интоксикации и полиорганной недостаточности, была выполнена интубация трахеи и искусственная вентиляция легких. Тяжесть состояния была обусловлена как запущенностью онкологического процесса, так и острой кишечной непроходимости. При тяжести состояния в 20 и более баллов практически всегда имело место органная несостоятельность, чаще печечно-почечная и дыхательная недостаточность. Эти пациенты требовали серьезной предоперационной подготовки, направленной на коррекцию водноэлектролитных и белковых нарушений. Пациенты данной категории помещались в блок критических состояний, где им выполнялись установка желудочного зонда, катетеризация центральной вены, очистительные клизмы и инфузионная терапия в течение 2 - 3 часов до восстановления положительного центрального венозного давления. Различные сочетанные осложнения были выявлены у 241 (23,7%) больного. Всего на каждого больного приходилось 1,8 сочетанных осложнений. Чаще всего наблюдалась перфорация опухоли (у 41,9% больных) с развитием отграниченного или разлитого перитонита. Примерно, у каждого третьего диагностирован околоопухолевый абсцесс. Примерно с одинаковой частотой наблюдались некроз приводящих отделов за счет развития ишемии, разлитой перитонит без перфорации кишки. Тяжелый сепсис диагностирован у 8,8% больных, в том числе у 1,7% - септический шок. Послеоперационные осложнения после первой операции наблюдались у 237 (23,3%) пациентов (всего 318 осложнений). Инфекционно-воспалительные осложнения одиночно или в сочетаниях встречались в 170 случаях. **ВЫВОДЫ** 1. При поступлении больных с острой кишечной непроходимостью следует учитывать возраст, сроки доставки для понимания возможных патогенетических процессов с целью профилактики инфекционно – воспалительных осложнений. 2. Учитывая сочетанность различных осложнений, следует как можно раньше начинать эмпирическую антибактериальную профилактику с переходом в антибактериальную терапию. 3. Пациенты с острой кишечной непроходимостью с сочетанием ряда осложнений и наличием сопутствующих заболеваний, требуют мультидисциплинарного подхода.

Беляев А.Н., Рябочкина П.А., Кузнецова, О.А., Ляпин А.Н., Романов К.Н., Хрущалина С.А.

Саранск

Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева

Цель. Оценить воздействие 1885 нм лазера на стенку варикозной вены при различной мощности и скорости воздействия. Материалы и методы. Исследования проведены на 50 сегментах большой подкожной вены, взятых после операции – венэктомии. Сегменты вен длиной 5 см подвергались лазерному облучению длиной волны 1885 нм. Проведены 2 серии экспериментов. В 1 серии использовались параметры: мощности излучения (P) - 2,8 Вт, скорости продвижения лазерного проводника в просвете вены (V) – 0,6 мм/сек. , плотность энергии (E) – 46 Дж/см. Во 2 серии : P – 3,0 Вт, V – 0,5 мм/сек, E – 57 Дж/см. Вены после лазерной коагуляции подвергались гистологическому исследованию . Результаты. В 1 серии после лазерного воздействия происходило уменьшение наружного диаметра вены на 0,92+0,06 мм. Участок вены из блестящей и розовой становился бледно-серым. Пальпаторно вена становилась плотной. Гистологически наблюдался отек всех слоев стенки вены. Эндотелиальная выстилка и интима сохранялись, но имелись участки некротических изменений. Сохраняется дифференцировка внутренней и наружной мышечных оболочек без грубых дистрофических нарушений. Просвет вены уменьшался неравномерно на 1/3. Во 2 серии наружный диаметр уменьшился на 2,04+0,03 мм. Вена из бледно розового приобрела серо – тусклый оттенок, а в некоторых областях имела темный цвет, характерный для тотального ожога стенки вены. Микроскопически на фоне резкого отека всех слоев стенки вены наблюдается фрагментация интимной оболочки с появлением в просвете вены эндотелиальных клеток. Определялись участки некроза и вакуолизация продольных и поперечных мышечных слоев. Просвет вены уменьшался на 2/3. Заключение. Использование лазерного излучения длиной волны 1.885 мкм при значениях мощности излучения 2.8 Вт и скоростью извлечения световода 0.6 мм/с обеспечивает деструкцию внутренней оболочки вены и уменьшение ее просвета. При использовании излучения с мощностью 3 Вт и скоростью извлечения световода 0.5 мм/с происходит тотальное повреждение всей стенки вены и паравазальной клетчатки, что может быть причиной послеоперационных осложнений (гематомы, парестезии). Для предупреждения подобных осложнений требуется оптимизация параметров процесса лазерной облитерации с увеличением скорости извлечения световода.

---

332. Результаты лечения пациентов с крепитирующим тендовагинитом с применением хондропротектора Артрадол.

Лукин П.С.

Пермь

ГБУЗ Пермского края "Городская поликлиника №2"

Введение Пациенты с крепитирующим тендовагинитом конечностей составляют около 1,2% больных хирургического профиля, большая их часть приходится на амбулаторное хирургическое звено. С ростом технического прогресса количество таких пациентов увеличивается с каждым годом. Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с крепитирующим тендовагинитом. Материалы и методы Исследование проводилось на базе ГБУЗ Пермского края «Городской поликлиники № 2». Под нашим наблюдением в течение года находилось 30 пациентов с крепитирующим тендовагинитом предплечья: 12(40%) мужчин; 18(60%) женщин. Мы включили в схему лечения крепитирующего тендовагинита хондропротектор «Артрадол». Артрадол — это 100 мг. хондроитин сульфата в виде лиофилизата для приготовления раствора для внутримышечного введения (рационализаторское предложение № 2672 от 31 марта 2015 года) Произведено сравнительное клиническое исследование с включением Артрадола в стандартную схему лечения крепитирующего тендовагинита. Пациенты были разделены на две группы —

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

основную и сравнения. В группе сравнения проводилась монотерапия НПВС с иммобилизацией конечности. В основной группе дополнительно пациенты получали хондропротектор Артродол 1.0 мл. в/м через день. Результаты и их обсуждения В группе сравнения сроки лечения составили  $13,0 \pm 2,4$  дней. Уменьшение болей пациенты отмечали после семи дней лечения, крепитация и отек конечности сохранялась до десяти суток, полное исчезновение болей отмечено на  $10,0 \pm 1,4$  сутки, полный объем движений в кисти восстанавливался на  $10,0 \pm 2,3$  сутки. В основной группе сроки лечения составили  $7,0 \pm 1,2$  дней; крепитация исчезала после второй инъекции Артродола ( $4,0 \pm 0,4$  дня); болевые ощущения прекращались на  $5,0 \pm 0,8$  сутки. Пациенты этой группы прекращали носить ортезы на неделю раньше. Восстановление полной трудоспособности отмечено на  $8,0 \pm 0,2$  сутки. Для профилактики рецидивов курс Артродола продолжен до 10 инъекций. При исследовании отдаленных результатов (до года): в группе сравнения отметили два случая рецидива заболевания, в основной группе рецидивов не было. Аллергических реакций на препараты в обеих группах пациентов не отмечалось. Выводы Применение Артродола при лечении крепитирующего тендовагинита предплечья оказывает хороший лечебный эффект, сокращает сроки нетрудоспособности пациента и случаи рецидивов заболевания.

---

### 333. СПОСОБ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕДОХОЛИТОМИИ.

Нуждихин А.В., Булгачев К.А.

Тула

ГУЗ "Городская больница №11 города Тулы"

Ежегодно в ГУЗ «Городская больница №11 города Тулы» выполняется около 400 лапароскопических холецистэктомий. По нашей статистике, около 18 % больных с хроническим калькулёзным холециститом, имеют бессимптомные конкременты в желчном пузыре или имеют осложнения в виде механической желтухи. Ежегодно у нас выполняется около 120 эндоскопических папиллосфинктеротомий и литоэкстракций. В силу анатомических особенностей, размеров конкрементов, психо-эмоционального состояния больных достичь эндоскопического разрешения холедохолитиаза удаётся только у 84 % больных. Методики дистанционной литотрипсии не совершенны, технически сложны и мало доступны. У больных с не разрешённым эндоскопически холедохолитиазом мы применяем лапароскопическую холедохолитотомию. Выполнение данной операции, в техническом аспекте, связано с использованием гибкой эндоскопии, то есть холедохоскопии, для чего необходимо использовать специальное оборудование, врача-эндоскописта, наборы литоэкстракторов. При плотно фиксированном конкременте холедоха данная методика мало эффективна. Данные факты побудили нас модифицировать способ лапароскопической холедохолитотомии и в настоящее время мы всё чаще и чаще выполняем его так. До операции всем больным мы выполняем МРПХГ и тем самым имеем представление о состоянии желчного протока и его содержимым. После выполнения лапароскопической холедохотомии из эпигастральной области временно удаляем троакар, через рану вводим легкомоделирующиеся ложки для традиционной холедохолитотомии. С помощью их извлекаем конкременты, затем восстанавливаем троакар и с помощью интракорпоральных швов ушиваем холедох с предварительным дренированием. Выполняем контрольную интраоперационную холангиографию и при удовлетворительном состоянии желчных протоков завершаем операцию. Таким способом выполнено 18 операций. Конверсий, осложнений не было. Способ предложенной лапароскопической холедохолитотомии, по нашему мнению, эффективен, доступен технически и легко осваивается хирургами. Более широкое использование данного способа позволит сделать вывод о целесообразности его дальнейшего применения.

---

### 334. Плановая санация грыж – основной путь профилактики их осложнений

Бондарев Г.А., Плотников Р.В.

Курск

Комитет здравоохранения Курской области Курский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы грыж живота обусловлена их высокой распространенностью, снижением качества жизни пациентов (особенно при значительных размерах грыж), риском серьезных осложнений, прежде всего, ущемления грыжи и острой кишечной непроходимости. Основным путем профилактики осложнений грыж – их плановая хирургическая санация. Целью настоящего сообщения является анализ динамики плановых операций по поводу грыж передней брюшной стенки в Курской области за последние 30 лет. До 1980 года в нашей области выполнялось ежегодно менее 2000 плановых грыжесечений. Благодаря комплексу целенаправленных мер, нам удалось, начиная с 1985 года, добиться заметной тенденции к росту числа этих операций. С 1985 по 1990 годы ежегодно в области выполнялось более 3000 плановых операций по поводу грыж, с 1990 по 1995 годы их количество несколько сократилось, но оставалось более 2500 операций в год. В течение последующих 20 лет, как и 30 лет назад, мы ежегодно проводим 2100 - 2200 операций по поводу грыж, т. е. ситуация стабилизировалась. Около половины всех плановых операций в области по поводу вентральных грыж выполняется в ЦРБ. В пересчете на 1000 сельских жителей, это составляет в среднем 1,5 операции. Однако темпы плановой санации грыж разнятся более чем в 20 раз – от 0,2 до 4,1 на 1000 чел. Так, например, в Глушковском районе этот показатель составляет 4,1 на 1000 жителей, Дмитриевском – 3,4, Пристенском и Касторенском – 2,5, Суджанском и Б. Солдатском – 2,3, Горшеченском – 2,1, Рыльском – 2,0 на 1000 чел. В то же время, этот показатель в Хомутовском районе – всего 0,2, Щигровском – 0,4, Мантуровском – 0,5, Кореневском, Коньшевском и Октябрьском района – 0,7 на 1000 жителей. Эта работа зависит от многих факторов: деятельности фельдшеров, врачей соматического профиля (педиатров, врачей общей практики, участковых терапевтов) по первичной выявляемости грыженосителей, умения и желания районного хирурга (заведующего хирургическим отделением) организовать плано и ритмично этот процесс, при этом необходимо терпеливо и доходчиво убедить каждого пациента в необходимости плановой операции. Эффективность этой работы определяется также укомплектованностью ЦРБ анестезиологами и хирургами, условиями пребывания больных в стационаре, отношением к этим пациентам со стороны врачей и среднего медицинского персонала, характером обезболивания, количеством плановых грыжесечений, выполняемых ежегодно, применением современных методов эндопротезирования грыж, микроклиматом в хирургическом стационаре и т. д. Одним из важнейших показателей эффективности плановой санации грыж является отношение количества плановых операций к числу экстренных грыжесечений по поводу ущемленных грыж. По данным зарубежной и отечественной литературы, оно должно быть 10:1 - 15:1. Этот показатель в целом по нашему региону составляет 7:1 (2053:289), по районам области – 14:1. В 6 районах (из 28) за минувший год не было ни одной ущемленной грыжи, в 9 территориях соотношение между плановыми и экстренными грыжесечениями гораздо лучше рекомендованного (15:1) и среднего для районов области (14:1). Так, например, в Глушковском районе соотношение между плановыми грыжесечениями и ущемленными грыжами равно 85:0, Суджанском – 60:0, Пристенском – 40:0, Курском – 26:1, Рыльском – 22:1, Золотухинском – 21:1, Беловском – 20:1, Черемисиновском – 19:0. В то же время, в 4 сельских районах это соотношение в 5-7 раз хуже рекомендованного и колеблется от 2:1 до 3:1: Хомутовском – 2:1, Мантуровском – 2:1, Тимском – 3:1, Поньровском – 3:1. Это свидетельствует о недостаточной организационной работе некоторых районных хирургов, отсутствии слаженности и целенаправленности в деятельности догоспитального звена и стационара. Таким образом, важнейшим критерием организаторской деятельности районных хирургов (и общего уровня организации здравоохранения сельского района) являются темпы плановой санации грыж передней брюшной стенки, как основного пути профилактики осложнений грыж. Эта работа проводится в районах области крайне неравномерно и требует упорядочения и значительной активизации как на уровне каждого района, так и в целом по региону.

335. Опыт лечения острого деструктивного панкреатита

Васильев В.В., Савенко Е.Н., Гладких В.Н., Гриднева И.В., Квачкова З.О

Нововоронеж

ФГБУЗ «МСЧ № 33» ФМБА России

Не смотря на многолетние исследования и внедрение различных методик диагностики и лечения, острый деструктивный панкреатит сохраняет свое лидирующее место в структуре заболеваемости и летальности хирургических больных, госпитализируемых по не отложным показаниям. С 2005 по 2014г. в хирургическое отделение поступило 420 больных с диагнозом острый панкреатит, что составило 26,5% больных, госпитализированных по экстренным показаниям. Поздняя госпитализация (позже 24 часов от момента заболевания) составила 49,3%. При поступлении больных в стационар проводилось исследование и лечение согласно утвержденных стандартов. В обязательном порядке, для коррекции тактики лечения, на 10-14 сутки выполнялось КТ с контрастированием. В 66 случаях (15,7%) консервативная терапия оказалась не эффективной, больным выполнено хирургическое вмешательство. Средний возраст оперированных больных составил 54 года. Лиц старше 70 лет было 16,7%. Лиц мужского пола прооперировано 75,8%. Послеоперационная летальность составила 24,2%. В 43,9% случаев выполнена санационная лапароскопия. При выявлении выраженного забрюшинного компонента воспаления проводилась конверсия на лапаротомию, во время которой производилась марсупиализация железы или сквозное дренирование сальниковой сумки с обязательным вскрытием капсулы железы. Процент конверсий составил 41,4%. Послеоперационная летальность наступила у больных старческого возраста, при нарастании полиорганной недостаточности, на фоне тяжелой сопутствующей патологии или лиц работоспособного возраста на фоне продолжающейся секвестрации железы и развитии массивного аррозивного кровотечения. Летальности при малоинвазивных вмешательствах не наблюдалось. Считаем целесообразным проведение динамического УЗИ контроля за состоянием железы и брюшной полости. Наличие жидкостного компонента требует выполнения санационной лапароскопии. Выполнение сквозного дренирования сальниковой сумки менее травматично для ткани поджелудочной железы и обеспечивает достаточный объем санации и удаления отторгнувшихся секвестров.

---

336. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА В ГАРНИЗОННОМ ГОСПИТАЛЕ.

С.А. Рябец, Н.А. Рябцев, Г.И. Майорова, Д.В. Гальцев

Тамбов

Филиал № 9 ФГКУ "1586 ВКГ" МО РФ

**АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ:** Острый аппендицит, в ряде случаев, представляет определенные трудности для диагностики, а послеоперационные осложнения и летальность при традиционном лечении остаются на стабильных цифрах и не имеют тенденции к снижению. **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В хирургическом отделении Тамбовского гарнизонного госпиталя с февраля 2010 года по февраль 2015 года выполнено 129 аппендэктомий. 48 пациентам в предоперационном периоде выполнялось УЗ-исследование брюшной полости. В 45(93,4%) случаях был диагностирован деструктивный аппендицит, что в последующем было подтверждено интраоперационно и гистологически. 43 пациентам (33,3% от общего числа аппендэктомий) в нашем отделении была выполнена лапароскопическая аппендэктомия. Все оперированные пациенты были мужского пола возрастом от 18 до 63 лет. Средний возраст пациентов составил 24,7 года. Время операции в среднем составило 65 минут (от 1ч 40м до 35 минут). В последнее время при типичной локализации и неосложненном течении время операции не превышает 40 минут. Лапароскопическую аппендэктомию мы

выполняем через проколы в 3 точках: над пупком – порт 10 мм для камеры, в левой подвздошной области – порт 10 мм и в надлобковой области – порт – 5 мм – для рабочих инструментов. При необходимости триангуляции, камера может размещаться в левой подвздошной области, а рабочие инструменты в надлобковой и околопупочной областях. Левая рука пациента приведена к туловищу. Оперирующий хирург и ассистент располагаются слева от пациента: хирург - у ног, ассистент - у головы. Операционная сестра располагается справа у ног пациента. Монитор расположен справа у головы. Считаю данный способ расстановки троакаров и членов операционной бригады наиболее удобным. Брыжейку отростка мобилизуем, как правило, с помощью биполярной коагуляции в режиме EndoSeal (аналогичном LigaSure). На культе отростка оставляем два экстракорпоральных узла из викрила 2,0, слизистую культи отростка коагулируем монополярным электродом. Средний послеоперационный койко-день составил  $6 \pm 1$  суток. В послеоперационном периоде осложнений, летальных исходов не было. Конверсия осуществлена в 3(6,9%) случаях, была обусловлена сложностью визуализации и выделения отростка при его ретроцекальном, ретроперитонеальном расположении. Хотелось бы отметить, что обязательное выполнение вмешательства лапароскопически мы не считаем самоцелью. В каждом конкретном случае вопрос конверсии решается индивидуально, в пользу пациента. Однако, даже при переходе на открытую операцию, лапароскопия позволяет сориентироваться и выполнить открытое вмешательство через меньший доступ. **ВЫВОДЫ.** УЗ-исследование брюшной полости при подозрении на острый аппендицит является недорогим информативным неинвазивным методом диагностики. Его выполнение, на наш взгляд, необходимо включать в диагностические алгоритмы в гарнизонных госпиталях. Считаю выполнение лапароскопической аппендэктомии в условиях гарнизонного госпиталя возможным и безопасным при наличии соответствующего оборудования и подготовленных специалистов. Проведение лапароскопической аппендэктомии позволяет значительно сократить период реабилитации у военнослужащих. На наш взгляд, необходимо стремиться к более широкому применению данной методики в гарнизонных госпиталях.

---

337. Аномалии пузырного протока при желчнокаменной болезни.

Ревякин В.И., Смирнов Е.С., Матвеев М.О., Кадеев Д.С.

Москва

ГКБ №1 им. Н.И.Пирогова

К настоящему времени на основании патологоанатомических и интраоперационных исследований описано около 20 вариантов отклонений строения пузырного протока от анатомической нормы. В то же время именно в них ряд авторов видят главную причину камнеобразования, постхолецистэктомического синдрома, повреждений гепатикохоледоха во время операции и бескаменного холецистита. В течение последних 4 лет в ГКБ №1 им. Н.И.Пирогова по поводу различных осложнений желчнокаменной болезни в обследовании 673 больных был использован рентгеноэндоскопический метод (РЭМ). Рентгенологическая информация о состоянии пузырного протока была получена в 39,2% случаев, при этом отклонения в его строении диагностированы у 177 (66,7%) больных. Так, у 124 из них пузырный проток открывался в гепатикохоледох ниже обычного: на протяжении средней трети - 17,4%, на границе средней и нижней трети гепатикохоледоха в 13,7% наблюдений, чаще всего, на протяжении нижней трети слияние протоков отмечено у 37% больных, тогда как впадение пузырного протока непосредственно в ампулу большого дуоденального соска двенадцатиперстной кишки (БСДК) выявлено только в 3% случаев. Исследование закономерностей расположения пузырного протока по отношению к гепатикохоледоху показало, что наиболее часто (43,6%) пузырный проток открывался во внутреннюю стенку гепатикохоледоха, был расположен параллельно или спиралевидно, обходя спереди или сзади. При этом длина пузырного протока возрастала с 5 см до 15 см. У 42 больных топические изменения были менее значительными: у 13,2% из них пузырный проток открывался в переднюю стенку гепатикохоледоха, у 9,1% - в передне-медиальную и у 1,7% - в заднюю стенку. У 3 пациентов пузырный проток был значительно короче обычного и открывался непосредственно в правый долевого протока. Таким образом, аномалии пузырного протока разнообразны, носят сочетанный характер, когда одновременно диагностируются несколько отклонений в его строении:



патологическая локализация слияния протоков, увеличение или уменьшение протяженности пузырного протока, изменение его расположение по отношению к гепатикохоледоху. Наш опыт показывает, что отклонения строения пузырного протока убедительно диагностируются только методами прямого контрастирования.

---

338. Наш опыт эндоскопической ультрасонографии в диагностике и лечении заболеваний поджелудочной железы.

Ревякин В.И., Василенко К.В, Глотов А.А., Матвеев М.О., Кадеев Д.С.

Москва

ГКБ №1 им. Н.И.Пирогова

В отдельных клиниках эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) занимает значительное место в диагностике заболеваний поджелудочной железы, однако эффективность метода находится в широких пределах от 77% до 99%. В ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова проведен ретроспективный анализ результатов лечения 97 пациентов, находившихся на лечении в период с 2012-2013 г.г. Среди них мужчин было 55, женщин – 42, в возрасте от 32 до 80 лет. Исследование выполнялось по поводу опухолевых и неопухолевых заболеваний поджелудочной железы. С целью определения диагностической эффективности, окончательный диагноз, установленный на основании результатов УЗИ, МРТ, КТ, ЭРХГ сопоставлялся с результатами Эндоузи, дополненной тонкоигольной цитобиопсией. В результате проведенного обследования рак поджелудочной железы диагностирован у 53 пациентов. Хронический панкреатит диагностирован у 30, причем у 15 из них в сочетании с кистозными образованиями. В результате совпадение диагноза, установленного на основании Эндоузи и окончательного отмечено у 85.6% пациентов. Чаще всего забор материала производился одновременно для гистологического и цитологического исследований, в ряде случаев только для гистологического или только цитологического. В целом материал для цитологического изучения был получен в 62 наблюдениях, гистологического – в 56. Морфологические результаты представлены в большинстве случаев аденокарциномой различной степени дифференцированности, кроме того в 1 случае выявлен карциноид, еще в 1 - почечноклеточный светлоклеточный рак, кроме того у одного из пациентов была диагностирована аденома, IPMN в 1 из наблюдений и муцинозная аденокарцинома у 2 пациентов. От попыток забора материала отказались из-за наличия крупных сосудов в области интереса, что повышало риск их ранения и последующего кровотечения у 3 больных. В 37% случаев цитологическое и гистологическое исследование были не информативны из-за недостатка материала полученного при тонкоигольной цитобиопсии. Параллельно с диагностикой в 17 наблюдениях применялось ЭУС-ассистированное дренирование или аспирация жидкостных образований. Внутреннее дренирование иглой Джованнини 8Fr проведено в 4 случаях, причем размеры образований составляли от 76мм до 135мм. В 2 случаях киста была пунктирована и в результате динамического УЗИ контроля произошло значительное уменьшение размеров. Все пациенты выписаны с выраженным клиническим улучшением. К относительным противопоказаниям относили: наличие толстой стенки, повышенная вязкость содержимого кисты, наличие сосудов крупного калибра, значительное расстояние от желудка и многокамерность кисты. Осложнения пункций диагностированы у 6,18 % больных, наиболее тяжелым, потребовавшим лапаротомии было внутрибрюшное кровотечение, в остальных случаях выявлялся болевой синдром с амилаземией, купировавшиеся назначением антисекреторной терапии. Таким образом, эндоузи может успешно применяться для диагностики и лечения опухолевых и неопухолевых заболеваний поджелудочной железы.

---

339. Сравнительная характеристика различных техник формирования межкишечных анастомозов в эксперименте.

Костырной А.В., Резанов П.А.

Симферополь

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского

Актуальность: несмотря на стремительное развитие хирургии в последние десятилетия, доля осложнений в хирургии желудочно-кишечного тракта остается достаточно высокой. Самым частым показанием к релапаротомии является такое грозное осложнение как несостоятельность швов - 24,5% среди всех причин релапаротомии [И.Г. Жук и соав., 2010]. Данное осложнение наблюдается в 1,5-3% случаев при операциях на желудке и двенадцатиперстной кишке, в 2,8-8,7% при операциях на тонкой кишке и в 8-10% с колебаниями от 1,5 до 69,2% и летальностью 14,4% случаев при операциях на толстой кишке. В среднем частота данного осложнения при операциях на органах желудочно-кишечного тракта колеблется от 3 до 54%. [Н.В. Антипов и соав., 2011]. Данный факт определяет необходимость разработки и исследования новых способов формирования кишечных анастомозов с целью улучшения заживления кишечных швов и профилактики их несостоятельности. Цель: оценить в эксперименте преимущества и недостатки различной техники формирования межкишечных анастомозов, сравнить с авторскими методиками формирования кишечных анастомозов. Материал и методы: Эксперимент проведен на 15 кроликах в соответствии с Правилами проведения работ с использованием лабораторных животных. Животным под тотальной внутривенной анестезией формировались межкишечные анастомозы с использованием трех видов шва: двухрядный шов Ламбера-Альберта; авторский однорядный узловый (Патент Украины №88732 от 25.03.14); и однорядный непрерывный прецизионный шов (Патент Украины №32940 от 10.06.08). Результаты: животные выводились из эксперимента в сроки 3, 5, 7, 14 и 30 суток. Погибло одно животное (6,67%), у которого на 7-е сутки после формирования толстокишечного анастомоза двухрядным непрерывным швом развилась клиника толстокишечной непроходимости на уровне анастомоза вследствие его стенозирования. У двух животных (13,33%), выведенных из эксперимента на 5-е и 7-е сутки, выявлена несостоятельность анастомозов, приведшая к формированию абсцессов. В обоих случаях использована однорядная узловая техника формирования анастомозов. Не зарегистрированы осложнения в случае наложения непрерывного однорядного прецизионного шва. Макроскопическая оценка показала, что двухрядные анастомозы отличались выраженной грубостью, значительно деформировали кишечную трубку на всех сроках наблюдения. Прецизионные же швы в этом отношении показали наилучшие результаты, заживали первичным натяжением без образования рубца из грубой соединительной ткани и на сроках 14 и 30 суток были практически неразличимы с интактной кишкой. При этом отсутствовали анастомозиты, стенозы и гнойные осложнения. Выводы: наилучшие результаты на всех сроках эксперимента получены в случае применения однорядного непрерывного прецизионного шва анастомоза, что позволяет рекомендовать данную технику анастомозирования в широкую клиническую практику.

---

340. Осложнения ущемленных грыж передней брюшной стенки

Зверева Е.А., Исаев А.В., Архаров А.В., Глабай В.П.

Москва

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Профилактическое оперирование грыж передней брюшной стенки незначительно снизило число больных с ущемленной грыжей и осложнениями ее кишечной непроходимостью, флегмоной грыжевого мешка и

кишечными свищами. За последние 10 лет в клинике оперировано 527 больных различными ущемленными грыжами. При этом в 38 случаях выявлены осложнения ущемленных грыж. Из них у 30 больных диагностирована кишечная непроходимость, в 16 наблюдениях выполнена резекция тонкой кишки и в 1 колэктомия. Из этой группы у 7 больных произведена аллопластика, у 4 декомпрессивное ушивание раны. У 4 больных обнаружена флегмона грыжевого мешка, в 1 случае с развитием множественных несформированных тонкокишечных свищей. Еще у 4 больных имелись гигантские послеоперационные вентральные грыжи, осложненные несформированными тонкокишечными свищами. В рассматриваемой группе средний возраст был 66,7 лет. Послеоперационная вентральная грыжа диагностирована у 23, пупочная у 7, бедренная у 2, паховая у 6. Сроки грыженосительства от 3 до 23 лет. Полагаем, что в неотложной хирургии ущемленных грыж оправдано применение аллопластики. Подобный способ использован у 11 больных, в 7 наблюдениях сформировались неинфицированные скопления жидкости в подкожной клетчатке, разрешенные пункционным методом под контролем ультразвукового исследования. Нагноения и удаления имплантов не было. Декомпрессивное ушивание раны применено у 8 больных, нагноения имело место у 3. Из 38 больных с осложнениями ущемленных грыж умерло 2 (5,3%). Резюме: главная причина развития осложнений ущемленных грыж состоит в длительном их существовании по причине как отказа больных от плановой операции, так и хирургов ввиду преклонного возраста и наличия сопутствующих заболеваний.

---

341. Оценка отдельных аспектов работы хирургической службы центрального федерального округа.

Сажин В.П (1), Федоров А.В.(2)

Рязань, 2). Москва

1) Ряз. ГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2) Институт хирургии имени А.В. Вишневского

Проведён анализ работы хирургической службы Центрального Федерального округа (ЦФО) за 2011 -2014 годы. Обращает на себя внимание стабильные, на протяжении 4 лет, показатели работы всей хирургической службы. Обеспеченность населения койками (8,5-8,2 на 10 тыс. населения) и её функция (317-388 дней) в ЦФО изменялись незначительно. В то же время колебания первого показателя в регионах ЦФО наблюдали в диапазоне 5,7 -11,1 на 10 тыс. населения. За последние 3 года увеличился темп снижения коек с - 0,3% до - 8,0%. При этом уровень госпитализации вырос с 25,7 в 2013 году до 29,7 на 1000 больных в 2014 году, а простой койки уменьшился с 1,4 дней в 2011 году до 0,7 дней в 2014 году. С 2011 по 2014 год постоянно увеличивается количество операций с 340 тысяч до 377 тысяч, что обеспечило постоянный рост оперативной активности с 51% в 2011 году до 63% в 2014 году. Рост оперативной активности сопровождался снижением общей с 2,7% в 2012 до 2,4% и послеоперационной летальности с 2,1% до 1,9%. Послеоперационная летальность после плановых операций в 2014 году снизилась в 2 раза, с 1,7% до 0,6%. При экстренных абдоминальных заболеваниях оперативная активность достигает 97%, при прободной язве и ущемленной грыже и 99% при остром аппендиците. При язвенных гастродуоденальных кровотечениях и остром панкреатите оперативная активность стабильно остается на оптимальных показателях - 13,4% и 10,6% соответственно. Послеоперационная летальность при экстренных абдоминальных заболеваниях в 2014 году имела тенденцию к снижению и стабилизации. Внедрение в ЦФО новой статистической формы для сбора информации и проведения анализа работы позволило изучить эффективность работы регионов на уровне районных больниц. Предварительная оценка проведена в 334 хирургических отделениях. Коечный фонд этих отделений колеблется в диапазоне от 2 до 60 коек. По количеству коек, отделения разделили на 4 группы: в 1ю группу вошли 53 отделения (15,9%), имеющие от 2 до 10 коек, в 2ю группу вошли 74 отделения (22,2%), имеющие от 10 до 20 коек, в 3ю группу вошли 96 отделений (28,7%), имеющие от 20 до 29 коек, в 4 ю группу вошли 111 отделений (33,2%). При оценке эффективности обращают на себя внимание: низкая функция хирургической койки и оперативная активность. В хирургических отделениях, входящих в 1ю и 2ю группы функция хирургической койки колебалась от 162 до 300, а оперативная активность - от 0, 0,04% до 28%. Характерными особенностями работы хирургических отделений 1й и 2й групп являются: несоответствие штатных должностей врачей хирургов объемам медицинской помощи,

значительный дефицит физических лиц хирургов, отсутствие возможности организации оказания круглосуточной диагностической, хирургической и анестезиологической медицинской помощи. Указанные особенности работы маломощных хирургических отделений центральных районных больниц являются существенным препятствием для оказания эффективной плановой и экстренной хирургической помощи, для внедрения основных положений национальных клинических рекомендаций по хирургии. Более глубокое изучение причин слабой организации круглосуточной стационарной работы хирургических отделений в центральном федеральном округе может стать поводом для поиска путей совершенствования их работы с акцентом на стационарзамещающий вариант хирургической помощи.

#### 342. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПЕРФОРАЦИОННЫМ МЕДИАСТИНИТОМ

Столяров С.И., Григорьев В.Л.

Чебоксары

БУ "Республиканская клиническая больница"

Введение. Несмотря на последние достижения в торакальной хирургии, интенсивной терапии, иммунологии, разработку новых антибактериальных препаратов, результаты лечения острого перфорационного медиастинита (ОПМ) нельзя признать успешными. Смертность при перфорациях пищевода, осложненных гнойным медиастинитом, достигает 40,9 – 80%. В последние годы отмечается рост количества ОПМ и в структуре всех медиастинитов они составляют 67 – 84%. Ведущее место (до 52,5 – 80,6%) в структуре повреждений пищевода занимают ятрогенные травмы. Хирургический метод является основным при лечении больных с ОПМ. Наряду с хирургическими методами широко используются и эфферентные методы детоксикации – гемосорбция, лимфосорбция, плазмаферез, гемофильтрация и др. Но перечисленные методы наряду с достоинствами имеют и серьезные недостатки, при них используется дорогостоящее оборудование. В последние годы в интенсивной терапии эндотоксикоза накоплен положительный опыт применения непрямой электрохимической детоксикации крови и плазмы с использованием гипохлорита натрия. Цель исследования. Оценить клиническую эффективность применения гипохлорита натрия в комплексном лечении больных с ОПМ в послеоперационном периоде. Материалы и методы. За период 1984 – 2013 г.г. в БУ «Республиканская клиническая больница» МЗ и СР Чувашской Республики находилось на лечении 72 больных (20 женщины и 52 мужчины) с ОПМ в возрасте от 19 до 74 лет (средний возраст 47,1±1,2 года). Причины повреждений пищевода были следующими: ятрогенные повреждения – 24(33,3%); инородные тела – 24(33,3%); спонтанный разрыв – 20(27,8%); ножевое ранение – 3(4,2%), перфорация язвы – 1(1,4%). Ятрогенные повреждения пищевода наблюдались (n=24) при бужировании рубцово-измененного пищевода – 13, диагностической фиброэзофагогастроскопии – 3, интубации трахеи – 3, ригидной эзофагоскопии – 3, пневматической кардиодилатации – 1, попытке извлечения инородного тела пищевода гортанными щипцами без рентгенологического контроля – 1. Сроки поступления больных с момента начала заболевания от 0,3 до 11 суток (в среднем 3,1±0,2 дня). У всех имелась II и III степень эндотоксикоза. После проведения предоперационной подготовки в условиях реанимационного отделения в течение 2-4 часов все больные оперированы. Острый гнойный медиастинит по распространенности наблюдался: задний верхний – 27, задний нижний - 20, задний тотальный - 13, передний и задний тотальный – 8, передний и задний верхний – 4. В зависимости от комплекса лечебных мероприятий в послеоперационном периоде больные разделены на 2 группы. I – контрольная (n=41), получавшие традиционную послеоперационную терапию (антибиотики, инфузионно-трансфузионная терапия, сердечно-сосудистые средства, препараты улучшающие микроциркуляцию и метаболизм, иммунные препараты). II – основная (n=31), помимо традиционной терапии в комплексном лечении больных применялся раствор гипохлорита натрия (NaClO). Инфузию NaClO осуществляли в центральные вены со скоростью 50-70 капель в минуту. Концентрация NaClO была не выше 600 мг/л, объем инфузии NaClO не превышал 1/10 ОЦК за один сеанс. В среднем проводилось 4-5 сеансов в послеоперационном периоде. Раствор NaClO в концентрации 900-1200 мг/л использовался для промывания гнойных полостей в средостении через дренажи. Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде всего умерло 14

больных( общая летальность 19,4%). В контрольной группе умерло 10 (24,4%). Причинами смерти больных в контрольной группе явились: 1) прогрессирующее гнойное перитонит, сепсис, у 5; 2) перфорация острой стресс-язвы желудка, разлитой гнойный перитонит у 1; 3) аррозийное кровотечение из аорты у 3; 4) аррозийное кровотечение из сосудов пищевода у 1. В основной группе летальность составила 12,9% (n=4). Причины летальных исходов: 1) аррозийное кровотечение из нисходящей аорты – 1; 2) массивная тромбоэмболия легочных артерий – 1; 3) сепсис, гнойный менингит – 1; 4) аррозийное кровотечение из магистральных сосудов шеи – 1. Средняя продолжительность пребывания в стационаре среди выживших пациентов основной группы(n=27) составила 47,3±3,0 койко-дня (в отделении реанимации и интенсивной терапии – 7,5±0,5 койко-дня), в контрольной группе(n=31) – 51,8±2,1 койко-дня ( 9,2±0,6 койко-дня). Средняя длительность лихорадки в основной группе составила 17,5±1,1 дня, в контрольной – 18,6±0,9. Фебрильная лихорадка у пациентов контрольной группы в среднем наблюдалась 4,7±0,6 дня, основной – 3,8±0,4. Выводы. 1. Основными причинами острого перфорационного медиастинита являются повреждения пищевода инородными телами и ятрогенные при медицинских манипуляциях и обследованиях. 2. Использование гипохлорита натрия в послеоперационном периоде наряду с традиционной терапией у больных с острым перфорационным медиастинитом позволяет снизить летальность, сократить сроки средней продолжительности пребывания пациентов в стационаре и в отделении реанимации и интенсивной терапии.

### 343.Результаты лечения пациентов с острой кишечной непроходимостью опухолевого генеза

М.К.Абдулжалилов, М.Р.Иманалиев, Г.А.Абдулмеджидов, А.М.Абдулжалилов, А-К.Г.Гусейнов, М.А.Магомедов, У.М.Абдуллаев, Р.Р.Рамазанов.

Махачкала

ГБУ "РБ№2-ЦСЭМП"

Опухолевая толстокишечная непроходимость за последние годы имеет тенденцию к распространению. Причиной тому считаем отсутствие планового полноценного обследования пациентов с хроническими заболеваниями толстой кишки для исключения онкопатологии ободочной кишки, а также отсутствие должного диспансерного наблюдения за ними. Цель исследования – изучить результаты лечения пациентов с опухолевой толстокишечной непроходимостью и разработать комплекс мероприятий по профилактике послеоперационных осложнений и снижению летальности. Материал и методы. В работе представлен анализ результатов хирургического лечения 85 пациентов с опухолевой острой толстокишечной непроходимостью. Все пациенты были госпитализированы в экстренном порядке с клинической картиной острой кишечной непроходимости. Из них мужчин было 34(40,0%), женщин – 51(60,0%). По возрасту и полу пациенты распределились следующим образом: до 40 лет – мужчина 1(25,0%), женщин – 3(75,0%), с 41 до 60 лет – мужчин - 13(41,9%), женщин – 18(58,1%), с 61 до 80 лет – мужчин – 19(47,5%), женщин – 21(52,5%), старше 80 лет – мужчина - 1(10,0%), женщин – 9(90,0%). Во возрастных группах преобладают женщины, до 40 лет в 3 раза, с 41 до 60 лет – на 16,2%, с 61 до 80 лет – на 5,0%, а в возрасте старше 80 лет – в 9 раз. По локализации опухоли пациенты распределились следующим образом: сигмовидная кишка – 40(47,1%), поперечно-ободочная - 15(17,7%), слепая – 8(9,4%), восходящая ободочная кишка – 6(7,1%), ректосигмоидный отдел – 7(8,2%), прямая кишка – 4(4,7%), селезеночный угол – 2(2,4%), нисходящая ободочная кишка – 2(2,4%), печеночный угол -1(1,2%). Таким образом, больше всего (40 – 47,1%) составили пациенты в возрасте от 61 до 80 лет, а по локализации опухоли - сигмовидная кишка (40 – 47,1%). Все пациенты обратились за медицинской помощью позже 24 часов после начала заболевания. В городской местности проживали 60(70,6% пациентов, в сельской – 25(29,4%). При госпитализации всем пациентам выполняли обзорную рентгенографию брюшной полости на наличие чаш Клойбера, УЗИ органов брюшной полости на наличие выпота и метастазов, увеличенных лимфоузлов, а также анализы крови и мочи. С целью верификации локализации опухоли выполняли экстренную ирригографию т.к. до 2015г. в клинике не было условий для колоноскопии. Пациентам без тяжелой сопутствующей патологии после всесторонней предоперационной подготовки выполняли радикальные оперативные вмешательства. При правосторонней

локализации опухоли выполняли правостороннюю гемиколэктомию с первичным илеотрансверзоанастомозом «конец в конец» или «бок в бок» по выбору оперирующего хирурга. При диагностировании опухоли поперечно-ободочной кишки выполняли ее обструктивную резекцию. При локализации опухоли в левой половине толстой кишки выполняли обструктивную гемиколэктомию слева. При локализации стенозирующей опухоли в сигмовидной кишке выполняли операцию Гартмана. При локализации опухоли в прямой кишке для ликвидации кишечной непроходимости выводили петлевую сигмостому. Результаты. 30 пациентам толстокишечный анастомоз формировали двухрядными швами и снаружи шовную линию укрывали прядью большого сальника по способу А.А.Запорожца. В этой группе пациентов мы наблюдали формирование воспалительного инфильтрата в области анастомоза и клиники кишечной непроходимости, у 5(16,7%) из которых развилась несостоятельность швов. Наши экспериментальные исследования показали, что в условиях инфицирования брюшной полости при укрытии швной линии прядью большого сальника, под последним формируется замкнутое инфицированное пространство, которое поддерживает воспалительный процесс не только в ткани большого сальника, но и по ходу швной линии. Воспалительный процесс под прядью большого сальника способствовал формированию под трансплантатом микроабсцессов или скоплению воспалительного экссудата, длительному анастомозиту, сужению просвета анастомоза с ухудшением проходимости по нему. В результате анализа всех случаев несостоятельности швов анастомоза мы выделили три типа клинического течения этого осложнения: а) с развитием несостоятельности швов и перитонита (перфоративный тип); б) с формированием воспалительного инфильтрата и кишечной непроходимости (илеусный тип); в) с формированием толстокишечного свища (свищевой тип). В связи с неудовлетворительными результатами лечения данной группы пациентов мы в эксперименте разработали, затем внедрили в клинику новый способ оментопластики анастомоза - краевая оментопластика (патент РФ №2177267), сущность которой заключалась в создании «окна» в лоскуте большого сальника с сосудистой ножкой. Внутренний диаметр «окна» должен был соответствовать наружному диаметру приводящей петли, так как он больше диаметра отводящей. До начала формирования анастомоза «окно» надевали на приводящую петлю, формировали анастомоз, затем «окно» сдвигали на шовную линию анастомоза и его край подшивали оставленными не отсеченными нитями наружного ряда швов по периметру анастомоза. При этом под лоскутом большого сальника не формировалось замкнутое инфицированное пространство. После краевой оментопластики анастомоз заживал без какого-либо воспалительного вала по швной линии и без каких-либо признаков анастомозита или кишечной непроходимости, а при развитии угрозы несостоятельности, повышении физической или биологической проницаемости анастомоза, большой сальник закрывал дефект до развития осложнения. Кроме того, последние 15 лет анастомозы полых органов желудочно-кишечного тракта мы формируем только однорядными швами. Среди этих 45 пациентов несостоятельность швов наблюдали лишь у 2 (4,4%) из них, т.е. частота этого осложнения снизилась почти в 3,8 раза. А за последние 5 лет не было ни одного случая несостоятельности швов анастомоза. 10 пациентов пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями были госпитализированы в клинику с толстокишечной непроходимостью более чем через неделю после начала заболевания в крайне тяжелом состоянии. Радикальные оперативные вмешательства, выполненные по жизненным показаниям, в данной группе пациентов завершились летальным исходом. В связи с этим мы стали выполнять двухэтапные операции, что способствовало улучшению результатов лечения. На первом этапе под местной анестезией проксимальнее локализации опухоли выводим декомпрессивную стому, затем после тщательного обследования и предоперационной подготовки выполняем радикальную операцию. Такая тактика позволила снизить частоту послеоперационных осложнений и летальности среди данной группы пациентов. Выводы: 1. Число пациентов с стенозирующими опухолями толстой кишки имеет тенденцию к росту. 2. Наиболее распространенной локализацией стенозирующей опухоли толстой кишки является сигмовидная кишка. 3. При правосторонней локализации стенозирующей опухоли считаем целесообразным выполнение правосторонней гемиколэктомии с формированием первичного илеотрансверзоанастомоза. 4. При левосторонней локализации опухоли показана обструктивная резекция кишки с удалением опухоли. 5. При локализации опухоли в прямой кишке необходимо вывести петлевую сигмостому для разрешения кишечной непроходимости как первый этап операции. 6. При госпитализации пациентов пожилого и старческого возраста с запущенной толстокишечной непроходимостью рекомендуем двухэтапные операции: вначале формировать проксимальную декомпрессивную стому, а в последующем после улучшения общего состояния, всестороннего обследования, уточнения локализации стенозирующей опухоли выполнять радикальное вмешательство. Наш опыт показал, что соблюдение этих условий позволяет улучшить результаты лечения пациентов с толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза.

#### 344. ПРОФИЛАКТИКА И ДИАГНОСТИКА РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С УЩЕМЛЕННЫМИ ГРЫЖАМИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

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

Самара

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра госпитальной хирургии

Одной из актуальных проблем современной герниологии является профилактика и ранняя диагностика раневых осложнений при хирургическом лечении больных с ущемленными грыжами брюшной стенки, частота которых по литературным данным составляет от 11% до 67%. Цель исследования - улучшение результатов хирургического лечения пациентов с ущемленными грыжами передней брюшной стенки путем использования комплекса мероприятий по профилактике и диагностике раневых осложнений. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 265 пациентов с ущемленными паховыми, пупочными и послеоперационными вентральными грыжами (ПВГ) находившихся на лечении в клинике госпитальной хирургии с 2008 по 2014 г., которые были разделены на основную (n=138) и контрольную (n=127) группы. Пациентам основной группы применялось низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ) и устройство для профилактики эвентрации (УДПЭ), внедренные в работу хирургического отделения с 2010 года. В контрольной группе НИЛИ и данное устройство не применялись. В свою очередь пациенты основной и контрольной групп, в зависимости от способа пластики были условно разделены на две подгруппы. Подгруппу «А» составили больные, которым выполнялись ненапряжные способы пластики, подгруппу «В» - традиционные способы пластики. В исследованных группах преобладали пациенты с ущемленной паховой грыжей – 112 (42,3%) и ПВГ – 87 (32,8%). Группы по основному заболеванию, полу и возрасту статистически сопоставимы. Помимо общепринятых стандартных методов исследования для оценки микроциркуляции в зоне пластики, выявления и прогнозирования развития в послеоперационном периоде (п/о) раневых гнойно-септических осложнений нами применялась компьютерная термография (КТГ). Эффективность применения НИЛИ подтверждалась цитологическими методами исследования раневого отделяемого на 1, 3, 5 сутки с помощью мазков-отпечатков по методике М. Покровского с окраской по Романовскому – Гимза. Интраоперационно нами выявлено, что преобладали пациенты – 150 (56,6%) с нежизнеспособным органом в грыжевом мешке, что явилось основанием для применения НИЛИ в качестве способа профилактики раневых осложнений. Пациентам, которым не проводилось дренирование подкожно - жировой клетчатки использовали чрескожный метод воздействия лазерного облучения, а при дренировании зоны пластики – дистантный, посредством гибкого моноволоконного световода с расфокусированным пучком световой энергией. Использовали аппарат «Креолка-32» (ООО фирмы «Техника - Про», Россия). Длина волны 630 нм, мощность 3мВт/см<sup>2</sup>, экспозиция 4-7 мин. Режим непрерывный. Курс лечения в среднем составил 6,0±2,0 суток. НИЛИ обладает проникающей способностью в ткани, улучшает лимфо- и гемодициркуляцию. Это усиливает репаративные процессы и ускоряет регенерацию тканей в зоне пластики. С целью уменьшения остаточной полости, уменьшения количества раневых п/о осложнений и профилактики рецидива грыжеобразования - у 30 (21,7%) пациентов основной группы нами применено устройство для профилактики эвентрации (патент РФ на полезную модель № 103462 от 28.04.2010), которое содержит: пластину из полимерного материала с отверстиями, препятствующая прорезыванию швов, съемную крышку с фиксаторами, позволяющая следить за состоянием раны. Через отверстия по краям пластины пропускаются концы П - образных швов, захватывающие наружные кожно – апоневротические слои брюшной стенки. Данное устройство снимали на 10– 12 сутки. Полученные результаты. Применение НИЛИ и УДПЭ у пациентов основной группы позволило снизить частоту развития местных инфекционных осложнений в зоне пластики, по сравнению с таковыми в контрольной группе, что составило 12,3% и 42,5%, соответственно (р

#### 345. ОСЛОЖНЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ.

Т.Г. Лунина, А.Г. Лунин

Симферополь

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

**Введение.** В настоящее время основным методом лечения послеоперационной вентральной грыжи является традиционная срединная лапаротомия. При этом остаётся много нерешённых вопросов, обусловленных отсутствием чётких показаний к наложению определённого типа шва. Как известно, разрезы по средней линии брюшной стенки ушиваются послойно и могут быть закрыты непрерывно или путём наложения единичных швов с различной длиной. Однако разнообразие методов ушивания раны не предотвращает возникновения в послеоперационном периоде основных осложнений – хирургической инфекции и, как следствие, рецидива грыжи. **Материалы и методы исследования.** Обследованные больные составили 62 пациента с послеоперационной вентральной грыжей, оперированных путём срединной лапаротомии. По типу наложенных швов они были разделены на 2 группы: 1 группа (30 больных) – с использованием малых единичных швов (от 0,5 до 1 см от края раны); 2 группа (32 больных) – с использованием больших единичных швов (до 1,5 см от края раны). Учитывались возраст, пол, вес и рост пациентов, и, непосредственно, время операции, общая длина швов, длина раны и количество швов. Среднее время операции составило до 2 часов и пациенты были распределены соответственно времени операции – до 120 минут и более 120 минут. Были выделены также пациенты с сахарным диабетом и ожирением. Рассчитывался индекс массы тела ( $ИМТ = \text{вес} / \text{рост}^2$ ) и избыточный вес был определён как  $ИМТ = 25$  и выше. **Результаты и обсуждение.** Хирургическая раневая инфекция выявлялась на 3-4-ой неделе послеоперационного периода. Последующее обследование больных на наличие рецидива послеоперационной вентральной грыжи проводилось спустя 12 месяцев. Послеоперационная грыжа определялась как любой пальпируемый дефект апоневроза или протрузия далее уровня апоневроза. По результатам проведенного исследования риск возникновения инфекции и рецидива грыжи был ниже при наложении малых единичных швов, чем при наложении больших единичных швов, которые применяли у пациентов с сахарным диабетом, имеющих риск инфицирования раны, и для укорочения длительности операции. Избыточный вес при малых швах не был связан с повышением риска местной хирургической инфекции, но играл роль при больших швах. Использование малых швов способствовало также снижению частоты возникновения рецидива грыжи. **Заключение.** Большие единичные швы, длительная операция и наличие местной хирургической инфекции являются непосредственными факторами риска возникновения раневой инфекции и рецидива послеоперационной вентральной грыжи. Ушивание ран малыми единичными швами значительно снижает риск возникновения осложнений в лечении послеоперационных вентральных грыж.

---

#### 346. ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ.

Т.Г. Лунина, А.Г. Лунин

Симферополь

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадско-го Медицинская академия имени С.И. Георгиевского», кафедра хирургии № 1

**Введение.** Несмотря на внедрение в клиническую практику новых технологий, лечение осложнённых форм послеоперационных вентральных грыж остаётся актуальной проблемой. Трудности лечения и



операционный риск резко возрастают у пожилых больных с сопутствующей абдоминальной патологией, требующей хирургического лечения; у больных с большими грыжами при небольших грыжевых воротах. Весьма дискуссионным является вопрос об использовании синтетических имплантатов у всех без исключения больных с осложнёнными формами послеоперационных вентральных грыж. Накопленный клинический опыт выявил достаточно серьёзные осложнения современной аллопластики. Гнойно-воспалительные осложнения и рецидивы при осложнённых формах послеоперационных вентральных грыж после аллопластики составляют соответственно 26,8% и 8-12%. Материалы и методы исследования. В данной работе анализируется опыт лечения 146 больных с осложнёнными формами послеоперационных вентральных грыж. Женщин было 86, мужчин – 60. Преобладали грыжи обширных и гигантских размеров, 62 больных – с R1-2. Особенностью исследования являлся индивидуальный подход к выбору метода пластики брюшной стенки. Из 146 больных аутопластические способы операций были применены у 82 пациентов (1 группа). У 64 больных (2 группа) – протезирующие операции. У большинства больных (92,4%) имелись сопутствующие заболевания сердца, лёгких, нарушения обменных процессов. В связи с чем при лечении осложнённых форм послеоперационных вентральных грыж, по нашему мнению, следует учитывать следующие факторы: наличие инфекции, сопутствующие заболевания брюшной полости, выраженный спаечный процесс в брюшной полости, ожирение. Результаты и обсуждение. Проведенные в ходе операций бактериологические исследования у 112 больных из 146 (76,7%) выявили наличие микрофлоры. Причём у 26 больных в крови и у 86 в брюшной полости после разделения спаек. У 49 больных в ходе операции был проведен тотальный энтеролизис, у остальных – частичное разделение спаек. Симультанные операции произведены у 82 больных (56,2%). При выборе доступа руководствовались принципами косметической хирургии. Удалялись соединительнотканые рубцы, излишки жировой ткани. Послеоперационный период у всех больных проходил в реанимационном отделении. Под контролем коагулограммы широко применялись антикоагулянты и антибиотики широкого спектра действия. Послеоперационные осложнения наблюдались у 18 больных (12,3%). Умерло 2 больных. В обоих случаях причиной смерти являлась тромбоэмболия лёгочной артерии. Отдалённые результаты изучены в течение 3-10 лет. В 1 группе рецидивы отмечены у 16 больных (10,9%). Во 2 группе – в 6 случаях (4,1%). Заключение. Таким образом, выбор метода герниопластики при осложнённых формах послеоперационных вентральных грыж зависит от конкретной клинической ситуации: размеров грыжи, количества рецидивов, наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний.

---

347. Уровень интраабдоминальной гипертензии, концентрация цитокинов и опухолевых маркеров при обтурационной толстокишечной непроходимости.

Рыбачков В.В., Быков А.С., Коровкин Д.В., Маслов Е.В.

Ярославль

ЯГМУ

Цель исследования. Изучить уровень интраабдоминальной гипертензии, цитокинов и опухолевых маркеров в плазме крови при данной патологии и их изменение в послеоперационном периоде в зависимости от сроков и объема оперативного пособия. Материал и методы. 305 больных с обтурационной толстокишечной непроходимостью, лица старше 60 лет более 80%. Локализация опухолей: левая половина ободочной кишки - 72,4%, правая половина - 17,1%, поперечно ободочная кишка - 10,5%. По гистологическим данным преобладала умеренно-дифференцированная аденокарцинома (65,2%). Оперативные вмешательства по экстренным показаниям с удалением опухоли выполнены в 37,1% наблюдений. Разрешение кишечной непроходимости без удаления опухоли – в 42,3%. В 20,6% наблюдений кишечная непроходимость разрешена консервативно и больные оперированы в плановом порядке. Результаты. Анализ клинических данных показал, что с прогрессированием кишечной непроходимости в 58,4% случаев развивалась системная воспалительная реакция (SIRS) и в 22,6% синдром полиорганной недостаточности (ПОН). Данные изменения, по мере декомпенсации кишечной непроходимости, сопровождались нарастанием на 21,2% – 40,4% уровня внутрибрюшного давления и концентрации провоспалительных ИЛ-8 и фактора

некроза опухоли (TNF $\alpha$ ), которая превышала аналогичные показатели при компенсированной степени на 29,4% и 82% (p

---

348. Хирургическое лечение пациентов желчнокаменной болезнью на современном этапе.

Алибегов Р.А., Касумьян С.А., Алимов А.В., Сергеев О.А., Жвितिашвили И.Д., Прохоренко Т.И., Ефимов И.А.

Смоленск

Алибегов Р.А. (1), Касумьян С.А. (1), Алимов А.В. (2), Сергеев О.А. (1), Жвितिашвили И.Д. (2), Прохоренко Т.И. (2), Ефимов И.А. (2). 1) Смоленский государственный медицинский университет, 2) ОГБУЗ «Клиническая больница №1».

Современные лапароскопические технологии в хирургии в совокупности с навыками оператора позволяют расширить спектр вмешательств у пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), в том числе при осложненном ее течении. Цель: улучшить переносимость хирургического лечения пациентов ЖКБ за счет широкого внедрения лапароскопических технологий. Материалы и методы: анализируются результаты хирургического лечения пациентов ЖКБ с 2012 по 2014 гг. с использованием лапароскопических технологий. Всего выполнено n=358 эндоскопических вмешательств, из них 306 лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ) и 52 эндоскопических папиллосфинктеротомий. Среди лапароскопически оперированных пациентов преобладали женщины – 82% (251), мужчины - 18 % (55). Средний возраст составил 54,5 $\pm$ 5,7 лет. Стандартная ЛХЭ n=268, однопортовая ЛХЭ при помощи SILS (Single Incision Laparoscopic Surgery) Port Covidien n=26, лапароскопическая холангиоскопия с холедохолитотомией и дренированием холедоха по Керу n=9, формирование лапароскопического холедоходуоденоанастомоза n=3. В 69,3% (212) случаях выполнялась плановое хирургическое пособие, в 30,7% (94) срочные оперативные вмешательства. В этой категории пациентов в 91,5% (86) случаях отмечался флегмонозный холецистит, в 8,5% (8) – гангренозный. В 14 случаях выполнялись симультанные операции: 2 ЛХЭ и иссечение кист печени, в 12 случаях ЛХЭ и пупочная герниопластика. Результаты: летальность отсутствовала. Тринадцать конверсий (4,2%). Послеоперационные осложнения встречались в 7,2% (22) случаях. Повреждение гепатикохоледоха – 0,3% (1), гемобилома – 1,3% (4), желчеистечение по улавливающему дренажу – 1,3% (4), нагноение троакарной раны – 2,6% (8), пневмония – 1,6% (5). Повторное вмешательство потребовалось в одном случае при повреждении общего печеночного протока, была выполнена пластика долевых протоков с формированием бигепатикоюноанастомоза. Выводы: внедрение современных лапароскопических и видеоэндоскопических технологий в лечении пациентов ЖКБ и ее осложнений позволяет улучшить переносимость хирургического лечения, снижает травматичность особенно при необходимости вмешательства на внепеченочных желчных протоках и выполнении симультанных операций.

---

349. Лапароскопическая холецистэктомия из единого доступа.

Алибегов Р.А., Касумьян С.А., Сергеев О.А., Жвितिашвили И.Д., Прохоренко Т.И., Ефимов И.А.

Смоленск

Алибегов Р.А. (2), Касумьян С.А. (1), Сергеев О.А. (1), Жвितिашвили И.Д. (2), Прохоренко Т.И. (2), Ефимов И.А. (2).1) Смоленский государственный медицинский университет, 2) ОГБУЗ «Клиническая больница №1».

Современные достижения лапароскопической хирургии в совокупности с навыками оператора позволяют выполнять холецистэктомию из одного минимального разреза с меньшей хирургической травмой брюшной стенки и наилучшими косметическими результатами. Цель исследования: улучшить переносимость лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) и повысить комплаэнтность пациентов к хирургическому лечению в целом используя методику Single-access laparoscopic cholecystectomy (SALC). Материалы и методы: с 2012 г. внедрена в практику методика ЛХЭ с использованием единого порта фирмы Covidien, по такой методике выполнено 26 операций. Кроме того 12 ЛХЭ выполнено из одного доступа, но с использованием трех 5 мм портов. Тридцать восемь оперированных пациентов были женского пола. По поводу хронического калькулезного холецистита оперировано 32 пациентки, 6 – по поводу полипов желчного пузыря. Средний возраст составил  $42,5 \pm 5,7$  лет. В 6 случаях выполнялось simultанное хирургическое вмешательство ЛХЭ и пупочная герниопластика. Результаты: частота послеоперационных осложнений - 10,6% (4). Нагноение операционного доступа - 5,3% (2), желчеистечение по улавливающему дренажу – 5,3% (2). Тяжесть послеоперационных осложнений соответствовала I – II степени по классификации Clavien-Dindo. Медиана продолжительности операции  $84 \pm 11,5$  мин. Конверсий в лапаротомию не было, конверсия с дополнительным введением одного 5 мм троакара - 21,2% (8). В 7 случаях выполнялось перкутанное прошивание дна желчного пузыря (без введения лапароскопического порта). Выводы: ЛХЭ из единого доступа безопасный способ выполнения операции. По сравнению с классической ЛХЭ позволяет достичь лучших косметических результатов, однако требует определенных навыков от хирурга и дополнительных инструментов.

---

### 350. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Полвонов Ш.Б., Курбонов К.М., Назирбоев К.Р., Саъдуллоев Д.С.

Душанбе, Таджикистан

ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Введение. Среди различных форм механической кишечной непроходимости наиболее тяжелым и трудным для диагностики и лечения представляет пациенты с острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости (ОСТН). Вопросы ранней диагностики и лечения ОСТН требуют всестороннего дальнейшего изучения. Цель исследования – улучшение диагностики и хирургического лечения больных с ОСТН. Материал и методы. За последние 20 лет в клинике на лечение находилось 270 пациентов с ОСТН. Возраст больных составил от 18 до 74 лет. Мужчин было 160 (59%), женщин – 110 (41%). Из 270 больных у 120 (44,5%) имело место спаечная тонкокишечная непроходимость, у – 80 (29,5%) узлообразование, у – 40 (15%) инвагинация и у – 30 (11%) заворот тонкого кишечника. Наличие ОСТН установили на основании клинических, объективных данных, а также рентгенологического, ультразвукового исследования и видеолaparоскопии. Результаты. Комплексное рентгенологическое исследование позволило констатировать факт развившегося ОСТН у 48% больных, УЗИ в 84% случаев позволило в ранние сроки установить формирование ОСТН. Из 270 наблюдений ОСТН в 210 (78%) случаев для решения ОСТН были использованы традиционные открытые операции и в 32 (12%) наблюдениях производилось резекция тонкой кишки с формированием энтероэнтероанастомозов. Ранняя диагностика ОСТН позволило в 60 наблюдениях выполнять видеолaparоскопические технологии, которые в 15 наблюдениях трансформировались в конверсию, а в 45 (16,5%) случаях в лечебное пособие. В послеоперационном периоде после традиционных вмешательств в 38 (14%) наблюдениях возникли осложнения с 18 (6,5%) летальными исходами, тогда как после эндовидеохирургических вмешательств эти показатели были 9 (3,2%) и 3 (1,1%) соответственно.

Закключение. Современные технологии позволяют в ранние сроки установить наличие ОСТН, а в ряде случаев и коррегировать непроходимость.

---

### 351. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ УЩЕМЛЕННЫЕ ГРЫЖИ ПОЯСНИЧНОЙ И БОКОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЖИВОТА

Курбонов К.М., Назирбоев К.Р., Максудов М.М., Факиров Х.З.

Душанбе, Таджикистан

ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Введение. Увеличение количества оперативных вмешательств на органах мочевыделительной системы, способствовало увеличению частоты послеоперационных поясничных (ППГ) и боковых грыж живота (ПБГ). Тяжелым и жизнеугрожающим осложнением ПППГ и ПБГ живота является ущемление, которое требует неотложного вмешательства. Цель исследования – улучшение диагностики и хирургического лечения ущемленных ПППГ и ПБГ живота. Материал и методы. Располагаем опытом лечения 84 пациентов с ущемлениями ПППГ и ПБГ живота. Мужчин было 51 (61%), женщин – 33 (39%). Возраст больных составило от 25 до 75 лет. Пациенты с ущемлениями ПППГ и ПБГ живота поступили в различные сроки от момента ущемления. В 38 (45%) наблюдениях пациенты поступили в сроки до 6 часов от момента ущемления. 27 (32%) от 6 до 12 часов и 19 (23%) в сроки более 12 часов от момента ущемления. Для диагностики ущемленных ПППГ и ПБГ живота, наряду с общеизвестными методами исследования эффективно использовали рентгенологическое и ультразвуковое исследования, а также по показаниям видеолaparоскопию. Результаты. В клинической картине заболевания доминировали болевой синдром (n=69), а также проявления признаков нарушения кишечного пассажа (n=48). При УЗИ устанавливали наличие содержимого грыжевого мешка, патологические жидкости и размеры грыжевых ворот в 54 (64%) наблюдениях. В 30 случаях для диагностики и выбора метода лечения эффективно использовали видеолaparоскопию, которая в 15 случаях трансформировалась в лечебное пособие. В 69 (81,5%) случаях для лечения ущемленных ПППГ и ПБГ живота выполняли различные варианты герниопластики. В 43 случаях после разрешения ущемления выполняли эндопротезирование грыжевых ворот, а в 26 (31,5%) – традиционные методики пластики с использованием местных тканей. В послеоперационном периоде гнойно – воспалительные осложнения наблюдались в 27 (32%) случаях, летальные исходы в 5 (6%). Заключение. Современные технологии позволяют эффективно диагностировать ущемление ПППГ и ПБГ живота, а в ряде случаев и коррегировать развившейся осложнения.

---

### 352. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ОЖОГОВЫХ РАН ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПЕКТИНОВЫХ ПЛЕНОК С ИММУНОМОДУЛЯТОРОМ АМИНОФТАЛГИДРАЗИДОМ

Шаблин Д.В.(1), Павленко С.Г.(1), Евглевский А.А.(1), Хатко З.Н. (2)

1)Краснодар, 2) Майкоп

Шаблин Д.В.(1), Павленко С.Г.(2), Евглевский А.А.(1), Хатко З.Н. (3) 1) КубГМУ, 2) КМИ, 3)ФГБОУ ВПО «МГТУ»

Введение. Длительно существующие раны остаются одной из существенных проблем здравоохранения. Перед практическими врачами встают большие трудности в лечении данного вида ран. Так, ожоговые раны у пожилых пациентов (старше 65 лет) заживают в среднем через 26 дней после травмы против 17 дней у молодых людей [5]. За последние полвека число препаратов для местного лечения существенно увеличилось. Относительно недавно в практике лечения ран и трофических язв стали применять раневые покрытия различного типа. В настоящее время в клинической практике используется более 300 видов раневых покрытий [1]. К сожалению, несмотря на то, что хронические раны были известны ещё врачам древности, до настоящего времени имеется неудовлетворённость результатами лечения больных с данной патологией и требует дальнейшего поиска наиболее оптимальных лекарственных воздействий. Цель исследования. Оценить эффективность лечения экспериментальных ожоговых ран пектиновыми пленками с аминофталгидразидом. Материалы и методы. Эксперимент проведен на 30 беспородных крысах. Обезболивание лабораторных крыс осуществляли по схеме: 3 мг золептила, 0,8 мг ксиланита, 0,02 мл - 0,1 % раствора атропина на 100 г веса животных. Для моделирования ожоговой раны использовался латунный цилиндр площадью рабочей поверхности 706 мм<sup>2</sup>, массой 300г, нагретый до 1000С в кипящей воде. После нагрева цилиндр извлекался из сосуда, удалялись остатки воды и прикладывался своей рабочей поверхностью к депилированной коже лабораторного животного с силой давления 3 Ньютона на 15 секунд (ожог IIIA ст.) и на 30 секунд (модель ожога IIIB ст.). Все животные разделены на три группы по 10 в каждой: 1 группа - 10 животных у которых раны заживали самостоятельно, 2 группа – 10 крыс (контроль) на ожоговые раны которых накладывали мазь «левомеколь» и 3-я группа – опытная (10 крыс) которым на раневые дефекты наносили пектиновые пленки с иммуномодулятором аминофталгидразидом. Пленки получены из промышленного и высокоочищенного пектина, выделенного из свекловичного жома по разработанной технологии (патент РФ № 2124848) на базе Майкопского государственного технологического университета [2, 3]. После отторжения ожогового струпа (14-18 день) на раны 1-й группы животных накладывали стерильную салфетку с 0,9% физиологическим раствором, 2-я группа получала лечение мазью «левомеколь», 3-я группа – пектиновые пленки с аминофталгидразидом. Смену препаратов делали через день, отмечали динамику эпителизации. На 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30 и 35-е сутки производили планиметрические исследования. Динамику уменьшения площади раны в ходе заживления оценивали в процентах по формуле:  $Y=100 \times S_0 - St/S_0$  (метод О.А. Навакатиняна, Фенчина К.М., 1979), где  $S_0$  – начальная площадь раны,  $St$  – площадь на день  $t$ . Результаты исследований и их обсуждение. В ходе проведенных исследований было выявлено, что в первые часы после воздействия горячего цилиндра на кожу в месте контакта формировался струп белесоватого цвета. Корочка была тонкой, достаточно мягкой, чтобы собрать ее в складку. На следующий день отмечалось утолщение и уплотнение ожогового струпа. На 5-е сутки у животных 1-й группы (без лечения) появлялись единичные очаги кровоизлияний на поверхности струпа. У животных 2-й и 3-й группы цвет струпа менялся от белесовато-желтого до красно-коричневого. В первые трое суток после ожога животные 1-й группы (без лечения) были малоподвижны, сидели в углу клетки, не принимали пищу, что вероятно связано с последствием воздействия ожоговой травмы или проявлением ожоговой болезни. Лишь спустя 3 суток отмечалась двигательная активность и восстанавливался аппетит. У животных двух других групп данные изменения в поведении проходили в течение суток. С первых суток после нанесения ожогов животным 2-й группы (контрольной) ежедневно на ожоговый струп наносили мазь «левомеколь», 3-й группе (опытной) – пектиновые пленки, 1-я группа животных оставалась без лечения. У всех групп животных начало отторжения струпа происходило примерно в один и тот же срок – на  $13,8 \pm 0,39$  день. Установили, что благодаря мази «левомеколь» у животных 2-й группы струп находился в более влажном состоянии. У опытной группы фиксированная к поверхности струпа пектиновая пленка существенного влияния на его свойства не оказывала. Несмотря на использование различных лекарственных средств (мази и раневого покрытия), окончательное отторжение струпа у всех групп животных также проходило примерно в одни и те же сроки – на 16-е сутки. После отторжения струпа открывалась раневая мокнущая поверхность. У животных 1-й группы рана сохранялась в таком виде в течение 3-6 суток, а с 6 суток отмечалось уменьшение размеров дефекта за счет краевой эпителизации (в случае ожога IIIA ст.) или раневой контракции (ожог IIIB ст.). У животных, которым на рану накладывали мазь «левомеколь», воспалительных изменений со стороны раны не наблюдалось. Рана после снятия повязки была покрыта серозной корочкой при удалении которой обнажалась мокнущая раневая поверхность. Таким образом, рана оставалась во влажном состоянии, эпителизация начиналась с  $5,80 \pm 0,20$  суток и завершалась на 40-е сутки. У животных опытной группы (лечение которым проводилось пектиновыми пленками с аминофталгидразидом) отмечалось достоверным более ранние сроки начала эпителизации –  $4,90 \pm 0,35$  суток и окончательного заживления раневого дефекта в сравнении с контрольной группой. При визуальном осмотре пленка плотно фиксирована к ране, сухая на ощупь, при приподимании ее за край пинцетом обнажалась влажная, без признаков воспаления розовая раневая поверхность. При оставлении пленки на ране происходит постепенное ее истончение и биодеградация по мере эпителизации

раневого дефекта. Пленка в виде тонкой темно коричневого цвета корочки выстилает весь периметр раны, сохраняя под собой влажную среду ожогового дефекта. К 20 - 25-м суткам наблюдения рана в 10 раз уменьшалась в размерах от исходной и принимала продолговатую форму, окончательное заживление ран у животных 3-й группы происходило на 30-е сутки. Раны принимали продолговатую форму с последующей эпителизацией и образованием еле заметного рубца. В ходе проведенного эксперимента были определены сроки заживления ожоговых ран, представленных в таблицах № 2 и 3. Как видно из таблиц у животных, получавших лечение пектиновыми пленками (3-я группа), на 5-е сутки лечения происходило достоверное уменьшение площади ожоговой раны обеих степеней в 2 раза в сравнении с контрольной группой, и сохранялась вплоть до полного заживления до 30 суток. Анализируя скорость заживления ожоговых ран у животных различных групп обращает на себя внимание достоверное увеличение скорости на 5, 15 и 30-е сутки с достижением максимума к 30-м суткам наблюдения у животных опытной группы. Выводы. Таким образом, по результатам планиметрических исследований у животных при применении пектиновых пленок с иммуномодулятором аминофталгидразидом можно сделать вывод, что последние стимулируют регенерацию эпителия. Исходя из вышесказанного, можно с уверенностью сказать, что раневые покрытия на основе пектина с добавлением иммуномодулятора аминофталгидразида являются весьма перспективной лекарственной формой. Активация процессов эпителизации и пролиферации побуждает продолжить дальнейшие исследования по применению данного раневого покрытия в клинической практике лечения ожогов и ран.

---

### 353. СПОНТАННЫЙ ГЕМОПНЕВМОТОРАКС.

Хетагуров М.А., Воробьев А.Ю., Иванов И.В., Гирич Н.В., Титов С.П.

Кострома

Костромская областная клиническая больница

Введение. Спонтанный пневмоторакс – одно из самых частых осложнений течения различных заболеваний органов грудной клетки. От 1 до 12 % случаев спонтанного пневмоторакса сопровождается гемотораксом. Единого мнения в отношении тактики ведения пациентов со спонтанным гемопневмотораксом и выбора хирургического доступа нет. Актуальность. Рост числа пациентов с буллезной эмфиземой легких, осложненной рецидивирующим спонтанным пневмотораксом, делает эту проблему актуальной и сегодня. Материалы и методы. В отделении торакальной хирургии Костромской областной клинической больницы с 2009 по 2014 годы оперировано 99 пациентов со спонтанным пневмотораксом, среди которых у 2 (2,02%) пациентов диагностирован гемопневмоторакс. Пациенты госпитализированы в стационар в гемодинамически стабильном состоянии, без признаков шока, а гемопневмоторакс обнаружен лишь при рентгенологическом исследовании. В качестве хирургического доступа выбрана видеоассистированная миниторакотомия. У пациентки 47 лет с рецидивом спонтанного пневмоторакса в ходе операции выявлен гемоторакс объемом 800 мл, а у пациента 25 лет с первым эпизодом спонтанного гемопневмоторакса объем гемоторакса составил 1000 мл. Источником кровотечения в обоих случаях служили кровеносные сосуды в поврежденных спайках между верхушкой легкого и грудной стенкой. Расширения хирургического доступа до стандартной торакотомии не требовалось. Гемотранфузия проведена в одном случае. Послеоперационных осложнений отмечено не было. Выводы. Спонтанный гемопневмоторакс достаточно редкое, но потенциально опасное состояние, требующее активной хирургической тактики. Видеоассистированная миниторакотомия является адекватным и эффективным хирургическим доступом при лечении пациентов со спонтанным гемопневмотораксом.

---

354. Применение Мексидола в сочетании с ультразвуковой обработкой брюшной полости в лечении больных с распространенным перитонитом.

Салахов Е.К.(1), Салахов К.К.(2).

Набережные Челны

ГАУЗ "Менделеевская ЦРБ"(1) ГАУЗ Закамская БСМП, г. Набережные Челны(2)

Перитонит остается основной причиной летальных исходов у больных хирургического профиля. Летальность при распространенных формах перитонита за последние годы не снизилась и колеблется в пределах 20-90%. Проблема лечения перитонита еще далеко от разрешения и нуждается в дальнейших исследованиях в этом направлении. Открытие новых методов диагностики и лечения, совершенствование хирургической техники, достижения в малоинвазивной хирургии, расширение возможностей антибактериальной терапии существенно не снизили уровень летальности при распространенном перитоните. Немаловажную роль при этом играют неэффективная хирургическая санация гнойно-воспалительного очага в брюшной полости, продолжающийся перитонит или позднее поступление больных в стационар. Цель: улучшение результатов лечения больных с распространенным перитонитом используя энергию низкочастотного ультразвука и препарата Мексидол. Методы: проведен анализ результатов лечения 144 больных с распространенным перитонитом. Контрольную группу составили 112 пациентов, которым выполняли лапаротомию, устранение источника перитонита, интубацию тонкой кишки, многократную санацию растворами антисептиков, дренирование брюшной полости. Основную группу составили 32 пациента, которым кроме вышеперечисленных манипуляций, производили ультразвуковую обработку брюшной полости с применением препарата Мексидол. Рассматривали пациентов 2 и 3 степени тяжести по Мангеймскому перитонеальному индексу. Результаты: у пациентов основной группы летальность составила 28,6% в контрольной 46,8%.

---

### 355. ТРАВМА ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯХ

Майстренко Н.А., Ромашенко П.Н., Прядко А.С., Алиев А.К.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Травма желчевыводящих протоков чаще всего возникает при холецистэктомиях (ХЭ) выполняемых открытым способом в 0,1-1,0 % случаев и лапароскопическим – в 0,4-3,5%. В последние два десятилетия увеличение количества травм связывают с широким внедрением эндовидеохирургических технологий в лечении больных желчнокаменной болезнью. Цель исследования – уточнить программу обследования больных ЯПЖП при разных сроках их выявления и обосновать рациональные варианты хирургических вмешательств. В клинике накоплен опыт обследования и лечения 254 больных с различными вариантами ятрогенных повреждений желчевыводящих протоков (ЯПЖП), полученных во время операций на органах гастробилиодуоденальной зоны в стационарах Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Появление новых классификационных подходов позволило провести детальный анализ 51 пациентов из 254 с ЯПЖП, полученных во время ХЭ, оперированных в период с 2005 по 2014 гг. Инструментальная диагностика ЯПЖП проводилась с помощью рентгенконтрастных методик (интраоперационной, чрескожно-чреспеченочной холангиографии, чредренажной фистулографии), УЗИ, эндоскопической ретроградной или магнитно-резонансной холангиопанкреатикографии (ЭРХПГ, МРХПГ). Согласно международной классификации «АТОМ» (EAES, 2013) в зависимости от времени обнаружения, характера и масштаба повреждения желчных протоков (ЖП), механизма повреждения, развития инфекционно-гнойных осложнений больные были распределены на 5 групп. Повреждения основного желчного протока (ОЖП)

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

выявленные интраоперационно (n=14), из них полное пересечение у 10 пациентов (1-я группа), краевое – у 4 (2-я группа). В послеоперационном периоде ЯПЖП установлено у 37 пациентов, из них полное пересечение у 28 (3-я группа), краевое – у 7 (4-я группа). Повреждения добавочных желчных протоков установлены у 2 больных (5-я группа). Анализ основных классификационных характеристик ЯПЖП позволил определить показания к реконструктивно-восстановительным операциям у 60,8% больных, восстановительным – у 29,4%, наружному дренированию – у 5,8%, реклипированию добавочных желчных протоков при релапароскопии – у 3,9%. Рациональная хирургическая тактика позволила достичь у 78,4% больных хорошие и удовлетворительные ближайшие и отдаленные результаты лечения с послеоперационной летальностью за этот период 1,9%. Таким образом, изучение результатов диагностики и лечения больных травмой желчевыводящих протоков при холецистэктомиях свидетельствует о целесообразности оценки основных факторов, характеризующих ятрогенные повреждения, в соответствии с классификацией «АТОМ», что позволяет индивидуализировать программу обследования и выбрать рациональный вариант оперативного вмешательства, обеспечивающей минимизацию неудовлетворительных результатов и хорошее качество жизни.

---

### 356. ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ: ПРОТОКОЛ И ПОИСКИ ГАРМОНИИ

Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Курыгин Ал.А., Алиев А.К.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Проблема диагностики и лечения острого холецистита (ОХ) носит в известной мере парадоксальный характер. Это заболевание достаточно хорошо изучено, основные принципы генеза ОХ и его осложнений в определенной степени систематизированы, в том числе и в виде протоколов. Тем не менее, в хирургии трудно найти еще одну нозологическую форму, где разброс представлений о диагностике, тактике и лечении был бы так велик. Определенную роль в этом играют новые диагностические и лечебные возможности. Это ведет к тому, что частота диагностических и тактических ошибок и негативных последствий вмешательств при ОХ, до сих пор остаются весьма высокими как в муниципальных учреждениях здравоохранения, так и в городских стационарах, в том числе клинических. В связи с этим проведен всесторонний анализ результатов обследования и лечения 1088 больных ОХ в период с 1995 по 2014 годы, когда сначала формировались протоколы, затем проверялась их эффективность, а затем совершенствовались критериальные показатели обоснования активной хирургической тактики. Разработанный и реализованный диагностический алгоритм, обеспечивает точную дооперационную оценку больных ОХ, в том числе его морфологических форм и ряда осложнений более чем в 90% случаев, а синдром Мирizzi при обязательном использовании магнитно-резонансной холангиопанкреатографии выявляется безошибочно. Подавляющее большинство больных ОХ оперированы: 67,7% – лапароскопически, 18,8% – открытым способом, 4,6% – с использованием лапароскопических вмешательств и лишь 8,9% лечились консервативно, что нами рассматривалось как вынужденный и эффективный вариант санации больных ОХ. Обоснованная активная хирургическая тактика обеспечила высокие ближайшие и отдаленные результаты лечения с послеоперационной летальностью за этот период 0,6% и частотой ранних осложнений – 5,2%. Таким образом, рациональное использование традиций желчной хирургии и новаций в виде лечебно-диагностического протокола с их творческим совершенствованием обеспечивает раннюю медицинскую и социальную реабилитацию больных ОХ.



357. ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Саакян Г.Г., Чудных С.М.

Москва

МГМСУ им. А.И. Евдокимова, кафедра факультетской хирургии №2

Изменение гормонального фона, повышения уровня эстрогенов, снижение уровня желчных кислот, нарушение эвакуаторной функции желчного пузыря и образование желчного сладжа у беременных является факторами риска развития острого холецистита. Заболеваемость острым холециститом во время беременности составляет 8-9 человек на 10000 населения по России. Хирургические успехи в области интервенционной радиологии, эндоскопии и лапароскопической хирургии, достигнутые за последние два десятилетия, изменили тактику ведения данной категории больных. Цель исследования: улучшение результатов лечения беременных с острым холециститом. Материалы и методы: на базе ГКБ №68 с 2012 по 2015 гг. в хирургическом отделении были пролечены 19 беременных с диагнозом острый холецистит, не купируемым консервативными методами лечения. Средняя возраст матери был 27 лет (диапазон 21-33 лет) и средний гестационный возраст составил 18,9 недель (диапазон 4-35 недель). Выбор и определения тактики лечения осуществлялся коллегиально совместно с акушерами-гинекологами и анестезиологами. Произведены миниинвазивные эндохирургические вмешательства: 1) Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ) и эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) (n=3) по поводу ЖКБ хронического холецистита, холедохолитиаза. 2) Микрохолецистостомия желчного пузыря под контролем УЗИ и рентгенотелевидения (РТВ) — при ЖКБ острого обтурационного холецистита, паравезикального инфильтрата (n=9). 3) Лапароскопическая холецистэктомия (n=3) по поводу острого калькулезного холецистита, прогрессирования деструктивного процесса, на фоне проводимой консервативной терапии. Двум беременным в третьем триместре, 34-36 неделях, при неэффективности консервативной терапии, было выполнено кесарево сечение одновременно с холецистэктомией. Результаты. Отмечается одно осложнение, после выполнения ЭРХПГ в виде острого реактивного панкреатита, купируемый консервативной терапией. Семерым пациентам с осложненным паравезикальным инфильтратом, выполнена лапароскопическая холецистэктомия в послеродовом периоде. У (n=6) пациенток роды в запланированный срок и у (n=2) были преждевременные роды. Все дети родились здоровыми, без какой-либо врожденной патологии. Летальных исходов в группе исследования не отмечено. Осложнений в виде невынашивания беременности, самопроизвольных абортов не наблюдалось. Средний койко-день в отделении составил 6 дней (диапазон 4-8 дней). Заключение: Таким образом, результаты нашего исследования показывают, что применения миниинвазивных способов лечения по сравнению традиционным имеет ряд таких преимуществ как: наименьшее число послеоперационных осложнений, меньшая интраоперационная травматичность, ранняя активация больных, более короткий срок госпитализации и вследствие этого экономический эффект. Следовательно, при накоплении хирургического опыта и доступности современного оборудования, миниинвазивные методы лечения у беременных с ЖКБ острым калькулезным холециститом безусловно, имеет определенное преимущество перед традиционными открытыми вмешательствами, как для матери так и для плода.

---

358. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СИМУЛЬТАННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ СРЕДНЕГО ОБЪЕМА

Семенов В.В., Курьгин Ал.А.

Санкт-Петербург

Кафедра факультетской хирургии им. С.П.Федорова (зав. – академик РАН Н.А.Майстренко) Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова

В настоящее время тезис о целесообразности симультанных операций, возможности и необходимости более частого их выполнения в плановой хирургии является вполне очевидным, а с учетом данных ВОЗ о наличии сочетанной хирургической патологии у 20-30% больных, проблема симультанных вмешательств остается весьма актуальной. Симультанная (сочетанная) операция – это вмешательство, выполняемое в условиях одной анестезии на двух и более органах по поводу разных, этиологически не связанных между собой заболеваний. Она включает в себя основное (как правило, наибольшее по объему) вмешательство, направленное на устранение наиболее опасного для жизни патологического процесса, и сопутствующую (дополнительную) операцию (или операции) по поводу одного и более заболеваний, выявленных при дооперационном обследовании или обнаруженных во время основного хирургического вмешательства. В нашем исследовании проанализированы результаты лечения 63 больных (42 женщины и 21 мужчина; средний возраст составил  $59,71 \pm 1,34$  лет), которым были выполнены симультанные операции среднего объема. Основным этапом сочетанного вмешательства являлась холецистэктомия как традиционная ( $n=25$ ), так и лапароскопическая ( $n=33$ ). Дополнительным этапом у данной категории больных было устранение различных грыж передней брюшной стенки ( $n=58$ ). В 5 клинических наблюдениях симультанную операцию выполняли по поводу сочетания паховой и пупочной грыж. Контрольную группу составили пациенты ( $n=30$ ), перенесшие изолированные оперативные вмешательства по поводу желчнокаменной болезни или вентральной грыжи. По совокупности тяжести хирургических заболеваний и сопутствующей терапевтической патологии 40 больных были отнесены ко II группе и 23 пациента – к III группе операционно-анестезиологического риска по классификации ASA. Осложнений во время оперативных вмешательств не было. В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у трех больных. Один из них перенес острый послеоперационный панкреатит. У одной пациентки была диагностирована гематома в ложе желчного пузыря. Еще у одного больного после операции развилось обострение хронического пиелонефрита. Во всех трех случаях лечение завершилось консервативно. Послеоперационный койко-день после симультанных вмешательств среднего объема составил  $10,13 \pm 0,75$ . У больных вентральной грыжей или желчнокаменной болезнью, перенесших изолированные операции, данный показатель составил  $6,8 \pm 0,47$ . Таким образом, представленные клинические наблюдения свидетельствуют о том, что симультанные абдоминальные операции среднего объема у пациентов II и III групп операционно-анестезиологического риска не сопровождаются значимым увеличением сроков госпитализации больных и числа осложнений, непосредственно связанных с основным или дополнительным этапом сочетанного вмешательства. Вместе с тем, симультанная операция избавляет пациента сразу от нескольких заболеваний и обладает высокой экономической эффективностью, позволяя значительно сократить сроки нетрудоспособности больных и затраты на их обследование по сравнению с двухэтапным оперативным лечением пациентов с сочетанной хирургической патологией.

---

359. Вариант малоинвазивного хирургического лечения трансфинктерных свищей прямой кишки

Черданцев Д.В. (1,2), Поздняков А.А. (1,2), Литвинов И.В. (2), Махотин Д.А. (2) Слабнин С.Г. (2)

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 Краевая клиническая больница, г.Красноярск. Россия.

Актуальность. Проблема эффективного хирургического лечения свищей прямой кишки продолжает оставаться актуальной в колоректальной хирургии. В первую очередь это обусловлено тем, что частота рецидива после хирургического вмешательства по разным оценкам колеблется от 8 до 16%. Другим немаловажным фактором следует считать послеоперационную рубцовую трансформацию параректальных

тканей, способную при множественных повторных вмешательствах привести к значительной деформации промежности. Основой формирования и последующего существования свища прямой кишки является патологически измененная анальная крипта. Отечественными авторами уже предложены ряд методик, направленных на механическую обработку свищевого хода или иссечение его до анального жома, ликвидацию внутреннего отверстия и заполнения оставшегося фрагмента свищевого хода биопластическим материалом или клеевыми композициями. Результаты этих работ отражают низкую травматичность и высокую надежность предложенных вмешательств. Цель работы. Оценить эффективность малоинвазивного метода лечения свищей прямой кишки с применением коллагенового биоматериала. Материалы и методы. Нами использован коллагеновый биоматериал, состоящий из коллагена I типа в виде жгута «Коллост®». У всех больных в предоперационном периоде проводили санацию свищевого хода 0,5% раствором диоксида в течение 5-7 суток. Перед планированием оперативного вмешательства в обязательном порядке выполняли фистулографию для исключения возможного наличия промежуточной гнойной полости. Операцию выполняли под спинальной анестезией. Хирургическое вмешательство заключалось в иссечении внутреннего отверстия свища, кюретаже фрагмента свищевого хода расположенного в толще сфинктера, заполнении свищевого хода со стороны прямой кишки коллагеновым биоматериалом. Консистенция биоматериала в виде жгута такова, что может быть легко введена в просвет свищевого хода из шприца. Дефект мышечной стенки анального канала ушивали атрауматической абсорбируемой нитью, пластику слизистой выполняли со смещением линии швов. В исследуемую группу включено 34 больных с транссфинктерными свищами прямой кишки, оперированные по предложенной методике. Контрольная группа 42 больных с транссфинктерными свищами прямой кишки, оперированные по методике Рыжих. Мужчин 41 (53,9%), женщин 35 (46,1%), средний возраст  $46,2 \pm 12,4$  лет. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Всем больным проводилась идентичная предоперационная подготовка, за 30 мин проводилась антибиотикопрофилактика, в послеоперационном периоде антибактериальные препараты планово не применялись. Из исследования исключены больные с рецидивными свищами, больные с тяжелой сопутствующей соматической патологией и больные с промежуточными гнойными полостями по ходу свища. Результаты. Длительность оперативного вмешательства в исследуемой группе составила  $17,3 \pm 6,1$  мин. против  $38,4 \pm 12,5$  мин. в контрольной группе. Течение послеоперационного периода в исследуемой группе принципиально отличалось от контрольной. Болевой синдром был незначительным и сохранялся на протяжении 1-2 суток послеоперационного периода, потребности в назначении наркотических анальгетиков не было. Послеоперационный койко-день составил  $5,4 \pm 1,5$  дней. Фактически больные могли быть выписаны на 3-4 сутки после операции. Облитерация свищевого хода отмечалась к моменту выписки из стационара. Послеоперационных осложнений не было. В контрольной группе потребность в анальгетиках сохранялась на протяжении 4-6 суток. Послеоперационный койко-день составил  $8,1 \pm 2,5$  дня. В 2 случаях отмечено нагноение послеоперационной раны. Отдаленные результаты прослежены в исследуемой группе в сроки от 3 месяцев до 1,5 лет с медианой наблюдения 11 месяцев. Нарушений функции опорожнения прямой кишки не отмечено. У 3 (8,8%) больных развился рецидив свища прямой кишки. В контрольной группе отдаленные результаты прослежены за тот же период времени, медиана наблюдения 12 месяцев. У 16 больных (38,1%) на протяжении 3-6 месяцев после операции отмечались явления недостаточности анального сфинктера разных степеней тяжести, у 3 больных (7,1%) явления недостаточности сохраняются через 1 год после оперативного лечения. Рецидивы свища прямой кишки развились у 4 (9,5%) больных в сроки до 3 месяцев после операции. Заключение. Малоинвазивный метод лечения свищей прямой кишки с применением коллагенового биоматериала характеризуется минимальным количеством послеоперационных осложнений. Возникающие в послеоперационном периоде снижения тонуса анального сфинктера связаны с его дивульсией во время выполнения операции и не требуют дополнительного лечения. Частота рецидивов в отдаленном послеоперационном периоде не выше, чем при пластических операциях. При возникновении рецидива, вновь образующийся свищевой ход повторяет прежнее расположение, без вовлечения в воспалительно-рубцовый процесс неизмененных тканей анального жома и параректальных тканей.

---

360.Энтероскопия при диагностике и лечении неуточненных желудочно-кишечных кровотечений

Черданцев Д.В. (1,2), Поздняков А.А. (1,2), Жегалов П.С. (1,2), Литвинов И.В. (2), Махотин Д.А. (2), Слабнин С.Г. (2), Исаков А.В. (2).

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 Краевая клиническая больница, г.Красноярск. Россия.

Актуальность. Неуточненные желудочно-кишечные кровотечения (НЖКК) составляют до 5% от всех кровотечений желудочно-кишечного тракта и часто ассоциируются с поражениями тонкой кишки, оставаясь сложной диагностической проблемой хирургической гастроэнтерологии. Традиционно направление маршрутизации больных, после исключения наличия источника кровотечения в верхних отделах желудочно-кишечного тракта (желудок и двенадцатиперстная кишка), ведет в отделение колопроктологии. Отсутствие источника кровотечения в толстой кишке ставят врача и пациента в довольно сложную ситуацию, связанную с необходимостью дальнейшего диагностического поиска и установления причины кровотечения. В КГБУЗ ККБ г.Красноярска сложилась лечебно-диагностическая тактика, позволяющая продолжить диагностический поиск и, при необходимости, хирургическое лечение таких больных в отделении колопроктологии. Цель работы. Провести анализ собственных результатов диагностики и лечения неуточненных желудочно-кишечных кровотечений. Материалы и методы. Для диагностики патологических состояний тонкой кишки в КГБУЗ ККБ г.Красноярска с 2012 года внедрена в практику методика однобаллонной энтероскопии (интестиноскопии). В исследование включены результаты лечения больных с НЖКК за период с 2013-2014 гг. Всего за указанный период времени с диагнозом НЖКК в отделении находилось 53 больных. Мужчин 21 (39,6%), женщин 32 (60,4%). Средний возраст 54,4±15,2. У всех больных в результате рутинно выполненных повторных ФЭГДС и ФКС источников кровотечений выявлено не было. Для уточнения источника НЖКК больным была выполнена энтероскопия. Из них перорально 26, трансанально 21. У 6 пациентов последовательно, в два этапа, выполнено исследование из обоих доступов. В результате у 9 больных источником являлись опухоли тонкой кишки, в 4 случаях выполнялся эндоскопический гемостаз (аргон-плазменная коагуляция) при продолжающемся тонкокишечном кровотечении; у 1 пациента при пероральном доступе диагностирован дивертикулез тощей кишки. С целью оценки распространения процесса вторым этапом выполнено трансанальное исследование, дивертикулов в подвздошной кишке не выявлено; в 4 случаях при пероральном доступе выявлены расширения вен тощей кишки, расцененные как артериовенозные мальформации; в 9 случаях источником кровотечения являлись зоны ангиодисплазии в тонкой кишке, при продолжающемся кровотечении выполнялся эндоскопический гемостаз (клипирование, аргон-плазменная коагуляция); болезнь Крона различной степени активности с локализацией в тонкой кишке - 13 случаев. У 17 больных источника кровотечения выявлено не было: лимфоидная гиперплазия без источника кровотечения выявлена в 1 наблюдении; целиакия у 1 больного; неспецифические энтеропатии установлена в 12 случаях. Результаты. Все больные с опухолями тонкой кишки были оперированы в отделении колопроктологии, выполнялись резекции участка тонкой кишки с опухолью в границах сегмента кровоснабжения радиальным тонкокишечным сосудом, питающим участок тонкой кишки с опухолью и лимфаденэктомией по ходу радиального сосуда до верхней брыжеечной артерии. В 8 наблюдениях при морфологическом исследовании выявлены GIST, у одной больной опухольевая ткань была представлена аденокарциномой T2N1M0. Все операции были завершены наложением тонкокишечного анастомоза. Больной с дивертикулезом тощей кишки, осложненным кровотечением оперирован в плановом порядке, выполнена резекция участка тонкой кишки с дивертикулами, наложен дуоденоюнальный анастомоз. У всех больных с кровотечениями из артериовензных мальформатов кровотечения остановлены клипированием питающего мальформат сосуда. У больных с ангиодисплазиями в 8 случаях отмечались ангиодисплазии I-го типа, среди этих больных наиболее эффективной была остановка кровотечения путем аргон-плазменной коагуляции. В 1 случае выявлены ангиодисплазии III типа с поражением тонкой кишки на всем протяжении, больному проводится симптоматическая гемостатическая и кровозаместительная терапия. Все случаи выявленной болезни Крона с локализацией в тонкой кишке не нуждались в хирургическом лечении, кровотечения остановлены на фоне консервативной терапии, больные переведены для дальнейшего лечения в отделение гастроэнтерологии. В послеоперационном периоде в одном случае развилась несостоятельность наложенного тонкокишечного анастомоза у больного, оперированного по поводу дивертикулеза тонкой кишки. В группе больных с опухолями тонкой кишки послеоперационных осложнений не было, рецидивов заболевания на настоящий момент нет. Все эндоскопические манипуляции, направленные на достижение стойкого гемостаза были результативны. В отдаленном периоде отмечены 2 случая рецидива кровотечений из сохранившихся очагов ангиодисплазий, потребовавшие повторной госпитализации. Заключение. Наиболее часто причиной НЖКК являются патологические процессы, локализованные в тонкой кишке, по нашим наблюдениям в 67,9%. У 32,1% источника кровотечений в желудочно-кишечном тракте на момент обследования выявлено не было.

Комплексное обследование и хирургическое лечение больных с НЖКК в отделении колопроктологии позволяет в более ранние сроки выявить источник кровотечения и выполнить необходимые лечебные манипуляции и хирургические вмешательства, что в конечном итоге ведет к снижению суммарного койко-дня, необходимого для устранения источника кровотечения.

---

### 361. Результаты применения комбинированных эндопротезов в лечении паховой грыжи

Чайкин Д.А., Черданцев Д.В., Турчина Т.К., Дворниченко П.А.

Красноярск

ГБОУ ВПО "Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения РФ

Основные задачи хирургического лечения грыжи – это надежность операции, минимизация операционной травмы и скорейшая реабилитация пациента. Первые две задачи с успехом решаются благодаря использованию эндовидеохирургии и безнатяжных методик герниопластики с помощью синтетических эндопротезов. В решении третьей задачи прогрессивными считаются исследования, направленные на разработку новых конструкций композитных эндопротезов, обладающих свойством вызывать неспецифический продуктивный воспалительный ответ с исходом в формирование прочного соединительнотканного каркаса. Целью исследования явилось изучение эффективности применения комбинированных эндопротезов в лечении больных паховой грыжей. Материалы и методы. Разработан комбинированный эндопротез, состоящий из полипропиленовой сетки (ПСЭ) и коллаген-хитозановой пластины (КХП). С целью изучения реакции тканей на его составляющие животным 1 серии эксперимента (n=30) в предбрюшинную позицию был имплантирован ПСЭ; животным 2 серии (n=30) - КХП в аналогичную позицию; 3 серии (n=30) выполнена одновременная имплантация КХП и ПСЭ. Поочередно на 3-и, 7-е, 10-е, 28-е и 90-е сутки из эксперимента выводилось по 6 животных из каждой серии с макроскопическим описанием тканей и выявлением осложнений в области операции. Для оценки процессов формирования и созревания соединительной ткани выполнялся забор тканей брюшной стенки на гистологическое и иммуногистохимическое (ИГХ) исследования с подсчетом численной плотности фибробластов (Nvф), микроциркуляторных сосудов (Nvc) и объемной плотности эластических волокон (Vvэв). В клинической части вели две группы больных паховой грыжей: I группа (n=30) – оперированные лапароскопически с применением ПСЭ; II группа (n=30) – с оригинальной комбинированной конструкцией. Оценка результатов операции осуществлялась по оригинальной анкете. Результаты. Макроскопически в 1 серии животных выявлены осложнения в виде прорезывания швов и отторжения имплантата в 17 случаях (56,7±9,0%), воспаление в области послеоперационного шва и расхождение краёв раны – в 23 случаях (76,7±7,7%), воспаление прилежащих тканей в области имплантата – в 29 (96,7±3,3%). У животных 2 серии имплантат полностью деградировал на 10-е сутки, и воспалительных осложнений, связанных с имплантацией КХП, зафиксировано не было. В 3 серии на 10-е сутки наблюдалось прорастание имплантата соединительной тканью. У животных 1 серии на 3-и сутки зафиксировано выраженное образование капилляров (Nvc=17,5±1,4) в сравнении с 7-ми, 10-ми, 28-ми и 90-ми сутками эксперимента. Миграция фибробластов (Nvф=6,8±1,2) с образованием коллагена III типа происходила медленно, заживление раны произошло с формированием грубоволокнистой соединительной ткани, содержащей большое количество сосудов микроциркуляции (Nvc=4,2±1,2) и фибробластов (Nvф=9,2±1,2). Во 2 серии эксперимента важной предпосылкой к развитию грануляций на 3-и сутки явилась миграция в область имплантации КХП нейтрофильных гранулоцитов, макрофагов (Nvф=7,7±1,03). На 7-е сутки происходило образование коллагена I типа и эластических волокон (Vvэв=7,7±1,03). Полная субституция КХП наблюдалась на 10-е сутки эксперимента с появлением молодой соединительной ткани. У животных 3 серии на 3-и сутки эксперимента одновременно с активацией макрофагов, синтезирующих коллаген I типа, активировались фибробласты (Nvф=19,3±1,4), синтезирующие коллаген III типа, эластические волокна (Vvэв=5,7±1,4), протеогликаны. Обнаруживалась широкая зона молодой соединительной ткани с большим количеством сосудов микроциркуляции (Nvc=25,1±1,6). На 7-е сутки происходила частичная деградация КХП,

уменьшение числа волокон коллагена III типа с их созреванием. На 10-е сутки наблюдалось образование зрелой соединительной ткани ( $V_{взв}=19,33\pm 1,5$ ), клеточный компонент представлен преимущественно фибробластами ( $N_{vф}=9,5\pm 2,07$ ), малочисленными макрофагами и лимфоцитами. На 90-е сутки эксперимента происходила полная эпителизация раны за счёт коллагеновых волокон I типа и эластических волокон ( $V_{взв}=36,8\pm 1,7$ ). При этом качественный состав ткани отличался более высокой объемной плотностью эластических волокон, способствуя предотвращению образования грубого рубца. По результатам клинического этапа исследования средняя продолжительность операции у больных I группы составила  $24,5\pm 5,7$  мин., II –  $26,9\pm 4,7$  мин. Средний койко-день в I группе составил  $1,6\pm 0,4$ , II –  $1,8\pm 0,7$ . На УЗИ частота развития субклинических гематом среди пациентов I и II групп составила 6,7% и 10,0% соответственно. Статистически значимых различий в толщине воспалительного инфильтрата в группах не выявлено. Таким образом, имплантация комбинированной конструкции характеризуется ранним образованием прочной зрелой соединительной ткани со сбалансированным качественным составом коллагеновых и эластических волокон без формирования грубого соединительно-тканного рубца, не сопровождается удлинением времени операции и продолжительности пребывания больного в стационаре.

---

## 362. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭМБОЛИЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ НА ФОНЕ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

Борисов В.А., Красовский В.В., Фролов А.А., Малюгин А.А., Смоляк Е.А.

г. Саратов

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России» ГУЗ Областная клиническая больница

Многие заболевания могут осложниться эмболией периферических сосудов. Целью нашего исследования явилась оценка результатов хирургического лечения пациентов с эмболией периферических артерий на фоне нарушений сердечного ритма. Материалы и методы: в 2010-2014 гг. мы наблюдали 442 больных, которым выполнено 409 операций по поводу эмболий на фоне нарушений сердечного ритма (фибрилляций предсердий, желудочковой экстрасистолии). Средний возраст составил  $61\pm 1,8$  года, женщин- 252, мужчин- 157. Чаще поражались артерии нижних конечностей- 294, верхних- 115. 6 случаев эмболий в экстракраниальные артерии в статистику не вошли, так как пациенты не оперированы из-за грубого неврологического дефицита. 7 больных имели I степень острой ишемии, 380- IIА и Б степень, 49 – III А и Б степень. Время от начала заболевания до госпитализации составило от 2 до 86 часов. Оперативные вмешательства выполнялись на сосудах верхних конечностей в сроки от 4 до 83 часов, на нижних- от 2 до 38 часов. На артериях верхних конечностей выполнены: эмболэктомия- 41, тромбэмболэктомия-74. На артериях нижних конечностей: эмболэктомия- 163, тромбэмболэктомия-102, тромбэмболэктомия с профундопластикой- 29. В сроки свыше 24 часов операции на артериях нижних конечностей всегда дополнялись фасциотомией. В 21 (5,1%) случаях выполнена первичная ампутация конечности (IIIБ стадии ишемии), а у 15 (3,7%) операция закончена ампутацией в связи с неэффективностью сосудистого вмешательства. В 12 (2,9%) случаях удалось достичь компенсации кровообращения только консервативными методами лечения. Повторные эпизоды эмболий нами отмечены у 46 пациентов, и нередко зависели от адекватности антиаритмической терапии. Выводы: пациенты с нарушением сердечного ритма нуждаются в пристальном наблюдении, адекватной антиаритмической терапии и более тщательной профилактике тромбэмболических осложнений (назначение комбинации дезагрегантов, а при необходимости непрямых антикоагулянтов с тщательным подбором дозы и последующим контролем). В последующее время мы широко используем пероральные прямые антикоагулянты (дабигатран, ривароксабан) с хорошим клиническим эффектом.

### 363. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ НАЛИЧИИ ФЛОТИРУЮЩЕГО ТРОМБА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Борисов В.А., Красовский В.В., Фролов А.А., Смоляк Е.А., Малюгин А.А.

г. Саратов

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России» ГУЗ Областная клиническая больница

Актуальность: проблема хирургической тактики при наличии флотирующего тромба вен нижних конечностей и своевременной профилактики тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) имеет особую актуальность. Многие вопросы до настоящего времени не решены. Цель: оценить тактику оказания помощи и патогенетическую терапию пациентам с тромбозом глубоких вен нижних конечностей. Материал и методы: за период 2010-2014 гг. нами наблюдались 1126 больных с венозными тромбозами в системе глубоких вен нижних конечностей. Из них 813 (72,2%) – на уровне подвздошно-бедренного сегмента и 313 (27,8%) на уровне подколенно-берцового. Диагноз выставлялся с учетом клинических проявлений (отечность, синюшность, болезненность), что подтверждалось данными УЗИ. У 13% больных тромбозы протекали без ярко выраженной клинической картины и диагноз устанавливался результатами инструментальных методов диагностики, среди которых основным, по нашему мнению, является ультразвуковое сканирование. Грозным осложнением венозного тромбоза являлась эмболия легочной артерии, которую мы наблюдали у 81 пациента (1 группа наблюдения), без ТЭЛА – у 1045 (2 группа). Важным прогностическим моментом мы считаем наличие флотации верхушки тромба, обнаруженную в 174 (15,5%) случаях от общего количества. Чаще всего флотация выявлялась на уровне подвздошно-бедренного сегмента – 117 (67,2%) случаев, а в 57 (32,8%) – на уровне подколенно-берцового. В первой группе диагностировано 47 (58%) тромбов с флотацией, во второй – 127 (12,2%). Комплекс лечебных мероприятий включал в себя обязательное использование антикоагулянтов, дезагрегантов и флеботоников. В 100% случаях использовали компрессионно-эластическую терапию нижних конечностей. Антикоагулянтная терапия была применена у всех больных, в течение 5-7 дней – прямые антикоагулянтные препараты в соответствующих дозировках (эноксапарин натрия, надропарин кальция, гепарин), а затем переходили к пероральным прямым антикоагулянтам (дабигатран этексилат, ривароксабан) или использовали варфарин с индивидуальным подбором дозы. Удалось проследить судьбу 109 (9,7%) пациентов, которые продолжали принимать пероральные антикоагулянты, из них рецидив тромбоза глубоких вен отмечен у 12 (11%), и все протекали без развития ТЭЛА. Результаты и обсуждение: хирургическая тактика в группах пациентов зависела от нескольких, на наш взгляд, важных обстоятельств. В первую очередь – наличия флотирующего тромба, особенно протяженностью свыше 3 см, тромбоэмболию легочной артерии в анамнезе, а также локализацию последнего в подвздошно-бедренном сегменте. Хирургическая тактика в первой группе была более активной – оперировали 36 пациентов, что составило 44,4%. Во второй группе прибегли к хирургическому вмешательству у 33 больных (3,2%). Чаще от операции воздерживались у пациентов 2 группы в связи с выявленной положительной динамикой при ультразвуковом сканировании: отсутствие признаков его нарастания, фиксация головки тромба через 2-3 суток на фоне проводимой антикоагулянтной терапии. Активная хирургическая тактика предпринималась также у больных с рецидивирующим характером тромбоэмболии легочной артерии даже без флотации тромба (13 наблюдений). По поводу флотирующего тромба и профилактики рецидива тромбоэмболии легочной артерии выполнены следующие операции: пликация или лигирование венозного сосуда выше места тромбообразования в месте ближайшего конфлюэнса, либо тромбэктомия с последующей пликацией или лигированием. Тромбэктомия с пликацией выполнялась при наличии флотирующей части тромба непосредственно в месте венозного конфлюэнса в бедренном и подвздошном сегментах. Выводы: анализируя вышеизложенное, мы считаем, что всем больным, с выявленным тромбозом глубоких вен нижних конечностей, показано назначение антикоагулянтных препаратов в ближайшем и отдаленном периоде. Хирургическая тактика при наличии флотирующего тромба должна быть более активной, особенно это утверждение касается пациентов с протяженностью флотирующей части тромба 3-4 и более сантиметров, тромбоэмболией легочной артерии в анамнезе, а также с локализацией в подвздошно-бедренном сегменте.

364.Лапароскопическая трансабдоминальная герниопластика (ТАРР) в лечении паховых грыж.

Егиев В.Н.1,2,3., Кулиев С.А.1,2,3., Андрияшкин А.В.2,4., Никишков А.С.2,4.

Москва

1).Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова г.Москва (главный врач Свет А.В.).2).Герниологический Центр ГКБ №1 им. Н.И.Пирогова(руководитель центра, доцент кафедры хирургии и онкологииФПК МР РУДН Кулиев С.А.); 3).Кафедра хирургии и он

В настоящее время грыжесечение является единственным способом лечения паховых грыж. Лапароскопическая трансабдоминальная герниопластика (ТАРР) используется большинством хирургов нашей страны так и в мире. Данная техника имеет ряд преимуществ, которые не могут быть игнорированы: косметический эффект, ранняя активизация, низкая вероятность развития хронической боли, возможность лечения двухсторонних паховых грыж из одного доступа, возможность выполнения сочетанных эндоскопических операций на органах брюшной полости. В период с января 2014 года по декабрь 2014 года, на базе герниологического Центра ГКБ №1 им. Н.И.Пирогова оперировано 270 (261 плановых; 9 экстренных) больных с паховыми грыжами. Среди пациентов было 254 мужчины и 14 женщин в возрасте от 21 до 87 лет (средний возраст 60,2 лет). У 140 пациентов диагностирована левосторонняя паховая грыжа: из них 133 мужчины (62 косых, 61 прямых) и 7 женщин (4 косых, 3 прямые). У 110 пациентов – правосторонняя паховая грыжа: из них 100 мужчины (85 косых, 15 прямых) и 10 женщин (4 косых, 4 прямых, 1 бедренная). У 20 пациентов (мужчины) диагностирована двухсторонняя паховая грыжа (15 косых, 5 прямых) и 1 женщина с 1 прямой паховой грыжей. Срок заболевания составил от 2-х недель до 20 лет (в среднем 36 месяцев). Анестезиолого-операционный риск у всех пациентов был ASA –II-III. Всем пациентам операция выполнялась под общей анестезией в условиях миорелаксации. Продолжительность операций составила при односторонней паховой грыжи от 30 до 50 минут, при двусторонней паховой грыжи от 50 до 80 минут. В ходе динамического наблюдения в течение 2-х месяцев серомы самостоятельно регрессировали. Ни одного случая повреждения мочевого пузыря, кишечника и других органов брюшной полости зарегистрировано не было. Пациентам с прямыми паховыми грыжами производилось подшивание поперечной фасции к связке Купера. В 30 случаях в ходе операции, сетчатый протез фиксировался в типичных точках при помощи 5мм герниостеплера с не рассасывающимися скобами, в 40 случаях фиксация производилась при помощи клея (сульфакрилат). В остальных случаях сетчатый имплантат не фиксировался. Дефект в брюшине ушивался монофиламентной рассасывающейся нитью. У 7 больных произошло интраоперационное повреждение эпигастральных сосудов, которое подребивало клипирование последних. Время активизации после операции составило от 3 до 5 часов. Обезболивание в послеоперационном периоде производилось по просьбе больного, случаев, применения наркотических препаратов не было. Всем пациентам в послеоперационном периоде раздавались опросники, включающие в себя ВАШ, SF-36, CCS. Длительность пребывания пациента в стационаре составила от 2 до 5 дней. В настоящее время срок наблюдения за нашими пациентами составил от 3-х до 15-ти месяцев, за данный промежуток времени рецидивов грыж отмечено не было. Данный вид оперативного лечения пациентов с паховыми грыжами по комфорту жизни, болевым ощущениям в послеоперационном периоде согласно проведенному опросу превосходит операцию Лихтенштейна, что позволяет пациентам в более ранние сроки вернуться нормальному образу жизни и приступить к работе, что значительно сокращает экономические затраты и количество койко-дней проведенных в стационаре.

---



365.Профилактика венозных тромбозомболических осложнений у больных с послеоперационными вентральными грыжами

Кириенко А.И., Егиев В.Н<sup>1,2,3</sup>., Кулиев С.А<sup>1,2,3</sup>., Андрияшкин А.В<sup>2,4</sup>., Никишков А.С<sup>2,4</sup>.

Москва

1).Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова г. Москва (главный врач Свет А.В.).  
2).Герниологический Центр ГКБ №1 им. Н.И.Пирогова(руководитель центра, доцент кафедры хирургии и онкологии ФПК МР РУДН Кулиев С.А.); 3).Кафедра хирургии и онкол

В настоящее время отмечается постоянный рост количества больных с послеоперационными вентральными грыжами (ПВГ). Это приводит к увеличению числа выполняемых в связи с этим хирургических вмешательств и, неизбежно, росту количества связанных с операцией осложнений. Одними из наиболее опасными из них являются венозные тромбозомболические осложнения (ВТЭО). Актуальность проблемы побудила нас провести собственное исследование. Цель исследования: Изучить эффективность профилактики ВТЭО у больных, перенёвших оперативное вмешательство по поводу послеоперационных вентральных грыж. Материалы и методы: Проведён анализ результатов лечения 16 пациентов с ПВГ, оперированных в герниологическом центре ГКБ №1 им. Н.И.Пирогова г. Москвы в феврале-апреле 2015 г. Среди них было 10 женщин (62,5%) и 6 мужчин (37,5%) в возрасте от 21 до 76 лет (средний возраст – 57,7 лет). В своей работе мы руководствовались рекомендациями и классификацией вентральных грыж, предложенными Европейским герниологическим обществом (EHS). Согласно данной классификации всех пациентов мы разделили на группы в зависимости от локализации грыжи, размеров грыжевых ворот и числа рецидивов. По локализации грыжи больные разделились следующим образом: М1-М2 – 1 пациент, М2 – 1, М2-М3 – 2, М3 – 3, М3-М5 – 1, М4 – 1, М5 – 1, L1 – 1, L3 – 5. По размерам грыжевых ворот: W1 – 1 человек, W2 – 14, W3 – 1. По числу рецидивов: R0 – 13 больных, R1 – 2, R3 – 1. В процессе сбора анамнеза и физикального обследования оценивали наличие факторов риска развития венозного тромбоза. Ультразвуковое сканирование вен нижних конечностей в обязательном порядке выполняли накануне операции и на 2-3 сутки послеоперационного периода. Всем пациентам проводили профилактику послеоперационных ВТЭО, объём и продолжительность которой зависел от группы риска, оцениваемой согласно Российским клиническим рекомендациям по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбозомболических осложнений от 2010 года. Один больной был отнесён к группе низкого риска, 4 – умеренного риска, 11 – высокого риска ВТЭО. Всем пациентам групп умеренного и высокого риска проводили антикоагулянтную профилактику ВТЭО нефракционированным или низкомолекулярными гепаринами в рекомендуемых дозировках. В обязательном порядке у всех пациентов мы использовали немедикаментозные методы профилактики (эластическая компрессия нижних конечностей, ранняя активизация больных, адекватная гидратация). Результаты: У оперированных больных на госпитальном этапе клинической симптоматики и ультразвуковых признаков острого венозного тромбоза и тромбозомболии лёгочных артерий мы не наблюдали. Выводы: Преобладающая доля пациентов с ПВГ относится к группам умеренного и высокого риска развития послеоперационных ВТЭО. Проведение антикоагулянтной профилактики на основании существующих Российских клинических рекомендаций высокоэффективно и безопасно.

---

366.ЭНДОМЕТРИОЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА

Гидирим Г.П., Мишин И.В., Мишина А.Е., Захария С.Л.

Кишинев, Молдова

Кафедра хирургии №1 «Н.Анестиади», Университет медицины и фармации «Н.Тестемицану», Институт матери и ребенка, Институт ургентной медицины, Кишинев, Молдова

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

Актуальность: Эндометриоз послеоперационных рубцов (ЭПР) является субкатегорией экстрагенитального эндометриоза и достаточно часто оперируется хирургами и окончательный диагноз устанавливается после патоморфологического исследования удаленных образований. Цель исследования – оценить особенности диагностики, хирургического лечения и иммуногистохимического профиля ЭПР. Материалы и методы: Проведен анализ базы данных 30 случаев ЭПР, оперированных в двух клиниках на протяжении последних двадцати четырех лет. Результаты: Средний возраст пациенток с ЭПР составил  $30.4 \pm 1.1$  лет (95% CI: 28.30–32.57). По локализации статистически достоверно чаще (р

---

### 367. ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ОБСТРУКТИВНЫХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ВЛАГАЛИЩА У ДЕВОЧЕК

Мишина А.Е.

Кишинев, Молдова

Отделение хирургической гинекологии, Институт матери и ребенка

Актуальность: Обструктивные аномалии влагалища (ОАВ) относятся к достаточно редким заболеваниям и их частота составляет от 1:30.000 до 1:72.000. В большинстве случаев диагноз ОАВ устанавливается в различные сроки после наступления менархе. Несвоевременная диагностика и хирургическая коррекция ОАВ ассоциируется с высоким риском возникновения тазового эндометриоза и бесплодия. Цель исследования: определить структуру ОАВ осложненных гематокольпосом, а так же особенности их диагностики и лечения. Материалы и методы: Проведен проспективный и ретроспективный анализ 49 случаев ОАВ осложненных гематокольпосом, оперированных на протяжении последних двадцати пяти лет. Результаты: Средний возраст пациенток с ОАВ составил  $15.8 \pm 0.4$  лет (95% CI: 15.07-16.48), основные клинические манифестации: циклические боли внизу живота и во влагалище, первичная аменорея, дисменорея и пальпируемое кистозное образование. В диагностическом алгоритме ОАВ использованы: трансабдоминальная и трансректальная ультрасонография, компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). Установлена структура ОАВ с гематокольпосом: I группа – атрезия девственной плевы (n=29, 59.2%); II группа – синдром Herlyn-Werner-Wunderlich или OHVIRA – ассиметричная обструктивная перегородка влагалища с ипсилатеральной агенезией почки (n=13, 26.5%) и III группа – полная поперечная перегородка влагалища (n=7, 14.3%). Во II гр. по классификации Bian M.L.-Wang J. (2014) установлены: I тип (n=5) и II тип (n=8). В III группе установлены специфические характеристики полных поперечных перегородок: чаще встречаются нижние (p=0.0291) и тонкостенные (р

---

### 368. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОЯ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ И АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Ботота А.В., Гюльмамедов Ф.И., Гюльмамедов В.А., Полунин Г.Е.

Донецк

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Геморрой является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний человека. Его распространенность достигает 118-120 случаев на 1000 взрослого населения, при этом среди заболеваний прямой кишки (ПК) и анального канала (АК) он составляет около 40%. Каждый третий из этих пациентов нуждается в хирургическом лечении. При этом у значительного количества пациентов отмечается сочетание геморроя с другой патологией АК и ПК. Цель исследования: Оценить возможность и целесообразность хирургического лечения геморроя в сочетании с другой патологией прямой кишки и анального канала. Материал и методы. Проанализирована первичная медицинская документация 159 пациентов, оперированных в клинике общей хирургии № 1 ДонНМУ им. М.Горького по поводу геморроя в сочетании с другой патологией АК и ПК в период с декабря 2011 года по январь 2015. При этом у 78 (49,1±3,9%) пациентов имело место сочетание геморроя с анальной трещиной (АТ), у 44 (27,7±3,5%) – с прямокишечным свищем (ПС), у 4 (2,5±1,2%) – с острым парапроктитом (ОП), у 21 (13,2±2,7%) – с полипом прямой кишки (ППК) и у 12 (7,5±2,1%) пациентов имело место сочетание геморроя с более чем одной патологией ПК и АК. Результаты исследования. Средняя продолжительность геморроидэктомии в сочетании с иссечением АТ составила 22 мин, в сочетании с иссечением ПС – 29 мин, в сочетании со вскрытием парапроктита – 32 мин, с полипэктомией – 17 мин. Средняя продолжительность геморроидэктомии в сочетании с хирургической коррекцией более чем одной сочетанной патологии АК и ПК составила 37 мин. Указанные средние временные показатели несколько превышают аналогичные при геморроидэктомии, однако избавляют пациента от повторного оперативного вмешательства. Средняя длительность госпитализации в указанной группе больных составила 5,1 суток, что является сопоставимым с аналогичным показателем в группе больных, перенесших исключительно геморроидэктомию (3,2 суток). Выводы. Наличие сочетанной с геморроем патологии ПК и АК не является противопоказанием к хирургическому лечению, которое может быть проведено одномоментно с геморроидэктомией, существенно не увеличивая количества послеоперационных осложнений и не ухудшая функциональных результатов хирургического лечения этой группы больных.

---

### 369.25-ЛЕТНИЙ ОПЫТ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Градусов Е.Г., Буткевич А.Ц., Жуков Ю.В., Белоусов А.Б., Калькаева Л.М.

Москва

Поликлиника №4

Амбулаторная хирургическая помощь в современных условиях занимает одно из центральных мест оказания первичной медицинской помощи, активно развиваясь и совершенствуясь на основе использования новых организационных технологий, современных достижений медицинской науки и энтузиазма амбулаторных хирургов. Цель исследования. Оценить преимущества и определить пути улучшения специализированной многопрофильной хирургической помощи при лечении больных в амбулаторных условиях. Материалы и методы. За период 1990-2014 годы на базе хирургического отделения и дневного стационара многопрофильной городской поликлиники, рассчитанной на 1200 посещений в сутки, выполнено 18453 операции у 16330 больных, из них 8067 (49,4 %) мужчин и 8263 (50,6 %) женщин. У детей от 4 месяцев до 18 лет выполнено 1875 (11,5 %) операций, у больных пожилого и старческого возраста – 1832 (11,2 %), наибольшее количество операций 12623 (77,3 %) - выполнено у больных трудоспособного возраста. Спектр хирургических операций проведенных нами амбулаторно, как в условиях перевязочных, так и в операционном блоке, охватывает практически весь объем хирургической патологии, с которой пациенты обращаются в поликлинику. Структура хирургических вмешательств включала следующие виды операций: общехирургические – 8126 (44,9 %), травматологические – 1743 (9,5%), ортопедические – 289 (1,6 %), сосудистые – 1559 (8,5 %), проктологические – 255 (1,4 %), урологические – 464 (2,5 %) , онкологические – 5894 (32.2 %) . Следует отметить, что некоторые виды хирургических вмешательств, выполненных нами в амбулаторных условиях, традиционно характерны для стационара, всего было выполнено 3528 операций у 3095 больных. К таким операциям относятся: венэктомии с применением

различных методик, клапанокорректирующие операции на глубоких и поверхностных венах при варикозной болезни; грыжесечения при грыжах брюшной стенки с использованием традиционных и ненавязанных методик; операции при приобретенных деформациях пальцев стопы, контрактуре Дюпюитрена; операции при варикоцеле; геморроидэктомии; симультанные и сочетанные операции. Выполнение данных хирургических вмешательств стало возможно благодаря имеющейся в составе дневного стационара анестезиологической службы, наличия операционного блока, квалифицированных специалистов и заинтересованности руководства поликлиники в расширении объемов и доступности хирургической помощи. Кроме хирургов, в операционной поликлиники проводят операции другие специалисты – гинекологи, окулисты, оториноларингологи, стоматологи, то есть амбулаторная хирургическая помощь является многопрофильной и специализированной в условиях одного лечебного учреждения. Результаты. Осложнения в раннем послеоперационном периоде при хирургических вмешательствах в дневном стационаре поликлиники отмечены у 27 (0,9 %) больных: гнойно-воспалительные – 16 случаев, кровотечение из послеоперационной раны – 8, лимфорея из послеоперационной раны – 2. Все больные пролечены амбулаторно, госпитализация в стационар не потребовалась, летальных исходов не было. 98 % больных остались довольны отдаленными результатами лечения в дневном стационаре поликлиники и хотели бы снова лечиться в амбулаторных условиях. Сроки временной нетрудоспособности после выполнения хирургического вмешательства в поликлиники на 3-5 дней меньше, стоимость лечения одного больного в амбулаторных условиях в 2,5-3 раза меньше чем в стационарных, при выполнении такой же операции. Выводы. Специализированная многопрофильная амбулаторная хирургическая помощь населению на современном этапе развития хирургии это реальный путь повышения доступности и эффективности лечения больных с хирургической патологией, при одновременном снижении материальных затрат и освобождении стационарных коек для оказания высокотехнологичных методов лечения.

---

### 370. Лапароскопические вмешательства в неотложной абдоминальной хирургии

Ржебаев К.Э.(1), Андрейцев И.Л.(2), Какурин С.Н.(2), Хаутиев С.И.(2), Яковлев А.А.(1), Тренихин А.М.(1)

Москва

1)ГБУЗ ГБ № 562)ГБУЗ ГКБ № 31

Лапароскопические вмешательства в неотложной абдоминальной хирургии За 20 лет выполнено 6921 экстренных лапароскопических операций, в т.ч. по поводу острого холецистита (ОХ) было оперировано – 3572 больных, острого аппендицита (ОА) - 2610 больных, перфоративной гастродуоденальной язвы (ПГДЯ) - 184 больных, острой спаечной кишечной непроходимости (ОКН) - 214 больных, панкреонекроза (ПН) – 244 больных. При диагностической лапароскопии у 2116 (81%) пациентов диагноз ОА был подтвержден, у 448 (17,2%) — отвергнут. В 46 (1,8%) случаях была конверсия. По мере приобретения опыта доля ЛАЭ возросла с 5,6% в 1993-1998г.г. до 96% в 2013 г. При этом процент конверсий статистически значимо (р

---

### 371. Исходы и показания к хирургическому лечению у больных с ушитыми прободными гастродуоденальными язвами

Плешков В.Г.

Смоленск

ГБОУ ВПО Смоленский государственный медицинский университет Минздрава России

Несмотря на то, что при оперативном лечении прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки апробированы и используются практически все известные в хирургии вмешательства, в том числе эндоскопические, остаётся и ушивание перфорации. Так возникает проблема ушитой прободной язвы. В основу сообщения легли наблюдения за 267 больными повторно оперированными после ушивания прободной язвы. Больные, нуждающиеся в плановых оперативных вмешательствах по поводу осложнений после операции ушивания прободения, поступали после длительной и безуспешной консервативной хирургии, а 12,7% - по экстренным показаниям (повторная перфорация, кровотечение из язвы). Пик возникновения симптомов язвенной болезни и её осложнений после ушивания перфорации у 47,5% больных наблюдался в первый год после ушивания перфорации. Для лучшего представления об основных закономерностях и особенностях развития поздних осложнений ушитых прободных язв последние на основании клинических данных, протоколов первичных операций и находок при повторных операциях мы разделяем на 6 вариантов развития. А именно, стойкая ремиссия после ушивания перфорации язвы – 30% оперированных. Из 267 больных повторно оперированных после ушивания язвы не зажившие после ушивания перфорации язвы были у 25,5%, из них рецидив ушитой прободной язвы у 26,9%, новая локализация язвы у 22,1%, множественные язвы у 13,6% и развитие рубцового пилородуоденального стеноза без клинических проявлений и обострений язвенной болезни у 15%. На основании комплексной оценки клинических проявлений и факторов риска при прогнозировании течения ушитой прободной язвы, основанных на математических расчётах показания к плановому оперативному лечению у больных с ушитыми прободными язвами, были разделены на ранние плановые, отсроченные, плановые и экстренные. Ранние плановые – ушитые хронические язвы желудка, подозрение на язвенную форму рака. Отсроченные – незаживающая в течение 3-х месяцев язва желудка, 6-ти месяцев - язва 12 п. кишки. Плановые – рецидив ушитой язвы, новая локализация, множественные язвы, нарушение эвакуации из желудка, признаки стеноза. Экстренные – повторная перфорация, кровотечение. Естественно, прогнозирование течения ушитой прободной язвы не решает всех проблем в условиях современных возможностей терапии язвенной болезни, но оно позволяет избежать разночтений у терапевтов и хирургов к определению своевременных показаний к повторному оперативному лечению у этих больных, что позволяет на практике применить принцип «Операция впереди осложнения».

---

372.Лапароскопическое ушивание перфоративных гастродуоденальных язв: наш опыт.

Кириенко А.И., Егиев В.Н., Сон Д.А., Андрияшкин А.В., Пастухов Д.В., Шуляк Г.Д.

Москва

1) РНИМУ им.Н.И.Пирогова, 2)ГКБ №1 им.Н.И.Пирогова

Несмотря на успехи терапевтического лечения язвенной болезни, значительного снижения числа осложнений этого заболевания, которые должны лечить хирурги, не отмечено. В 2014 г. в России зарегистрированы 19 331 пациент с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Большая часть из них (19 007) были оперированы. Общая летальность при этом осложнении язвенной болезни составила 10%, а среди оперированных – 8,9%. Это указывает на необходимость улучшения своевременной диагностики и способов оперативного лечения перфоративных язв. Цель исследования: Оценить эффективность современных лапароскопических методик при лечении перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Материалы и методы: В хирургической клинике ГКБ №1 им. Н.И.Пирогова за 2014 год лапароскопическое ушивание перфоративных язв гастродуоденальной зоны выполнено 25 пациентам. Среди них было 9 женщин (36%) и 16 мужчин (64%) в возрасте от 18 до 82 лет (средний возраст – 44,8 лет). Срок заболевания составлял от 2 до 24 часов (до 6 часов –14 больных (56%), более 6 часов – 11 пациентов (44%)). Подавляющее большинство больных (80%) не имели тяжёлой сопутствующей патологии. Использовались следующие методы инструментальной диагностики – обзорная рентгенография органов брюшной полости (в 76% случаев), УЗИ брюшной полости (68%), КТ брюшной полости (4% наблюдений).

Всем пациентам в экстренном порядке была выполнена диагностическая видеолaparоскопия. Прободная язва желудка выявлена у 10 (40 %) больных, двенадцатиперстной кишки – у 15 (60%). Местный серозно-фибринозный перитонит диагностирован в 13 случаях (52%), распространённый – в 12 (48%). Диаметр перфоративного отверстия составлял от 2 до 10 мм (в среднем – 3,8 мм). Всем больным выполнено лапароскопическое ушивание перфоративной язвы, санация и дренирование брюшной полости. При размере перфоративного отверстия 2 мм и менее использовали один "П-образный" шов (24% наблюдений), при дефекте стенки от 2 до 5 мм – однорядный шов (68%), более 5 мм – двухрядный (8%). Результаты: Средний послеоперационный койко-день составил 6,21. Летальность – 8%. У 1 пациентки (4%) на третий день послеоперационного периода развилась клиническая картина флегмоны передней брюшной стенки. Больная была переведена в гнойное отделение, где через сутки скончалась. При аутопсии выявлено прорезывание швов в области ушитой ранее перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, распространённый перитонит. И ещё одна пациентка скончалась на 12-е сутки послеоперационного периода от декомпенсации сопутствующей сердечно-лёгочной патологии. На секции интраабдоминальных осложнений не выявлено, швы на месте ушивания перфоративной язвы желудка состоятельны. Выводы: Лапароскопическое ушивание перфоративных язв гастродуоденальной зоны – достаточно эффективный и безопасный метод лечения этой категории больных. Использование современных малоинвазивных технологий позволяет сократить послеоперационный койко-день и ускорить реабилитацию пациентов. Тем не менее, данная технология имеет свои ограничения, особенно в случае перфорации длительно существующих каллёзных язв и размерах перфоративного отверстия более 10 мм.

---

### 373. Опыт двухэтапного лечения опухолевой толстокишечной непроходимости

Помазкин В.И.

Екатеринбург

Свердловский областной госпиталь для ветеранов войн

Обтурационная толстокишечная непроходимость остается актуальной проблемой неотложной хирургии. Единого мнения по вопросам хирургической тактики при этой патологии до настоящего времени нет. Целью работы была оценка результатов двух тактических вариантов двухэтапного лечения обтурационной толстокишечной непроходимости при исключении перитонита вследствие деструкции стенки кишки. Первый вариант включал в себя традиционное выполнение операции Гартмана и последующей восстановительной операции с ликвидацией одноствольной колостомы. Второй вариант включал формирование разгрузочной двухствольной кишечной стомы на первом этапе лечения и выполнение радикальной операции на втором. Летальность за 3 последних года в неотложных стационарах Свердловской области составила 17,1 %. Вероятно, добавление такой операционной травмы к уже имеющимся нарушениям в организме больного в условиях кишечной непроходимости, неизбежно увеличивало риск неблагоприятного исхода. С 2008 г. проведено оперативное восстановительное лечение 160 больным с одноствольными колостомами, сформированными в результате неотложных обструктивных резекций толстой кишки по поводу ее обтурационной непроходимости. При ретроспективном анализе в этой группе у 5,6 % пациентов первичная операция сопровождалась гнойно-воспалительными осложнениями со стороны брюшной полости и забрюшинного пространства. Послеоперационные раневые осложнения отмечались у 20 % больных. Средний срок существования колостомы от момента формирования до ее ликвидации был достаточно продолжительным и составил 8,5 месяцев. У всех пациентов при восстановительном оперативном лечении был спаечный процесс брюшной полости. При до- и интраоперационном обследовании таких пациентов перед восстановительным лечением ранний местный рецидив опухолевого процесса был выявлен у 11,8% больных. У 4,4% пациентов при отсутствии рецидива опухоли в толстой кишке обнаружены неудаленные регионарные лимфоузлы с метастатическим поражением. Летальность при восстановительных операциях составила 1,8%. Общее количество осложнений при восстановительных операциях наблюдалось у 15,6% больных. В группу пациентов с формированием двухствольной разгрузочной стомы на первом этапе и радикальной операции с удалением

опухоли и ликвидации стомы на втором вошли 150 пациентов. Послеоперационная летальность составила 0,67% на первом этапе. Количество осложнений 6,2%. Средний срок между операциями составил 25,5 дня. На втором этапе летальность была 1,3%. Осложнения в ранний послеоперационный период развились у 7,6 % больных. Формирование стомы на первом этапе, особенно из минидоступа, при последующем вмешательстве не приводило к серьезным техническим затруднениям, вызванным предыдущей операцией. При таком подходе создавалась возможность проведения комбинированных вмешательств при распространении опухоли на соседние органы, выполнение расширенных лимфаденэктомий, что должно приводить к лучшим отдаленным результатам, увеличению продолжительности жизни пациентов. Таким образом использование этапного лечения обтурационной толстокишечной непроходимости, включающее формирование декомпрессивной колостомы на первом этапе и радикальную операцию с одномоментной ликвидацией стомы на втором, позволяет снизить риск послеоперационной летальности, выполнить адекватный объем вмешательства, включая возможность проведения комбинированных и расширенных операций, а также повысить качество жизни таких больных за счет значительного сокращения сроков существования временной колостомы и соответственно сокращения сроков реабилитации.

---

374. Результаты восстановительных операций при кишечных стомах у пациентов старческого возраста

Помазкин В.И.

Екатеринбург

Свердловский областной госпиталь для ветеранов войн

Показания к хирургической реабилитации с ликвидацией стомы у больных в старческом возрасте, рассматриваются достаточно осторожно и являются предметом разногласий, что связывается с повышенным риском оперативного вмешательства. Целью исследования была оценка непосредственных результатов восстановительных операций при временных кишечных стомах у пациентов в возрасте старше 75 лет. Мы имеем опыт восстановительных операций при илео- и колостомах у 320 больных. Из них 42 (13,1%) пациента были в старческом возрасте. Женщин было 31, мужчин 9. Средний возраст таких больных составил 77,3 года. Основной причиной формирования стомы являлись злокачественные опухоли толстой кишки, что наблюдалось у 40 (%) больных. Осложнения дивертикулярной болезни были у 2 (%) пациентов. Одноствольные илео- и колостомы были у 9 (21,9%) больных, двухствольные у 32 (78,1%). При этом наличие стомы с не устранённой патологией толстой кишки отмечалось у 31 пациента, что было связано с риском выполнения радикального вмешательства на первом этапе в условиях неотложной ситуации и объем операции был ограничен наложением стомы. Все больные были с сопутствующей патологией. Среднее число сопутствующих заболеваний на одного пациента составило 3,5, с преобладанием кардиоваскулярной и респираторной патологии, что требовало корректирующей терапии как на дооперационном этапе, так и в послеоперационном периоде. Так 17 больным потребовался достаточно продолжительный курс предоперационной подготовки, с переводом сопутствующей патологии в стадию компенсации. Средний возрастзависимый показатель индекса коморбидности Charlson составил 7,1. Средний показатель индекса ASA на момент операции, оцениваемый анестезиологом, составил 2,11. Пациентам были выполнены следующие вмешательства. У 31 больного выполнялась резекция ободочной и прямой кишки с одномоментной ликвидацией стомы. У 8 больных была ликвидирована одноствольная кишечная стома. Закрытие двухствольной колостомы выполнено у 2 больных. Послеоперационная летальность составила 2,4 %. При этом расчетный показатель 30-дневной послеоперационной летальности с учетом объема оперативного вмешательства по шкале Cr-POSSUM составил 9,8%, что значительно выше фактически зарегистрированной (р

---

375. Лечение парастомальных грыж

Помазкин В.И.

Екатеринбург

Свердловский областной госпиталь для ветеранов войн

Парастомальные грыжи являются наиболее распространенным осложнением кишечных стом. Устранение парастомальной грыжи с оставлением стомы на месте привлекательно значительно меньшей травматичностью вмешательства, однако основной проблемой при таких операциях является высокий риск рецидивов формирования грыжевого дефекта. Целью работы был ретроспективный анализ предложенного способа хирургического лечения парастомальных грыж с оставлением стомы на месте, сочетающего изменение расположения стомированной кишки с транслокацией ее частично в пред- и забрюшинное пространство и использование синтетического сетчатого эндопротеза для укрепления апоневроза брюшной стенки. В период с 2006 по 2013 г.г. были прооперированы 16 пациентов с постоянными сигмостомами, осложненными парастомальными грыжами. Средний возраст пациентов составил  $65,3 \pm 7,6$  лет. Мужчин было 7, женщин 9. Все пациенты ранее перенесли брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки по поводу рака ее нижнеампулярного отдела или анального канала. Средний размер грыжевого дефекта составил  $114,6 \pm 12,5$  см<sup>2</sup>. Стомированную кишку высвобождали из брюшной стенки и спаек брюшной полости, прошивали и пересекали с удалением избыточной ее части. Из этого же разреза производили отсепаровку брюшины по латеральному краю раны с созданием забрюшинного канала по направлению спереди назад по возможности доходя до переходной складки брюшины левого латерального канала, где в ней формировали внутреннее отверстие достаточной величины для свободного проведения в него стомированной кишки. Последнюю в созданном забрюшинном канале проводили с выведением на брюшную стенку без оставления свободной петли в брюшной полости. Целостность брюшины восстанавливалась по медиальному краю раны брюшной стенки. Дефект апоневроза суживали отдельными швами до адекватного размера. В положении on-lay к апоневрозу фиксировали сетчатый эндопротез с округлым отверстием в центре для стомируемой кишки. Мобилизованный верхний край раны в виде кожно-жирового лоскута низводили книзу. В верхней части его вырезали округлое отверстие, соответствующее размеру стомируемой кишки, в котором последнюю фиксировали, формируя вновь созданную плоскую колостому с ровной кожной площадкой, для хорошей фиксации калоприемника в дальнейшем. Ниже ее после иссечения избытков кожи и подкожной клетчатки нижнего края раны, образующийся дефект ушивали в поперечном направлении. В послеоперационном периоде летальных исходов не было. У одного пациента был ограниченный некроз кожи краев раны, находящейся ниже стомы, без каких-либо серьезных последствий. У двух больных были ограниченные скопления серозного экссудата в ране, потребовавшие неоднократного их опорожнения, но не приведшие к значительному ухудшению процесса заживления. При этом случаев инфекционных раневых осложнений не наблюдалось. Средняя продолжительность послеоперационного пребывания в стационаре составила 9,5 койко-дня. Отдаленные результаты прослежены у 13 пациентов в течение от 1 до 5 лет. Рецидива парастомальной грыжи не было отмечено ни в одном случае. Все больные отмечали хорошее удерживание калоприемников, отсутствие необходимости использования каких-либо дополнительных средств для ухода за стомой, отсутствие каких-либо ограничений в физической активности. Использование комбинации перевода стомированной кишки в забрюшинное пространство и использование синтетических эндопротезов для укрепления брюшной стенки при лечении парастомальных грыж безопасно и имеет хорошие непосредственные и отдаленные результаты.

---

376. Применение синтетических материалов для устранения дефектов брюшной стенки при операциях на толстой кишке



Помазкин В.И.

Екатеринбург

Свердловский областной госпиталь для ветеранов войн

Необходимость хирургического лечения заболеваний толстой кишки у пациентов, ранее перенесших операций на брюшной полости и имеющих послеоперационные грыжи, возникает достаточно часто. Применение современных сетчатых эндопротезов при герниопластике приводит к значительному уменьшению частоты образования повторных грыж. Целью нашей работы являлся ретроспективный анализ результатов одномоментного хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж с использованием синтетических материалов при операциях на прямой и ободочной кишке. За период с 2004 по 2013 г.г. операции на толстой кишке с одновременным восстановлением послеоперационных дефектов брюшной стенки, требовавших использования синтетических материалов, произведены у 74 больных. Средний возраст пациентов составил  $60,6 \pm 8,3$  лет. Мужчин из них было 45 (60,8%), женщин 29 (39,2%). Основным показанием к оперативному лечению у 66 (89,2%) больных являлось восстановление целостности кишечного тракта, с ликвидацией, сформированной кишечной стомы. Вентральную грыжу без кишечной стомы, возникшую после предыдущих операций на брюшной полости имели 6 (8,1%) пациентов. У 4 из них показанием к оперативному лечению являлся первичный рак ободочной кишки, у 2 осложненная болезнь Крона. У 2 (2,7%) больных дефект брюшной стенки был образован при ее резекции по поводу местно распространенного рака ободочной кишки. Объем основного вмешательства при наличии одностольной кишечной стомы у 66 больных заключался в наложении межкишечного анастомоза с ликвидацией стомы. У 2 больных после субтотальной колэктомии по поводу язвенного колита произведена брюшно-анальная резекция прямой кишки, формирование илеального резервуара с анастомозом с анальным каналом и ликвидацией илеостомы. У пациентов без сформированной ранее стомы, у 3 при раке левой половины ободочной кишки была выполнена левосторонняя гемиколэктомия, у 2 больных с болезнью Крона передняя резекция прямой кишки, у 1 пациентки с рецидивом рака прямой кишки ее резекция с экстирпацией матки. В 2 случаях необходимость применения сетчатого эндопротеза была связана с резекцией брюшной стенки при правосторонней гемиколэктомии по поводу местно распространенного рака правой половины ободочной кишки. У 55 (74,3%) больных эндопротез размещался ретромускулярно, у 15 (20,3%) пациентов сетка была фиксирована сверху апоневроза и остатков грыжевого мешка («on-lay» методика). В 4 случаях (5,4%) фиксация эндопротеза производилась в «in-lay» положении. Послеоперационная летальность составила 1,4 %. Раневые осложнения отмечены у 9 (12,2%) больных. Все они наблюдались при восстановительных операциях с ликвидацией кишечных стом. У 5 (6,8%) из них были ограниченные скопления серозного экссудата в срединной ране, потребовавшие неоднократного их опорожнения, но не приведшие к значительному ухудшению процесса ее заживления. У 2 (2,7%) пациентов развилось поверхностное нагноение подкожной клетчатки в месте существования стомы. У 2 (2,7%) больных был ограничен краевой кожный некроз лапаротомной раны, приведший к частичному обнажению сетки, расположенной сверху апоневроза. Средний срок послеоперационного пребывания таких больных в стационаре составил  $13,5 \pm 1,8$  дней. Отдаленных инфекционных осложнений не было отмечено ни у одного из них. Рецидивов грыжи отмечен у 1 пациента (1,4%). Таким образом, одномоментная ликвидация дефектов брюшной стенки при операциях на толстой кишке с применением синтетических материалов не приводит к значительной частоте послеоперационных осложнений и позволяет ускорить процесс полной реабилитации пациентов и улучшить качество их жизни.

---

377. Модифицированная пластика по Лимбергу при лечении эпителиального копчикового хода

Помазкин В.И.

Екатеринбург

Свердловский областной госпиталь для ветеранов войн

Спорным вопросом при лечении эпителиального копчикового хода остается метод завершения операции. Безусловные преимущества имеют методы лечения, связанные с иссечением патологически измененных тканей и восстановлением целостности кожного покрова, обеспечивающие раннее возвращение пациентов к привычной деятельности. Однако при сложном расположении свищевых ходов, их разветвленной структуре, наличии воспалительно-инфильтративных изменений в окружающих тканях при их радикальном иссечении образуются достаточно большие раневые дефекты, ушить которые простым сведением краев ран невозможно. Целью настоящего исследования являлась оценка результатов модифицированного пластического замещения образуемого раневого дефекта по Лимбергу. В исследование включено 36 пациентов. Мужчин было 34, женщин 2. Средний возраст больных составил 41,6 лет. Все пациенты имели III степень сложности копчикового хода по нашей классификации, что соответствовало распространенности свищей за пределами внутреннего ската ягодич, наличию выраженных рубцов, инфильтратов в окружности свищевых ходов. У 29 пациентов заболевание расценивалось как рецидив болезни. Все операции выполнялись в плановом порядке. После радикального иссечения всех свищей, их наружных отверстий, воспалительных инфильтратов, полостей и рубцово измененной клетчатки ране придавали ромбовидную форму. При этом самая нижняя точка «ромба» была смещена ассиметрично от срединной линии дна межягодичной складки. В соседней ягодичной области выкраивали соответствующий размеру дефекта ромбовидный лоскут. Лоскут был полнослойный, включал всю подкожно-жировую клетчатку, отделяемую от подлежащей фасции. Особенностью операции являлось смещение самой нижней точки ушиваемой раны нижней грани ромбовидного лоскута от дна межягодичной складки, что улучшало условия заживления самой «критической» зоны, в которой обычно и происходит формирование рецидивного свища. Второй особенностью являлась подшивание лоскута субкутикулярными швами за подкожную клетчатку к самой глубокой части раневого дефекта, а именно к дну межягодичной складки для хорошей фиксации и отсутствию возможности скопления в этой зоне раневого секрета, ухудшающего условия заживления. Подлоскутное пространство дополнительно дренировалось активным дренажом для аспирации раневого отделяемого, что способствовало более качественному заживлению раны. Неосложненное течение раннего послеоперационного периода с заживлением раны первичным натяжением было достигнуто у 34 (94,4%) пациентов. У 1 больного возникло ограниченное нагноение раны, потребовавшее частичного разведения ее краев. Еще у 1 пациента возник краевой некроз одной из «вершин» ромбовидного лоскута, с заживлением раны частично вторичным заживлением. Отдаленные результаты прослежены в сроки от 12 до 36 месяцев. Рецидив копчикового хода возник у 2 (5,5%) пациентов и носил ограниченный характер, что не вызвало необходимости дальнейших пластических операций после иссечения рецидивного свищевого хода. Все пациенты были удовлетворены косметическим эффектом операции, имели в зоне оперативного вмешательства полноценный кожно-жировой покров, устойчивый к нагрузкам. Использование модифицированной пластики по Лимбергу при оперативного лечения сложных форм эпителиального копчикового хода имеет приемлемые непосредственные и отдаленные результаты.

---

378. Поток низкотемпературной аргоновой плазмы, как метод профилактики гнойно-воспалительных раневых осложнений у больных ущемленными послеоперационными грыжами.

Нарезкин Д.В., Сергеев Е.В.

Смоленск

Кафедра госпитальной хирургии. Смоленский государственный медицинский университет.

Цель. Анализ эффективности применения потока низкотемпературной аргоновой плазмы, как метода интраоперационной профилактики гнойно-воспалительных раневых осложнений в послеоперационном периоде у больных ущемленными послеоперационными вентральными грыжами. Материалы и методы. Предложен «Способ профилактики гнойно-воспалительных раневых осложнений при аллопластике ущемленных послеоперационных вентральных грыж» (патент на изобретение RU 2449820 C1). Данный

способ на сегодняшний день успешно применен в лечении 80 пациентов ущемленными послеоперационными вентральными грыжами (группа 1). Для оценки эффективности результатов произведена выборка 80 пациентов (группа 2) из пациентов ущемленными послеоперационными вентральными грыжами сходных по всем значимым признакам с пациентами группы 1, в лечении которых не применялся поток низкотемпературной аргоновой плазмы. Результаты. Было проведено изучение местных раневых осложнений в раннем послеоперационном периоде в группах сравнения. Нагноением послеоперационной раны отмечено у 4(5%) пациентов 2 группы, в 1 группе случаев нагноения раны не зафиксировано. ( $p < 0,05$ ). Все серомы были пунктированы с последующей эвакуацией содержимого. В 1 группе повторные пункции потребовались у 1(1,25%) пациента, постановка дренажа в полость серомы потребовалась 1 (1,25%) пациенту. Инфицирование серомы не отмечено. Во 2 группе использование пункции два и более раз производилось у 2(2,5%) пациентов, постановка дренажа в полость серомы потребовалась 2 (2,5%) пациентам. Инфильтрат послеоперационной раны наблюдался у 3(3,75%) и у 7(8,75%) больных 1 и 2 групп соответственно ( $p > 0,05$ ). На фоне консервативной терапии и физиотерапии наблюдалось медленное регрессирование инфильтратов, случаев абсцедирования инфильтратов в период нахождения пациентов в стационаре не отмечено. В 1 (1,25%) клиническом наблюдении во 2 группе имела места гематома послеоперационной рана (ограниченная в подкожно-жировой клетчатке без тенденции к нарастанию). Дренирование гематомы с постановкой пластинчатого дренажа с последующим контролем при перевязках, привели к ее ликвидации к 9 суткам, дальнейшее течение послеоперационного периода без особенностей. У 1(1,25%) больного 2 группы образовался краевой некроз подкожно-жирового лоскута к 5 суткам послеоперационного периода, шириной до 2,5см. Произведено иссечение участка некроза, с последующим наложением вторичных швов. Заключение: Использование способа интраоперационной профилактики с применением потока низкотемпературной аргоновой плазмы при грыжесечении ущемленных послеоперационных грыж достоверно снижает риск развития нагноения раны в послеоперационном периоде.

---

379. Анализ результатов хирургического лечения толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии

Черданцев Д.В.(1), Поздняков А.А.(1,2), Соляников С.Н.(2), Шпак В.В.(2), Рябков Ю.В.(2), Коммисаров С.В.(2)

Красноярск

1) КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого, кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. А.М.Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО2) КГБУЗ «КМКБ №20 им. И.С.Берзона», г.Красноярск. Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Лечение осложненных форм рака ободочной кишки по праву считается актуальной проблемой современной колопроктологии. Это обусловлено ростом числа злокачественных новообразований толстокишечной локализации. Обтурационная толстокишечная непроходимость является наиболее частым осложнением рака прямой и ободочной кишки. По данным большинства авторов, частота ее колеблется от 30 до 76,8%. При этом, в 60-80% наблюдений кишечная непроходимость является первым клиническим проявлением злокачественного новообразования. **ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Выполнить анализ собственных результатов хирургического лечения больных обтурационной толстокишечной непроходимостью. **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В анализ включены 269 больных, экстренно оперированных по поводу декомпенсированной обтурационной толстокишечной непроходимости (ДОТН) за последние 5 лет. У 17 (6,3%) больных непроходимость развилась на фоне неопухолевой патологии (болезнь Крона, заворот толстой кишки, рубцовая стриктура колостомы). В 93,7% причиной непроходимости стали опухолевые заболевания. У 8 больных (3,0%) Опухолевый процесс локализовался вне толстой кишки и вызывал непроходимость за счет сдавления кишки извне. Женщин было 142 (52,8%), мужчин 127 (47,2%). Среди больных с опухолями толстой кишки процесс локализовался в анальном канале в 2 случаях – 0,8% от общего числа больных с опухолями толстой кишки. В прямой кишке в 42 случаях (17,2%), в сигмовидной кишке в 111 случаях (45,5%), левая половина была поражена у 41 (16,8%) больного, поперечно-ободочная

кишка у 20 (8,2%) больного, правая половина у 28 (11,5%). Таким образом локализация опухоли в правой половине ободочной кишки стали причиной непроходимости у 48 больных (19,7%), в левой половине – у 196 больных (80,3%). У 99 больных, экстренно оперированных в 2014 году, при поступлении проводили измерение внутрибрюшное давление (ВБД). Для оценки внутрибрюшной гипертензии (ВБГ) мы использовали классификацию WSACS 2004 года. РЕЗУЛЬТАТЫ. При локализации опухоли в правой половине толстой кишки радикальные оперативные вмешательства выполнены у 28 больных (63,6%). Общая послеоперационная летальность при опухолях правой половины толстой кишки 10,4% (5 больных). При локализации опухоли в левой половине, радикальные вмешательства были выполнены у 73 больных (37,2%), а общая послеоперационная летальность составила 11,7% (23 больных). При кажущейся схожести показателей послеоперационной летальности опухолей правой и левой половины ободочной кишки, при более детальном анализе проявляется одно принципиальное отличие. А именно, летальность при выполнении экстренных радикальных вмешательств на правой половине толстой кишки составила 7,1% (2 из 28), на левой половине – 17,8% (13 из 73). В случае выполнения паллиативных вмешательств на правой половине толстой кишки летальность составила 15,0% (3 из 20), а на левой – 8,1% (10 из 123). В результате изменения ВБД у больных экстренно госпитализированных с опухолями толстой кишки, нормальные значения ВБД (до 12 мм.рт.ст.) были зафиксирована у 19 больных (19,2%), все больные этой группы были оперированы радикально, летальных исходов не было. 1 степень ВБГ (12-15 мм.рт.ст.) установлена у 26 больных (26,3%), послеоперационная летальность в этой группе составила 3,8% (1 больной). 2 степень ВБГ (16-20 мм.рт.ст.) выявлена у 20 больных (20,2%), летальность составила 10,0% (2 больных). 3 степень ВБГ (21-25 мм.рт.ст.) зафиксирована у 19 больных (19,2%), послеоперационная летальность 15,8% (3 больных). 4 степень ВБГ (более 25 мм.рт.ст.) установлена у 15 больных (15,2%). Это наиболее тяжелая группа больных, часто с длительно существующей клинической картиной непроходимости и поздним обращением. Летальность в этой группе больных составила 46,7% (7 больных). ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Показатель внутрибрюшного давления может быть использован как прогностический фактор у больных с декомпенсированной обтурационной толстокишечной непроходимостью. Очевидно, что объем первичного хирургического вмешательства у больных раком толстой кишки, осложненным ДОТН должен планироваться с учетом локализации процесса (правая или левая половина) и степени тяжести ВБГ.

---

380. Причины рецидива дуоденальной язвы, ранее осложненной прободением или кровотечением

Оскретков В.И., Андреасян А.Р., Исаева Т.Г., Гурьянов А.А, Ганков В.А., Можевикина Е.В.

г. Барнаул

ГБОУ ВПО «Алтайский Государственный Медицинский Университет МЗ России», КГБУЗ ГБ №12

Работа основана на результатах обследования и лечения 223 больных хронической язвой двенадцатиперстной кишки (ХЯ ДПК), осложненной перфорацией (72 чел.) или кровотечением (151 больной). Больным с перфоративной язвой производили видеолапароскопическое ее зашивание, при кровоточащей язве осуществляли эндоскопический гемостаз. Этиотропное противоязвенное лечение начинали с первых суток после поступления в urgentное хирургическое отделение, а затем продолжали в гастроэнтерологическом отделении, куда больных переводили после компенсации кровопотери и снятия швов. В результате этого рубцевание язвы наступило почти у всех пациентов обеих групп (95,5±5,7). Несмотря на наличие зарубцевавшейся язвы в течение первого месяца после лечения были выявлены выраженные морфофункциональные изменения в желудке. Так по данным гастродуоденоманометрии у 68,6±5,7% (153 чел.) больных отмечено снижение моторики желудка, нарушение координации сокращений в антрум-пилородуоденальной зоне у 59,2±5,8% больных (132 чел.). При проведении дуоденодебитометрии у 2/3 (149 чел.) больных зарегистрирован дуоденогастральный рефлюкс, а у 1/4 пациентов - признаки хронической дуоденальной непроходимости различной степени выраженности. По данным суточной внутрижелудочной рН-метрии у 54,2±5,8% (121 чел.) больных зафиксировано гиперацидное состояние, при этом среднее значение рН в теле желудка было 1,2±0,4. По данным ФГДС гастроэзофагеальный рефлюкс был выявлен у 52 пациентов (23,3±0,8%), хронический эзофагит – у 52 больных (23,3±0,8%), хронический

гастрит – у всех наблюдавшихся больных, дуоденогастральный рефлюкс – у 30 пациентов (13,5±1,5%), рубцово-язвенная деформация ДПК – у 114 пациентов (51,2±6,1%), компенсированный стеноз ДПК – у 8 пациентов (3,6±0,8%), субкомпенсированный стеноз ДПК – у 5 пациентов (2,2±0,8%), грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) – у 9 больных (4,1±0,4%). При гистологическом исследовании биоптатов СОЖ у всех пациентов отмечены признаки хронического гастрита. У большинства из них (115 чел., 51,6±5,9%) был обнаружен хронический поверхностный гастрит, у 25 человек (11,2±1,2%) – атрофический гастрит, у 16 человек (7,2±0,5%) – эрозивный гастрит, у 6 больных (2,7±0,4%) выявлена кишечная метаплазия. У большинства обследованных (148 чел., 66,4±5,8%) при проведении гистологического исследования и (или) уреазного теста обнаружено различной степени обсеменение слизистой желудка *Helicobacter pylori*. Преимущественно встречалось обсеменение слизистой оболочки желудка 1 степени (122 чел., 54,7±5,9%), у 21 пациента (9,4±0,8%) - 2 степени и у 5 пациентов (2,3±0,5%) - 3 степени. Манометрия пищеводно-желудочного перехода у большинства больных (78,4±5%) выявила нарушение замыкательной функции кардии за счет укорочения и снижения тонуса нижней пищеводной зоны высокого давления. Статистически значимой разницы в частоте выявленных изменений в группах больных не выявлено. При диспансерном наблюдении в течение 7 лет у больных хронической дуоденальной язвой, осложненной ранее кровотечением, рецидив заболевания возник у 26,4±3,5% пациентов, после зашивания прободной пилородуоденальной язвы у 34,5±4,6% пациентов. Курсы поддерживающей медикаментозной терапии не исключали возможность рецидива заболевания, но на 24% и 37,6% соответственно снижали его частоту по сравнению с пациентами не получавших противорецидивное лечение. Таким образом, у больных, перенесших эндоскопическое зашивание прободной пилородуоденальной язвы или эндоскопический гемостаз при кровоточащей дуоденальной язве, после проведенной этиотропной терапии, несмотря на то, что наступило рубцевание язвенного дефекта, в желудке остаются выраженные морфофункциональные изменения, которые могут способствовать рецидиву язвы – гипокинезия желудка, явления хронического гастрита, обсемененность *Helicobacter pylori*. Эти пациенты нуждаются в постоянном диспансерном наблюдении с проведением медикаментозного лечения, которое более чем на 1/4 снижает частоту рецидивов заболевания и развития осложнений, требующих оперативного вмешательства.

---

### 381. Антибиотикопрофилактика при абдоминальных вмешательствах на толстой кишке

Черданцев Д.В.(1,2), Поздняков А.А.(1,2), Литвинов И.В.(2), Махотин Д.А.(2), Слабнин С.Г.(2)

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 Краевая клиническая больница, г.Красноярск. Россия.

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** В настоящее время проведение антибиотикопрофилактики (АБП) является «золотым стандартом» при выполнении абдоминальных хирургических вмешательств. В колоректальной хирургии абдоминальные вмешательства, выполняемые со вскрытием просвета толстой кишки, традиционно считаются операциями с высоким риском контаминации ассоциациями аэробной и анаэробной микрофлоры. В связи с этим, согласно рекомендациям ASPH (1999) и SIGN (2002), подготовка к вмешательствам на толстой кишке подразумевает механическую очистку с последующим назначением неомицина и эритромицина. Предполагается парентеральное введение одного или нескольких антибиотиков, сочетающих антиаэробную и антианаэробную активность, за 30 минут до операции. При анализе отечественных работ, выявлена тенденция к сочетанию парентеральной предоперационной АБП и курса послеоперационной антибиотикотерапии (АБТ) различной длительности. В своей практике мы так же длительное время придерживаемся традиции сочетания предоперационной АБП и послеоперационной АБТ. Обязательным считаем предоперационную механическую очистку без перорального применения антибиотиков. Однако большинство авторов подчеркивают отсутствие статистических различий в возникновении ИОХВ у больных получавших изолированно предоперационную АБП и больных, получавших сочетание АБП и послеоперационной АБТ. **ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Провести сравнительный анализ клинической эффективности

предоперационной парентеральной антибиотикопрофилактики и послеоперационной антибиотикотерапии при абдоминальных вмешательствах в колоректальной хирургии. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследуемую группу включено 43 больных, оперированных на толстой кишке, у которых профилактика ИОХВ состояла из механического очищения кишки накануне операции, внутривенного введения цефалоспоринов II поколения и метронидазола за 30 минут до разреза, интраоперационной локальной внутрикишечной деконтаминации путем введения в просвет толстой кишки 1% раствора диоксида в процессе наложения толстокишечного анастомоза. В группе клинического сравнения проведен ретроспективный анализ результатов лечения 36 больных, оперированных на толстой кишке, у которых в схему профилактики ИОХВ дополнительно был включен курс послеоперационной антибиотикотерапии, продолжительностью от 5 до 7 суток. В исследование не были включены больные имевшие хронические сопутствующие заболевания в стадии обострения или декомпенсации, а также больные с запущенными формами злокачественных новообразований. Средний возраст больных составил  $54,3 \pm 12,7$  лет, мужчин было 52,1%, женщин 47,9%. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Одной из проблем оценки результатов хирургического лечения является анализ осложнений, которые практически не влияют на состояние больного и отделенные результаты лечения, речь идет о различных инфильтратах и ограниченных нагноениях ОХВ. Для клинической практики в этом случае больше значение имеет увеличение сроков и стоимости лечения. Поэтому для анализа результата различных вариантов применения антибактериальных препаратов нами использована классификация осложнений по Clavien-Dindo. Учитывались только те осложнения послеоперационного периода, которые могли трактоваться как ИОХВ или были их следствием. Многими авторами отмечено, и мы согласны с этим мнением, что применение антибактериальных препаратов в любом режиме дозирования не влияет на частоту развития несостоятельности кишечных анастомозов. Однако случаи с развитием несостоятельности так же были включены в анализ. РЕЗУЛЬТАТЫ. В целом частота ИОХВ в группе больных с АБП и группе с АБТ достоверно не различалась и составила 20,9% (9 больных) и 19,4% (7 больных) соответственно. Осложнения I категории по Clavien-Dindo были самыми распространенными, к ним отнесены случаи возникновения инфильтратов без нагноений в области операционной раны. В структуре ИОХВ они составили 55,6% в группе с АБП и 57,1% в группе с АБТ. Осложнения II категории по Clavien-Dindo наблюдались значительно реже, к ним отнесены случаи локальных нагноений инфильтратов в пределах 1-2 кожных швов, для их лечения требуется назначение дополнительных медикаментозных препаратов. В структуре ИОХВ они составили 22,2% в группе с АБП и 14,3% в группе с АБТ. Осложнения IIIa категории по Clavien-Dindo. Эта группа больных включает случаи с более обширными нагноениями ОХВ, потребовавшими удаления швов, разведения операционных ран, и наложения вторичных швов под местной анестезией после купирования гнойно-воспалительного процесса. В структуре ИОХВ эти наблюдения составили 11,1% в группе с АБП и 14,3% в группе с АБТ. Осложнения IIIb категории по Clavien-Dindo. Сюда были отнесены случаи несостоятельности кишечных анастомозов (1 случай в группе с АБТ) и обширные нагноения промежностных ран (1 случай в группе с АБП), потребовавшие для своего лечения хирургических вмешательств под общей анестезией. В структуре ИОХВ эти наблюдения составили 11,1% в группе с АБП и 14,3% в группе с АБТ. Осложнений IV категории по Clavien-Dindo не было. ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Нами не было выявлено достоверных отличий в частоте возникновения ИОХВ у больных, оперированных на толстой кишке со вскрытием просвета при применении предоперационной АБП и послеоперационной АБТ. Классификация по Clavien-Dindo является удобным и универсальным инструментом в оценке течения послеоперационного периода, особенно когда учет фармакоэкономической эффективности работы отделения ведется более щепетильно, чем учет возникающих медицинских осложнений.

---

382. Сравнительная оценка инструментальных методов диагностики стриктур желчевыводящих путей при хроническом описторхозе

Ильканич А. Я. (1), Варданян Т. С. (2)

Сургут

1) ГОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры» 2) БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница»

Описторхоз является эндемичным паразитарным заболеванием в Западно-Сибирском регионе, в частности, в Ханты-Мансийском автономном округе. По данным Роспотребнадзора, заболеваемость населения в регионе достигает 2559,9 на 100 тысяч населения. Хронический описторхоз в 41,6 % случаев сопровождается билиарной гипертензией. Причиной этого является развитие склеротических изменений всех слоев стенки желчных путей и большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) в ответ на наличие паразитарной инфекции в них. Изучение архитектоники желчевыводящих путей доступными инструментальными методами исследования позволит улучшить не только топическую диагностику, но и повлиять на тактику лечения. Материалы и методы: Проведен анализ результатов обследования 24 больных с механической желтухой описторхозного генеза. Среди обследуемых мужчин – 13 (54%), женщин – 11 (46%). Пациентов среднего возраста – 15 (62%), пожилого – 9 (38%). При госпитализации проводился комплекс лабораторных и инструментальных диагностических мероприятий. Лабораторные методы проведены всем пациентам, и, включали в себя общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, иммуноферментный анализ крови на описторхоз. Среди инструментальных методов использованы ультразвуковое исследование (УЗИ), магнитно-резонансная томография (МРТ) с магнитнорезонансной холангиопанкреатографией (МРХПГ), эзофагогастроуденоскопия (ЭГДС) и эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ). УЗИ, МРТ в сочетании с МРХПГ и ЭГДС проведены всем пациентам, ЭРХПГ выполнено 22 (91,7%) больным. Выполнен расчет чувствительности, специфичности и общей точности инструментальных методов визуализации желчевыводящих путей в диагностике стриктур, проведена сравнительная их оценка. При восстановлении желчеоттока применена следующая тактика: при стенозе БСДК выполняли эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ); при протяженном стенозе общего желчного протока и/или стенозе долевых печеночных протоков – стентирование желчевыводящих путей; при невозможности проведения эндоскопического дренирования декомпрессию желчевыводящих путей осуществляли хирургическим путем. Результаты: среди результатов, полученных при лабораторном исследовании, наибольший интерес представляли признаки глистной инвазии и степень билирубинемии. Так, в общем анализе крови эозинофилия была отмечена у 11 (46%) больных. В то же время, положительный результат иммуноферментного анализа крови на описторхоз получен у всех обследованных. При поступлении повышение билирубина до 100 мкмоль/л выявлено у 4 (17%) пациентов, от 100 до 200 мкмоль/л у 13 (54%), свыше 200 мкмоль/л – у 7 (29%). Ультразвуковая диагностика не позволила выявить стриктуры желчевыводящих путей, хотя позволяла оценить дилатацию протоков у 22 (91,7%) пациентов. В связи с этим УЗИ может быть признано вспомогательным скрининговым методом в диагностике паразитарных стриктур желчевыводящих путей. МРТ и ЭРХПГ обладали высокой информативностью. Чувствительность, специфичность и общая точность МРХПГ и ЭРХПГ в диагностике стриктур составила 93,1 %, 66,7%, 90,6% и 88,9%, 75%, 90% соответственно. Данные методы позволили визуализировать желчевыводящие пути на всем протяжении. На основе полученных данных выделено 5 типов архитектоники желчевыводящих путей при хроническом описторхозе: 1. стриктура пузырного протока с дилатацией желчного пузыря; 2. стриктура БСДК; 3. стриктура холедоха с дилатацией вышележащих отделов; 4. склерозирующий холангит с наличием или без холангиоэктазов; 5. дилатация билиарных протоков без наличия стриктур. Характер патологических изменений желчевыводящих путей позволяет оптимизировать тактику ведения этой группы больных. В качестве лечебных мероприятий при проведении эндоскопического обследования ЭПСТ стал достаточным объемом вмешательства у 9 (37,5%) больных, среди них 5 (20,8%) пациентов со стенозом устья БСДК и 4 (16,7%) с закупоркой протоков описторхозным детритом. В связи с протяженными склеротическими изменениями в общем желчном протоке 13 (54,2%) пациентам выполнено ЭПСТ и стентирование желчевыводящих путей. В 2 (8,3%) наблюдениях, в связи с вовлечением в склеротический процесс внутривисцеральных протоков, применение эндоскопических методов декомпрессии было технически невозможным и желчеотток был восстановлен хирургически. Выводы: 1. Наиболее информативным методом диагностики причин нарушения желчеоттока при механической желтухе является МРТ в сочетании с МРХПГ. При осложнениях хронического описторхоза чувствительность МРХПГ составляет 93,1 %, специфичность 66,7%, общая точность 90,6 %. 2. Применение МРТ в сочетании с МРХПГ позволяет отказаться от проведения ЭРХПГ пациентам с заведомо невыполнимыми эндоскопическими методами декомпрессии желчевыводящих путей. 3. Включение МРТ в диагностический алгоритм механической желтухи при хроническом описторхозе позволяет дифференцировано определить тактику лечения.

383. Усовершенствованная методика пилородуодено - и дуоденопластики при перфоративных и стенозирующих пилородуоденальных язвах

Василенко Л.И.

Донецк

Кафедра общей хирургии №1 Донецкого национального медицинского университета им.М.Горького

Проблема эффективного лечения пациентов с перфоративными пилородуоденальными язвами (ПДЯ) с применением органосохраняющих вмешательств, несмотря на большое количество научной информации, продолжает оставаться сложной и окончательно нерешенной и в наши дни (М.И.Кузин, 2001; Н.Н.Велигоцкий и соавт., 1998,2009; Л.И.Василенко, 2006, 2007 и др.). Стремление хирургов окончить операцию в кратчайший срок диктует необходимость поиска и разработки более совершенных органосохраняющих методов вмешательств. В этой связи, нами разработана методика дуодено – и пилородуоденопластики при перфоративных и стенозирующих язвах пилорического отдела желудка (ПОЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК), которая признана изобретением и защищена авторским свидетельством Украины (UA № 27158 U). Разработанная методика позволяет предупредить рестенозирование просвета ДПК и улучшить эвакуаторную функцию желудка. Данная операция успешно применено у 16 пациентов с перфоративными ПДЯ в возрасте 24-62 лет у 11 (81,3%) пациентов – с язвами ДПК и 5 (18,7%) пациентов- с перфоративными язвами ПОЖ. Мужчин было-14, женщин -2. Разработанная методика операции внедрена в работу ряда хирургических отделений Донецкой области (г.Макеевка, г.Ясиноватая, г.Енакиево). Операцию выполняли по следующей методике. Края язвы прошивали Z-образным швом. Шов завязывали, брали на держалки в зажим и подтягивали кпереди в рану в виде «паруса». Осуществляли иссечение участка передней стенки ДПК вместе с язвой с помощью ножниц Купера двумя встречными «клиновидными» или «дугообразными» разрезами с проксимального и дистального краев перфоративной дуоденальной язвы в виде «полулуния» или «языкообразного» лоскута в направлении к привратнику. Осуществляли гемостаз в ране, аспирацию дуоденального содержимого с ревизией задней стенки ДПК. При таком иссечении перфоративной дуоденальной язвы появлялся дефект на передней стенке ДПК «полулунной» формы длиной в 2 см в центральной части разреза и краевых разрезов, сходящихся, в области верхнего и нижнего краев передней стенки. При этом, из проксимального края передней стенки ДПК формировался «языкообразный» лоскут размером 2-2,5 см по длине и 2,5-3 см. по ширине, а со стороны дистальной части ДПК - «полулунный» дефект передней стенки. Сшивали края раны ДПК отдельными узловыми погружными адаптирующими швами, по методике В.П.Матешука (1945) и восстанавливали целостность стенки ДПК. Внутренний ряд швов перитонизировали отдельными узловыми серозно-мышечными капроновыми швами или распластанной по шву пряжью сальника на ножке. Таким образом, осуществлялось пластическое закрытие дефекта передней стенки ДПК (после иссечения дуоденальной стенки в месте перфоративной язвы) собственным дуоденальным лоскутом из передней стенки ДПК. Линия шва передней стенки ДПК получалась в виде «дуги» или «полулуния», основанием обращенных в сторону привратника. Послеоперационный период протекал у пациентов без осложнений. Случаев анастомозита и несостоятельности швов линии швов не наблюдали. В послеоперационном периоде пациенты жалоб не предъявляли, диспептических расстройств не отмечали. Придерживались диеты, питались в пределах стола №1. Физиологические отправления не нарушены. Пациенты были выписаны из стационара на 9-10 сутки после операции в удовлетворительном состоянии для дальнейшего курса реабилитационного лечения. Контрольное наблюдение больных в срок 1,3 и 6 месяцев после вмешательства с выполнением ФГДС и рентгенологического обследования выявило удовлетворительную проходимость пилородуоденальной зоны без признаков эвакуаторных нарушений. Разработанная методика операции расширяет арсенал эффективных вмешательств для применения в клинической практике у пациентов с перфоративными ПДЯ.



384. Усовершенствованные способы формирования «концевого» илео-трансверзоанастомоза при гемиколэктомиях и толстокишечного анастомоза при резекции участка ободочной кишки с применением ручного шва

Василенко Л.И.(1), Ладур А.И.(2), Луценко Ю.Г.(3)

Донецк

1) Кафедра общей хирургии №1 Донецкого национального медицинского университета им.М.Горького, 2) Донецкий областной противоопухолевый центр (ДОПЦ) 3) Кафедра хирургии ФИПО Донецкого национального медицинского университета им.М.Горького

Проблема формирования эффективного тонко-толстокишечного соустья (ТТС) при правосторонних гемиколэктомиях и толсто-толстокишечного анастомоза (ТТА) при резекциях ободочной кишки продолжает вызывать оживленную дискуссию в абдоминальной хирургии. В последние годы возрос интерес хирургов и онкологов к применению «концевого» «погружного» ТТС (Г.В.Бондарь и соавт., 2001, 2003, 2007; В.З.Москаленко и соавт., 2004; В.А.Шапринский и соавт., 2004; А.В.Борота и соавт., 2012; Л.И.Василенко и соавт., 2012; А.И.Ладур, 2012 и др.). С целью обеспечения функциональной полноценности «концевого» ТТС и повышения надежности при резекции участка толстой кишки проф.Г.В.Бондарь и В.Н.Кравцова (1983) из ДОПЦ разработали оригинальный способ «инвагинационного» «расширяющего» «концевого» «дубликатурного» ТТС и ТТА, который включал расширение просвета анастомозируемых органов путем дополнительного продольного рассечения задней губы анастомозируемых органов на глубину 1,5-2 см, сшивания краев разреза узловыми швами с последующим погружением (инвагинацией) передней стенки приводящей кишки в отводящую. Данную методику «конце-концевого» «погружного» («инвагинационного») [так называемого «дубликатурного»] анастомозирования подвздошной и ободочной кишки после правосторонних гемиколэктомий и различных участков ободочной кишки применяют многие хирурги: проф.Ю.И.Яковец и соавт., 1996; проф.В.Х.Башеев, 2000; проф.Ю.В.Думанский и соавт., 2001; д.мед.н. Г.Г.Псарас, 2000; проф.А.В.Борота, 2002; д.мед.н. А.И.Ладур, 2012 и др.) и считают его лучшим вариантом анастомозирования. В ряде случаев, при дополнительном «продольном» рассечении стенок анастомозируемых органов, не всегда обеспечивается свободное погружение передней стенки «приводящей» кишки в «отводящую», что затрудняет манипуляции хирурга, повышает травматизацию анастомозируемых стенок кишок, способствует развитию воспалительных и рубцовых изменений и стенозированию просвета в раннем и позднем послеоперационном периоде. Как показала практика у некоторых пациентов (6-8% с затрудненным погружением и у 10-12% пациентов с обычным погружением стенки «приводящей» ободочной кишки в «отводящую») в отдаленном послеоперационном периоде (спустя 2-3-5 лет и более) наблюдается рубцовое сужение просвета ТТС или ТТА, требующих бужирования, эндоскопического рассечения рубцовых сращений области анастомоза или выполнения реконструктивных операций. С целью расширения формируемого ТТС и ТТА и обеспечения более свободного погружения стенки «приводящего» колена ободочной кишки в «отводящее», профилактики рубцовой деформации и сужения формируемых ТТС и ТТА в клинике общей хирургии Донецкого медуниверситета им.М.Горького (проф.Л.И.Василенко) разработана на 4 трупах людей, апробирована в эксперименте на 5 собаках и успешно применена у 18 пациентов: при гемиколэктомиях 12 (66,7%) и резекциях участков ободочной кишки - 6 (33,3%) случаев усовершенствованная методика формирования «инвагинационного» «расширяющего» «концевого» «дубликатурного» ТТС и ТТА. Данная методика операции успешно внедрена в практическое здравоохранение (ГБ №7 г.Енакиеве к.мед.н. Ю.А.Шкиренко и ДОПЦ) и состоит в следующем. При анастомозировании тонкой и толстой, или различных отделов толстой (ободочной) кишки, при формировании задней губы соустья предложено расширять просвет формируемого ТТС или ТТА путем дополнительного иссечения краев «дубликатуры» стенок задней губы анастомозируемых органов на участке 3 см под прямым углом (90 градусов) на глубину 1,5-2 см, сшивание краев разреза узловыми швами, формирование передней губы соустья и последующее погружение передней стенки «приводящей» кишки в «отводящую» с перитонизацией наружным рядом швов. Осложнений у пациентов, связанных с усовершенствованной методикой анастомозирования, в послеоперационном периоде не наблюдали. Все сформированные ТТС и ТТА были состоятельны и функционально полноценны. Как показала практика, дополнительное иссечение краев стенок анастомозируемых органов на участке 3 см под прямым углом (90 градусов) на глубину 1,5-2 см обеспечивало достаточное расширение просвета «концевого» ТТС и ТТА, свободное (без дополнительных усилий хирурга) погружение передней стенки «приводящей» кишки в «отводящую», предупредило деформацию и стенозирование формируемого «концевого» ТТС и ТТА в

раннем и позднем послеоперационном периоде. Усовершенствованная методика формирования ТТС и ТТА расширяет арсенал эффективных способов «концевого» анастомозирования кишечника.

---

385. Оптимальные варианты хирургического лечения язвенного колита.

Борота А.В., Плахотников И.А., Борота А.А.

Донецк

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького кафедре общей хирургии №1

За 2012-2015 годы в клинике общей хирургии ДонНМУ на базе областного колопроктологического центра ДоКТМО пролечено 175 пациентов с различными формами и течением язвенного колита. Показания к оперативному лечению у 54 (30,9%) пациентов были стандартные. В спектре всех хирургических вмешательств преобладали первичные реконструктивно-пластические операции. Оперативное пособие в один этап - колпроктэктомия с одномоментным формированием J-образного илеального резервуара, илеоанального анастомоза и протективной илеостомией выполнена 31 (62%) пациенту. У 11 (22%) пациентов формирование резервуара выполнено вторым этапом после субтотальной колэктомии с отдельной илеосигмостомией. При выраженном воспалительном процессе слизистой анального канала и перианальной области у 4 (8%) пациентов вынуждены были выполнить колпроктэктомию с демукозацией анального канала и низведением сформированного илеального резервуара на промежность. Остальным 8 (16%) пациентам по различным причинам после выполнения колпроктэктомии сформирована терминальная илеостома. Следует отметить, что у 12 (24%) пациентов перед формированием илеоректального анастомоза использовали разработанный в клинике способ высокочастотной электротермической мукозэктомии культи прямой кишки, позволивший исключить развитие резидуального язвенного колита в отдаленном периоде. При выполнении колпроктэктомии необходимым считаем максимальное сохранение подвздошно-ободочной артерии при пересечении магистральных сосудов, оставление большого сальника при мобилизации поперечного отдела ободочной кишки. Учитывая важность тазового нервного сплетения, образованного при слиянии гипогастральных и сакральных нервов, участвующих в функции органов малого таза, выполняли нервосохраняющий вариант мобилизации прямой кишки, оставляя мезоректальную фасцию на стенке таза. Через 6-8 недель всем пациентам как запланированный этап выполняли восстановление кишечной непрерывности путем закрытия протективной илеостомы. Наиболее тяжелыми осложнениями явились несостоятельность швов илеоанального анастомоза – 1 (2%) случай и стриктура анального канала – 1 (2%) случай. Также в 1 (2%) случае регистрировали стеноз илеоанального анастомоза, который удалось разрешить путем бужирования. Послеоперационной летальности не было. Мы считаем колпроктэктомию с формированием J-образного илеального резервуара, илеоанального анастомоза и протективной илеостомией наиболее безопасным и функционально выгодным вмешательством. Это подтверждается низким количеством отдаленных осложнений у таких пациентов и хорошими функциональными результатами (частота дефекаций 4-8 в сутки с отсутствием ночных дефекаций). Предложенный нами способ высокочастотной электротермической мукозэктомии позволяет полностью удалить слизистую оболочку культи прямой кишки, что исключает риск возникновения культирита, как проявлений резидуального язвенного колита, в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Функциональные результаты при этом не ухудшаются.

---

386. Высокочастотная электротермическая мукозэктомия как способ профилактики резидуального язвенного колита.

Борота А.В., Борота А.А.

Донецк

Донецкий национальный медицинский университет им. М. ГорькогоКафедра общей хирургии №1

Пройдя долгий путь становления, реконструктивно-пластическая хирургия язвенного колита определила оптимальный вид оперативного вмешательства – колпроктэктомия с формированием J-образного илеального резервуара и илеоанального анастомоза, протективной илеостомией. Задача нашего исследования заключается в разработке более совершенного способа мукозэктомии культи прямой кишки, который бы снизил риск возникновения культи как проявления резидуального язвенного колита, а также обеспечил улучшение функциональных результатов. Предложенная нами методика заключается в том, что после мобилизации ободочной и прямой кишки до тазового дна, последняя пересекается на уровне среднеампулярного отдела (6-7 см от перианальной складки) линейным сшивающим аппаратом. Со стороны промежности ректальным зеркалом разводится анальный канал, с помощью зажимов Алиса захватывается верхушка культи прямой кишки и культи прямой кишки выворачивается наружу слизистой оболочкой. Для выполнения высокочастотной электротермической мукозэктомии использовали инструмент Precise Plus электролигирующей системы LigaSure. Проводится поэтапная электротермическая мукозэктомия на всем протяжении эвагинированной культи прямой кишки и анального канала. После этого культи погружается в полость малого таза. В дальнейшем формируется стандартный резервуарный илеоректальный механический циркулярный анастомоз. Формируется протективная илеостома. Через 6 недель всем пациентам как запланированный этап выполняли восстановление кишечной непрерывности путем закрытия протективной илеостомы. По этой методике было прооперировано 12 пациентов (мужчин - 5, женщин -7). Средний возраст составил  $39\pm 6,5$  лет. Средняя давность заболевания от момента установки первичного диагноза составила  $3,4\pm 1,1$  года. Несостоятельность илеоанального анастомоза не возникла. В 1 (9,1%) случае регистрировали стеноз илеоанального анастомоза, который удалось разрешить путем бужирования. Послеоперационной летальности не было. За время динамического наблюдения явлений культи не возникало. Функциональные результаты при выполнении сварочной мукозэктомии не отличались от таковых при выполнении стандартного оперативного вмешательства ( $p=0,01$ ). С целью динамического патогистологического исследования состояния стенки культи прямой кишки, всем пациентам трижды проводили биопсию культи прямой кишки. Первую - непосредственно после мукозэктомии, вторую - через 6 недель, третью - через 12 недель. По результатам патогистологического исследования сразу после проведения электротермической мукозэктомии в стенке культи прямой кишки наблюдается массивная альтерация слизистой оболочки с её отторжением, мышечный слой практически интактный. Через 6 недель в стенке культи прямой кишки сохраняется фибринозно-гнойное экссудативное воспаление. Через 12 недель мышечный слой культи прямой кишки интактный, слизистая оболочка отсутствует. Предложенный способ высокочастотной электротермической мукозэктомии позволяет полностью удалить слизистую оболочку культи прямой кишки, что исключает риск возникновения культи, как проявлений резидуального язвенного колита, в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Функциональные результаты при этом не ухудшаются.

---

387.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА РЕЦИДИВНЫХПАХОВЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ, РАНЕЕ ОПЕРИРОВАННЫХ БЕЗНАТЯЖНЫМИ ТЕХНОЛОГИЯМИ.

Борота А.В., Енгенов Н.М.

Донецк

Донецкий национальный медицинский университет им. М. ГорькогоКафедра общей хирургии №1

Вступление. В последнее десятилетие все более распространенной становится эндовидеохирургическая техника в плановой и экстренной хирургии. Несмотря на большое количество способов герниопластики паховых грыж рецидивы достигают 10-35% при использовании классических методик и 3-5% при применении ненатяжных методов с использованием синтетических протезов. Выполняя эндовидеохирургические (ЭВХ) герниопластики с 2001г, последние пять-шесть лет мы уделяли особое внимание разработке и внедрению различных технологических приемов, позволяющих улучшить результаты лечения у пациентов этой группы. Цель исследования качественная и количественная оценка лапароскопических операций у контингента больных, ранее оперированных безнатяжными технологиями (по Лихтенштайну, либо лапароскопическим методом). Разработать различные технологические приемы, определить тактику оперативного лечения в каждом случае индивидуально для сокращения продолжительности оперативного вмешательства, количества интра- и послеоперационных осложнений, сроков госпитализации и реабилитации. Объект и методы исследования. В клинике общей хирургии на базе ДОКТМО в период с 2001-2013 гг. выполнена эндовидеохирургическая герниопластика 67 больным, которые ранее оперированы в различных лечебных учреждениях безнатяжными технологиями с применением синтетических протезов. Нами использовались две методики ЭВХ-герниопластики: лапароскопическая герниопластика с внебрюшинным расположением имплантата и лапароскопическая герниопластика с коррекцией грыжевых ворот и внебрюшинным расположением протеза. Следует отметить некоторые особенности оперативного лечения рецидивных паховых грыж после ранее перенесенной эндовидеохирургической герниопластики. Смещение и деформация анатомических структур были менее значимы, вместе с тем рубцовые изменения брюшины над мигрировавшим протезом были настолько выражены, что практически не позволяли мобилизовать брюшину в этой области. Кроме того, не представлялось возможным удаление ранее уложенного, проросшего собственными тканями протеза, а так же мы считаем нецелесообразным удаление ранее уложенного протеза. В связи с этим наше оперативное лечение заключалось в установке и фиксации второго имплантата, причем фиксация осуществлялась и к участку ранее установленного протеза, который не мигрировал от грыжевых ворот. Перитонизация представляла собой большую техническую проблему. Использовались все доступные для мобилизации участки брюшины. В 2 случаях оказалось невозможным перитонизировать протез на площади приблизительно 5 см<sup>2</sup>. В этих случаях использовался политетрафторэтилен фирмы «Gog-Tech» фиксированный стандартным способом над перитонизированным участком. Выводы: Таким образом, основываясь на полученных результатах выполненной работы, мы можем сделать следующее заключение. Эндовидеохирургическую герниопластику у больных с рецидивными грыжами, ранее оперированных безнатяжными технологиями, следует считать методом выбора, обеспечивающим малую травматичность, асептичность, хорошие условия для заживления ран. Методика основана на повторной протезирующей безнатяжной пластике задней стенки пахового канала. Разработанные технические приемы позволяют уменьшить травматичность, сократить продолжительность операции (на  $24 \pm 1,25$  мин). Эндовидеохирургическая герниопластика обеспечивает благоприятное течение послеоперационного периода, короткие сроки стационарного лечения (на 3,8 койко- дней), скорейшую трудовую и социальную реабилитацию.

---

388. Патогенез и профилактика тромбоэмболических заболеваний, у пациентов перенесших тромбоз глубоких вен нижних конечностей.

Полянцев А. А., Мозговой П. В., Фролов Д. В., Щелокова Ю. В.

Волгоград

ГБОУ Волгоградский Государственный Медицинский Университет

Тромбозы глубоких вен нижних конечностей распространенная патология, приводящая к серьезным осложнениям. Вопрос, который мы хотим вынести на обсуждение – что явилось причиной тромбоза и что делать с пациентом, у которого не выяснена этиология заболевания в отдаленной перспективе? После первого эпизода венозного тромбоза риск рецидивов в течение 2-х ближайших лет составляет 17,5%, а через

10 лет он повышается уже до 30,4% [2]. В настоящее время удается найти наследственную предрасположенность у 50 – 80 % пациентов, перенесших венозный тромбоз, и у 90% пациентов перенесших ТЭЛА выявлены различные тромбофилические состояния [1]. Необходимо отметить, что долгое время венозные и артериальные тромбозы и эмболии рассматривались как отдельные процессы. Несмотря на то, что тромбофилии являются бесспорным фактором риска развития венозных тромбозов и тромбоемболии легочной артерии, роль ее в формировании тромбов в артериях продолжает активно изучаться. Так, D. Gree с коллегами в 2009 г. показали, что у лиц с идиопатическим венозными тромбозами риск артериальных тромбозов также выше [3]. В то же время исследования CHS и ARIC (Neither the Cardiovascular Health Study nor the Atherosclerosis Risk in Communities), в которые включались лица старше 45 лет, данной связи не выявили [4,5]. Исследование EPCOT также обнаружило, что у лиц с тромбофилическими состояниями тромбозы артерий возникают чаще и в более молодом возрасте, чем без таковых, особенно при сочетании тромбофилий [6]. Остается не ясным, почему наличие факторов риска первого тромбоза не прогнозируют их повторение? Каковы факторы возникновения рецидива [3]? Материалы и методы. В исследование включены 84 пациента, лечившихся в отделении сосудистой хирургии клиники общей хирургии им. А. А. Полянцева ГБОУ ВПО «Волгоградского государственного медицинского университета» с тромботическим поражением глубоких вен нижних конечностей, в период с 2007 по 2012 годы включительно. При поступлении всем пациентам назначалась антикоагулянтная терапия гепарином в лечебной дозировке под контролем АЧТВ. Проводился онкопоиск, исключались возможные источники кровотечения. Далее, используя метод слепой рандомизации, пациенты были разделены на две группы. Первая – основная группа больных (44 человека) – обследованы на тромбофилические состояния, при выявлении которых, назначалась специфическая, пожизненная терапия, направленная на коррекцию выявленных изменений. Вторая – контрольная группа больных (40 человек), которым была подобрана лечебная дозировка варфарина (МНО 2-3) и даны рекомендации согласно стандартам по приему данного препарата в течение 6 мес. с последующей отменой. Всем пациентам из обеих групп даны рекомендации по ежедневному использованию эластичного трикотажа II класса компрессии на пораженную конечность пожизненно. Время наблюдения за больными в среднем составило 4,5 года + 1,5 года. Контрольный осмотр пациентов в отдаленном периоде 1 раз в год. Значимых различий по полу в группах получено не было: мужчин в первой группе 18 чел. (41%), во второй 22 пациента (55%), женщин 26 (59%) и 18 (45%), соответственно. При обследовании выявлена следующая сопутствующая патология: артериальная гипертензия в первой группе у 13 чел. (29,5%), во второй – 10 больных (25%); стенокардия напряжения первого и второго функциональных классов у 4 пациентов первой группы (9,1%) и 8 во второй (20%); ОНМК в анамнезе выявлено у 2-х человек из каждой группы (4,5% и 5%, соответственно). При поступлении какой-либо провоцирующий фактор тромбоза был выявлен у 30 пациентов первой группы (68,2%) и у 21 второй (52,5 %). За провоцирующий фактор принимались: травма, операция, воспалительное заболевание (ОРЗ, пневмония и др.), тяжелая физическая нагрузка, прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК). Проксимальная граница тромбоза на уровне нижней полой вены диагностирована у 4 человек из первой группы (9,1%) и 2-х второй (5%), подвздошных вен – 15 (34,1%) и 12 (30%) в первой и второй группах, соответственно, общей бедренной вены – 5 чел. (11,4%) – 1 группа и 9 чел. (22,5%) – 2 группа, поверхностной бедренной вены – 13 (29,5%) 11 (27,5%), подколенной вены – 5 (11,4%) и 2 (5%), вен голени 2 (4,5%) и 4 (10%). Распространенность тромботического процесса мы классифицировали по анатомическим зонам, т.е. поражение бедренной и подколенной вены расценивалось, как две анатомические зоны. Таким образом, распространение заболевания на одну анатомическую зону выявлено у 9 пациентов первой группы (20,5%) и 12 второй (30%), две зоны 13 (29,5%) и 8 (20%), соответственно первая и вторая группы, три зоны у 14 (31,8%) и 12 (30%), соответственно, и участие четырех и более анатомических зон у 5 чел. первой группы (11,4%) и 7 второй (17,5%). Отдельно мы выделили пациентов с поражением двух конечностей – это 3 больных первой группы (6,8%) и 1 второй (2,5%). Тромбоемболия легочной артерии (ТЭЛА) выявлена у 5 пациентов первой группы (11,4%), из них у двоих ТЭЛА расценена, как перенесенная значительно раньше, и также ТЭЛА диагностирована у 3 больных второй группы (7,5%). Другие тромбоемболические заболевания (ТЭЗ – перенесенный ранее тромбоз глубоких вен верхних и нижних конечностей, тромбофлебит подкожных вен нижних конечностей без варикозной трансформации) при детальном сборе анамнеза и анализе дополнительных методов исследования выявлены у 11 пациентов первой группы (25%) и 9 второй (22,5%). При исследовании крови на тромбофилические состояния больные основной группы обследованы на следующие отклонения в гемостазиологическом статусе: • Гипергомоцистеинемия (повышенного содержания гомоцистеина крови, полиморфизмов ферментов фолатного цикла – метилентетрагидрофолатредуктазы MTHFR (Ala222Val (G677T)), метионинсинтетазы MTR (A1298T) и метионинсинтетазы-редуктазы MTRR (A66G) – 21 пациентов основной группы (47,7%), из них повышение концентрации гомоцистеина крови – 14 чел. (66,7% от числа пациентов с гипергомоцистеинемией), полиморфизм ферментов фолатного цикла выявлен у 13 чел. (62%), из них гомозиготные формы встречены

у 6 чел. (28,6%), повышение концентрации гомоцистеина без полиморфизмов ферментов – 7 чел. (33,3%); • Полиморфизм тромбоцитарного рецептора фибриногена или интегрин beta-3 (Leu33Pro ITGB b3) – 12 чел. (27,3%), из них гомозиготные 3 чел. (25% от числа пациентов с данным полиморфизмом); • Полиморфизм в гене протромбина G20210G/A – 2 чел. (4,5%), выявлены только гетерозиготные формы; • Полиморфизм в гене V фактора свертывания Arg506Gln или мутация Лейдена – 4 чел. (9%), все гетерозиготы, • Полиморфизм гена ингибитора активатора фибриногена 1 (PAI-1) – 1 пациент (2,3%), гетерозиготный, • Дефицит антитромбин III – 2 чел. (4,5%), • Дефицит протеинов C, S – 15 чел. (34,1%), • Диагностика антифосфолипидного синдрома (АФС) – определение антикардиолипидных антител класса Ig G и M, диагностика волчаночного антикоагулянта – 7 пациентов (15,9%), • Несколько ТС у одного пациента диагностировано у 27 чел. (61,4%), • ТС не выявлены у 12 пациентов (27,3%). По нашему мнению, использование общепринятой и рекомендованной схемы лечения – ТГВ и (или) ТЭЛА гепаринами в стационаре с последующим назначением непрямых антикоагулянтов (варфарин под контролем МНО) на срок 3 – 6 мес., с последующей отменой исключает ТЭЛА и ТГВ в наиболее опасный период после манифестации заболевания, но оставляет пациента не защищенным от рецидива тромботических осложнений на последующий период жизни, а течение процесса rekanализации в окклюзированной вене делает безконтрольным. Кроме этого не берутся в расчет больные с артериальными тромбозами, тромбозами, возможность прогрессирования у этой группы больных других заболеваний сосудов, тромботических осложнений. Предлагаемая нами тактика ведения больных с артериальными и венозными тромбозами, включает в себя исследование крови на тромбофилические состояния, выявление сопутствующей тромбогеной патологии с последующим назначением комплексного профилактического лечения, которое включает в себя: 1. Исключение провоцирующего фактора – отмена комбинированных оральных контрацептивов (КОК), лечение ожирения, активизация пациента (при наличии фактора иммобилизации), и т.д. 2. Лечение основного заболевания – атеросклероза, тромбангиита, сахарного диабета, и т.д. 3. Пожизненная коррекция выявленных тромбофилий с учетом индивидуальных особенностей пациента (возможность коррекции большинства тромбогенных факторов, игнорирование одной из тромбофилий при наличии противопоказаний к лечению тем или иным препаратом, или использование лекарственного средства другой группы). Например, при наличии противопоказаний к назначению варфарина (цирроз печени, наличие дефицита протеина C, S), возможно использование современных пероральных прямых антикоагулянтов. Так как сочетание тромбофилических факторов индивидуально, то привести какую-то одну схему лечения сложно, но для коррекции каждого тромбофилического состояния имеются определенные рекомендации, к сожалению, привести данные рекомендации в формате данных тезисов мы не можем. Результаты исследования: Рецидивы тромбозов в системе нижней полой вены у пациентов в основной группе отмечены у двух пациентов с антифосфолипидным синдромом, которые прекратили прием варфарина. В одном случае через 1 год после диагностики АФС и назначения варфарина больной прервал лечение, по неизвестной нам причине, далее через 6 месяцев пациент скончался, причина смерти массивная ТЭЛА. У другой пациентки диагноз АФС вызывал сомнение, так как был поставлен на основании положительного теста на волчаночный антикоагулянт при отсутствии других клинических проявлений данного заболевания. Через год приема варфарин отменен, однако через 8 месяцев после отмены диагностирован тромбоз вен в непораженной конечности, в венах без варикозной трансформации. После чего антикоагулянтная терапия возобновлена. Все остальные пациенты получали вышеуказанное патогенетическое лечение, и рецидивы ТЭЗ в системе нижней полой вены отмечены не были. В контрольной группе больных в процессе наблюдения выявлены 3 больных, у которых в отдаленном периоде диагностирован тромбоз глубоких вен противоположной конечности – 2 пациентов и 1 больной у которого рецидив тромбоза выявлен в венах с посттромботическими изменениями с распространением проксимальнее на подвздошно-беренный сегмент. Имеется различие в пользу основной группы, однако мы заведомо не стали искать достоверности в различиях по данному показателю. Даже при исключении из основной группы, пациентов прервавших рекомендованное лечение, сохраняется большое количество влияющих факторов, многообразие ТС, индивидуальность их сочетания у каждого пациента, многообразие вариантов лечения, и соответственно, достоверность различия по признаку рецидив тромбоза необходимо искать на большей выборке, что мы надеемся продемонстрировать в наших будущих исследованиях. Тромбозы артериальной позиции в основной группе зарегистрированы не были. В контрольной группе у 6 пациентов отмечены окклюзионные процессы в артериях большого круга кровообращения. В 4-х случаях выявлен острый инфаркт миокарда: у одного пациента диагноз подтвержден на вскрытии (через 5 лет после первичного тромбоза, в возрасте 33 лет), у троих ишемическое повреждение миокарда с подъемом сегмента ST (в период от 1 до 4 лет), и у последнего больного инфаркт миокарда без подъема ST был уже в анамнезе за 1 год до тромбоза глубоких вен, рецидив инфаркта с повреждением сердечной мышцы случился через полтора года после ТЭЗ вен нижних конечностей. У оставшихся двоих пациентов отмечено тромботическое

поражение артерий нижних конечностей, что привело к ампутации нижней конечности на уровне бедра у одного (через год после венозного тромбоза), и артериальной реконструкции бедренной артерии у другого больного (через 4 года после ТГВ). Обсуждение результатов: Анализируя приведенный выше материал можно отметить, что рецидивов тромбозов в системе нижней полой вены у пациентов основной группы отмечено меньше. Выявленные различия в группах по конечному результату – артериальной окклюзии, демонстрируют отчетливую связь венозных и артериальных тромбозов, единые патогенетические механизмы. Сердечно-сосудистые хирурги должны понимать всю важность глобального подхода к проблеме: у каждого тромбоза есть причина! Гемостазиологи в течение последних лет настойчиво привлекают внимание хирургов к данному вопросу, но многие из них продолжают не замечать весь айсберг, предпочитая видеть лишь его вершину. Так же не хочется скатиться в другую крайность, что причиной всех тромбозов являются тромбофилические состояния, вероятнее всего и это не так. Мы находимся в начале пути понимания причин тромбоэмболических заболеваний. Тромбофилические состояния изучаются очень активно, а наши пациенты нуждаются в патогенетическом лечении, которое мы уже в состоянии предоставить.

---

### 389.НОВЫЙ СПОСОБ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОГО ШУНТИРОВАНИЯ

СУКОВАТЫХ Б.С., БЕЛИКОВ Л.Н., СУКОВАТЫХ М.Б., СИДОРОВ Д.В., РОДИОНОВ А.О.

Курск

Курский государственный медицинский университет

Цель исследования: оптимизация методики бедренно-подколенного шунтирования ниже щели коленного сустава. Материалы и методы: проведен анализ комплексного обследования и лечения 30 больных с критической ишемией нижних конечностей на почве атеросклеротического поражения бедренно-подколенно-берцового сегмента. Мужчин было 27, женщин – 3, возраст больных колебался от 52 до 78 лет. Пациенты по технологии бедренно-подколенного шунтирования были разделены на 2 статистически однородные группы по 15 человек в каждой. Пациентам первой (контрольной) группы проводилась типичное традиционное аутовенозное шунтирование реверсированной большой подкожной веной. Во второй группе операция проводилась по оригинальной технологии. Производили оперативное обнажение бифуркации бедренной артерии в паховой области и дистального отдела подколенной артерии в верхней трети голени традиционным образом. Через отдельные кожные разрезы (2-4) по медиальной поверхности бедра выделяли большую подкожную вену, впадающие притоки перевязывали и пересекали. Большую подкожную вену отсекали по ее устью, дефект в бедренной вене ушивали монофиламентной нитью 6/0. Пересекали вену чуть ниже коленного сустава, дистальный конец лигировали. Большая подкожная вены иссекалась на всем протяжении бедра и верхней трети голени. Под визуальным контролем острым путем иссекали устьевой клапан в подкожной вене. Для разрушения клапанного аппарата вены применяли набор металлических или пластмассовых бужей различного диаметра. Вначале в проксимальный конец трансплантата вводили буж диаметром 6 мм, с помощью которого разрушали клапаны до его средней трети. Для разрушения клапанов в средней трети трансплантата применяли бужи диаметром 5 мм, а в дистальной трети – 4 мм. Бужами последовательно разрушали клапаны аутовенозного трансплантата, проводя их по вене в ретроградном направлении. В проксимальный конец трансплантата вводили тупую канюлю на шприце, объемом 100 мл. Трансплантат промывали физиологическим раствором и убеждались в полном разрушении клапанов по хорошему напору промывной жидкости, выходящей из шунта. Дебет промывной жидкости при полном разрушении клапанов должен быть не менее 100 мл за 12 сек, что в перерасчете за 1 мин соответствует оптимальной пропускной способности шунта 500 мл/мин. Проксимальный анастомоз между аутовенозным трансплантатом и бедренной артерией формировали по типу конец в бок. В случае полной окклюзии поверхностной бедренной артерии, ее отсекали от общей бедренной артерии, дистальный конец перевязывали и накладывали анастомоз с общей бедренной артерией конец в конец. Трансплантат проводили по ходу сосудисто-нервного пучка до подколенной ямки и формировали дистальный анастомоз между дистальным концом трансплантата и конечным отделом подколенной артерий конец в бок.

Изменение интенсивности артериального кровотока после операции регистрировали по динамике реовазографического индекса (РИ), лодыжечно – плечевого индекса (ЛПИ), объемного кровотока по шунту, а микроциркуляции – по динамике фотоплетизмографического индекса (ФИ). Результаты: Во второй группе объемный кровоток в конечности увеличился по данным РИ в 1,5 раза, магистральный кровоток по данным ЛПИ – в 1,6 раза, уровень микроциркуляции по данным ФИ – в 1,3 раза, по шунту – в 4,75 раза. В первой группе ранние послеоперационные тромбозы развились у 2 (13,3%) больных из-за его гемодинамически недостаточно малого диаметра менее 4 мм в области проксимального анастомоза. Больные были повторно оперированы. Производилась реконструкция проксимального анастомоза путем замены участка венозного трансплантата малого диаметра на сегмент большой подкожной вены достаточного диаметра с контралатеральной конечности. Пройдемимость шунтов была восстановлена. Во второй группе ранних тромбозов шунтов не было. В первой группе поздние тромбозы шунтов развились у 8 (53,3%) больных. У 3 (20%) больных первой группы после тромбозов шунтов критическая ишемия не рецидивировала, конечность удалось сохранить. У 5 (30%) пациентов ишемия конечности прогрессировала, что потребовало выполнения ампутации бедра. У 7 (46,6%) пациентов аутовенозные протезы продолжали функционировать. Во второй группе поздние тромбозы шунта развились у 2 (13,3%) больных. У 1 (6,7%) ишемия конечности прогрессировала и больному выполнена высокая ампутация конечности. У второго больного после тромбоза шунта критическая ишемия конечности не рецидивировала. У 13 (86,6%) протезы продолжают функционировать. Обсуждение: предложенный способ позволяет ликвидировать основной недостаток бедренно-подколенного шунтирования реверсированной веной – развитие гемодинамически значимого стеноза в области проксимального анастомоза. Выводы: применение в качестве шунта свободного аутовенозного трансплантата с разрушенными клапанами при бедренно-подколенных шунтированиях патогенетически обосновано, и позволяет улучшить результаты лечения больных с критической ишемией.

---

390.Торако-абдоминальная хирургия в Республиканском центре им. профессора Г.В.Бондаря за 10 лет.

Ладур А.И., Заика А.Н., Кубышковский А.Л.

Донецк

Донецкий Республиканский онкологический центр им. профессора Г.В. Бондаря

Результаты хирургического лечения рака пищевода и пищеводно-желудочного перехода остаются малоутешительными, а лечение этих пациентов представляет собой сложную проблему в онкологии. За период 2005-2014гг. в торакальном отделении РОЦ им. проф. Г.В.Бондаря прооперировано 550 пациентов раком пищевода и пищеводно-желудочного перехода в стадии заболевания – T2-4 N0-1 M0-1. В неоадьювантном режиме при раке пищевода проводилась лучевая терапия ДОР - 3 Грея, ДОС – 30 Грей и эндолимфатическая химиотерапия (5-фторурацил, как радиомодификатор, в суммарной дозе 5,0 гр.). С интервалом в 2-3 недели пациенты оперированы. При кардиоэзофагеальном раке на первом этапе выполнялась хирургическая операция, а затем адьювантная химио-лучевая терапия. Всем больным произведен радикальный объем хирургической операции с двухзональной абдоиномедиастиальной лимфодиссекцией со спленэктомией или спленосохранный вариант, в том числе комбинированные операции. Операций Льюиса (Мак-Мануса) – 212 (38,5%), с послеоперационной летальностью 4,7%. Операций Гарлока – 101 (18,4%), летальность – 2%, в том числе 53 больным произведена гастрэктомия с резекцией пищевода (умерло 2 пациента), а 48 больным – проксимальная резекция с резекцией пищевода без летальных исходов. Гастрэктомия с резекцией пищевода трансабдоминальным доступом по Савиных выполнена 154 (28%) пациентам, летальность составила - 4,5% (умерло 7 больных). Проксимальная резекция желудка с резекцией пищевода трансабдоминальным доступом – 34 (6,2%), летальность – 2,9% (умер 1 больной). Экстирпация пищевода – 41 (7,5%), летальность – 4,9% (умерло 2 больных). В том числе 23 экстирпаций пищевода абдоиноторакоцервикальным доступом с изоперистальтической трубчатой эзофагогастропластикой; 10 – экстирпаций пищевода цервикалоабдоминальным доступом по Савиных с изоперистальтической трубчатой эзофагогастропластикой; 5 - эзофагоколопластик различными сегментами ободочной кишки; 3 – экстирпаций пищевода по Тореку. В 8 (1,45%) случаях выполнена субтотальная



эзофагогастрэктомия с эзофагогастроэнтопластикой. Из 550 прооперированных больных умерло 22 пациента. Послеоперационная летальность - 4%. Основными причинами летальных исходов были тромбоэмболия легочной артерии, пневмония. Применение неoadьювантной химио-лучевой терапии позволяет создать благоприятные условия для выполнения хирургической операции: уменьшить размер и массу опухоли; восстановить проходимость по пищеводу, что дает возможность больному самостоятельно адекватно питаться в дооперационном периоде. Использование разработанных в клинике функциональных (резервуарных и антирефлюксных) инвагинационных и муфтообразных анастомозов обеспечивает высокую надежность формируемых соустьев, а также улучшает качество жизни пациентов.

---

391. Полиорганный хирургия колоректального рака.

Ладур А.И., Василенко Л.И., Псарас Г.Г., Бондаренко Н.В., Заика А.Н.

Донецк

Республиканский онкологический центр им. профессора Г.В.Бондаря, Донецк

У больных с распространенным раком толстой кишки (РТК) применяют комплексное лечение, основным компонентом которого является комбинированная операция (КО). При этом во многих случаях, ввиду травматичности КО многие хирурги предпочитают воздержаться от первичного восстановления кишечной непрерывности, отдавая предпочтение многоэтапным операциям, а в ряде случаев операция заканчивается пробной лапаротомией. При выполнении хирургических вмешательств по поводу РТК в ряде случаев возникает необходимость расширения объема операции в связи с наличием сопутствующей хирургической патологии. Симультанные операции (СО) выполняют у 1,4-18,0% больных. Цель данного исследования - анализ результатов выполнения КО, СО и комбинированных симультанных операций (КСО) за 20 летний период в РОЦ им. Г.В.Бондаря. В клинике прооперированы более 17000 больных РТК. 1014 больным были выполнены КО, СО и КСО. В 39,3+1,5% случаев операции выполнялись при наличии осложнений опухолевого процесса, причем у 26,3+2,2% из них имело место одновременное наличие нескольких осложнений опухолевого процесса, что увеличивало техническую сложность оперативных вмешательств. Наиболее часто встречалась кишечная непроходимость - у 153 (38,3+2,4%) больных. Параколический абсцесс - у 80 (20,0+2,0%) больных. Прорастание опухоли в соседние органы и/или анатомические структуры с образованием свища - у 51 (12,8+1,7%) больного. В 92,1+0,9% случаях выполнены первично-восстановительные оперативные вмешательства, что было возможным благодаря высокой надежности разработанных в клинике методов восстановления непрерывности пищеварительной трубки. При выполнении первично-восстановительной (КО) наиболее часто выполнялась резекция мочевого пузыря, реже - резекция тонкой кишки, желудка, брюшной стенки, резекция влагалища, удаление придатков матки. Гистологическое подтверждение распространенности опухолевого процесса на соседние органы и/или анатомические структуры имело место у 40% больных. При выполнении первично-восстановительной СО наиболее часто выполнялось удаление придатков матки, реже - холецистэктомия, спленэктомия, надвлагалищная ампутация матки, экстирпация матки с или без придатков. Частота послеоперационных осложнений после выполнения КО, СО и КСО составила 17,9+1,2%. Частота некроза низведенной кишки при КО и СО составила 4,6+1,1%, в том числе после КО - 3,5+1,1%. Несостоятельность дубликатурного анастомоза при выполнении КО составила 2,1+0,7%, СО - 1,0+1,0%. Послеоперационная летальность после выполнения КО, СО и КСО составила - 5,3+0,7%. Пятилетняя выживаемость больных после первично-восстановительной КО составила 54,8+2,1%. Средняя продолжительность жизни после КО - 76,5+5,4 мес. Пятилетняя выживаемость больных после первично-восстановительной СО составила 70,8+3,4%. Средняя продолжительность жизни после СО - 92,5+11,6 месяцев. После выполнения КО и СО качество своей жизни на «удовлетворительно», «хорошо» и «отлично» оценили соответственно 85,7+2,1% и 92,7+2,2% больных. Таким образом, применение разработанных в клинике способов операций, в том числе дубликатурного анастомоза, технических приемов инструментов и устройств, позволили получить удовлетворительные ближайшие, отдаленные результаты и качество жизни у большинства пациентов, которым были выполнены КО, СО и КСО.

392.Редкий случай огнестрельного ранения верхней конечности 1.Чикаев В.Ф., 2.Фаткулов Р.М.1.КГМУ,2. ГАУЗ ГКБ №7г. Казань

1.Чикаев В.Ф., 2.Фаткулов Р.М.

Казань

1.КГМУ,2. ГАУЗ ГКБ №7г.

По данным современной военной литературы огнестрельные повреждения опорно-двигательной системы достигают 70–75 %. Ранения верхней конечностей составляют 23,2–28,5 %, нижних — 37,4–43,1 % всех боевых ранений. В мирное время огнестрельные ранения в стационары поступают в единичных условиях, чаще наблюдаются ранения травматическим оружием. Нами в ГАУЗ ГКБ №7 г. Казани наблюдался редкий случай огнестрельного ранения правой верхней конечности. Сотрудник СОБР 23.03.14г. после получил слепое огнестрельное пулевое ранением верхней трети правого предплечья, сквозное ранение нижней трети правого плеча с открытым переломом средней трети правой плечевой кости и обширной зоной повреждения мягких тканей обеих сегментов. Пострадавший поступил в травматическом шоке IIст., тяжесть повреждения по ВПХ (ОР) П-4,0 балла. Входным отверстием огнестрельной раны является средняя треть правого предплечья. При этом пуля попала в металлоконструкцию правого предплечья, который был установлен раненому 1.07.2014г. по поводу закрытого перелома локтевой и лучевой костей. Пуля срикошетила от металлической пластины, и свой полет завершила сквозным ранением правого плеча, открытым переломом плечевой кости с обширным повреждением мягких тканей. Произведена неотложная первичная хирургическая обработка ран. При ПХОраны плеча выявлены обширные повреждение подкожножировой клетчатки, повреждение мышечной части 2-х голов мышцы дном раны является, костные отломки правой плечевой кости. Поизведено ушивание разрыва двуглавой мышцы, ЧКОС плечевой кости стержневым аппаратом внешней фиксации (в проксимальные и дистальные отломки снаружи введены по два металлических стержня и закреплены на планке). Установлено проточное промывание раневой полости, которое проводилось в течение недели. При ревизии предплечья определены повреждение мягких тканей, мышечной части сгибателя и разгибателя кисти оскольчатый перелом лучевой кости со смещением, и дефектом костной ткани. Про обработке раны дефиксация отломков лучевой кости проведена тремя спицами. В послеоперационном периоде пациент получал комплексное лечение: восстановление кровопотери переливанием эр. массы и свежезамороженной плазмы, антибактериальная терапия имепинемом, метрагилом. Ввиду массивного повреждения тканей введена поливалентная противогангренозная сыворотка. После ликвидации воспалительного процесса 10.04.2014г. деформированная пластина лучевой кости удалена, произведено замещение дефекта лучевой кости аутотрансплантатом подвздошной кости и остеосинтезом пластиной. Послеоперационный период без осложнений. Пострадавший выписан в удовлетворительном состоянии на 25 сутки.

---

393.НЕОТЛОЖНАЯ ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ГОСПИТАЛЕ

Брюсов П.Г., Васюкевич А.Г., Фокин А.В.

Москва

ГВКГ им. Н.Н.Бурденко

Организация хирургической помощи при травмах и острых заболеваниях органов грудной клетки в госпитале в 70-е годы прошлого столетия реализовалась в формировании концепции неотложной торакальной специализированной помощи, осуществляемой специалистами отделения торакальной хирургии. Одновременное внедрение новых технологий и реконструктивно-восстановительных операций в плановой торакальной хирургии способствовало совершенствованию многих практических аспектов организации экстренной помощи. Существенное значение имела квалификация торакальных хирургов, которые должны были обладать самостоятельным опытом работы в торакальной, сосудистой и неотложной хирургии. Основные положения лечебной тактики были четко определены при всех неотложных состояниях и в настоящее время базируются на 40-летнем опыте работы отделения торакальной хирургии ГВКГ им. Н.Н.Бурденко. Неотложная хирургическая патология органов груди в практическом плане представлена 10 нозологическими формами. За анализируемый период с 1975 по 2013 гг. со спонтанным пневотораксом лечили 980 пациентов, с пиопневмотораксом – 54, с травмами и ожогами пищевода (совместно с абдоминальными хирургами) – 105, спонтанным разрывом пищевода – 18, с легочным кровотечением – 144, внутриплевральным кровотечением - 40, закрытыми травмами груди - 880, проникающими ранениями груди – 106 (опыт военных действий анализировали отдельно), стенозами трахеи – 65, тромбозом легочной артерии - 8. Всего с неотложной патологией за эти годы лечилось 2400 больных. В общем потоке поступлений они составляли 23%. Анализ исходов лечения сравнивался за каждое десятилетие. В настоящее время общая для всех групп летальность составила 2,8%, снизившись за два десятилетия более чем вдвое. Заключение. Оказание неотложной хирургической помощи при внутригрудной патологии представляет собой четкую систему срочных мероприятий, включающих экстренную диагностику характера поражения, глубины патофизиологических нарушений и выполнение неотложных операций различной сложности, что позволяет своевременно устранять тяжелые нарушения жизненно важных функций организма, несущих прямую угрозу для жизни пациента.

---

#### 394. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ВИДЕОАССИСТИРУЕМЫМ МЕТОДОМ С УШИВАНИЕМ ВНУТРЕННЕГО СВИЩЕВОГО ОТВЕРСТИЯ.

Костарев И.В., Титов А.Ю., Благодарный Л.А., Мудров А.А., Мусин А.И.

Москва

ФГБУ «ГНЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России

Актуальность проблемы: в течение последних 15 лет, на фоне развития медицинских технологий, стали появляться и активно использоваться методы лечения свищей прямой кишки, основной направленностью которых, кроме ликвидации самого свищевого хода является максимальное сохранение сфинктерного аппарата прямой кишки. Для хирургической коррекции сложных свищей прямой кишки, интерес представляет методика ликвидации свищевого хода с использованием видеоассистенции, предложенная колопроктологом из Италии Р. Meinego в 2006 году. Цель исследования: оценка эффективности метода ушивания внутреннего свищевого отверстия с видеоассистируемой электрокоагуляцией свищевого хода в лечении высоких транссфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки. Материалы и методы: с мая 2013 года по февраль 2015 года, в проспективное одноцентровое исследование включено 19 пациентов, которым были выполнены видеоассистируемые операции с ушиванием внутреннего свищевого отверстия. У 14 (73,7%) пациентов имелись экстрасфинктерные свищи различной степени сложности, у 4 (21%) – высокие транссфинктерные свищи и в 1 (5,3%) случае – посттравматический свищ прямой кишки высокого уровня. Ранее, до обращения в центр, у 11 (57,9%) пациентов однократно и у 7 (36,8%) двукратно происходило самопроизвольное или хирургическое вскрытие острого парапроктита. В 14 (73,7%) случаях выполнялось ушивание внутреннего свищевого отверстия со стороны просвета кишки, в 5 (26,3%) случаях данный этап операции производился со стороны межсфинктерного пространства. Результаты: метод фистулоскопии позволил точно локализовать внутреннее свищевое отверстие в 68,4% случаев, в остальных наблюдениях при экстрасфинктерных свищах с «клюшкообразно» изогнутой проксимальной частью хода точно подойти к зоне расположения внутреннего свищевого отверстия не удалось. Всего независимо от

варианта ушивания внутреннего свищевого отверстия полное заживление свищевого хода отмечено у 13 (68,4%) пациентов, в 6 (31,6%) случаях сообщение наружного свищевого отверстия с просветом прямой кишки сохранялось, что расценивалось как рецидив заболевания. У пациентов, в случаях полного заживления свищевого хода, рецидива за период дальнейшего наблюдения не возникло ни в одном случае. При оценке частоты благоприятных результатов в зависимости от варианта ушивания внутреннего свищевого отверстия обнаружена достаточно сходная картина. Так в случаях, когда свищевое отверстие ушивалось со стороны просвета прямой кишки, заживление свища произошло у 10 (76,9%) больных, рецидив отмечен в 3 (23,1%) наблюдениях. При ушивании внутреннего свищевого отверстия со стороны межсфинктерного пространства заживление свища зафиксировано в 3 (60%) случаях, рецидив – в 2 (40%). Ни в одном случае после операции не отмечалось каких либо нарушений функции держания кишечного содержимого. Заключение: опыт лечения 19 пациентов показал, что с помощью данной методики удается достичь хорошего результата в 68,4% случаев у этой непростой категории пациентов. При этом методами аноректальной манометрии и субъективной оценки функции держания кишечного содержимого по Wexler подтверждено, что операция не оказывает отрицательного влияния на функцию анального сфинктера. Значимых различий частоты благоприятных исходов от варианта ушивания внутреннего свищевого отверстия на данный момент не выявлено, однако учитывая малые выборки, этот вопрос требует дальнейшего изучения. Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать!

---

395. Диагностическая и лечебная лапароскопия у пострадавших с закрытой травмой живота с повреждением печени

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

г. Санкт-Петербург.

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

Введение: В последние десятилетия отмечается интенсивный рост травматизма, в том числе и повреждений печени, что, по мнению многих авторов, связано с увеличением и изменением структуры травматизма (Белобородов А.А. и др., 2010; Базаев А.В. и др., 2014; Тулупов А.Н. и др., 2014; Tanweer K. et al., 2010; Nady H.R. et al., 2012). Основное место среди закрытых травм органов брюшной полости занимают повреждения печени, и относятся они к категории крайне тяжелых. Закрытая травма живота в 26,7–40,8% наблюдений сопровождается повреждением паренхиматозных органов (Лебедев Н.В. и др., 2002; Asensio J.A. et al., 2000), при этом травмы печени встречаются в 56,0–66,8% случаев (Брюсов П.Г. и др., 2001; Черкасов М.Ф. и др., 2005; Абакумов М.М. и др., 2006; Гальперин И.И., 2009; Альперович Б.И., 2010; Цыбуляк Г.Н., 2011; Эргашев О.Н. и др., 2011). Частота послеоперационных осложнений у пострадавших с сочетанной травмой может достигать 75,0% (Чирков Р.Н., 2006; Гуманенко Е.К., 2008; Урман М.Г., 2009; Tanweer K., 2010), а уровень летальности 50,0–60,0%. Целью настоящего исследования стало улучшение результатов диагностики и лечения пострадавших с закрытыми повреждениями печени путем разработки и внедрения диагностической и лечебной лапароскопии в условиях многопрофильного стационара. Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 447 пострадавших с закрытой травмой живота и повреждением печени, находившихся на лечении в хирургических отделениях Елизаветинской больницы Санкт-Петербурга с 1991 по 2010 гг. Пострадавшими в основном (78%) были мужчины, и находились в возрасте от 17 до 81 года: до 44 лет – 355 (79,4%) человек, от 45 до 59 лет – 69 (15,5%) пострадавших, от 60 до 74 лет – 18 (4,0%) пациентов, старше 75 – 5 (1,1%) человек. В 165 (36,9%) случаях отмечался криминальный характер повреждений печени. Большинство (83,2%) пострадавших было госпитализировано в первые 6 ч. от момента получения травмы; в течение последующих 7–24 ч. в стационар доставлено 43 (9,6%) пациентов; более чем через сутки обратилось еще 32 (7,2%) пострадавших. В состоянии шока было доставлено 270 (60,4%) пострадавших: шок I степени был отмечен в 61 (13,6%) случае; шок II степени диагностирован в 73 (16,3%) наблюдениях; шок III степени выявлен у 72 (16,1%) пострадавших. В терминальном состоянии доставлено 48 (10,7%) пациентов. В состоянии эндотоксического шока

госпитализировано 16 (3,6%) человек. Результаты и их обсуждение: Специфических клинических симптомов у пострадавших с закрытой травмой живота с повреждением печени выявлено не было. Среди основных причин «смазанности» клинической картины следует считать экзогенную интоксикацию, которая была отмечена в 106 (23,7%) случаях, а также повреждение других анатомических областей. Диагностическая лапароскопия выполнена 324 (72,5%) пострадавшим. Показания к лапаротомии выставлены у 278 (85,8%) пострадавших. В 16 (4,9%) наблюдениях при диагностической лапароскопии выявлено повреждение печени I–II степени по классификации E. Moore (1994) с продолжающимся кровотечением из паренхимы – гемостаз был достигнут при помощи электрокоагуляции. У 20 (6,2%) пострадавших диагностированы повреждения печени без продолжающегося кровотечения, что позволило ограничиться дренированием брюшной полости. Следует отметить, что в 10 (3,1%) наблюдениях во время диагностической лапароскопии не удалось выявить повреждения труднодоступных сегментов печени. Основной причиной диагностических ошибок являлся отказ от ревизии печени и постановки контрольного дренажа во время диагностической лапароскопии. В группе пострадавших, которым осуществлялся эндовидеохирургический гемостаз, летальных исходов не было. Однако были отмечены следующие осложнения: нагноение послеоперационной раны у 1 пострадавшего; пневмония диагностирована в 5 случаях у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой, после длительной искусственной вентиляции легких; а также неинфекционные осложнения у 2 пострадавших после трепанации черепа. Средний койко-день для изолированной закрытой травмы живота с повреждением печени составил  $6,3 \pm 1,2$  дня, для сочетанной травмы с повреждением печени  $12,0 \pm 4,0$  дня. Таким образом, диагностическая лапароскопия является золотым стандартом в диагностике травм живота, а эндовидеохирургический гемостаз показан гемодинамически стабильным пострадавшим с тяжелыми повреждениями органов живота при повреждениях печени I–II степени по классификации E. Moore.

---

396. Математическое обоснование конструкции двухбаллонного трехканального эндокавального катетера для сосудистой изоляции печени при ее массивных повреждениях

Сигуа Б.В.(1), Земляной В.П.(1), Дюков А.К.(1), Бурлаченко Е.П.(2)

г. Санкт-Петербург

1) Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова 2) ВМА им. С.М. Кирова

Основные сложности у хирургов возникают при оказании помощи пострадавшим с повреждением «труднодоступных» сегментов печени, когда трансабдоминальный доступ к печени не позволяет адекватно произвести оперативный прием и принимается решение о необходимости и возможности осуществления комбинированного доступа. При этом нужно учитывать, что выполнение торакофренотомии наносит дополнительную травму и увеличивает интраоперационную кровопотерю, как за счет расширения доступа, так и в связи с увеличением продолжительности операции. В разные годы предлагались различные способы временного выключения печени из кровотока и уменьшения объема интраоперационной кровопотери. Отдельного внимания заслуживает методика эндоваскулярной окклюзии нижней полой вены, которая впервые была предложена в виде экспериментальной модели F. Chahez-Peop с соавт. в 1970 году. В 1979 году S. Franke и T. Urban разработали одно- и двухбаллонные катетеры. В нашей стране методика эндоваскулярной окклюзии нижней полой вены была предложена В.С. Шапкиным и А.Ф. Малышевым (1980, 1981) и усовершенствована А.М. Грановым и А.Е. Борисовым (1993). Методика эндоваскулярной окклюзии нижней полой вены на сегодняшний день хорошо известна. При этом следует отметить, что параметры используемого катетера были рассчитаны экспериментальным и эмпирическим путем без учета прижизненных характеристик нижней полой вены. Цель нашего исследования заключается в математическом обосновании конструкции двухбаллонного трехканального эндокавального катетера для сосудистой изоляции печени при ее массивных травматических повреждениях методом рентгено-компьютерного моделирования. Материалы и методы. Дизайн исследования состоит из четырех модулей: сбора и обработки компьютерных томограмм, анализа информации и классификации 3D моделей, а так же

определения прижизненных топографо-анатомических параметров нижней полой вены и ее притоков. Модуль сбора информации включает в себя базы данных компьютерных томограмм: накопленные 2D снимки пациентов, полученные с помощью компьютерной томографии, и 3D модели построенные на основе 2D снимков и обработанные методами математической статистики с помощью модуля обработки компьютерных томограмм. Модуль обработки компьютерных томограмм позволяет: открывать 2D снимки, полученные с помощью компьютерной томографии, в формате DICOM; производить обработку информации; формировать 3D модели грудной клетки и живота. В модуле классификации 3D моделей происходит обработка информации методом кластерного анализа. Система группирует пациентов (3D модели) в зависимости от возраста, пола и типа конституции. Результаты и их обсуждение. При разработке двухбаллонного трехканального катетера для сосудистой изоляции печени при ее массивных повреждениях были сформулированы следующие требования: катетер должен выполнять сосудистую изоляцию печени, сохраняя кровоток в нижней полой вене; при этом должна осуществляться изоляция позадипеченочного сегмента нижней полой вены в месте впадения печеночных вен; расположение баллонов между почечными и печеночными венами, а так же между печеночными венами и правым предсердием является оптимальным. Для реализации поставленной задачи необходимо было установить расстояние между почечными и печеночными венами, определить прижизненный диаметр нижней полой вены в заданных точках, а так же определить протяженность впадения печеночных вен и установить расстояние между печеночными венами и правым предсердием. В результате реконструкции 381 одномоментно выполненной КТ-исследования грудной и брюшной полостей с внутривенным контрастированием были получены модели груди и живота с сосудистой системой человека. Выборка включала мужчин и женщин, преимущественно трудоспособного возраста. Полученные модели были разделены на три блока, с учетом типа конституции. Полученные данные позволили с высокой точностью установить такие принципиальные параметры разрабатываемого катетера, как: межбаллонное расстояние, диаметр и ширину баллона, а так же установить закономерности вариабельности в зависимости от типа конституции человека. При этом, были получены следующие результаты: 1. вне зависимости от типа конституции диаметр баллона не должен превышать 30,0 мм во всех заданных точках, ширина баллона - 10,0 мм, а межбаллонное расстояние напрямую зависит от типа конституции и для астеников составляет 50,0 мм, для нормостеников 65,0 мм, а для гиперстеников 82,0 мм. Наружный диаметр непосредственно самого катетера должен составлять 1,0 см., а внутренний диаметр 0,8 см. С целью обеспечения шунтирующего кровотока в катетере предполагается наличие двух отверстий диаметром 0,4 см - выше и ниже баллонов на расстоянии не менее чем 0,5 см. Катетер должен быть выполнен из латекса с силиконизированным покрытием и обработанной стандартным гидрофобным составом внутренней поверхностью. Общая длина катетера должна составлять не менее 70,0 см. Исходя из полученных данных, было предложено три варианта двухбаллонного трехканального катетера учитывающие тип конституции и позволяющие произвести сосудистую изоляцию печени. Для астеников рекомендован катетер с межбаллонным расстоянием 50,0 мм (размер Small); для нормостеников катетер с межбаллонным расстоянием 65,0 мм (размер Media); и для гиперстеников катетер с межбаллонным расстоянием 82,0 мм (размер Large) (Пат. 151553 Российская Федерация, МПК А61М25/10. № 2014133569/14; заявл. 14.08.2014; опубл. 10.04.15, Бюл. № 10 - 2 с.: ил.). Предлагаемый двухбаллонный трехканальный эндокавальный катетер учитывает анатомическую вариабельность нижней полой вены и ее притоков, а так же тип конституции человека и должен использоваться при оказании помощи пострадавшим с повреждением «труднодоступных» сегментов печени или печеночных вен, когда трансабдоминальный доступ не позволяет адекватно произвести оперативный прием и принимается решение о возможности и необходимости осуществления комбинированного оперативного доступа.

---

### 397.ТОРАКО-АБДОМИНАЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕЧЕНИ

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

г. Санкт-Петербург

1) Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова 2) Елизаветинская больница

С 1991 по 2010 гг. в Елизаветинской больнице Санкт-Петербурга было пролечено 106 пострадавших с торакоабдоминальными ранениями с повреждением печени. Среди них мужчин было 89,6% (95), при этом все раненые находились в возрасте до 60 лет. Криминальный характер травмы отмечен в 94,3% (100) случаев, а суицидный характер повреждений диагностирован у 5,7% (6) пострадавших. Доминировали пострадавшие с колото-резаными ранениями - 95 (89,6%), огнестрельный характер ранения отмечен у 11 (10,4%) пострадавших. Как правило (99,1%) пострадавшие доставлялись в стационар в первые 6 ч. от момента получения ранения. Из них в 67 (63,2%) случаях в состоянии шока: шок I степени был отмечен в 19 (17,9%) случаях; шок II степени диагностирован в 23 (21,7%) наблюдениях; шок III степени выявлен у 21 (19,8%) пострадавшего. В терминальном состоянии доставлено 4 (3,8%) пациентов. Практически всем пострадавшим (96,2% (102)) с ТАР выполняли рентгенографию груди. Однако при этом исследовании торакоабдоминальный характер ранения был установлен только в 7 (6,9%) случаях. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости выполнялось 12 (11,3%) пострадавшим, что в дополнение к рентгенологической и клинической картине позволило установить торакоабдоминальный характер ранения у 10 пострадавших. Диагностическая лапароскопия выполнена 29,3% (31) наблюдениях, и во всех случаях выставлены показания к лапаротомии. Следует отметить, при наличии раневого дефекта ниже VI ребра в 38,7% (41) случаев клинические проявления повреждений органов брюшной полости отсутствовали, а торакоабдоминальный характер ранения был установлен с помощью УЗИ органов брюшной полости или диагностической лапароскопии. Все пострадавшие в зависимости от времени госпитализации были разделены на 2 группы. В первую группу вошли пострадавшие в период с 1991 по 2000 гг. (n= 56), во вторую – с 2001 по 2010 гг. (n= 50). В I группе нередко прибегали к тампонированию раны печени, во II группе использовался дифференциальный подход: при повреждениях печени I-III выполняли ушивание раны. Показанием к атипичной резекции являлось повреждение печени IV-V степени. Тампонирование разрыва печени осуществляли у гемодинамически нестабильных пострадавших в рамках тактики «Damage control». В послеоперационном периоде всем пациентам проводили комплексную терапию. Результаты и их обсуждение: Патогномоничных симптомов у пострадавших с торакоабдоминальными ранениями с повреждением печени не выявлено. Как правило, причинами «смазанности» клинической картины являются тяжесть состояния пострадавших (63,2%), а также алкогольное и наркотическое опьянения (81,1%). Кроме того, в подавляющем большинстве случаев данные объективного осмотра пострадавших с ТАР при поступлении могут вводить хирурга в заблуждение. Так, к примеру, у 84,0% (89) раненых при поступлении живот был мягкий, а положительная перитонеальная симптоматика отмечалась только в 18,9% (20) случаев. Печеночная тупость была сохранена у 94,3% (100) пострадавших. Изолированные повреждения печени у пострадавших с ТАР отмечены в 73,6% (78) случаев. Множественный характер повреждений органов установлен у 26,4% (28) раненых. Чаще всего при ТАР с повреждением печени отмечалось повреждение: органов груди (легких и перикарда) – 14,2% (15) случаев; желудка 12,3% (13) и селезенки – 6,6% (7) наблюдений. Повреждение правой доли печени выявлено в 67 (63,2%), а левой доли в 46 (43,4%) наблюдениях. В 6 (5,6%) случаях наблюдалось одномоментное повреждение обеих долей печени. Как правило, доминировали повреждения IV-VII сегментов печени и суммарно они составили 78,3% (83) наблюдений. Исходя из степени повреждения печени по классификации E. Moore, пострадавшие распределились следующим образом: I степень – 49 (46,2%); II степень – 39 (36,8%); III степень – 13 (12,3%); IV степень – 2 (1,9%); V степень – 3 (2,8 %). Повреждения VI степени нам не встречались. По шкале ВПХ-П (Р) и ВПХ-П (ОР) были отмечены повреждения средней тяжести у 30 (28,3%) пострадавшего, тяжелые в 71 (67,0%) случаях и крайне тяжелые у 5 (4,7%) раненых. Ушивание раны печени было выполнено у 60,7% (34) пострадавших в I группе и 72,0% (36) во II группе (р

---

398. Алгоритмы лучевых методов диагностики при боевой травме различной локализации

Кушнир К.В.

г. Москва

ФКУЗ «Главный клинический госпиталь Министерства внутренних дел Российской Федерации»

Цель: Разработать алгоритмы (стандартизированные протоколы) лучевой диагностики при боевых поражениях различных органов и систем на этапе специализированной медицинской помощи. Материалы и методы: Обследовано 117 раненых с изолированными (58,7%), множественными (20,4%) и сочетанными (20,9%) ранениями головы (34,4%), грудной клетки (11,6%), брюшной полости (9,2%), таза (3,8%) и конечностей (41,0%). При этом, 41 раненому лучевые исследования проводились без определённой системы, а 76 раненых были обследованы по разработанным и утверждённым (в соответствии с областью поражения) стандартизированным протоколам. С целью разработки алгоритмов (протоколов) лучевого обследования раненых на этапе специализированной помощи были проанализированы истории 476 раненых прошедших лечение в Главном клиническом госпитале МВД России за период 1994-1996 года (период бессистемного применения лучевых методов диагностики) и за период 2000-2014 годов (период внедрения и совершенствования протоколов лучевых методов диагностики). При этом, изолированные ранения составили 58,7%, множественные – 20,5%, сочетанные – 20,8%. На основании отраслевого стандарта ОСТ ПВБ 91500.09.0001-1999. (данный отраслевой стандарт рекомендует учитывать чувствительность, специфичность, прогностическую ценность, безопасность выбранных методик, а также, степень доступности и стоимости методов исследования с учетом основных и косвенных затрат), в ФКУЗ «Главный клинический госпиталь МВД России» разработаны и апробированы протоколы (алгоритмы) исследования раненых с основными клиническими синдромами: «Ранения органов грудной клетки», «Ранения живота», «Ранения конечностей», «Ранения мозгового черепа», «Ранения лицевого скелета». Результаты: После применения стандартизированных протоколов обследования сроки постановки точного диагноза составили 65 минут для ранения органов грудной клетки (160 минут при бессистемном исследовании), 130 минут для ранений органов брюшной полости (280 минут), 25 минут для ранений конечностей («сутки»), 35 минут для ранений головы (70 минут), 40 минут для ранений лицевого скелета (85 минут). Стоимость обследования снизилась, в среднем, на 69,3%. Значительно уменьшилось (на 48,3%) количество неточных диагнозов. Выводы: Применение диагностических алгоритмов (стандартизированных протоколов) позволяет сократить стоимость и сроки, а также, повысить результативность обследования раненых. Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать!

---

### 399.МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Суковатых Б.С., Суковатых М.Б., Итинсон А.И., Александрова К.С.

Курск

Курский государственный медицинский университет

Актуальность. В Российской Федерации варикозной болезнью вен нижних конечностей страдают около 20 млн человек, у 45 тысяч из них ежегодно открываются трофические язвы. Цель. Оценка эффективности разработанного трехэтапного способа лечения открытых трофических язв венозной этиологии. Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 60 больных с открытыми трофическими язвами на почве варикозной болезни вен нижних конечностей 6 класса по классификации CEAP. Мужчин было 22, женщин – 38. Возраст больных колебался от 36 до 69 лет. Больные были разделены на 2 группы по 30 человек в каждой. Лечение больных первой группы проводилось по традиционной технологии и включало двухнедельное консервативное лечение, направленное на санацию трофической язвы, в условиях отделения гнойной хирургии, венэктомии и субфасциальную перевязку недостаточных перфорантных вен голени. Во второй группе лечение проводилось в три этапа. На первом этапе выполняли химическую десимпатизацию пораженной конечности следующим образом. Больного укладывали на противоположный бок: на правый бок при десимпатизации слева, на левый – при десимпатизации справа. Между кушеткой и боковой поверхностью туловища подкладывали поролоновую подушку, что позволяло за счет контргибания туловища увеличить расстояние между свободным краем 12 ребра и гребнем подвздошной кости на стороне интереса. Выполняли обработку кожи раствором антисептика, ограничивали зону вмешательства стерильным материалом. Местом пункции являлась точка пересечения перпендикуляра, идущего по свободному краю 12 ребра с прямыми мышцами спины, что соответствует уровню 2-3 поясничных



позвонок. После выполнения локальной анестезии кожи и подкожной клетчатки производили пункцию забрюшинного пространства, используя для этого иглы диаметром 18 G с эхо-типированным концом. Продвижение иглы осуществляли строго по передней боковой поверхности позвоночника под ультразвуковым контролем в режиме реального времени, одновременно выполняли введение анестетика. Появление у больного ощущения потепления и легкости в конечности являлось индикатором попадания анестетика в субфасциальное клетчаточное пространство, окружающее симпатический ствол. Выполняли парасимпатическую блокаду путем введения 20 мл 2% лидокаина с добавлением в него 0,1 мл 1% адреналина. После этого порционно вводили 4 мл 96% раствора этилового спирта: 2 мл, смещая кончик иглы краниально, и 2 мл, смещая иглу каудально, чем достигали увеличения зоны действия повреждающего агента. Извлекали иглу, накладывали асептическую повязку, рекомендовали больному постельный режим в течение 20-30 минут. (Патент на изобретение 2289399 от 20.12.2006). На втором этапе через 4-8 дней после стихания воспалительного процесса производили оперативное вмешательство на поверхностных венах. Выполняли три стандартных разреза, необходимых для удаления большой подкожной вены: один – в паховой области, второй – в верхней трети голени у коленного сустава по внутренней поверхности, третий – на стопе по проекции внутренней краевой вены чуть ниже медиальной лодыжки. Все притоки, впадающие в большую подкожную вену в зоне этих разрезов, лигировали, после чего производили ее удаление на бедре с помощью зонда Беккока. Вену снимали с зонда, рассекали вдоль на всем протяжении и фиксировали в растянутом положении. Острым путем производили удаление адвентициальной ткани и остатков подкожной жировой клетчатки, после чего наружная поверхность вены становится гладкой и блестящей. Из полученного пластического материала выкраивали полосы необходимой ширины и длины, соответствующие размеру обтурируемого венозного сегмента на голени. Полосы погружали в изотонический раствор натрия хлорида с гепарином. В просвет большой подкожной вены от лодыжки до верхней трети голени заводили проводник (лучше всего типа Фогарти), к концу которого фиксировали окклюзирующий материал, и обратной тракцией проводника вводили его в просвет вены. Ее концы перевязывали, чем достигали фиксации окклюзирующего материала. Раны ушивали. На третьем этапе через 2 месяца под ультразвуковым контролем производили склерозирование больших диаметром  $\geq 5$  мм недостаточных перфорантных вен голени в области трофических расстройств. Качество жизни больных после операции изучено с помощью опросника SF-36. Результаты и обсуждение. У 13 (43,3%) больных первой группы в ближайшем послеоперационном периоде зарегистрированы следующие осложнения: гематомы операционных ран на бедре и голени – у 7 (23,3%), краевые некрозы ран на голени – у 4 (13,3%), нагноение ран – у 2 (6,7%). В отдаленном послеоперационном периоде – у 6 (20%) больных развились стойкие лимфатические отеки, а у 2 (6,7%) выявлены нарушения поверхностной чувствительности из-за повреждения подкожного нерва. У 2 (6,7%) больных второй группы в ближайшем послеоперационном периоде зарегистрированы гематомы операционных ран на бедре. Нарушений лимфатического дренажа и функции поверхностных нервов не обнаружено. Отдаленные результаты лечения через два года после операции изучены у всех больных. Отличные результаты (отсутствие клинических проявлений ХВН) отмечены у 2 (6,7%) в первой и у 5 (16,7%) во второй группе; хорошие (появление транзиторных симптомов ХВН после длительного стояния на ногах) соответственно - у 17 (56,7%) и 20 (66,6%); удовлетворительные (сохранение стойких симптомов ХВН, интенсивность которых уменьшилась) - у 11 (36,6%) и 5 (16,7%); плохих (рецидив трофической язвы) не зарегистрировано. В первой группе после операции физический компонент здоровья больных оказался равен  $54,1 \pm 13,6$ , а психологический  $40,9 \pm 13,2$ . Во второй группе эти показатели выглядели следующим образом: физический -  $67,9 \pm 11,4$ , а психологический -  $46,7 \pm 11,7$  (Р

---

#### 400.ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

Суковатых Б.С., Блинков Ю.Ю., Иванов П.А.

Курск

Курский государственный медицинский университет

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с распространенным гнойным перитонитом путем оптимизации методики видеоэндоскопических санаций брюшной полости. Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов обследования и лечения 123 больных с распространенным гнойным перитонитом, находившихся в хирургической клинике ОБУЗ КГКБ СМП г. Курска. Мужчин было 79, женщин - 44. Возраст больных колебался от 17 до 78 лет. Больные были разделены на две статистически однородные группы по полу, возрасту, причинам и тяжести перитонита. Первую (контрольную) группу составили 68 пациентов, которым оперативное вмешательство проводилось в течение 2001-2006 гг. в два этапа следующим образом. На первом этапе выполняли лапаротомию, устранение источника перитонита, назоинтестинальную интубацию тонкой кишки, санацию брюшной полости 0,02% раствором фурациллина до чистых вод, дренирование. Перед ушиванием в брюшную полость вводилось 200,0 мл 0,03% водного раствора гипохлорита натрия. На втором этапе через 24-48 часов выполняли программированные видеоэндоскопические санации брюшной полости, которые включали в себя оксигенацию, пневмомассаж кишечной трубки, ранний адгезиолизис, фракционный перитонеальный лаваж антисептиками, восстановление функции дренажей, введение в брюшную полость 200 мл 0,03% водного раствора гипохлорита натрия. Во вторую (основную) группу вошли 55 больных, находившихся в клинике в 2007-2012 гг., лечение которых на первом и втором этапе проводили по той же технологии, что и в контрольной группе, за исключением того, что для перитонеального лаважа применяли пульсирующую струю антисептика, а после завершения санации в брюшную полость вместо водного раствора вводилось 200 мл иммобилизированной формы гипохлорита натрия. Тяжесть состояния пациентов определялась по шкале АРАСНЕ-II, мангеймскому индексу перитонита (МИП), индексу брюшной полости (ИБП) и выраженности абдоминального сепсиса. Эффективность лечения в ближайшем послеоперационном периоде оценивали по динамике системного эндотоксикоза, моторно-эвакуаторной функции кишечника, частоте осложнений и летальности. Результаты исследования. Выявлены следующие причины распространенного перитонита. Заболевания или травмы желудка или двенадцатиперстной кишки обнаружена у 44 (35,8%), острый деструктивный аппендицит – у 37 (30,1%), послеоперационный перитонит – у 14 (11,4%), заболевания или травмы тонкой кишки – у 12 (9,8%), другие причины перитонита (острый холецистит, гинекологическая патология) – у 16 (13%). Абдоминальный сепсис отсутствовал лишь у 15 (12,2%) больных. Абдоминальный сепсис без органной дисфункции обнаружен у 52 (42,3%), с моноорганной дисфункцией – у 39 (31,7%), с полиорганной дисфункцией – у 17 (13,8%) больных. При этом во второй группе комбинированный способ применялся только у 2 (1,6%) больных без признаков абдоминального сепсиса. Проведенные исследования показали, что при использовании комбинированного способа с санацией брюшной полости пульсирующей струей антисептика и введением иммобилизированных форм гипохлорита натрия в геле карбоксиметилцеллюлозы во время операции по поводу распространенного гнойного перитонита у больных быстрее снижается уровень эндогенной интоксикации, скорее восстанавливается моторно-эвакуаторная функция кишечника и наблюдается менее выраженный спаечный процесс в брюшной полости, чем при традиционном варианте этого метода лечения. В контрольной группе у 21 (30,9%) больных развилось 23 осложнения, а в основной группе у 12 (21,8%) зарегистрировано 14 осложнений. Следовательно, количество осложнений в основной группе удалось снизить на 8,3%. Послеоперационная летальность в основной группе оказалась на 4,8% ниже, чем в контрольной. Летальность больных в контрольной группе была обусловлена некупирующимся перитонитом, а в основной группе – развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности в результате декомпенсации тяжелых сопутствующих заболеваний. Разработанная технология не вызывала специфических осложнений. Выводы: 1. Разработанная технология видеоэндоскопических санаций при помощи пульсирующей струи антисептика и введения в брюшную полость иммобилизированных форм гипохлорита натрия патогенетически обоснована, не вызывает специфических осложнений и может применяться в условиях общехирургического отделения городских, районных и областных больниц. 2. Оригинальная технология лечения позволяет в ближайшем послеоперационном периоде снизить показатели эндотоксикоза в 1,5 раза, улучшить моторно-эвакуаторную функцию кишечника в 2 раза, что приводит к снижению осложнений и летальности у больных распространенным гнойным перитонитом.

---

401. Трансанальная эндомикрохирургия - приоритетный метод органосохраняющего лечения аденом прямой кишки

Шельгин Ю.А., Рыбаков Е.Г., Чернышов С.В., Майновская О.А.

Москва

ФГБУ "ГНЦК им А.Н. Рыжих" Минздрава России

**ВВЕДЕНИЕ.** В современной онкопроктологии актуальным является сохранение качества жизни пациентов. Приоритетным направлением органосохраняющего лечения опухолей прямой кишки является применение трансанальной эндомиохирургии (ТЭМ/ТЭО). Данное исследование представляет опыт ТЭО в ГНЦ Колопроктологии. **МЕТОДЫ.** В исследование были включены пациенты с гистологически подтвержденными аденомами, аденокарциномами, а также неэпителиальными новообразованиями прямой кишки. Предоперационное обследование включало: пальцевое исследование прямой кишки, ректоскопию с биопсией, колоноскопию, ЭРУЗИ, КТ (МРТ) малого таза. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** ТЭО выполнены 202 пациентам [130/202 (64,3%) – женщины], средний возраст  $\pm 62,4 \pm 10,3$  (33-86) лет. Средний размер опухоли составил  $3,2 \pm 1,4$  см (0,6-8,0). Среднее расстояние от нижнего полюса опухоли до наружного края анального канала и зубчатой линии составило  $7,1 \pm 2,4$  (2,5-14,0) см и  $4,6 \pm 2,6$  (0,5-12,0) см, соответственно. В большинстве наблюдений опухоли располагались в среднеампулярном отделе прямой кишки 128/202 (63,3%). По результатам биопсии в предоперационном периоде аденома выявлена у 156/202 (77,2%) больных, аденокарцинома у 39/202 (19,3%), карциноид у 7/202 (3,5%) больных. Медиана времени операции составила 40 (20-180) мин. Края резекции, свободные от опухоли были получены во всех операционных препаратах. В двух наблюдениях (1,0%) отмечена фрагментация опухоли. В 4 (2,0%) случаях, образования удалены в пределах мышечного слоя стенки кишки, в остальных – выполнено полностенное удаление опухоли. Послеоперационные осложнения составили 7/202 (3,5%). При патоморфологическом исследовании удаленных препаратов выявлено: аденома у 109/202 (54,0%) больных, аденокарцинома в стадии Tis, T1, T2 и T3 в 86/202 (42,5%) случаях, карциноид – 5/202 (2,5%), неврилеммома – 1/202 (0,5%), нейрофиброма – 1/202 (0,5%). Прослежено 192/202 (95%) больных. Медиана наблюдения больных составила 20 (1-41) мес. Локорегионарный рецидив после ТЭО выявлен у 3/192 (1,5%) больных с аденокарциномой в аденоме, у 1/192 (0,5%) пациентки с аденомой и у 1/192 (0,5%) больной с карциноидом. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Трансанальная эндомиохирургия является приоритетным и безопасным органосохраняющим методом в лечении новообразований прямой кишки, имеющим низкую частоту местных рецидивов.

---

#### 402. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В СРОКИ ДО 4Х ЛЕТ

ЧЕРВЯКОВ Ю.В. (1,2), СТАРОВЕРОВ И.Н. (1,2), ВЛАСЕНКО О.Н. (1), ДЕЕВ Р.В. (3).

Ярославль

1) ГБОУ ВПО «Ярославский Государственный медицинский университет» МЗ РФ2) ГБУЗ ЯО «Областная клиническая больница». Россия3) ОАО Институт стволовых клеток человека. Москва. Россия

Распространенность хронической ишемии нижних конечностей (ХИНК) на фоне периферического атеросклероза в РФ составляет около 2 млн. человек (Гавриленко А.В. с соавт., 2002). Из них в хирургическом лечении нуждается 10-15% больных с критической и субкритической ишемией. Но общее количество операций на артериях нижних конечностей в нашей стране остается достаточно низким (Покровский А.В., Гонтаренко В.Н.; 2013). Новым направлением в лечении является использование генной терапии, направленной на индукцию и стимуляцию процесса неоангиогенеза в поражённых конечностях. Этот метод постепенно находит своих сторонников среди сосудистых и общих хирургов. Цель: определить эффективность генной терапии препаратом на основе гена vegf 165 в комплексном лечении больных с II и III степенью хронической ишемии нижних конечностей по А.В.Покровскому – Фонтейну в сроки до четырех лет. Материал и методы: Располагаем опытом использования первого отечественного ген-

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

терапевтического препарата на основе гена *vegf* 165 ("Неоваскулген") в комплексном лечении больных с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей при II и III стадиях в количестве 65 больных. Отдаленные результаты в сроки до 4х лет прослежены у 45 человек (II А стадия заболевания – 5 пациентов, II Б - n=22, III - n=18). Средний возраст пациентов при включении в исследование составил 63,3±5,8. Оценка результатов проведена в зависимости от исходной степени ХИНК. Эффективность лечения оценивалась следующими методами: 1. Дистанция безболевого ходьбы (ДБХ). 2. Транскутанное напряжение кислорода на концевой фаланге 1 пальца стопы (ТКНК). 3. Линейная скорость кровотока (ЛСК) 4. Лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ). 5. Сохранность конечностей. 6. Выживаемость больных. Результаты: все 5 больных с II А степенью хронической ишемии через 6 месяцев от начала лечения перешли в I субклиническую стадию. ДБХ у них за первый год с 350м в среднем увеличилась на 850м. К концу 4х лет средний прирост составил +1180м. На 4 году наблюдения отмечен один летальный исход, связанный с онкологической патологией. Учитывая малую выборку больных, статистическую обработку не проводили. Отмечено улучшение кровоснабжения нижних конечностей у больных с исходной II Б степенью ХИНК на основании динамики ДБХ (р

---

403. Результаты генной терапии и вспомогательных операций у больных с хронической ишемией нижних конечностей в сроки до 3х лет

ЧЕРВЯКОВ Ю.В.(1,2), СТАРОВЕРОВ И.Н.(1,2), НЕРСЕСЯН Е.Г.(1), ВЛАСЕНКО О.Н.(1), ДЕЕВ Р.В.(3)

Ярославль

1) ГБОУ ВПО «Ярославский Государственный медицинский университет» МЗ РФ2) ГБУЗ ЯО «Областная клиническая больница». Ярославль3) Институт стволовых клеток человека. Москва, Россия

Перемежающейся хромотой страдает около 5% лиц пожилого возраста в Российской Федерации, т.е. около 2 млн. человек (Гавриленко А.В. с соавт., 2002). У 50% больных заболевание может протекать бессимптомно, 40% страдают от перемежающейся хромоты, а у 5-10% развивается критическая ишемия (Джафф М. Р., Молер Э. Р., 2010). Таким образом, количество пациентов, нуждающихся в постоянном специализированном лечении и наблюдении, по РФ составляет около 1 миллиона человек. Где проходит лечение большая часть больных с периферическим атеросклерозом? Ответ очевиден – в общехирургических стационарах городских и районных больниц. Какие методы лечения, кроме консервативного, можно использовать в общехирургической практике? Общеизвестны основные способы «непрямой» реваскуляризации - поясничная симпатэктомия (ПСЭК) и реваскуляризирующая остеотрепанация большеберцовой кости (РОТ), для выполнения которых не требуется специализированного инструментария и длительной подготовки хирурга. Но при какой степени хронической ишемии они эффективны? Насколько длительно их влияние на кровоснабжение нижних конечностей? Новым методом лечения является использование генной терапии, направленной на индукцию и стимуляцию процесса неоангиогенеза в поражённых конечностях. Материал и методы. Представляем сравнительный опыт комплексного лечения больных с периферическим атеросклерозом при II Б и III степени хронической ишемии нижних конечностей (ХИНК) по А.В.Покровскому–Фонтейну традиционными приемами непрямой реваскуляризации (поясничная симпатэктомия (ПСЭК) и реваскуляризирующая остеотрепанация большеберцовой кости (РОТ)) и генной терапией с помощью первого зарегистрированного отечественного генотерапевтического препарата «Неоваскулген». Общее количество больных -121. Оценка и анализ результатов проведены в зависимости от исходной степени хронической ишемии нижних конечностей и методов лечения. Методы исследования: дистанция безболевого ходьбы (ДБХ), лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ), линейная скорость кровотока (ЛСК), сохранность конечностей прослежены в сроки до 3-х лет. Результаты. Увеличение ДБХ у больных при II Б степени после генной терапии значительно выше, чем при остальных видах примененного лечения (достоверность различия от  $p=0,0001$  до  $p=0,0004$ ). При использовании непрямых способов реваскуляризации положительные изменения в ДБХ были значительно скромнее, и к концу 3 года отмечено снижение их значений. Результаты после применения остеотрепанации через 2 и 3 года достоверно выше, чем после выполнения ПСЭК ( $p=0,006$ ). В течение первого года наблюдения больший прирост показателя

386

ЛПИ отмечен после выполнения РОТ. Через 2 года этот показатель после РОТ и генной терапии сравнивались. Использование ПСЭК на протяжении 3 лет показало достоверно худший результат по сравнению с другими способами лечения ( $p=0,006$ ). Изменения ЛСК оказались значимыми после генной терапии во все сроки наблюдения (от  $p=0,008$  до  $p=0,02$ ). Ампутаций конечностей при II Б степени ишемии во всех группах больных не выполнялось. При исходной III степени ХИНК так же зафиксирован значительно лучший результат по приросту ДБХ после применения генотерапевтического лечения (от  $p=0,001$  до  $p=0,0005$ ). Небольшой прирост ДБХ при использовании ПСЭК сохранялся на протяжении 1 года, а при применении РОТ – на протяжении 2 лет. Значения ЛПИ были достоверно выше после генотерапевтического лечения во всех периодах наблюдения (от  $p=0,01$  до  $p=0,003$ ). На протяжении 2- и 3-летнего периода данный показатель после выполнения РОТ был более значимым, чем после ПСЭК (от  $p=0,046$  до  $p=0,05$ ). Изменения ЛСК после генной терапии во все сроки так же оказались достоверно выше (от  $p=0,03$  до  $p=0,008$ ). Увеличение ЛСК после выполнения РОТ на протяжении первого и второго года оказалось более значимо по сравнению с ПСЭК ( $p=0,05$ ). Сохранность конечностей при исходной III степени ХИНК на протяжении всего периода после генной терапии составила 78%, после остеотомии - 54%, симпатэктомии - 47%. Заключение. У больных с хронической ишемией нижних конечностей на фоне периферического атеросклероза эффективность использования препарата на основе гена *vegfl65* в сроки наблюдения до 3х лет значительно превосходит результаты вспомогательных операций как при II Б, так при III степени. При невозможности выполнения реконструктивных вмешательств в состав комплексной терапии целесообразно включать генную индукцию ангиогенеза с использованием конструкции *p-vegfl65*, что позволяет добиться высоких результатов лечения, сравнимых с реконструктивной хирургией.

---

#### 404. БАРЬЕРНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ С ПОМОЩЬЮ РАССАСЫВАЮЩЕЙСЯ КОЛЛАГЕНОВОЙ МЕМБРАНЫ.

Назаренко А.А., Акимов В.П.

Санкт-Петербург

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова. Кафедра хирургии имени Н.Д.Монастырского

Наличие спаек у пациентов, перенесших лапаротомию, встречается в 63-97% случаев (Parker M.C. et al 2007) и имеет большое значение, как для пациентов, так и для хирургов. Для большинства пациентов наличие спаек в брюшной полости является бессимптомным, однако в ряде случаев наблюдаются клинические проявления, нередко требующие экстренного оперативного вмешательства. Наиболее грозным осложнением образования спаек является острая кишечная непроходимость. Внутривнутрибрюшные спайки являются следствием механического, химического и термического повреждения брюшины, её высыхания во время хирургического вмешательства, инфекции, лучевой терапии, ишемии, реакции на инородное тело. В упрощенном варианте патогенез формирования спаек – это результат недостаточности фибринолитической активности и повышенного образования фибрина в ответ на повреждение брюшины. На сегодняшний день существует три основных принципа преодоления адгезиогенеза: минимальное травмирование брюшины во время хирургических манипуляций, фармакологическое воздействие на различные уровни патогенеза спайкообразования и барьерная профилактика. Отсутствие гарантированно эффективных мер по предотвращению формирования спаек у пациентов после операций на органах брюшной полости вызывает стремление исследовать данную патологию с применением новых технологий. Цель работы: показать возможность нового метода профилактики спаечной болезни брюшины. Материал и методы: для профилактики формирования спаек после адгезиолизиса у пациентов с установленным диагнозом спаечной тонкокишечной непроходимости или с наличием спаечного процесса в брюшной полости, ограничивающего необходимые хирургические манипуляции, применялась рассасывающаяся противоспаечная коллагеновая мембрана Collaguard. Данный препарат представляет собой стерильную биорассасывающуюся прозрачную мембрану, состоящую из коллагена I типа, которая имплантируется во время хирургического вмешательства и временно разделяет поврежденные зоны брюшины, способствуя мезотелизации

соприкасающихся листков брюшины без сращений. Через 3-6 недель мембрана под воздействием эндопептидаз распадается до составляющих аминокислот. С мая 2014 года данный метод профилактики адгезиогенеза применен у семи пациентов с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью. У трех пациентов имплантация противовоспалительного барьера была выполнена с профилактической целью: у двух пациентов – после операции на толстой кишке, и у одного – после лапароскопической холецистэктомии. В последнем случае был выявлен ограничивающий хирургическое пособие выраженный спаечный процесс в верхней половине брюшной полости, сформировавшийся после ранее перенесенной операции лапаротомным доступом. Пациенты находились на лечении на клинических базах кафедры хирургии им.Н.Д.Монастырского Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова и в Дорожной клинической больнице ОАО «РЖД», г. Санкт-Петербург. Данный метод применялся как при лапаротомном доступе, так и при лапароскопическом. Размеры противовоспалительных барьеров варьировали от 9x9 до 20x30 см, имплантация осуществлялась непосредственно на участки брюшины, покрывающие кишечник или брюшную стенку, которые подверглись травматизации в процессе операций и адгезиолиза. Для предотвращения миграции мембраны в 3 случаях производилась её фиксация рассасывающимся шовным материалом. Результаты: у пациентов с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью пассаж по кишечнику восстановился на вторые сутки. Ни у одного из наблюдаемых пациентов в послеоперационном периоде осложнений не выявлено. Наблюдение составляло от трех до двенадцати месяцев. Заключение: первый опыт использования рассасывающейся противовоспалительной коллагеновой мембраны Collaguard позволяет с оптимизмом говорить об удовлетворительных результатах. Дальнейшее изучение отдаленных результатов и применение мембраны у большего количества пациентов позволит изучить и оценить противоадгезивный эффект и клинические исходы у пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью, а также выбрать оптимальную интраоперационную тактику имплантации противовоспалительного барьера в зависимости от степени распространенности и локализации спаечного процесса.

---

#### 405.ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ХИРУРГИИ

Нуртдинов М.А., Газиева А.Р., Нигматуллина Д.Ш., Ибрагимов А.М.

Уфа

БГМУ

Цель исследования – изучить роль онтогенетических параметров в характере течения хронических заболеваний и результатах хирургического лечения. Методы исследования. На первом этапе у 98 больных с хроническими заболеваниями органов брюшной полости исследовался биологический возраст (БВ) по методу Войтенко. Структура заболеваемости – с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) было 24 (24,5%) пациента, с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) и осложнениями – 32 (32,6%), с грыжами различных локализаций – 22 (23,4%), и заболеваниями толстой кишки – 20 (20,4%) пациента. Статистический анализ проводили в среде Statistica 12 Trial, с вычислением критерия Chi-square с поправкой Йетса. Результаты. Средний календарный возраст (КВ) обследованных - 53,6±12,2 г. У мужчин с ЯБДК показатель БВ-ДБВ (должный биологический возраст) оказался равным - 6,75±3,4. При ЖКБ – 1,3±0,6. У больных, оперированных по поводу паховой грыжи – 3,5±0,8, при заболеваниях толстой кишки – 8,2±3,4. У женщин с ЖКБ, холедохолитиазом, механической желтухой - 11,2±4,6, с пупочной грыжей – 1,0±0,2, с послеоперационными вентральными грыжами – 11,8±3,6, с язвенной болезнью осложненной кровотечением – 0,88±0,6, с заболеваниями толстой кишки – 4,7±1,3. Таким образом, темп старения у больных с хроническими заболеваниями органов брюшной полости был существенно выше чем, средне-популяционный показатель. При определении показаний к выбору метода хирургического лечения нами был взят биологический возраст в двух группах больных: 1-я группа – 36 пациентов, которым была выполнена лапароскопическая операция (17 пациентов с ЖКБ, 16 человек – с ЯБДК осложненной перфорацией и 3-е больных с мегаколон) и 2-я группа (40 случаев) которым, было произведено традиционное оперативное вмешательство путем широкой лапаротомии (20 – ЖКБ, 16 – с осложнениями

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

гастродуоденальных язв и 4 с мегаколон). Структура оперативных вмешательств в обеих группах не отличалась, в обеих группах при ЖКБ производилась холецистэктомия, при перфорациях выполнялось ушивание прободной язвы, при заболеваниях толстой кишки – резекция пораженного отдела. По степени тяжести перитонита обе группы были сопоставимы. В 1- группу были включены пациенты с высокими темпами старения, так у больных с ЯБДК соотношение БВ-ДБВ было  $8,6 \pm 3,4$ , в группе сравнения –  $3,4 \pm 2,6$ . В 1- группе у больных с ЖКБ БВ-ДБВ –  $10,2 \pm 3,3$ , в группе сравнения –  $3,5 \pm 1,8$  и при заболеваниях толстой кишки в первой группе БВ-ДБВ –  $8,5 \pm 2,7$  в группе сравнения –  $3,5 \pm 2,2$  (р

---

#### 406. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ

Вафин А.З., Айдемиров А.Н., Машурова Е.В., Маланка М.И., Мнацаканян Э.Г., Абалян А.К.

Ставрополь

Ставропольский государственный университет, кафедра госпитальной хирургии

Следует признать, что после любого способа лечения спонтанного пневмоторакса возможны рецидивы. Цель работы – сравнительный анализ методов лечения больных со спонтанным пневмотораксом находившихся на лечении в ГБУЗ СККБ на базе хирургического торакального отделения с 2009 по 2014 гг. Материал и методы исследования. Обследованы 282 больных со спонтанным пневмотораксом в возрасте 18-75 лет. Мужчин было 239 (85 %), женщин 43 (15%). Для оценки эффективности видеоторакоскопии пациенты разделены на 2 группы: первую (контрольную) составили 90 (31,9%) пациенты, которым обследование и лечение выполнялось без применения видеоторакоскопии; 2-ю (основную) группу составили 85 (30,14 %) пациенты, у которых на этапах диагностики и лечения использовалась видеоторакоскопия. В комплекс инструментальных методов входили ультразвуковое исследование плевральной полости, мультиспиральная компьютерная томография, лабораторные исследования. Полученные результаты обработаны с использованием компьютерной программы «Excel». Результаты и их обсуждение. На основании рентгенографии буллезная эмфизема легких выявлена в 26,24 % (74) случаев, у 66,5 % (175) при выполнении мультиспиральной компьютерной томографии органов грудной полости и в 11,7 % (33) патологии органов грудной полости при МСКТ не обнаружена. Благодаря дренированию плевральной полости и проводимым консервативным мероприятиям у 107 (37,9%) пациентов удалось добиться расплавления легкого. Широкой торакотомии подвергнуто 90 (31,9%) пациентов. Во 2-ой группе больных 30,14 % начинали с ВТС. При этом нам ни разу не пришлось перейти на открытый способ оперирования. При этом послеоперационные осложнения возникли у 4 (4,7%) пациентов, тогда как при традиционной тактике 12,2 %. Повторные хирургические вмешательства в основной группе выполнено в 1,17% реторакоскопия по поводу гемоторакса. Выводы. Полученные данные свидетельствуют, что применение видеоторакоскопии способствует снижению послеоперационных осложнений с 12,2% до 4,4%, позволяет снизить частоту широкой торакотомии с 31,9 % до 2,7%, сократить сроки пребывания в стационаре с  $24,2 \pm 3,2$  до  $5,1 \pm 2,3$  дней.

---

#### 407. Тактика при ранениях сердца

Тарасенко В.С., Аркушенко В.А., Ибрагимов Г.Г., Трошков О.В., Волков Ю.В., Сайфуллин Р.К.

Оренбург

Оренбургский государственный медицинский университет

Актуальность. Среди пострадавших с ранениями груди ранения сердца и перикарда встречаются у 7-11% пациентов с послеоперационной летальностью 10 - 27%. Цель исследования. Анализ лечения пациентов с ранением сердца. Материалы и методы исследования. Из 104 пострадавших в возрасте от 15 до 78 лет с ранением сердца за 13 лет было 97 (93,12%) мужчин и 7 (6,88%) женщин. Преобладали лица молодого и среднего возраста – 76,8 %, в 70% в состоянии алкогольного опьянения, затруднявшего диагностику. По характеру повреждения преобладали колото-резаные (ножевые) ранения – 103, в одном случае было огнестрельное. Обстоятельства получения ранения удалось установить в 67% случаев, из них рану нанесли неизвестные в драке -35%, с суицидальной целью – 20%, рану нанесли родственники в 12%. В 43,2% случаев пострадавшие были доставлены бригадой СМП в течение первого часа с момента получения ранения. У 57% экстренная операция проведена в течение первого часа с момента поступления в стационар. Диагностика ранений сердца зачастую затруднена из-за тяжелого состояния пострадавшего (триада Бека) и лимита времени на обследование. Минимальный объем обследования предполагал ОАК, рентгенографию грудной клетки и тактику предопределяла граница «опасной зоны» по Джанелидзе. Результаты. При торакотомии слева у 56 пострадавших выявлен гемоперикард (200 мл.) а у 81 (77,76%) – гемоторакс различной степени. Левые отделы сердца повреждаются в 1,7 раз чаще, чем правые, желудочки в 2 раза чаще, чем предсердия. У 64 пациентов выявлены сочетанные ранения (37 – легкого, 11 – кровеносных сосудов, в остальных - верхних конечностей и органов брюшной полости (печень, желудок). Объем оперативного вмешательства заключался в наложении П-образных швов на сердце, при необходимости укреплении их лоскутом из перикарда, широкое дренирование полости перикарда, плевральной полости. Послеоперационное ведение осуществлялось в отделении реанимации по протоколу ведения больных с острым инфарктом миокарда в течение 4-5 суток с кардиомониторированием. Умерли 23 раненых: 6 - на операционном столе (асистолия, несовместимая кровопотеря), 17 – в послеоперационном периоде: медиастинит, ТЭЛА, РДСВ, эмпиема плевры. Выводы. Своевременная доставка в специализированное торакальное отделение, проведение мероприятий на догоспитальном этапе для предупреждения развития необратимых гемодинамических нарушений и проведение реанимационных мероприятий, несмотря на возникшую клиническую смерть на операционном столе, быстрое выполнение оперативного вмешательства являются залогом успешного исхода при ранении сердца.

---

408. Осложнение антибиотикотерапии – псевдомембранозный колит

Тарасенко В.С. (1), Фадеев С.Б. (1), Малицкая Е.В. (1), Козлова Т.Ю. (2)

Оренбург

1) Оренбургский медицинский университет, 2) ГБУЗ ГКБ №1 г. Оренбурга

Актуальность. В последнее время все чаще регистрируются нежелательные реакции, связанные с применением антибиотиков – антибиотикоассоциированные диареи (ААД) и как тяжелый её вариант – псевдомембранозный колит (ПМК), обусловленных *S. difficile*. Цель исследования. Клинико-анатомический анализ ААД и ПМК, вызванный *S. difficile*, возникших у хирургических больных. Материалы и методы. Проведенные патологоанатомические исследования за 6 лет у 24 умерших пациентов в хирургических стационарах города установили ПМК, явившийся причиной летального исхода. В течение последнего года у 17 пациентов хирургического профиля в возрасте 19 – 64 года развилась ААД (8 мужчин, 9 женщин). 14 больным были выполнены лапаротомии по – поводу аппендицита, холецистита, перфоративной язвы, поддиафрагмального абсцесса, устранения тонкокишечного свища, 3 лечились с обширными гнойными ранами конечностей. Пациентам в течение 3-10 дней проводилась комбинированная антибиотикотерапия в стандартных дозировках: цефазолин (8 больных), цефотаксим (7), циластатин (2), гентамицин (5), ципрофлоксацин (2). Сроки возникновения клинических проявлений ААД определялись тяжестью заболевания, травматичностью операции, возрастом больных, длительностью использования антибактериальных препаратов, особенно при их комбинации. Результаты. Симптоматика ААД варьировала



от нескольких эпизодов жидкого стула в течение 1-3 суток до сочетания диареи (10 – 18 раз в сутки) с общей слабостью, фебрильной температурой, диффузными болями в животе, явлениями дегидратации. Лабораторно – лейкоцитоз до  $30,7 \times 10^9$  с нейтрофильным сдвигом влево, гипо- и диспротеинемией, в тяжелых случаях – нарастанием азотистых шлаков. Диагноз ААД в 13 случаях установлен клинически, в 4 – лапароскопически: стекловидный отек стенки всей толстой кишки и её брыжейки, отсутствие перистальтики. У 17 пациентов, пролеченных метронидазолом (при безуспешности – ванкомицином), отменой причинного антибиотика, инфузионной терапией, пробиотиками (споробактерин, линекс), энтеросорбентами наступило выздоровление, осложнений, летальных случаев не было. Ретроспективный анализ протоколов секции у 24 пациентов с ПМК выявил характерные морфологические изменения в толстой кишке: отек, уплотнение кишечной стенки, множество желтых, грубых фибриновых плёнок, изъязвление вершин крипт, некроз слизистой и подслизистой. Выводы. Следует учитывать возможность развития осложнений антибиотикотерапии (ААД, ПМК) у больных хирургического профиля после травматичных и повторных оперативных вмешательств и своевременно проводить лечение возникшего осложнения.

---

#### 409.Профилактика тромбозов легочной артерии (ТЭЛА)

Тарасенко В.С., Бобылев В.В.

Оренбург

Оренбургский государственный медицинский университет

Актуальность. ТЭЛА является третьим по распространенности видом патологии сердечно-сосудистой системы после ИБС и инсульта внезапно обрывающей жизнь больных. Цель исследования. Выработать алгоритм профилактики и лечения ТЭЛА по данным больницы скорой медицинской помощи №1 г. Оренбурга. Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 201 истории болезни умерших больных, из них у 17 (8,4%) причиной летального исхода явилась массивная и сегментарная ТЭЛА. Мужчин было 7, женщин - 10, средний возраст составил 70,8 лет. Основным источником ТЭЛА явились глубокие вены таза, бедра и голени с явлениями тромбоза и флелботромбоза. Предрасполагающими факторами служили ИБС - в 94,1% случаев, гипертоническая болезнь - в 64%, хирургические вмешательства на брюшной полости - в 58,8%, сахарный диабет - в 35,2%, ожирение - в 11,7%, злокачественные новообразования в 10,2% случаев. Развитие ТЭЛА было у больных терапевтического профиля -8, с хирургической патологией у 9: рак толстой кишки с клиникой обтурационной кишечной непроходимости - 3, ущемленные грыжи - 2, аденома предстательной железы - 2, острый холецистит - 2. Прижизненно ТЭЛА была диагностирована у 16 (94,1%) больных на основании жалоб на одышку (в 100%), боли за грудиной (47%), боли в грудной клетке (53%), кашель с кровохарканьем (17%). Из всей совокупности объективных данных наиболее высокоинформативными оказались ЧСС 120 в мин. и более (100%), акроцианоз (76%), рассеянные сухие и влажные хрипы в легких (58%), на ЭКГ - признаки перегрузки правых отделов сердца (53%), блокада правой ножки пучка Гиса (53%), при рентгенографии легких - симптом Вестермарка (40%). Д – димеры и продукты дегидратации фибриногена (ПДФ) в первые 24 часа находились в «серой зоне» и не могли служить достоверным лабораторным критерием ТЭЛА. По секционным данным массивная ТЭЛА была отмечена в 58,8%, субмассивная - в 41,2% случаев. Результаты. В настоящее время профилактика тромбозов легочной артерии у оперированных больных проводилась с учетом шкалы Domanig и заключалась в коррекции нарушенных функций дыхательной, сердечно-сосудистой систем, в применении эластической компрессии, прямых антикоагулянтов в течение 24 часов до операции (фраксипарин, клексан), с последующим переходом на непрямые (варфарин, фенилин) в послеоперационном периоде, дезагрегантов, аспирина, венотоников. В качестве профилактики рецидивов ТЭЛА осуществлена установка зонтичного кава-фильтра 23 больным без ближайших и отдаленных (13 лет наблюдений) осложнений. Показанием для имплантации фильтра служили эпизоды ТЭЛА в анамнезе, тромбоз глубоких вен подколенного или илюфеморального сегментов на фоне ИБС, СН. Выводы: Профилактика тромбозов легочной артерии у хирургических больных

должна начинаться до операции, продолжаться не менее 7-10 дней с учетом имеющихся предрасполагающих факторов. Надежным профилактическим средством является имплантация каво-фильтра.

---

#### 410. Липопероксидация при мезентериальном тромбозе

Тарасенко В.С., Волков Д.В., Белоклоков С.В.

Оренбург

Оренбургский государственный медицинский университет

Актуальность. Число умерших от инфаркта кишечника превосходит число умерших от таких распространенных заболеваний как острый аппендицит, прободная язва и кишечная непроходимость вместе взятых в связи с увеличением продолжительности жизни. Цель исследования. Выявить значимые диагностические критерии показателей липопероксидации (Диеновые конъюгаты - ДК и Малоновый диальдегид - МДА) при мезентериальном тромбозе. Материалы и методы исследования. В исследование были включены 39 больных, оперированных с инфарктом кишечника с различным объемом поражения и в качестве сравнения 21 больной с острой кишечной непроходимостью (ОКН), пролеченных консервативно и 25 подвергшихся оперативному вмешательству. С инфарктом кишечника радикально оперировано 9 человек: в 8 – резекция некротизированного отдела, в одном – эмболектомия из ВБА и резекция участка кишки. Умерло после операции 6 человек – послеоперационная летальность 66,67%. Диагностические ошибки в приемном отделении встречались в 48,72% (острый панкреатит – 17,95%, кишечная непроходимость – 30,77%). Результаты. Диагностика состояния кишечника при остром нарушении мезентериального кровообращения (ОНМК) по содержанию в крови продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) – ДК и МДА основана на наиболее специфических биохимических процессах из всех известных в настоящее время. При сегментарном поражении кишки (n=11) величина МДА  $4,7 \pm 0,31$  нмоль/мл ( $p < 0,001$ ), % накопления – 252,4; ДК –  $3,8 \pm 0,54$  (p

---

#### 411. Иммунотерапия панкреонекроза в стадии гнойных осложнений

Тарасенко В.С. (1), Аверкиев В.Л. (2), Волков Д.В. (1), Басов Ф.В. (1)

Оренбург, Москва

1) Оренбургский государственный медицинский университет 2) Российские космические системы

Актуальность. Панкреонекроз и вторичное инфицирование очагов деструкции определяют тяжесть и прогноз заболевания на фоне вторичного иммунодефицита. Цель исследования. Выявить характер иммунологических нарушений в стадии гнойных осложнений панкреонекроза и провести их коррекцию. Материалы и методы исследования. В исследование были включены 68 больных панкреонекрозом с гнойными осложнениями (1 группа – 33 больных базисная терапия и 2 группа – 35 на фоне базисного лечения применение полиоксидония). Стартовым методом хирургического лечения панкреонекроза был эндоскопический, затем миниинвазивный, а при развитии гнойно-некротических осложнений – лапаротомный, люмботомный. Применялся полиоксидоний в курсовой дозе 78 мг – в первые трое суток

после открытой ликвидации очагов деструкции по 12 мг/сут, затем по 6 мг (разработка института иммунологии МЗ РФ), обладающий дезинтоксикационным, иммуномодулирующим, мембраностабилизирующим и антирадикальным эффектами. Вместе с маркерами эндогенной интоксикации (ЛИИ, МСМ, парамецийный тест) проводилось исследование С-реактивного белка, иммунологических показателей. Результаты. В динамике С-реактивного белка отмечены два «пиковых» подъема: в первые сутки после открытой операции, как ответная реакция на операционную травму и второй «пик» - при развитии гнойно-септических осложнений, которые коррелировали с маркерами эндотоксикоза. Концентрация С-реактивного белка 45 мг/л и выше рассматривается в качестве прогностического критерия развития послеоперационных гнойно – септических осложнений. Применение полиоксидония сопровождалось более быстрой нормализацией лабораторных и иммунологических показателей, Т тела, явлений эндотоксикоза, показателей липопероксидации, ускорением очищения раны оментобурсопанкреатостомы и забрюшинных пространств, уменьшением секвестрации тканей поджелудочной железы, пара- и ретропанкреатической клетчатки на 5,4 дня ( $p < 0,001$ ). Количество гнойно – септических осложнений снизилось с 75% до 43,9%. Выводы. Применение полиоксидония у больных панкреонекрозом в стадии гнойных осложнений в ранние сроки после операции оказывает иммуномодулирующий и детоксикационный эффекты, положительно влияющие на течение и исход заболевания.

---

412. Хронические послеоперационные раны промежности и анального канала. Диагностика и лечение.

Титов А.Ю., Нехрикова С.В.

Москва

Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность: Незаживающие (хронические) раны являются осложнением раневого процесса после операций на анальном канале и промежности. Лечение хронических ран остается актуальной проблемой в медицине. Послеоперационные раны, существующие более 45 дней, по нашим данным, можно расценивать как хронические. В ранах промежности встречаются ассоциации условно-патогенных бактерий и возбудителей, вызывающих ИППП (инфекции, передающиеся половым путем). Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с длительно незаживающими ранами промежности и анального канала и разработка комплекса корректирующей терапии в зависимости от найденного возбудителя ИППП. Материалы и методы: с 2011 по январь 2015 проводится исследование, в которое включено 196 человек, оперированных по поводу хронических анальных трещин, свищей прямой кишки и геморроя. Основная группа - 97 пациентов с незаживающими ранами (со дня операции прошло от 46 до 175 дней, в среднем,  $81,3 \pm 49,3$ ). Контрольная группа - 99 больных, у которых отклонений в течении раневого процесса не было, раны зажили в среднем, на  $37 \pm 9,5$  день ( $p < 0,01$ ). Всем пациентам, наблюдавшимся по поводу длительно незаживающих ран, была назначена соответствующая терапия в зависимости от выделенного возбудителя ИППП. В результате проведенного лечения у всех пациентов основной группы отмечено выздоровление, в среднем, через  $17 \pm 7,3$  дней. Заключение: по нашим данным, патогенные микроорганизмы, передающиеся половым путем (*Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Cytomegalovirus*, *Herpesvirus*) в ассоциациях с условно-патогенными, особенно клинически значимыми микроорганизмами, поддерживают хронический воспалительный процесс, в результате которого формируются длительно незаживающие раны.

---

#### 413. НЕОТЛОЖНАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Майстренко Н.А., Ромашенко П.Н.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра и клиника факультетской хирургии им. С.П. Федорова

Одной из основных проблем современной хирургии, несмотря на активное внедрение в клиническую практику современных диагностических и лечебных технологий, остается оказание больным неотложной абдоминальной хирургической помощи. Частота развития этой патологии не снижается как среди потенциального воинского контингента гражданского населения, так и военнослужащих МО РФ. Отсутствие единых подходов в диагностике и лечении пациентов с неотложной абдоминальной хирургической патологией, даже в пределах одного региона, обуславливает высокие показатели летальности и инвалидизации больных. Вопросы хирургической тактики, особенно с применением лапароскопических технологий, при различных неотложных состояниях отражены в литературе неоднозначно. Наиболее дискуссионными в этом отношении являются такие формы "острого живота", как холецистит, панкреатит, аппендицит, перфоративная дуоденальная язва, кишечная непроходимость, а также ранения и травмы живота. С целью оптимизации лечебно-диагностической тактики при неотложной абдоминальной хирургической патологии, было проведено клиническое исследование 3232 больных, направленное на выработку дифференцированного подхода и определение диагностических алгоритмов, а также хирургической тактики в условиях специализированного медицинского учреждения МО РФ. Комплексный клинико-статистический анализ обследованных больных позволил выделить отдельные группы лиц в зависимости от тяжести анестезиологического и операционного риска, причины развития «острого живота» и прочих осложнений, влияющих на решение диагностических, тактических и технических решений. Использование клиничко-лабораторных и инструментальных данных обеспечивает выделение достоверных критериев диагностики, исключающих дублирование или неадекватность их использования. Это обеспечило индивидуализацию диагностических алгоритмов. Их результативность способствовала определению тактических решений при обосновании вариантов операций. Технические решения при использовании открытых, лапароскопических и миниинвазивных вмешательств, а также их сочетания во многом определялись адекватностью и эффективностью реализуемой программы интенсивной терапии, достоверно влияющей на результативность лечения таких больных. Реализация дифференцированной лечебно-диагностической программы неотложной абдоминальной хирургической патологии в условиях специализированного стационара позволила уточнить лечебно-диагностические алгоритмы, требующие адаптации на региональном уровне в лечебных учреждениях МО РФ и гражданского здравоохранения и достичь минимальных показателей послеоперационных осложнений и летальности.

---

#### 414. ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВОЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ

Майстренко Н.А., Ромашенко П.Н., Сидорчук П.А.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра и клиника факультетской хирургии им. С.П. Федорова

Лечение больных перфоративной дуоденальной язвой (ПДЯ) до настоящего времени остается непростой задачей неотложной абдоминальной хирургии. В хирургических стационарах существуют различные подходы к реализации программы обследования, определению тактических решений и выбору варианта

оперативного вмешательства при ПДЯ. Современные представления о патогенезе язвенной болезни, внедрение в клиническую практику новых диагностических и малоинвазивных хирургических технологий при лечении больных ПДЯ, требуют поиска и обоснования основных критериев выбора рационального оперативного вмешательства и программы послеоперационной реабилитации пациентов. Цель исследования – обосновать рациональный подход к лечению больных перфоративной дуоденальной язвой с учётом современных возможностей диагностики и малоинвазивной хирургии. Проанализированы результаты обследования, хирургического лечения и реабилитации 185 больных ПДЯ. Выделены основные критерии, влияющие на выбор варианта оперативного вмешательства при перфоративной дуоденальной язве: операционно-анестезиологический риск по шкале ASA, прогнозируемая летальность по шкале J. Voeu, тяжесть эндогенной интоксикации и перитонита по Мангеймскому перитонеальному индексу, выраженность рубцово-язвенной деформации дуоденальной зоны и наличие продолжающегося язвенного кровотечения, длительность язвенного анамнеза, диаметр перфорационного отверстия, ширина инфильтративно-язвенного поражения вокруг перфорационного отверстия. Оперативные вмешательства выполнены всем 185 больным ПДЯ: стволовая поддиафрагмальная двусторонняя ваготомия (СПДВ) с пилоропластикой (ПП) и иссечением язвы осуществлена 64,8% больных, лапароскопическое ушивание язвы — 31%, открытое иссечение и ушивание язвы — 4,2%. Реализация усовершенствованного диагностического алгоритма у больных ПДЯ, учитывающего интегральную оценку ведущих критериев выбора варианта оперативного лечения позволило снизить частоту осложнений с 10,1% до 4,4% и летальности с 1,5% до 0%, уменьшить средний срок госпитализации пациентов с  $9,9 \pm 1,5$  сут. до  $7,4 \pm 1,1$  сут. Установлено, что программа реабилитации больных после операции должна включать антисекреторную терапию в течение 2,5 недель всем пациентам, проведение трёхкомпонентной эрадикационной терапии больным, инфицированным НР (cagA-) или четырёхкомпонентной (при инфицировании устойчивыми, высокопатогенными (cagA +) штаммами НР), приём соответствующих анксиолитических и антидепрессантных препаратов для коррекции нарушений эмоциональной сферы, что позволяет достигнуть стойкой ремиссии ЯБ. Таким образом, результаты проведённого клинического исследования свидетельствуют, что обследование и лечение больных ПДЯ, основанное на учете ведущих диагностических критериев и рациональном послеоперационном лечении, обеспечивает раннюю медицинскую и социальную реабилитацию больных.

---

#### 415. КРИТЕРИИ ДИНАМИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЁННОГО ПЕРИТОНИТА

Ремизов С.И., Ремизов И.В., Савченко Ю.П.

Краснодар

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России

Лечение распространённого перитонита сводится к полноценной санации брюшной полости и общему терапевтическому воздействию на организм. Ранее для продленной послеоперационной санации брюшной полости при распространённом гнойном перитоните был предложен метод восходящего газо-жидкостного потока (далее - ВГП). Динамика воспалительного процесса и, соответственно, эффективность лечения стандартно контролируется по клиническим данным и данным рутинных лабораторных показателей, однако это не всегда в полной мере отражает течение патологического процесса, включая и терапию перитонита с использованием ВГП. Материал и методы. ВГП был применен у 12 больных с вторичным распространённым гнойным перитонитом, возникшим вследствие различных причин (перфорация дивертикула толстой кишки - 2, деструктивный аппендицит - 4, разрыв тощей кишки - 2, несостоятельность кишечных анастомозов - 2, деструктивный холецистит - 2). Исследуемая группа состояла из 7 женщин (66,7%) и 5 мужчин (33,3%) в возрасте до 60 лет - 3 (25%), 60-79 лет - 7 (58,3,7%), 80 и старше - 2 (16,7%). Сущность ВГП состояла в использовании дорзо-вентрального промывания брюшной полости турбулентным потоком смеси жидкости и газа; при этом эвакуация промывного раствора и экссудата осуществлялась через расположенную поверх органов брюшной полости широкопросветную дренажную трубка, находившуюся в

образованном под передней брюшной стенкой газовом пузыре. Промывания осуществлялись сеансами через каждые 6 часов до визуально-чистых "вод". Всем пациентам проводилась стандартная антибактериальная терапия и коррекция показателей гомеостаза. Для определения динамики воспалительного процесса в брюшной полости, кроме мониторинга клинических и рутинных лабораторных данных, проводился анализ промывных вод: определение концентрации лейкоцитов и визуальный подсчет их в поле зрения при микроскопии осадка. Умерло 3 пациента (летальность 25%), причинами смерти стали: тромбоэмболия легочной артерии у 1 пациента и нарастающая полиорганная недостаточность у 2. Внутривенных осложнений, в том числе, образования интраабдоминальных абсцессов, не зарегистрировано. Результаты и обсуждение. При анализе промывной жидкости обнаруживалась отчетливое снижение концентрации лейкоцитов в промывной жидкости по сравнению с каждым предыдущим сеансом. Положительная динамика (уменьшение) количества лейкоцитов в промывной жидкости в целом соответствовала динамике клинических и иных лабораторных показателей, характеризующих интенсивность воспалительного процесса в брюшной полости и степени интоксикации. Выводы. Определение количества лейкоцитов в промывной жидкости адекватно отражает динамику воспаления в брюшной полости и может быть использовано для мониторинга патологического процесса при использовании ВГП в лечении распространенного перитонита.

---

#### 416. ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ТЭЛА ВЫСОКОГО И УМЕРЕННОГО РИСКА.

Паршин П.Ю., Чупин А.В., Орехов П.Ю., Колосов Р.В., Зайцев М.В., Дерябин С.В.

Москва

ФГБУ ФНКЦ ФМБА России

**ЦЕЛЬ:** разработка и внедрение в клиническую практику алгоритма проведения тромболитической терапии при субмассивной и массивной тромбоэмболии легочной артерии **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** с 2008 по 2015 г. в ФНКЦ ФМБА России пролечено 46 больных (24 женщины и 22 мужчин) с ТЭЛА высокого и умеренного риска госпитальной смерти. Возраст пациентов от 27 до 76 лет. Средние сроки поступления от начала проявления симптомов 6-12 часов. Один пациент с массивной стволочной ТЭЛА поступил в клинику из другого стационара после проведения системного тромболитика Стрептокиназой через 48 часов от момента заболевания и 1 пациент госпитализирован в плановом порядке через 3 месяца после массивной ТЭЛА с клиникой высокой легочной гипертензии. В одном случае возникновение симптомов ТЭЛА произошло на вторые сутки после плановой операции (лапароскопической холецистэктомии). Клиническую вероятность тромбоэмболии оценивали при поступлении больного в приемное отделение согласно пересмотренному Женевскому алгоритму (2006 г.). Высокая вероятность ТЭЛА (> 11 баллов) была у 18-и больных, средняя (4-10 баллов) - у 28 больных. Стратификацию риска ранней смерти при ТЭЛА оценивали согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов (ESC - 2008, 2014 г.), Российским рекомендациям по диагностике лечению и профилактике ВТЭО (2010 г.) Во всех случаях пациенты с ТЭЛА высокого риска ранней смерти находились в отделении реанимации. Основными методами диагностики являлись: селективная ангиопульмонография с расчетом индекса Миллера (17 больных), мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с контрастированием (29 больных), эхокардиография. В 21 случае при наличии флотирующего проксимального тромбоза глубоких вен нижних конечностей произведена имплантация съемного кава-фильтра (COOK Tulip, OptEase Cordis, КОМЕД ) для предупреждения повторных эпизодов ТЭЛА. Селективный тромболитизис (15 больных) выполнялся препаратом «Актилизе» по рекомендованной производителем схеме с последующей контрольной ангиопульмонографией. В одном случае перед проведением селективного тромболитизиса выполнена фрагментация тромба диагностическим катетером. 30-и больным проводился системный тромболитизис с последующей контрольной МСКТ. Всего выполнено 55 сеансов тромболитизиса ( у 8-и больных дважды и у 1-го больного трижды). В подавляющем числе случаев использовали тканевой активатор плазминогена (Актилизе у 35 больных, Метализе у 2-х больных), у 8-и больных применялась Стрептокиназа и в одном случае Урокиназа по стандартной схеме. Критериями оценки эффективности проведенного тромболитизиса считались достоверное снижение

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

систолического давления в легочной артерии по данным ЭХО-КГ, а также данные повторной ангиопульмонографии или МСКТ. РЕЗУЛЬТАТЫ: во всех наблюдениях достигнут лизис тромбозов с восстановлением адекватной перфузии легочной паренхимы и достоверным снижением давления в легочной артерии. Умерло двое больных: 1 больной с тромбозом ранее установленного кава-фильтра на фоне самостоятельной отмены Варфарина, с распространением тромба в супраренальный сегмент нижней полой вены, тромбозом почечных вен, стволовой ТЭЛА высокого риска. Причина смерти – острая почечная, дыхательная недостаточность. Вторая больная на 10-е сутки после тромболитической терапии от повторного трансмурального инфаркта. В одном случае ближайший послеоперационный период (2-е сутки) осложнился кровоизлиянием в левое полушарие головного мозга с последующей трепанацией и удалением гематомы. 44 пациента выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии, без признаков дыхательной недостаточности и перегрузки правых отделов сердца. ВЫВОДЫ: активная тактика ведения больных с субмассивной и массивной ТЭЛА и применение тромболитической терапии в ранние сроки позволяет максимально эффективно лечить пациентов этой сложной группы, в короткие сроки достичь дезобструкции русла легочной артерии и устранить легочную гипертензию и перегрузку правых отделов сердца, что в свою очередь, значительно улучшает прогноз и позволяет минимизировать возможные осложнения в виде развития хронической постэмболической легочной гипертензии.

---

#### 417.ОПТИМИЗАЦИЯ РЕГЛАМЕНТА ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ВОСХОДЯЩЕГО ГАЗО-ЖИДКОСТНОГО ПОТОКА В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЁННОГО ПЕРИТОНИТА

Ремизов С.И., Ремизов И.В., Савченко Ю.П.

Краснодар

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России

Лечение распространённого перитонита сводится к полноценной санации брюшной полости и комплексному общему терапевтическому воздействию на организм, направленному на купирование воспалительного процесса в брюшной полости и нормализации показателей гомеостаза. К основным вариантам продленной санации брюшной полости в настоящее время относятся лапаротомия и получившая наибольшее распространение программированная релапаротомия. В 2000 г. для послеоперационной санации брюшной полости при распространённом гнойном перитоните был предложен метод восходящего газо-жидкостного потока (далее - ВГП). Применение метода продемонстрировало его достаточную действенность, но регламент метода был проработан недостаточно. Материал и методы. ВГП был применен у 12 больных с вторичным распространённым гнойным перитонитом, возникшим вследствие различных причин (перфорация дивертикула толстой кишки - 2, деструктивный аппендицит - 4, разрыв тощей кишки - 2, несостоятельность кишечных анастомозов - 2, деструктивный холецистит – 2) в возрасте от 59 до 82 лет. Технология ВГП состояла в периодическом промывании брюшной полости пульсирующим турбулентным потоком газо-жидкостной смеси с эвакуацией промывной жидкости с газом через стоящий поверх органов брюшной полости широкопросветный трубчатый дренаж. Сеансы промывания повторялись каждые 6 часов до визуально чистых "вод", с использованием сбалансированных солевых растворов с антибиотиками в среднем в объеме 2,7+0,45 л на сеанс. Между сеансами подача газа в брюшную полость не прекращалась. Промывная система обычно удалялась к концу 2-х суток. Контроль за состоянием пациентов и течением патологического процесса осуществлялся как с помощью стандартного мониторинга клинических и лабораторных показателей, так и определением количества лейкоцитов в промывных водах в начале и в конце каждого сеанса промывания. Умерло 3 пациента (25%) от экстраабдоминальных причин, внутрибрюшных осложнений не зарегистрировано. Результаты и обсуждение. При анализе промывной жидкости обнаруживалось снижение концентрации лейкоцитов в начале и в конце промывания и уменьшение их количества от сеанса к сеансу. При этом в конце каждого промывания, особенно при выполнении начальных сеансов, концентрация лейкоцитов оставалась значительной, несмотря на то, что промывные воды визуально были чистыми. Кроме этого, отмечалось увеличение концентрации лейкоцитов в начале последующего сеанса по сравнению с концентрацией в финальной порции предыдущего сеанса

397

промывания. Таким образом, "визуально-чистые воды" не являлись таковыми при их лабораторном исследовании, что свидетельствовало о недостаточно полноценной санации брюшной полости при использовании примененных параметров сеансов промывания. Выводы. Полученные данные позволяют сделать заключение о недостаточном радикализме промывания брюшной полости до получения визуально-чистых «вод» при использовании ВГП и необходимости изменения регламента промывания – увеличения объема используемой жидкости и проведения повторных дополнительных сеансов промывания без перерывов до получения удовлетворительных данных лабораторного контроля состава промывных "вод".

---

#### 418.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ-АССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ НИЗВЕДЕНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Борота А.В., Совпель О.В., Базиян-Кухто Н.К.

Донецк

Донецкий национальный медицинский университет им. М.ГорькогоКафедра общей хирургии №1

Актуальность темы. В настоящее время лапароскопические оперативные вмешательства (ЛОВ) при раке прямой кишки (РПК) завоевывают все большую популярность. Ключевым вопросом технологии выполнения подобных операций является необходимость формирования протективной стомы при локализации опухоли на уровне 12 см и ниже от перианальной кожи. Цель исследования. Доказать возможность применения операции низведения в лапароскопической хирургии РПК. Материалы и методы. В клинике общей хирургии ДонНМУ им. М. Горького на базе проктологического отделения ДОКТМО за период с 2012 по 2015гг. ЛОВ выполнены 67 пациентам с РПК. В 43 случаях (64,2%) при локализации опухоли выше 12 см от уровня перианальной кожи выполнена передняя резекция с формированием аппаратного колоректального анастомоза. При локализации опухоли в верхнеампулярном отделе прямой кишки после выполнения лапароскопического брюшного этапа операции, тотальной мезоректумэктомии и пересечения прямой кишки дистальнее опухоли на 3-4см 6 (9%) больным выполнена брюшно-наданальная резекция с низведением ободочной кишки на промежность через эвагинированную и демускуляризованную короткую культю прямой кишки. И еще 6 (9%) больным выполнено низведение ободочной кишки на промежность через сформированный трансфинктерный подслизистый канал (операция типа Дюамеля). При опухолях средне-, и нижнеампулярного отделов прямой кишки 14 (20,8%) пациентам выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки с демукозацией анального канала и низведением ободочной кишки на промежность. При помощи шкалы Векснера, оценивающей уровень анального недержания, проанализированы результаты лечения, количество послеоперационных осложнений и качество жизни данной категории больных. Результаты. Частота послеоперационных осложнений у пациентов после передней резекции составила 4,6%, после операций с низведением - 7,1%. Ни в одном случае опухолевой инвазии в краях резекции отмечено не было. Результаты шкалы Векснер после передней резекции, операции Дюамеля и наданальной резекции составили  $4,3 \pm 1,6\%$ , после брюшно-анальной резекции  $6,8 \pm 2,2\%$ . Летальных исходов отмечено не было. **ВЫВОДЫ.** Лапароскопически-ассистированные операции низведения ободочной кишки в анальный канал, которые могут быть предложены в качестве альтернативы «супернизким» передним резекциям прямой кишки являются эффективной альтернативой степлерных технологий, позволяющей избежать протективных илео,- колостом, что позволяет исключить определенную психологическую нагрузку и осложнения, связанные с последующей ликвидацией илео,- колостом. Не увеличивая процент послеоперационных осложнений и летальности, позволяют добиться удовлетворительного качества жизни.



#### 419. КОМБИНИРОВАННЫЕ И СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Борота А.В., Кухто А.П., Совпель О.В., Базиан-Кухто Н.К.

Донецк

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького Кафедра общей хирургии №1

Актуальность темы. В настоящее время симультанные оперативные вмешательства (СОВ) и комбинированные оперативные вмешательства (КОВ) остаются актуальным направлением хирургии, т.к. они позволяют одновременно избавить больного от двух или нескольких недугов, не прибегая к повторным операциям, сохраняют его психику, сопровождаются высоким медико-социальным эффектом. Цель исследования – на основании предложенной нами экспертной системы прогнозирования операционного риска (ЭСПОР) предупредить развитие интра- и послеоперационных осложнений при выполнении СОВ и КОВ у пациентов с заболеваниями толстой кишки (ЗТК). Материалы и методы. В клинике общей хирургии ДонНМУ им. М. Горького на базе проктологического отделения ДОКТМО за период с 2012 по май 2015 гг. были оперированы 854 пациента с различными ЗТК. Проанализированы результаты лечения 179 пациентов, которым выполнены КОС или СОВ. Из них 133 больных оперированы по поводу опухолевой патологии толстой кишки. 97 (11,4%) пациентам с ЗТК, имеющими хирургическую патологию ОБП, выполнены СОВ. По поводу неопухолевой патологии толстой кишки был прооперировано 37 пациентов (38,1%), опухолевой – 60 (61,9%). Проанализированы результаты лечения 82 пациентов (9,6%), которым выполнены КОВ. По поводу опухолевой патологии толстой кишки было прооперировано 73 пациента (89%), неопухолевой – 9 (11%). Комбинированные операции при распространенных злокачественных новообразованиях толстой кишки в объеме паллиативных были выполнены 41 больному (13,1%). Результаты. Достоверного увеличения частоты интра – и послеоперационных осложнений отмечено не было, частота послеоперационных осложнений составила 14,6% и 15,3% соответственно. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила  $155 \pm 8,5$  мин, при стандартных оперативных вмешательствах –  $125 \pm 3,5$  мин. По количеству койко-дней разница была незначительной:  $13 \pm 3,2$  и  $12 \pm 0,5$  суток. Послеоперационная летальность зафиксирована в одном случае в группе КОВ (выполнена резекция сигмовидной кишки, гемирезекция мочевого пузыря, экстирпация матки с придатками, пересадка левого мочеточника) и составляет 0,5%. **ВЫВОДЫ.** Таким образом, предложенная нами ЭСПОР позволяет предупредить развитие интра – и послеоперационных осложнений за счет улучшения качества предоперационной подготовки, оптимизации выполнения хирургического вмешательства и адекватного послеоперационного ведения данной категории больных.

---

#### 420. Факторы риска развития инфекционных легочных осложнений у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой

Шабанов А.К., Булава Г.В.

Москва

ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского

Цель исследования: выявление прогностически значимых клинических факторов риска развития инфекционных лёгочных осложнений (ИЛО) и их исходов у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой (ТСТ). Материалы и методы исследования. В исследование были включены 410 пострадавших (мужчин - 74,2%, женщин - 25,8%) в возрасте  $36,7 \pm 13,8$  лет с ТСТ. Средняя тяжесть повреждений составила  $32,7 \pm 12,8$  баллов по шкале ISS. У 185 (45,1%) ISS 30 баллов, ИВЛ свыше 3 суток проводили у 120 (47,6%) пострадавших, ИЛО диагностировали у 158 (70,2%), тяжелый сепсис - у 14 (6,2%) пациентов. В этой группе

умерли 37 (16,4%) пострадавших. Основной причиной смерти у них явились ИЛО, осложнившие течение травмы. Значение площади под ROC кривой при исследовании влияния величины острой кровопотери на риск развития ИЛО составило 0,813, что даёт основание отнести выбранный предиктор к ранним критериям высокого риска развития ИЛО у пострадавших с ТСТ (Р

---

#### 421. ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО МОЧЕВОГО ПЕРИТОНИТА

Аминов А.А., Курбонов К.М., Махмадов Ф.И., Назирбоев К.Р., Гозиев З.А.

Душанбе, Таджикистан

ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Введение. Среди ранних послеоперационных осложнений оперативных вмешательств на органах брюшной полости, послеоперационных мочевого перитонит (ПМП), является редким и тяжелым заболеванием требующей дифференцированной хирургической тактики. Цель исследования – улучшение диагностики и хирургического лечения послеоперационного мочевого перитонита. Материал и методы. За последние 20 лет в клинике по поводу ПМП на лечение находилось 12 пациентов. Возраст больных составило от 18 до 68 лет. ПМП в 9 наблюдениях возникло вследствие ятрогенного повреждения мочевого пузыря и мочеточника при выполнении оперативных вмешательств на органах полости малого таза. Для диагностики ПМП больным проводили комплексное УЗИ, КТ и специальные урологические исследования. Результаты. ПМП в 8 наблюдениях проявлялось признаками эндотоксемии с выхождением через установленные дренажи мочи. Комплексное УЗИ проведено 11 пациентам при этом в брюшной полости и малом тазу определялась свободная жидкость с расширением диаметра петель тонкого кишечника. В 5 случаях при проведении цистографии, и в 3 наблюдениях при урографии обнаружили попадание контраста в брюшную полость. Для лечения ПМП в 9 наблюдениях выполняли релапаротомию с ушиванием раны мочевого пузыря (n=6) и мочеточника (n=3) с дренированием мочевого пузыря и стентирования мочеточника. В 3 наблюдениях выполняли релапаротомию с ушиванием поврежденного участка мочевого пузыря. В послеоперационном периоде осложнения гнойно – септического характера наблюдалось у 7 (58%) пациентов, летальные исходы в – 3 (25%). Заключение. Наряду с специальными урологическими методами исследования современные технологии позволяют эффективно диагностировать ПМП, а в ряде случаев и выполнить корректирующие вмешательства.

---

#### 422. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПАНКРЕАТОГЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

Пирназаров Дж., Курбонов К.М., Махмадов Ф.И., Назирбоев К.Р., Саъдуллоев Д.С., Гозиев З.А.

Душанбе, Таджикистан

ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Введение. Среди осложнений острого панкреатита наиболее опасным и тяжелым является панкреатогенный перитонит, которая сопровождается высокой частотой летальных исходов, достигающее 40-60%. Главной причиной панкреатогенного перитонита (ПП), является прогрессирование деструктивного процесса в поджелудочной железе, неэффективность консервативного лечения и не своевременная её диагностика.

Эффективное применение современных достижений медицинских технологий позволяют улучшить результаты лечения ПП. Цель исследования – улучшение непосредственных результатов хирургического лечения панкреатогенного перитонита. Материал и методы. В клинике за последние 10 лет на лечение находилось 64 пациентов с ПП. Мужчин было 23 (36%), женщин – 41 (64%). Возраст пациентов составило от 32 до 84 лет. Из 64 пациентов у 30 (47%) причиной панкреатита являлось патология желчных путей, у 15 (23,4%) – алкогольное происхождение и у 19 (29,6%) – панкреатит возник в послеоперационном периоде после траспапиллярных вмешательств. Исследования показали, что из 64 пациентов с ПП в 39 (61%) наблюдениях имело место ферментативный перитонит, а в – 25 (39%) – гнойный перитонит. Для диагностики ПП проводили клиническо – лабораторные, рентгенологическое, ультразвуковое исследования и видеолaparоскопию. Результаты. Анализ результатов эндотоксемии показало, что у пациентов (n=25) с гнойным ПП показатели уровня маркеров эндотоксемии более значительно выше по сравнению с пациентами с ферментативным ПП. Так, уровень ЛИИ составило –  $5,4 \pm 1,5$  ед., МСМ –  $1272,5 \pm 70,3$  мкг/мл, МДА –  $7,1 \pm 0,21$  нмоль/мг. При УЗИ наряду с деструктивными изменениями в поджелудочной железе имеющее место у 52 (81%) больных, в 38 (59%) случаях определяли наличие свободной жидкости в сальниковой сумке, забрюшинной клетчатке и брюшной полости. Ещё в 19 наблюдениях определяли расширение петель тонкой кишки. В 17 случаях при рентгенологическом и УЗ – исследовании в плевральных полостях определялось свободная жидкость. При ферментативном ПП в 16 случаях выполняли видеолaparоскопическую санацию и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости, в 12 (18%) – пункционно – дренирующие вмешательства под УЗ – контролем и в 11 (17%) – традиционную лапаротомию. Пациентам с гнойным ПП во всех 25 наблюдениях выполняли открытые вмешательства. В послеоперационном периоде у пациентов с ферментативным ПП после выполнения миниинвазивных вмешательств осложнения наблюдали в 8 (12,5%) наблюдениях с 6 (9%) летальными исходами. После традиционных вмешательств, выполненных пациентам с ферментативным (n=11) и гнойным (n=25) ПП, осложнения имело место у 18 (28%), а летальные исходы отмечено у 12 (18,5%) пациентов. Заключение. Ранняя диагностика и эффективное применение миниинвазивных вмешательств способствуют улучшению результатов лечения больных с ПП.

---

#### 423.МЕТОДИКА СТАБИЛИЗАЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО ГРУДИННО-РЕБЕРНОГО КЛАПАНА У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Котов И.И.(1,2)

Омск

1) Омский государственный медицинский университет 2) БУЗОО ГК БСМП №1 г. Омск

Флотирующие переломы ребер (ФПР) возникают при воздействии на грудь высокоэнергетических травмирующих факторов, приложенных на большую поверхность, и сочетаются с тяжелыми повреждениями внутренних органов и других систем организма. Как правило, это закрытая травма груди у больных с политравмой. Наиболее частыми ее причинами являются избиения, ДТП, падения с высоты, аварии на производстве. Среди пациентов с ФПР наиболее тяжелые нарушения вентиляции и кровообращения возникают у больных с центральным грудинно-реберным клапаном. На выдохе он смещается наружу за счет раздувания передних сегментов легких отработанным воздухом из других отделов. На вдохе - смещается снова внутрь, при этом нарушается присасывающая функция грудной клетки, возникает давление на сердце и крупные сосуды, воздух из передних сегментов перекачивается обратно в другие отделы легких. В результате возникает парадоксальное дыхание в обоих легких и значительные гемодинамические расстройства. По данным литературы имеются серьезные трудности в стабилизации таких переломов. Это связано с техническими проблемами и тяжелым состоянием пострадавших, не способных перенести травматичную операцию по стабилизации каркаса груди. Предлагаемая методика заключается в следующем. При осмотре пациента отмечают границы флотирующего участка с обеих сторон. При анализе КТ груди уточняют границы поражения, сочетанные повреждения легких: пневмо-, гемо-, гемопневмоторакс. По показаниям проводят дренирование плевральных полостей силиконовыми трубами

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

и другие экстренные вмешательства. Стабилизацию грудинно-реберного фрагмента проводят под общим наркозом с ИВЛ, для этого используют наружную полужесткую шину. Ее изготавливают из медицинской силиконовой трубки армированной трехжильным медным кабелем ВВГ, что придает ей необходимую жесткость и упругость, а кожные покровы при этом соприкасаются с ареактивным и разрешенным в медицине материалом. Шину выгибают У-образно и предварительно моделируют по передней поверхности груди. За грудиной в 3 или 4-м и 5-м межреберьях проводят двойные толстые лавсановые нити. В боковых отделах груди последовательно с обеих сторон вокруг стабильных участков двух или более ребер проводят аналогичные лигатуры, по две с каждой стороны. После подтягивания за лигатуры грудинно-реберного фрагмента до должного положения окончательно моделируют нагрудную шину. В этом положении шину фиксируют лигатурами сначала к груди, а потом к ребрам. Между шиной и кожей заводят марлевые салфетки с антисептиком. Через 2,5-3 недели шину снимают. В клинике методика применена у трех пациентов с тяжелой политравмой для стабилизации центрального грудинно-реберного клапана. Во всех случаях был достигнут положительный эффект. Данная методика малотравматична, интраоперационная кровопотеря минимальная, операционное время составляет 45-55 минут. Шина легкая, не доставляет ощутимых неудобств (не мешает спать, за одежду и белье не цепляется), надежно удерживает грудинно-реберный клапан от смещений, при дыхании повторяет движения грудной клетки, позволяет эффективно кашлять. Экстраторакальное шинирование показано больным с тяжелой политравмой и флотирующими переломами ребер, когда другие методики не могут быть применены из-за травматичности или технической сложности.

---

#### 424.ВОЗМОЖНОСТИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ ИНФИЦИРОВАННЫХ РАН

ГАЛИМЗЯНОВ Ф.В.

Екатеринбург

Уральский государственный медицинский университет, Свердловская областная клиническая больница №1

Цель исследования: изучить возможности применения отечественного препарата «полигемостат», ультразвука и форсированной глубокой аргоноплазменной коагуляции при хирургической обработке инфицированных ран. Материалы и методы: основная группа - 15 больных инфицированными ранами мягких тканей, где использовали с целью хирургической обработки ультразвук (аппарат АУЗХ-100) и струю аргоновой плазмы (аппараты разработаны и изготовлены компанией ФОТЕК в г. Екатеринбурге) и 25 пациентов, которым при хирургической обработке раневой поверхности применяли отечественный препарат «полигемостат». Последний представлен производителем, как комбинированное средство для местного применения. Контрольная группа 15 больных - пролечены без дополнительных методов обработки раневой поверхности. Для оценки эффективности проводимого лечения учитывали возможности гемостаза при хирургической обработке, сроки очищения и заживления раневой поверхности. С целью оценки бактерицидного эффекта изучали микрофлору и результаты цитологического исследования. Операции выполнялись под наркозом. У всех больных была флегмона, которая вскрывалась различными доступами. По показаниям осуществлялась некрэктомия и хирургическая обработка раневой поверхности. Операцию заканчивали обильным промыванием раны дезинфицирующими растворами и тщательным гемостазом. Затем раневая поверхность ушивалась на перфорированных полихлорвиниловых дренажах или рыхло тампонировалась салфетками. Выздоровлением считалось купирование гнойного воспаления или заживление раны с формированием рубца после снятия швов. Результаты: при применении дополнительных методов хирургической обработки инфицированных ран менялся характер микрофлоры или уменьшался его количественный состав. Ведущими микроорганизмами при первом посеве у пациентов являлись *Coccidia kristinae*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus Aureus* – MRSA, *Enterococcus faecium*, *Staphylococcus Aureus*, *Acinetobacter baumani*, *Serratia marcescens*, *Proteus vulgaris* group, *Citrobacter youngae*, *Staphylococcus hominis*, *Pseudomonas*, *Escherichia coli*, *Proteus vulgaris* group. В последующих посевах микробные пейзажи в группах были различны. После лечения в контрольной группе произошло увеличение доли госпитальных

402

возбудителей, обладающих высокой резистентностью. Так, *P. Aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* были выделены у 19% и 20% больных, соответственно. *K. pneumoniae* – у 20% больных, *Enterococcus faecium* также – у 20% пациентов. У 21% больных микрофлоры не обнаружено. В основной группе у 6% больных выделен *Candida spp.* *Staphylococcus aureus* – в 11% случаев. *Staphylococcus epidermidis* – также в 11% случаев. *Pseudomonas Aeruginosa* у 6%, *Citrobacter youngae* также у 6% пациентов. У 61% больных микрофлоры не обнаружено, что в 2,9 раза было больше, чем в контрольной группе. При исследовании отделяемого до лечения клеточный состав был представлен преимущественно сегментоядерными нейтрофилами в контрольной группе – 93,6 ± 2,76%, на 10-е сутки послеоперационного периода – 85,4 ± 2,83% ( $P < 0,01$ ). Включение в хирургическую обработку раневой поверхности дополнительных методов обработки позволило добиться очищения раневой поверхности и бактерицидного эффекта в 2 раза быстрее ( $P 0,1$ )

---

425. Хирургические технологии в профилактике гнойных осложнений брюшной полости при резекциях поджелудочной железы

Коробка В.Л. (1, 2), Черкасов М.Ф. (2), Шаповалов А.М. (1, 2)

Ростов-на-Дону

1) ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», 2) ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. Большинство резекционных операций, выполняемых на поджелудочной железе (ПЖ), завершаются формированием панкреатодигестивного анастомоза (ПДА). Согласно сводным данным XIX Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ (2012) на первый план среди послеоперационных осложнений, при таких вмешательствах, выступают воспалительные и гнойные осложнения брюшной полости, причинами которых являются деструктивных послеоперационный панкреатит и несостоятельность ПДА (19,6% и 9,3% наблюдений, соответственно). В свою очередь эти осложнения у 20-30% оперированных больных приводят к формированию воспалительных инфильтратов, абсцессов брюшной полости и панкреатических свищей. Именно деструкция поджелудочной железы и несостоятельность анастомоза, являются основными причинами послеоперационной летальности таких больных, достигающей 4,5 %. Материал и методы. С 2005 по 2015 год прямые резекционные вмешательства на ПЖ по поводу осложненных форм хронического панкреатита и опухолей выполнили 290 больным: 194 мужчинам (66,9%) и 96 женщинам (33,1%). Средний возраст – 48,0±0,83 лет. Основными вмешательствами были органосохраняющие резекции ПЖ (операции Бегера, Фрея и экономные резекции) – 147 (50,7%). У 143 (49,3%) больных произвели ПДР. В 263 наблюдениях (90,7%) на реконструктивном этапе с культей ПЖ сформировали ПДА, при этом у 214 из них осуществили наружное дренирование главного панкреатического протока (ГПП). В послеоперационном периоде всем больным проводили системную панкреатопротекцию, однако, у 207 (71,4%) из общего числа оперированных, с целью профилактики разлитых гнойных осложнений брюшной полости, применили оригинальные методики профилактики деструктивного послеоперационного панкреатита и несостоятельности ПДА. В 162 (55,9%) клинических наблюдениях зону резекции головки ПЖ и ПДА отграничивали от свободной брюшной полости сформированными из лоскутов большого сальника дренируемыми наружу «сальниковыми сумками» (патенты РФ №2421158, №432130, №2454942). У 45 (15,5%) больных на этапе реконструкции, после дренирования ГПП, осуществляли дополнительную герметизацию его просвета кисетным швом, а в просвет дренажа устанавливали тонкий ирригационный катетер, посредством которого в послеоперационном периоде осуществляли интрапанкреатическое капельное введение охлажденных растворов ингибиторов протеиназ. В раннем послеоперационном периоде эффективность «сальниковых сумок» оценивали путем сравнения характера, динамики и объема отделяемого из «сумок» и улавливающих дренажей брюшной полости. Наряду с этим проводили сравнительный анализ уровня  $\alpha$ -амилазы в отделяемом из «сальниковых сумок» и дренажей брюшной полости, а также дополнительные инструментальные исследования (УЗИ, КТ). После каждого интрапанкреатического введения ингибиторов, в условиях *in vitro*, определяли индивидуальную реакцию на

препарат путем исследования секрета поджелудочной железы и определением в нем активность карбоксипептидаз (КОП), трипсиноподобных протеиназ (ТП), в том числе калликреина (К) и содержания его неактивной формы прекалликреина (ПК). Одновременно определяли активность универсальных ингибиторов:  $\alpha$ 1-протеиназного ингибитора ( $\alpha$ 1П) и  $\alpha$ 2-макроглобулина ( $\alpha$ 2М). Результаты. В группе больных, оперированных по разработанным методикам, послеоперационные осложнения, непосредственно связанные с хирургическим вмешательством, возникли у 17 (8,2%) пациентов. Кровотечение из культи головки в полость «сальниковой сумки» зарегистрировано у 4 (1,9%) больных, внутрибрюшное аррозивное кровотечение из верхней брыжеечной артерии – 2 (0,9%), несостоятельность швов ПЭА – 8 (3,9%), инфильтраты брюшной полости – 3 (1,5%). Гнойных осложнений брюшной полости не было. Среди больных, у которых не проводилась изоляция зоны резекции головки ПЖ и ПДА от свободной брюшной полости, внутрибрюшное аррозивное кровотечение возникло у 4 (4,8%) больных, несостоятельность швов ПДА – 9 (10,8%), ферментативный перитонит – 7 (8,4%), инфильтраты брюшной полости – 7 (8,4%), внутрибрюшные абсцессы – 4 (4,8%). Общими осложнениями для пациентов обеих групп были: желчный перитонит – 3 (0,1%), формирование панкреатических свищей – 5 (1,7%). Оперировано повторно – 6 (2,1%) больных. Летальные исходы отмечены в 8 (2,8%) случаях. Причины смерти: желчный перитонит – 2 больной (после ППДР), внутрибрюшное аррозивное кровотечение из висцеральных артерий – 2 больной (операция Бегера), кровотечение из культи головки в полость «сальниковой сумки» – 1 больной (операция Бегера), рецидивные кровотечения в зоне анастомоза – 2 больной (операция Фрея), острый инфаркт миокарда – 1 больной. В ходе исследования общих и биохимических показателей крови оперированных больных было установлено, что проведение локальной панкреатопротекции достоверно повышает активность антиферментных систем, содержащихся в секрете поджелудочной железы, что способствует более эффективному ограничению активности трипсиноподобных протеиназ, уменьшает проявление воспалительных реакций как в самой железе, так и системно. В группе больных, которым не проводилась интрапанкреатическая инфузия ингибиторов протеиназ, а осуществлялась только системная профилактика послеоперационного панкреатита, у 51 больного (20,8%) зарегистрированы явления деструктивного воспаления поджелудочной железы, проявившиеся длительной амилаземией и лейкоцитозом. Наряду с этим в 15 клинических наблюдениях (6,1%) имелась несостоятельность панкреатодигестивного соустья. Выводы. Применение методик профилактики гнойных осложнений брюшной полости при резекциях ПЖ, позволяет достичь достоверного снижения этих осложнений, что уменьшает процент летальности от этих причин и повышает качество оперативных пособий.

---

#### 426. Хирургическая тактика при свищевых формах хронического панкреатита

Коробка Р.В., Шаповалов А.М., Коробка В.Л.

Ростов-на-Дону

ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница»

Актуальность. Одним из осложнений хронических воспалительных заболеваний поджелудочной железы (ПЖ), а также ее травм являются панкреатические свищи, исходящие из различных отделов органа. В свою очередь дренирующие вмешательства при деструктивном панкреатите являются причиной формирования панкреатических фистул. Частота встречаемости данной патологии достигает 20-35% в группе больных хирургической абдоминальной патологией, а среди больных хроническим панкреатитом колеблется от 2,7 до 3,4%. Цель работы. Обоснование тактических подходов в хирургическом лечении свищевых форм хронического панкреатита. Материал и методы. По поводу свищевых форм хронического панкреатита оперировано 36 больных, в их числе 29 мужчин (80,6%) и 7 женщин (19,4%). На момент операции длительность существования свища составила 19,6±3,8 месяца (от 3 до 38 месяцев). Причиной свища у 20 (55,6%) больных явились дренирующие операции, выполненные по поводу деструктивных форм острого панкреатита, у 8 (22,2%) больных – плановые хирургические вмешательства на ПЖ, в 8 (22,2%) случаях – травма ПЖ. Полный наружный панкреатический свищ диагностирован в 31 (86,1%) клиническом наблюдении, фистула, сообщающаяся с полыми органами брюшной полости, установлена у 5 (13,9%)

больных. Тактику хирургического лечения определяли локализация свища и проходимость главного панкреатического протока (ГПП). При удовлетворительной проходимости ГПП у 11 больных (30,5%) со свищами головки и тела произвели эндоскопическое стентирование протоковой системы ПЖ. При центральной локализации свища и нарушении проходимости выводного отдела ГПП, у 9 (25,0%) больных выполнили удаление свища с резекцией патологически измененной части ПЖ с одномоментной реконструкцией протоковой системы органа. В 4 (11,1%) случаях фистулы головки ПЖ и обструкции в области БДС применили эту же методику, однако, после выделения свища его перевязывали у основания, отсекали, после чего производили пересечение ПЖ в области перешейка и реконструкцию ее протоковой системы с дренированием и формированием панкреатикоэнтероанастомоза (ПЭА). При отсутствии обструкции выводного отдела ГПП, у 2 (5,6%) больных с фистулой центральной локализации, произвели резекцию патологического участка, ГПП дистальной культы дренировали и осуществили реконструкцию с формированием ПЭА. Проксимальную культю железы ушили наглухо. При локализации устья панкреатического свища в головке ПЖ и отсутствии нарушения проходимости проксимальной части ГПП у 10 (27,8%) больных использовали оригинальный способ фистулоэнтеростомии. В 3 (8,3%) случаях объем был расширен. У 2 больных, в связи со стенозическими поражениями дистальных отделов желчевыводящих путей, были сформированы разгрузочные холецисто- и холедоходигестивные соустья. Еще в 1 случае, наряду с декомпрессией желчевыводящих путей, была произведена дуоденоэнтеростомия, ввиду имевшей место дуоденальной непроходимости. Результаты. У всех больных без технических трудностей и интраоперационных осложнений нам удалось выполнить запланированные объемы операций. Летальных исходов не зарегистрировали. Из числа больных с ПЭА в 2 случаях возникла несостоятельность его швов без перитонита. Сформированные фистулодигестивные анастомозы во всех клинических наблюдениях были состоятельны. После эндоскопического стентирования ГПП, каких-либо осложнений мы не зарегистрировали. В течение месяца после вмешательства у этих больных удалось достичь закрытия свища. Средняя длительность стационарного пребывания больных, оперированных по поводу свищей ПЖ, составила  $26,6 \pm 1,4$  суток. Летальных исходов не было. Отдаленные результаты у больных, перенесших хирургическое лечение по поводу свищей ПЖ, оценены у 29 (80,6%) оперированных пациентов в сроки от 1 до 24 месяцев ( $9,4 \pm 1,5$  месяца). У 28 больных свищ отсутствовал. В 1 клиническом случае (после эндоскопического стентирования ГПП) свищ рецидивировал, что было обусловлено миграцией стента через 6 месяцев после операции. Развившийся блок выходного отдела ГПП стал причиной рецидива свища. При повторной госпитализации была произведена дуоденумсохраняющая резекция головки ПЖ с формированием панкреатикодигестивного соустья. Заключение. Объем операции на ПЖ при свищевых формах ХП определяется локализацией панкреатического свища, его связью с главным панкреатическим протоком, морфологическими изменениями паренхимы ПЖ в области свища, а также проходимостью ГПП. Проходимость вирсунгова протока является определяющим фактором проведения малоинвазивного стентирования у этих больных. При выраженных морфологических изменениях паренхимы и имеющейся обструкции ГПП, очевидна значимость резекционных вмешательств. Радикальные операции с одномоментной реконструкцией протоковой системой ПЖ позволяют устранить патологический субстрат и обеспечить удовлетворительный отток панкреатического секрета в желудочно-кишечный тракт. Адекватная декомпрессия системы панкреатических протоков, является залогом профилактики послеоперационного панкреатита, инфицирования зоны анастомоза и рецидива фистулообразования.

---

427. Оригинальная методика остановки и профилактики варикозного кровотечения из вен пищевода и желудка у больных циррозом печени

Шаповалов А.М. (1, 2), Черкасов М.Ф. (2), Коробка В.Л. (1, 2)

Ростов-на-Дону

1) ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», 2) ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. Одним из частых клинических проявлений цирроза печени (ЦП) является варикозное расширение вен (ВРВ) пищевода и желудка, обусловленное развитием портальной гипертензии. Его частота у больных с компенсированными формами цирроза составляет 30-40%, а при декомпенсированной форме достигает 60%. Примерно у 30% таких больных возникает пищеводное или желудочное кровотечение, которое является основной причиной смерти 20-60% пациентов при первом эпизоде и 60-90% при рецидивном кровотечении. В течение 2-3 лет с момента первого эпизода кровотечения выживаемость не превышает 40%. В настоящее время основным методом профилактики и остановки варикозного кровотечения является хирургическое лечение. Однако, несмотря на широкий спектр малоинвазивных, шунтирующих, разобщающих портальный кровоток и резекционных методик, результаты их применения остаются неудовлетворительными. В первую очередь это обусловлено большим числом рецидивов кровотечений, а также нарушением функции верхних отделов пищеварительного тракта, что, в совокупности, увеличивает летальность этой группы больных. Неудовлетворенность результатами существующих хирургических способов профилактики и лечения варикозных кровотечений заставляет искать новые хирургические методы, позволяющие не только останавливать, но и надежно профилактировать рецидивы кровотечения. Цель работы. Улучшение результатов хирургического лечения больных с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка посредством оригинальной методики. Материалы и методы. Сущностью разработанной методики (патент РФ № 2412657, от 27.02.2011) является выполнение селективной проксимальной ваготомии, резекции пищеводно-желудочного перехода и кардиального отдела желудка, формирование эзофагогастроанастомоза на передней стенке желудка и создание арефлюксной кардии. Разобщение коллатералей эзофагокардиального перехода оригинальным способом выполнили 18 больным с варикозными кровотечениями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. В числе оперированных больных мужчин было 10 человек, женщин – 8. Основной причиной кровотечения стала портальная гипертензия, возникшая на фоне вирус-ассоциированного ЦП (16 больных), первичного билиарного ЦП (1 больной), и от причин, не связанных с патологией печени (1 больной). Плановое хирургическое вмешательство выполнили у 14 (78%) больных, в том числе у 5 больных оперированных ранее по поводу рецидивных пищеводных кровотечений (после TIPS – 3 и эндоскопических методик остановки кровотечения – 2). В 4 (22%) случаях операцию выполнили по срочным показаниям на высоте пищеводного кровотечения при неэффективности консервативной терапии. Как отмечалось, все больные были оперированы оригинальным способом. После верхнесрединной лапаротомии, низведения пищеводно-желудочного перехода и его мобилизации производили селективную проксимальную ваготомию, после которой мобилизовывали забрюшинную часть кардии и дно желудка с пересечением сосудов желудочно-селезеночной связки и ветвей левых желудочных артерии и вены. Мобилизацию абдоминального отдела пищевода осуществляли на протяжении 5-6 см выше кардиального жома с выделением, перевязкой и пересечением всех коллатералей. Выполняли резекцию пищеводно-желудочного перехода и кардиального отдела желудка, используя линейный сшивающий аппарат. Линию аппаратного шва культи желудка укрепляли вторым рядом серо-серозных швов. После ротации желудка во фронтальной плоскости формировали связочный аппарат пищевода. В недесерозированной зоне, на передней стенке желудка осуществляли гастротомию, с последующим формированием двухрядного эзофаго-гастроанастомоза прецизионным швом. Одиночными серозно-мышечными швами культи желудка фиксировали к большой кривизне и передней стенке ниже эзофаго-гастроанастомоза, чем завершали формирование арефлюксной кардии. Операцию заканчивали установкой назогастрального зонда с целью декомпрессии анастомоза, дренированием брюшной полости и послойным ушиванием послеоперационной раны. В ранние сроки после операции все больные получали гепатопротекторы (учитывая скомпрометированность печени), дезинтоксикационную и антибактериальную терапию. В течение первых 7 суток с целью парентерального питания назначали белковые препараты, осуществляли трансфузии плазмы. С 7 суток начинали зондовое питание. С целью объективной оценки арефлюксности сформированного эзофагогастроанастомоза, больным проводили рентгеноскопию пищевода и желудка, а также осуществляли суточную рН-метрию. Результаты. Прогрессирующая в раннем послеоперационном периоде печеночная недостаточность стала причиной смерти 1 больного. Рецидива варикозного кровотечения у оперированных больных не зарегистрировано. Средний показатель послеоперационной госпитализации составил  $20,9 \pm 6,8$  дней. Исследование суточного колебания рН, подтвердило отсутствие гастроэзофагеального рефлюкса. В сроки до 3 лет (средний показатель  $17,5 \pm 8,0$  мес.) 15 больных подверглись контрольному осмотру. Состояние обследованных было удовлетворительным, рецидивов кровотечения не наблюдалось. При контрольной эндоскопии у 6 (40,0%) больных отмечалось запустение вен пищевода, первую степень варикозного расширения имели 5 (33,3%) больных, у 4 (26,7%) больных имела место вторая степень варикоза. Все сформированные анастомозы имели удовлетворительную проходимость, при отсутствии признаков рефлюкса содержимого желудка в пищевод. Заключение. Проведенное исследование показало, что разработанный способ позволяет прерывать



патологический венозный сброс крови из системы воротной вены в вены пищевода, за счет полного пересечения пищевода и резекции кардии, что позволяет эффективно останавливать и предупреждать варикозные кровотечения. Кроме того, выполнение селективной проксимальной ваготомии и коррекция эзофагокардиального перехода устраняют гастроэзофагеальный рефлюкс, что, в свою очередь, обеспечивает надежную профилактику воспалительных изменений слизистой пищевода и желудка, снижает частоту рецидивов пищеводно-желудочных кровотечений.

---

#### 428. ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ, КАК ПРИЧИНА ОБТУРАЦИОННОЙ ТОНКО-КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Глухов А. А., Кошелев П. И., Лейбельс В. Н., Боев С. Н., Лейбельс С. П.

Воронеж

Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко

Кафедра общей хирургии (зав. кафедрой профессор Глухов А. А.) Воронежского государственного медицинского университета им. Н. Н. Бурденко. Цель работы: анализ результатов предоперационной диагностики и лечения больных с обтурационной тонкокишечной желчнокаменной непроходимостью (ОТЖН). Материалы и методы: За период с 2004 по 2014 годы в клинике оперированы 15 больных по поводу обтурационной тонкокишечной непроходимости желчным камнем, что составило 6,7% от общего количества больных, оперированных в экстренном порядке по поводу кишечной непроходимости неопухолевой этиологии. Все оперированные больные были женщинами в возрасте от 58 до 84 лет. У 12 пациенток был ранее установлен диагноз «желчнокаменная болезнь». У 3 больных диагноз был установлен впервые после операции. У 4 больных диагноз «обтурационная тонкокишечная непроходимость желчным камнем» был поставлен до операции на основании данных УЗИ и обзорной рентгенографии брюшной полости (аэробилия, уровни жидкости, раздутые петли кишечника). Больные оперированы в сроки от 3 до 6 часов с момента поступления. 5 больных оперированы в сроки от 2 до 4 часов по поводу острой тонкокишечной непроходимости спаечного генеза и только во время операции была констатирована обтурация желчным камнем. У 6 пациенток явления кишечной непроходимости носили интермиттирующий характер, что сопровождалось уменьшением болей и продвижением контраста по кишечнику (синдром Каревского). Это послужило причиной задержки операции. Они были оперированы в сроки от 10 до 27 часов. При УЗИ лишь у трех больных были обнаружены камни в желчном пузыре. Эзофагогастродуоденоскопия была выполнена пятерым пациенткам. Лишь у одной из них был диагностирован холецистодуоденальный свищ. У остальных четырех пациенток отмечалась деформация луковицы 12-перстной кишки. Всем больным была произведена лапаротомия. Ввиду выраженных рубцовых изменений в подпеченочном пространстве ни у одной пациентки вмешательство на желчевыводящих путях не производилось. У 2 больных обтурация кишки желчным камнем была обнаружена на расстоянии 1,2 - 1,5 метра от связки Трейца, у 13 – от 15 до 80 сантиметров от илеоцекального угла. У всех больных отмечалось расширение петель кишки над уровнем обтурации до 4-5 сантиметров. У 13 пациенток произведена продольная энтеротомия после смещения камня ниже уровня обтурации. У 2 больных низвести камень не удалось и после перемещения на 10-15 сантиметров проксимально камни были удалены. Средний диаметр удаленных камней 3,8-4 сантиметра. Результаты: у 14 больных послеоперационный период протекал без осложнений, средняя длительность лечения в стационаре 12 койко-дней. У одной больной, 74 лет, которой энтеротомия была произведена после смещения камня в подвздошной кишке проксимально на 10 см, на 4 сутки развилась несостоятельность швов, потребовавшая релапаротомии и илеостомии. В последующем илеостома была закрыта. Выводы: 1. Клиника ОТЖН может протекать с промежутками мнимого улучшения, связанного с продвижением камня, что влечет за собой диагностические ошибки и задержку оперативного вмешательства. 2. Энтеротомию предпочтительно выполнять после низведения камня в дистальном направлении. При невозможности низведения камня, его следует перемещать проксимально, как предлагает профессор А. В. Федоров, на 30-40 см ввиду выраженных расстройств кровообращения вблизи

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

места обтурации. 3. Вопрос о последующей коррекции патологии желчевыводящих путей должен решаться строго индивидуально, учитывая возраст больных и объективные показатели.

---

#### 429. Оптимизация процессов ранозаживления в практике комбустиологии

Островский Н.В., Белянина И.Б.

Саратов

Государственное учреждение здравоохранения "Областной клинический центр комбустиологии" министерства здравоохранения Саратовской области

Несмотря на значительные успехи, достигнутые медицинской наукой, разработка и совершенствование перевязочных средств для оптимизации процессов ранозаживления до настоящего времени остаются актуальной задачей. Разнообразие лекарственных средств ставит хирурга перед необходимостью подбора наиболее эффективных в каждом конкретном случае. Совместно с учеными Саратовского государственного университета нами разработана и внедрена в клиническую практику атравматичная повязка "Хитопран", выпуск которой налажен ЗАО "Новые Перевязочные Материалы". Стимулирующее и ускоряющее репаративные процессы действие повязки, созданной на основе микроволокон хитозана в виде нетканого полотна основано на биологической активности биополимера. Инновационная технология переработки хитозана, применяемая при создании повязки, позволяет получить структуру с большой удельной плотностью и пористостью, что обеспечивает благоприятные условия для протекания раневого процесса: под повязкой формируется оптимальная для заживления влажность, обеспечивается воздухопроницаемость и атравматичность. Покрытие легко моделируется на ране и может длительное время находиться на ней, отслаиваясь по мере эпителизации. Разработанное перевязочное средство предназначено для лечения ожогов II – III А степени, ран донорских участков, длительно незаживающих ран, трофических язв, пролежней и других дефектов кожного покрова. Проведенные клинические исследования показали, что биопокрытие отличается улучшенной абсорбцией раневого отделяемого, атравматичностью, комфортностью в ношении и обеспечивает эффективное ранозаживляющее действие. Отличительными характеристиками, выгодно выделяющими Хитопран из общей массы перевязочных средств, предлагаемых на фармацевтическом рынке, являются биосовместимость, биodeградируемость, доступный и экономически выгодный способ получения, простота в применении. Применение Хитопрана позволяет существенно сократить сроки лечения пациентов и предотвратить образование грубых рубцов.

---

#### 430. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Хасанов А.Г., Журавлев И.А., Бадретдинов А.Ф., Нуриева А.Р.

Уфа

Кафедра хирургических болезней Башкирского государственного медицинского университета

Острый аппендицит при беременности является сложной междисциплинарной проблемой urgentной хирургии. Для диагностики данного заболевания у беременных кроме хирурга активно привлекаются акушер - гинекологи, уролог и врачи функциональной диагностики. Диагностическая точность аппендицита

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

у беременных составляет лишь в 25-50% случаев. Клинический материал охватывает результаты диагностики и лечения 154 беременных поступивших в хирургическое и родильное отделения ГКБ № 8 с диагнозом «острый аппендицит» на фоне беременности. Основную группу составили 106 беременных которым при диагностике применялась шкала Альварадо, при лечении применялся дифференцированный подход в зависимости от срока гестации и наличия осложнений. Контрольную группу составили 49 беременных. В данной группе для диагностики использовались результаты клинко-лабораторных исследований и беременные были оперированы с использованием традиционных методов. У 67(63,2%) беременных основной группы клинко-лабораторная картина соответствовало острому аппендициту. При сопоставлении клинко-лабораторных данных с балльной шкалой Альварадо диагноз поставлен у 57(53,8%) беременных (р

---

#### 431. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОГО СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА

Э.А. Восканян, С.В. Минаев, В.С. Обозин, И.Н. Тулюбаев

Пятигорск

ГБУЗ СК «Городская клиническая больница» города Пятигорск

Модели болезни много раз менялись в ходе истории медицины. Почти 100 лет царствовала гуморальная патология и патология твердого тела, но, начиная с середины прошлого века, преимуществом стала пользоваться клеточная патология. Прогресс в молекулярной биологии и иммуногистохимии создал базу для появления модели молекулярной патологии. Экспериментальные работы, посвященные изучению механизмов развития спаечного процесса в брюшной полости, разработка новых способов и методов противоспаечной терапии в настоящее время являются актуальными. Иммуногистохимия – это метод выявления и точной локализации того или иного клеточного или тканевого компонента (антигена) *in situ* с помощью иммунологических и гистохимических реакций. Иммуногистохимические методики исследования на сегодняшний день являются обязательной частью многих научных исследований, т.к. только они обеспечивают специфическую визуализацию тех или иных веществ. Спаечный процесс в брюшной полости и, развивающиеся в этой связи осложнения, занимают ведущее место в структуре причин заболеваемости и смертности в абдоминальной хирургии. Спаечный процесс, возникающий в брюшной полости после лапаротомии, является главной проблемой, как пациентов, так и врачей. К тому же достаточно мало данных об исследованиях факторов ангиогенеза, VEGF (Васкулоэндотелиальный фактор) и Laminin (Ламинин) в детской абдоминальной хирургии, что является важным для решения вопросов лечения и профилактики спаечной болезни после хирургической операции. Комплексные ферментные препараты оказывают системное влияние на организм, регулируют процессы фибринолиза, образования и распад полипептидов. Эксперимент был проведен на 70 взрослых крысах. Животные были поделены на две группы: опытную (35 крыс) и контрольную (35 крыс). В асептических условиях вскрывалась брюшная полость каждого животного основной группы, выполнялось десерозирование стенки слепой кишки и прилежащей части брюшины передней брюшной стенки. В опытной группе применялся препарат Вобэнзим, растворенный в 2 мл стерильного 0,9% NaCl, который вводили крысам через гастральный зонд. В течение 21 дня значительное число особей опытной группы получало 100 мг/кг Вобэнзима дважды в день. В контрольной группе животные получали такое же количество солевого раствора. Мы исследовали брюшную полость на 1, 3, 7 и 21 сутки от начала эксперимента. С помощью иммуногистохимии определялся уровень VEGF и Laminin в висцеральной и париетальной брюшине. Статистический анализ осуществлялся при помощи Хи-квадрат-теста, критерия Вилкоксона и критерия Стьюдента. Мы также провели количественную и качественную характеристику факторов ангиогенеза определяемых методом иммуногистохимии в париетальной и висцеральной брюшине у 30 пациентов со спаечной кишечной непроходимостью после выполнения различных оперативных вмешательств. Пациенты были разделены на две равные группы, в зависимости от выраженности интраабдоминального спаечного процесса: первая группа – отсутствие или единичные спайки, вторая группа – средне выраженный или тотальный спаечный процесс. Руководствуясь классификацией Баирова Г. А., было выявлено, что ранняя спаечная непроходимость встречалась у 9 детей

(30%). Первично 4 (45%) детям была выполнена операция по поводу флегмонозного аппендицита, 2 (22%) больным – по поводу тупой травмы живота, по поводу гангренозно-перфоративного аппендицита, осложнившегося перитонитом – операция была выполнена 1 (11%) ребенку, 1 (11%) больной первично перенес операцию по поводу катарального аппендицита, и 1 (11%) – по поводу инвагинации кишечника. С поздней СКН исследован 21 (70%) больной. 6 (28%) пациентов первично были прооперированы по поводу кишечной инвагинации и флегмонозного аппендицита, 3 (14%) – по поводу гангренозно-перфоративного аппендицита, осложнившегося перитонитом, 2 (10%) – по поводу тупой травмы живота, 1 (5%) – по поводу катарального аппендицита, 1 – по поводу проникающего ранения брюшной полости. Одному больному с хроническим аппендицитом первично была выполнена лапароскопия. 1 ребенок был прооперирован 1 раз в 8 мес. – по поводу наследственного полипоза кишечника (с. Пейтца-Егерса). Факторы ангиогенеза VEGF и Laminin определялись методом иммуногистохимии. Регистрация результата проводилась согласно количественному соотношению клеток накапливающих факторы и критерию сформулированному на Пекинской Конференции по Стандартизации Иммуногистохимических Методов Диагностики: 0%-25% - отрицательный результат (-); 26%-50% - слабо положительный (+); 51%-75% - умеренно положительный (++)); 76%-100% - резко положительный результат (+++). В контрольной группе распространенность спаечного процесса была значительно выражена по сравнению с опытной группой. Сравнение двух групп показало, что выраженность накопления VEGF в опытной группе была меньше, чем в контрольной группе. Выявленность накопления Laminin была выше в контрольной группе. В опытной группе также концентрация Laminin была максимальной к 7 суткам, но в контрольной группе этот фактор был максимальным на 21 сутки. Факторы ангиогенеза могут стимулировать или ускорять развитие кровеносных капилляров, из которых VEGF и Laminin два вида различных по действию важных факторов. Ангиогенез является неотъемлемым этапом при формировании спаек. Патологический ангиогенез происходит тогда, когда эффект стимулирующих молекул превосходит эффект ингибирующих. На фоне высокого уровня факторов ангиогенеза происходит развитие осложнений со стороны брюшной полости, в том числе и фиброзного процесса. Наше исследование выявило, что экспрессия VEGF, bFGF и Laminin в висцеральной и париетальной брюшине, которую мы обнаружили с помощью Иммуногистохимии, была различна у крыс при сильно выраженном спаечном процессе и отсутствии спаек в брюшной полости. Полиферментная терапия в короткие сроки приводит к нормализации уровня экспрессии факторов ангиогенеза. Заключение. Проведенное исследование показало эффективность и хорошие результаты при применении у пациентов СЭТ в комплексной терапии спаечной болезни.

---

#### 432. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ У ЖЕНЩИН

Хасанов А. Г., Галин М. Б., Галлямов А. Х., Бадретдинов А. Ф.

Уфа

Кафедра хирургических болезней Башкирского государственного медицинского университета

Язвенная болезнь гастродуоденальной зоны считалось и по данным многих авторов таковым остается и по ныне уделом сильной половины человечества ( в три раза чаще). Однако, явной тенденцией последних лет является рост заболеваемости среди женщин и в результате соотношение мужчин: женщины составляет в настоящее время 1,5:1. Осложненные формы ЯБ у женщин, по данным ряда авторов наблюдаются в 2—4 раз реже, чем у мужчин. По данным других авторов осложнения ЯБ у мужчин и женщин встречаются приблизительно одинаково часто, однако частота отдельных осложнений различная. Так, у женщин преобладали осложнения репаративного характера, рубцовосклеротического происхождения (пилоростеноз, пенетрация язвы — 56,9% случаев), а осложнения деструктивного характера — перфорация и кровотечение, встречаются реже и отмечены в 2,3 и 28,2% случаев соответственно. Целью исследования явилось определение особенности диагностики и эффективности различных методов хирургического лечения с перфоративных язв у женщин. Клинический материал объединяет результаты лечения 280 больных поступивших в хирургические отделения ГКБ № 8, № 13 г. Уфы за 2000-2014 г.г. с перфоративными язвами из них 75 человек составили женщины (соотношение 2,7:1). Как показывает статистический анализ

клинического материала ежегодно в хирургические стационары (при относительно постоянном количестве прикрепленного населения -180 тыс. ) в среднем поступают 5,3 женщин с перфоративными язвами. При изучении статистических данных по годам отмечается явная тенденция к увеличению числа перфоративных язв, так за период до 2008 года поступили 33 женщины (4,1 пациенток в году), а за 6 последних лет -42 человека (7 пациенток ежегодно). По возрастному составу больные распределялись следующим образом: до 30 лет при своей гормональной и эмоциональной активности и лабильности случаев с прободными язвами не было, в возрасте 30-44 лет -27 пациенток (36%); 45-59 лет-20(26,7%); 60-74 лет (14,7%); 75-89 лет -17(22,7%). По локализации преобладали язвы пилородуоденальной зоны (61-81,3%), у 14(18,7%) пациенток перфоративная язва была желудочной локализации. При гистологическом исследовании препаратов у них выявлена элементы малигнизации язвенного дефекта. Обращает на себя внимание сроки госпитализации больных. Так в течении первых 6 часов поступили только 26 (34,7%) женщин. В сроки от 6 до 24 часа-37(49,3%) т.е. половина госпитализированных. При этом 12% (9 человек) поступили в сроки от 24 до 72 часов и 3 женщины (4%) более чем через 72 часа с момента заболевания. Абсолютное большинство больных подвергнуты оперативному лечению (74-98,8%). Одна пациентка в возрасте 85 лет, поступившая спустя 3 суток от начала заболевания умерла на этапе предоперационной подготовки. Основным методом оперативного лечения явилось ушивание перфоративного отверстия. У 27 (30,7%) больных ушивание перфоративного отверстия и санация брюшной полости выполнено лапароскопическим путем, у 22 (29,3%) – путем срединной лапаротомии. У 8 (10,7%) выполнена лапароскопическая санация брюшной полости и ушивание перфоративной язвы из мини-доступа с использованием набора мини-ассистент. У этих больных зона периаульцерозного воспаления была значительная и при лапароскопическом ушивании наблюдалось прорезывание швов. В 5 случаях в виду выраженных рубцовых изменений пилородуоденальной зоны простое ушивание представляло опасность создания полной непроходимости пилородуоденальной зоны. Этим больным произведено иссечение перфоративной язвы и ушивание из минидоступа и лапароскопическая санация брюшной полости. Радикальные операции выполнены 12 (16%) больным. Проксимальная селективная ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу выполнена одной женщине. У 6 пациенток выполнена ушивание перфоративного отверстия и стволовая ваготомия. Резекция желудка с применением термино-латерального гастродуоденоанастомоза в модификации клиники выполнена у 5 (6,7%) пациенток. Ранние послеоперационные осложнения возникли у 6 (8,1%) оперированных. У 1 больной наблюдалось несостоятельность швов после лапароскопического ушивания перфоративного отверстия. На вторые сутки из мини доступа произведено повторное ушивание язвенного дефекта. У 2-х женщин наблюдалось инфекция в области хирургического вмешательства. У 2-х пациенток в послеоперационном периоде развился острый инфаркт миокарда, у одной женщины послеоперационная пневмония. Умерло 3(4,0%) больных. Одна пациентка без операции, одна женщина от инфаркта миокарда и одна женщина от тромбоэмболии легочной артерии. Среднее пребывание больного на койке составило 8,2 дня. Таким образом на основании приведенных данных можно констатировать об увеличении частоты перфоративных язв среди женщин и высокий процент поздней госпитализации больных. Основным методом хирургического лечения перфоративной язвы является простое ушивание сквозного дефекта желудка или двенадцатиперстной кишки лапароскопическим и лапаротомным способом.

---

#### 433. ВЫБОР МЕТОДА РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЕ ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА, ОСОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Гайбатов С.П., Закариев З.М., Гайбатов Р.С.

Махачкала

Кафедра хирургии ФПК и ППС (и.о.зав. проф. Магомедов М.М.) ДГМА

Введение. Одной из трудноразрешимых проблем хирургической гастроэнтерологии на сегодняшний день остается лечение пептических язв гастроэнтероанастомоза, особенно в случаях осложненного течения, каковым является кровотечение. Рекомендуемые одними авторами консервативное лечение с применением современных противоязвенных препаратов оказывает временный эффект и не предупреждает рецидив

кровотечения, тогда как другая группа хирургов предлагает активную тактику без учета таких факторов как особенности первичного оперативного вмешательства, в том числе недостаточно квалифицированное техническое выполнение этих операций. Целью исследования явилась выбор метода реконструктивного оперативного вмешательства с учетом клинического течения заболевания и интраоперационных находок.

Материал и методы. Анализируются медицинские карты 71 стационарного больного, находившихся под нашим наблюдением за период 2005-2014 гг. по поводу пептической язвы гастроэнтероанастомоза, осложненного кровотечением. С диагнозом кровотечение легкой степени госпитализированы 23 (32,4%) пациента, средней степени тяжести – 30 (42,2%) и кровотечение тяжелой степени имело место у 18 (25,4%) больных. Для определения степени кровопотери мы в своих исследованиях пользовались классификацией (В.К.Гостищев, М.А.Евсеев, 2004). Все 71 пациент ранее оперированы и им выполнена резекция 2/3 желудка по методике Бильрот II в модификации Гофмейстера-Финстерера, причем 12 (16,9%) больных оперированы экстренно по поводу профузного язвенного кровотечения и прободной язвы, 19 (26,8%) пациентов оперированы по поводу пилеродуоденального стеноза, 17 (23,9%) на высоте рецидива язвенного кровотечения и остальные 23 (32,4%) больных по поводу язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной пенетрацией в головку поджелудочной железы. Из разбираемых 71 пациента 19 (26,8%) находились под диспансерным наблюдением и принимали противоязвенное лечение. У 41 (57,7%) больного желудочный дискомфорт после первичной операции появился через 1,5 года, у остальных 30 (42,3%) через 2-2,5 года. Во всех случаях для реконструктивной операции в комплекс лечения в пред- и послеоперационном периоде входило адекватное восстановление гомеостаза, проведение гемостатической, противоязвенной и антианемической терапии. Всех пациентов при госпитализации кроме общеклинического исследования обследованы по стандартной схеме, принятой в клинике, включающей ЭФГС, контрастная рентгеноскопия желудка и УЗИ желудочно-кишечного тракта. В лечебно-диагностические мероприятия входили НГЗ и промывание желудка до «чистых» вод, катетеризация подключичной вены и мочевого пузыря с целью изучения почасового диуреза. В момент поступления жалобами у 23 (32,4%) пациентов явились общая слабость, легкое головокружение, тошнота, у 37 (52,1%) больных однократная и у 53 (74,6%) многократная рвота «кофейной» гущей, у 31 (43,7%) двукратный жидкий стул типа «мелены». При объективном исследовании у 28 (39,4%) больных выявлена бледность кожных покровов, у 18 (25,4), кожные покровы были покрыты холодным липким потом. В 37 (52,1%) определялась тахикардия в пределах 90-100 ударов в минуту и гипотония на уровне 90-95/60-50 мм.рт.ст.. У 18 (25,4%) пациентов пульс колебался в пределах 85-80 ударов в минуту, артериальное давление находилось на уровне 80/40 мм.рт.ст.. В эпигастрии определялась локальная болезненность. В периферической крови у 38 (53,5%) содержание гемоглобина находилась на уровне 67-75 г/л, эритроцитов –  $2,6 \cdot 10^{12}/л$  в 1 мкл, лейкоцитов –  $10,7 \cdot 10^{12}/л$  в 1 мкл, выявлен анизоцитоз. Существенные патологические изменения при исследовании функциональных показателей печени не выявлены, исключение составило лишь гипопропротеинемия (общий белок крови 57-60 г/л). Результаты и обсуждение. На основании клинико-инструментальных данных и выполненной реконструктивной операции больные распределены на три клинические группы. Так, в первую группу включены 23 (32,4%) больных, которые госпитализированы по поводу язвенного кровотечения легкой степени. Им в течении 6-7 дней проводилась предоперационная подготовка, которая заключалась в назначении коллоидных и кристаллоидных препаратов в дозе 1,5 литра. На ЭФГС у всех 23 пациентов выявлено наличие язвенного инфильтрата в зоне, отводящей петли диаметром до 1,0 x 0,8 см., в центре которого имеется дефект до 0,6 x 0,5 см. без признаков кровотечения. Контрастной рентгеноскопией выявлена язвенная «нища» 0,5 x 0,4 см. У этих пациентов операцией выбора послужила ререзекция желудка с гастроэнтероанастомозом и наложение термино-латерального соустья при условии интенсивной противоязвенной терапии. Изучение отдаленных результатов через 1,5-2 года больные жалобы не предъявляют, выполняют прежнюю работу. Из 30 (42,2%) больных второй клинической группы в 21 (70,0%) случае интраоперационной находкой явилось резекция 2/3 желудка на длиной петле. Пептическая язва располагалась в зоне приводящей петли. У этих пациентов операцией выбора оказалась ререзекция желудка вместе с гастроэнтероанастомозом (ГЭА) и методикой по Ру. Послеоперационный период в разбираемых случаях протекал гладко и осложнений не наблюдались. Показатели периферической крови нормализовались на 5-6 сутки. Выполненная в эти же сроки контрастная рентгеноскопия ЖКТ показало своевременная порционная эвакуация по анастомозу и продвижение бариевой взвеси по петлям тонкой кишки. Нарушение в электролитном составе крови не выявлены. Остальные 9 (30,0%) пациентов данной группы оперативному лечению подвергнуты на 10-12 сутки после нормализации показателей периферической крови. Интраоперационной находкой у этих 9 пациентов явилась наличие инфильтрата в зоне ГЭА размерами 3,5 x 2,5 см. в центре, которого имелся язвенный дефект 1,5 x 1,0 см. и стеноз в зоне анастомоза, расширение культи желудка, атрофия стенок последнего. Учитывая выявленную патологию, реконструктивное вмешательство заключалось в резекции анастомоза и операции методикой по Ру. Послеоперационный период протекал гладко. На выполненной через 5 суток контрастной рентгеноскопией

ЖКТ установлена своевременная порционная эвакуация бариевой взвеси. Через три месяца больные жалоб не предъявляют. Третья клиническая группа составила 18 (25,4%) больных поступивших в клинику. Как ранее отмечалось с клиникой тяжелой степени геморрагии. На выполненной ЭФГС у 11 (61,1%) пациентов в зоне приводящей петли анастомоза выявлен инфильтрат размерами 3,0 x 4,0 см., в центре которой имеется язвенный дефект размерами 1,0 x 1,5 см. без признаков кровотечения. В периферической крови у 7 (38,9%) обнаружено низкое (78 г/л) содержание гемоглобина, эритроцитов ( $2,0 \cdot 10^{12}/л$  в 1 мкл.), гипопропротеинемия (51 г/л). Во всех 11 случаях проводилась предоперационная подготовка, приведенная выше - возникла необходимость адекватной коррекции гомеостаза, для чего производилась гемо- и плазматрансфузия, инфузия коллоидных, кристаллоидных препаратов. В комплекс лечения включились антианемические препараты, аскорбиновую кислоту и витамины группы "В" в известных дозировках. Объем реконструктивного вмешательства заключался в резекции ГЭА. Операция завершена по методу Ру. Показанием послужила локализация язвенного дефекта в зоне приводящей петли и наличие признаков синдрома приводящей петли. Послеоперационный период у этих пациентов протекал гладко. К 6-7 суткам отмечалось повышение содержания гемоглобина в периферической крови. На выполненной в эти же сроки контрастной рентгеноскопии ЖКТ отмечена своевременная порционная эвакуация через анастомоз и продвижение бариевой взвеси по петлям тощей кишки. Из этой группы 7 (38,9%) оперативному вмешательству подвергнуты в экстренном порядке, в 3-х случаях в связи с продолжающимся кровотечением установленном ЭФГС. Им выполнена резекция ГЭА. Вмешательство завершено методикой по Бильрот II. Показанием к срочной реконструктивной операции в 4-х случаях послужил нестабильный гемостаз и риск рецидива кровотечения из пептической язвы, расположенной в зоне, отводящей петли ранее наложенного ГЭА. В разбираемой группе у 3-х пациентов в послеоперационном периоде наблюдались осложнения в двух случаях несостоятельность анастомоза и у одного пациента ТЭЛА с летальным исходом. Выводы. 1. Методом выбора реконструктивного оперативного вмешательства при пептической язве ГЭА с локализацией на приводящей петле, осложненной кровотечением в наших исследованиях являлась методика по Ру. 2. В пред- и в послеоперационном периоде обязательным компонентом лечения пептической язвы ГЭА, осложненной кровотечением должна быть противоязвенная, гемостатическая и антианемическая терапия, коррекция гомеостаза.

---

#### 434. НЕЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

Гайбатов С.П., Закариев З.М., Гайбатов Р.С., Ашурлаев К.М.

г. Махачкала

Кафедра хирургии ФПО и ППС (и. о. зав. проф. Магомедов М.М.) ДГМА

Введение. В отличие от недавнего прошлого изменились многие диагностические и тактические вопросы, касающиеся неязвенных гастродуоденальных кровотечений. Пересмотрено отношение к таким редко встречающимся заболеваниям, как геморрагический гастрит, болезнь Дьелафуа, слизистые телеангиоэктазии, вирсунгоррагия, прорыв аневризмы брюшного отдела аорты в ЖКТ и другие. Не устанавливая, патогенез этих заболеваний лишь появление кровавой рвоты и мелены, явились показаниями к экстренным неоправданным оперативным вмешательствам и в основном производили резекцию желудка. В большинстве случаев возникали множественные рецидивы кровотечения. В настоящее время появились новые возможности, связанные с появлением таких высокоэффективных методов диагностики как ЭФГДС, видеокапсульная эндоскопия, ультразвуковые эндоскопические зонды, оптическая когерентная томография, с помощью которых выставляется точная диагностика и естественно решаются тактические вопросы. Целью исследования явилась выбор тактики при неязвенных гастродуоденальных кровотечениях. Материал и методы. Анализируются наблюдения на 102 больных, госпитализированных в клинику неотложной хирургии за последние 15 лет (2000-2014 гг.) по поводу гастродуоденальных кровотечений неязвенной этиологии. В зависимости от клинической формы заболевания и тяжести кровотечения больные распределены на четыре клинические группы. В первую группу включены 52 (51,0%) больных с признаками продолжающегося кровотечения нестабильными гемодинамическими показателями, которым проводились

интенсивные гемостатические мероприятия, в том числе аргано-плазменную коагуляцию. Вторая клиническая группа составила 29 (28,4%) больных с выраженными признаками острой постгеморрагической анемии, без явных признаков продолжающегося кровотечения установленное на ЭФГДС. В третью клиническую группу включены 14 (13,7%) пациентов, у которых на основании анамнеза и объективных данных установлен факт перенесенного или рецидивного крово-течения, но с незначительными признаками постгеморрагической анемии. В этой группе необходимые лабораторные, инструментальные исследования выполнялись в приемном отделении для уточнения источника кровотечения и характера дальнейших лечебных мероприятий. Во всех госпитализированных в хирургический стационар случаях с диагнозом гастродуоденальное кровотечение или с подозрением на него обязательным диагностическим мероприятием являлась ЭФГДС, которая в некоторых случаях послужила и лечебным мероприятием. Клинико-инструментальное исследование проведено по стандартной про-грамме, принятой в гастроэнтерологии. Результаты и обсуждение. В наших наблюдениях ЭФГДС используется с целью выявления источника кровотечения и воздействия на патологический очаг для окончательного или временного гемостаза, а также предупреждения рецидива геморрагии. Основными процедурами при этом явились электро- и аргано-плазменная коагуляция или обкалывание зоны кровотечения сосудосуживающими препаратами, склерозантами (копрофер, склерол и другие). Анализируя наблюдения клиники за последние годы выявилось, что основным источником геморрагии неязвенного генеза, выявленный на ЭФГДС являлся синдром Маллори-Вейса, частота которой среди других источников кровотечения составила 20-23% (первая клиническая группа). В этой клинической группе в 35 (67,3%) случаях на выполненной ЭФГДС имело место умеренное кровотечение. Гемостаз осуществлен аргано-плазменной коагуляцией, рецидива кровотечения у этих пациентов не наблюдался. В связи с продолжающимся кровотечением в 9 (17,3%) случаях этой группы на фоне интенсивной гемостатической терапии выполнена электрокоагуляция с временным эффектом. Из этих 9 пациентов у 6 (66,7%) наступил рецидив кровотечения в связи с чем им выполнена гастротомия, ушивание линейных разрывов в зоне кардиального отдела желудка узловыми швами. В послеоперационном периоде продолжалась гемостатическая и противоязвенная терапия. При контрольной ЭФГДС, произведенной через неделю патологические изменения в зоне наложения швов не выявлены. У троих (5,8%) больных из этой группы с целью остановки кровотечения использован метод инфильтрации зоны кровотечения сосудосуживающими препаратами и антибиотиками, рецидив кровотечения у этих пациентов не наблюдался. Кроме того, 5 (9,6%) пациентов первой группы в связи с рецидивным профузным кровотечением оперированы в экстренном порядке и выполнена ушивание разрыва слизистой оболочки в кардиальном отделе желудка. Во второй клинической группе из 29 пациентов у 13 (44,8%) источником кровотечения оказалась скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы II-III степени. В этих случаях после проведения гемостатической и антианемической терапии возникла необходимость планового рентгенологического исследования с целью решения дальнейшей тактики выбора объема реконструктивного оперативного вмешательства. Все 13 больных подвергнуты оперативному вмешательству. Из них в 7 (53,8%) случаях выполнена операция по методике Петровского Б.В., а в 6 (46,2%) операцией выбора оказалась круорография в сочетании с эзофундопликацией. Послеоперационный период во всех случаях протекал без осложнений. В остальных 16 (55,2%) случаях из 29 на ЭФГДС установлен диагноз рефлюкс эзофагит, осложненный кровотечением. Эти пациенты подвергнуты комплексному лечению, включающему противоязвенные и антианемические препараты. На выполненной через 2 недели ЭФГДС у 8 (27,6%) в этой группе в антральном от-деле желудка обнаружена зона эрозии размерами 0,3 x 0,4 см. без признаков кровотечения и эти больные выписаны на долечивание в амбулаторных условиях. На выполненной че-рез 3 месяца в амбулаторных условиях ЭФГДС у пациентов этой группы на фоне рефлюкс гастрита обнаружены у 6 по 2 и у 3 по одному полипу, расположенные по передней стенке антрального отдела желудка. В 5 случаях выполнено эндоскопическое удаление полипов, остальным 4 пациентам проведено лечение включающее экстракт чистотела. Осложнения у этих пациентов не наблюдались. В третьей клинической группе 14 больным проведено комплексное консервативное лечение, включающее противоязвенная терапия. Выписаны в удовлетворительном состоянии. Отдельная группа в наших наблюдениях составила 7 (6,9%) больных, леченных в клинике по поводу болезни Менитрие и телеангиоэктазии подслизистых сосудов желудка, осложненной кровотечением. На выполненной в момент поступления ЭФГДС у 4 (57,1%) из 7 пациентов выявлена гипертрофия слизистой оболочки в зоне дна желудка и определялись признаки состоявшегося кровотечения, а также выявлены рыхлые участки, при дотрагивании из которых возобнялось кровотечение. Им проводилось комплексное лечение, включающее гемостатики, антибиотики и настойка чистотела, приготовленного из свежих листьев. При контрольной ЭФГДС, произведенной через 10 дней у этих пациентов на фоне гипертрофированных складок слизистой оболочки определялись рыхлые участки слизистой оболочки желудка без признаков кровотечения. Пациенты выписаны на амбулаторное долечивание. Резюме. Пациенты с гастродуоденальным неязвенным кровотечением подлежат обследованию по неотложной программе, включающей выявление источника



кровотечения с целью обеспечения эндоскопического гемостаза и коррекции гомеостаза. Обязательным является оценка риска рецидива кровотечения и интенсивная гемостатическая, противоязвенная терапия. Рецидив кровотечения подлежит срочному оперативному лечению и проведения адекватной коррекции сопутствующей патологии.

---

#### 435. Различные эндоскопические методы лечения ахалазии кардии.

Королев М.П., Федотов Л.Е., Федотов Б.Л., Оглоблин А.Л., Мамедов Ш.Д., Климов А.В.

Санкт-Петербург

Кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии, Санкт-Петербургский Педиатрический Медицинский Университет

Введение: В структуре хирургических заболеваний пищевода ахалазия кардии занимает 3-е место после онкологических заболеваний и рубцовых структур. Из-за недостаточного понимания этиологии и патогенетических механизмов нет единого мнения в терминологии, классификации стадии заболевания, сложившегося стандарта оказания помощи, что требует проведения анализа различных эндоскопических методик и хирургического лечения. Цель исследования: Сравнить эффективность применения различных эндоскопических методик лечения ахалазии кардии. Материалы и методы: На кафедре общей хирургии с курсом эндоскопии СПбГПМУ, на базе СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» г. Санкт – Петербурга за период с 2003г. по 2014г. Проведен анализ результатов лечения 166 больных с установленным диагнозом ахалазии кардии, в возрасте от 18 до 92 лет, Результаты: Баллонная дилатация выполнена 144 (87%) пациентам. Хороший результат лечения получен у 74 (50%) больных, удовлетворительный результат у 64 (44,6%) больных, неудовлетворительные результаты у 6 (4%). Критериями оценки является уменьшение дисфагии и увеличение массы тела. Пациенты находились под наблюдением в течении 5 лет. Введение ботулинического токсина мы применили у 16 (9,6%) больных. У 15 (93,8%) пациентов эффект развивался в течение первых суток. Данный способ лечения неэффективен, так как у всей группы больных в течении 4-7 месяцев возникла дисфагия, что требовало проведения баллонной дилатации. С IV стадией заболевания 6 пациентам выполнена хирургическое лечение. Выполнялось операция Геллера с фундопликацией. С 2014 года мы стали применять пероральную эндоскопическую миотомию ПОЭМ, (Peroral Endoscopic Myotomy ROEM), которая произведена 17 больным. В группу больных, которым была выполнена РОЕМ, включены пациенты, страдающие II и III стадией заболевания. В настоящее время не представляется возможным оценить результаты лечения из-за, небольшого количества больных и длительности наблюдения в послеоперационном периоде. За наблюдаемый период времени все пациенты отмечают уменьшение дисфагии и увеличение массы тела. Выводы: На сегодняшний день нет четких показаний к применению того или иного метода лечения. В зависимости от стадии заболевания все методы направлены на снижение или устранение сократительной функции мышечного слоя пищеводно-желудочного перехода. Очевидно, что способ пероральной эндоскопической миотомии является новым патогенетически обоснованным и высокоэффективным методом лечения у больных, страдающих II –III и возможно IV стадией заболевания.

---

#### 436. Систематический обзор возможностей консервативного лечения прободной язвы.

Бебуришвили А.Г., Панин С.И., Михайлов Д.В., Постолов М.П.

Волгоград

Кафедра факультетской хирургии Волгоградского Государственного Медицинского Университета

Консервативное лечение прободной язвы не получило широкого признания среди отечественных хирургов. В тоже время, в отдельных зарубежных клиниках метод Taylor включен в лечебные протоколы и активно используется в течение нескольких десятилетий. Целью данной работы является систематический анализ, направленный на оценку возможностей консервативного лечения перфоративной язвы. Поиск доказательств был проведён в таких доверительных научных базах, как: библиотека Кокрановского сообщества, Pubmed, SCOPUS и ряд других (EMBASE, Web of Science and Zetoc). Ключевые слова для поиска: перфоративная язва, консервативное лечение перфоративной язвы, peptic ulcer, perforated peptic ulcer, perforated ulcer, conservative treatment, non-operative treatment, conservative management. Кроме того, для полноты поиска, авторами были проанализированы библиографические ссылки всех выявленных статей. Градация доказательности, принятая в Оксфорде (2011), была использована для оценки степени надёжности получаемой информации и практических рекомендаций по лечению. На основании исследований с 3-4 уровнем доказательности не исключается возможность более широкого применения консервативного лечения у определенной группы больных с перфоративной язвой. Консервативное лечение наиболее предпочтительно в возрасте больных до 40 лет, у гемодинамически стабильных пациентов (систолическое давление не менее 100 мм.рт.ст.), с отсутствием язвенного анамнеза, поступающих в стационар в период до 12 часов с момента возникновения перфорации, не имеющих значительно выраженного пневмоперитонеума или подтверждённым рентгенологически фактом прикрытия перфоративного отверстия. Объём консервативной терапии должен включать в себя постановку назогастрального зонда размером не менее 18 по шкале Шарьера с подключением системы активной аспирации (разряжение на уровне 20 мм.рт.ст.), коррекцию водно-электролитных нарушений, адекватное обезболивание, антибактериальную терапию (сочетание антибиотиков с широким спектром действия и метранидазола), блокаторы протонной помпы (омепразол в суточной дозе 40 мг.). Оценивать эффективность консервативной терапии следует на основе клинико-инструментальных данных (динамика состояния больного, клиническая картина перитонита, показатели белой крови, гастродуоденография с водорастворимым контрастом) в период 12-24 часов с момента начала лечения. Ухудшение состояния больного, а также отсутствие динамики на фоне консервативного лечения является показанием к оперативному вмешательству.

---

#### 437. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕКРОТИЧЕСКОГО ФАСЦИИТА

Шайбаков Д.Г., Хасанов А.Г., Карамова Р.Ф., Сакаев Р.Ш.

Уфа

Кафедра хирургических болезней Башкирского государственного медицинского университета

Некротический фасциит (НФ) — это опасное для жизни хирургическая инфекция мягких тканей III уровня в соответствии с анатомической классификацией, характеризующееся быстро прогрессирующим некрозом поверхностной фасции и прилегающих тканей, сопровождающейся эндотоксемией с исходом в тяжелый сепсис и полиорганную недостаточность (Ahrenholz D.H. 1991). Из-за своей редкости, низкой информированности врачей своевременная диагностика представляет большие затруднения. В основе патогенеза НФ лежит тромбоз микроциркуляторного русла кожи и подлежащих тканей чем объясняется скоротечность прогрессирования некроза поверхностной фасции не ограничивающегося отдельным ее участком, а захватывающего обширный регион, соответствующей зоне микрососудистого кровообращения. Наибольшую опасность в отношении прогноза клинического течения заболевания представляет именно вариант некротического фасциита высок с развитием синдрома стрептококкового септического шока. Мы располагаем опытом лечения 8 больных с НФ, которые находились на стационарном лечении в отделении хирургических инфекций ГКБ №8 г. Уфы. Больные были госпитализированы в экстренном порядке через 1-2 суток с начала заболевания с направительными диагнозами «начинающаяся флегмона (3) и рожистое воспаление (5 чел). У троих больных процесс локализовался на нижней конечности, у двоих на верхней конечности. Возраст больных колебался от 20 до 72 лет, мужчин было 5, женщин — 3. У всех больных

416

выявлены сопутствующие заболевания: сахарный диабет (3), наркомания (3), гепатит В,С (2). При поступлении все больные жаловались на интенсивные боли в области повреждения, интенсивность которой через 2—3 суток значительно стихала. При осмотре определяется припухлость; эритема красного, а затем - синюшного цвета, плотный отек тканей и кожные высыпания в виде булл, наполненных серозно-геморрагической жидкостью. Внешне местные проявления заболевания напоминают эритематозно-буллезную формы рожи. В 4 наблюдениях врачи приемного отделения и скорой помощи их принимали за рожу. Наблюдающиеся участки гиперемии при НФ значительно меньшей интенсивности, чем при роже. У 3-х больных развитие заболевания была связана с введением наркотических препаратов. У всех больных при поступлении наблюдались общие признаки эндотоксемии в виде высокой лихорадки с ознобом, тошнота, рвота, тахикардия и тахипноэ, психические расстройства. Вопреки адекватной антибиотикотерапии в высоких дозах, проводимая антибактериальная терапия в течении 1-х суток без эффекта наблюдалось ухудшение общего состояния больных, наблюдалось распространение инфекции вширь. С подозрением на развитие некротического фасциита определены показания к хирургической ревизии. При рассечении мягких тканей обнаруживается довольно характерная патоморфологическая картина: поверхностная фасция утолщена, в процесс вовлечена и подкожная клетчатка, последняя отечная сероватого цвета легко отделяется от поверхностной фасции. Гнойного содержимого в обычном понимании нет, имеет место скудное количество экссудата грязно-зеленого или коричневого цвета с глыбками жира диффузно пропитывающий дряблую белесоватую фасцию без признаков гнойного расплавления. При вскрытии и некрэктомии кровотечение незначительное или вовсе отсутствует, что свидетельствует о тромбозе сосудов и является важным диагностическим признаком. Используя диагностические критерии J. Fisher и соавт. развившиеся патологические изменения расценены как некротический фасциит. При идентификации возбудителя микробный спектр состоял в 2 случаях из одного *Streptococcus pyogenes*, а в 6 случаях из смешанной инфекции. Основным методом лечения данного заболевания является ранняя радикальная некрэктомия на фоне интенсивной антибактериальной терапии. В своей практике при лечении этих больных мы использовали антибиотики цефалоспоринового ряда в сочетании с метронидазолом. Существенным фактором, благоприятно влияющим на выживаемость, был возможно более короткий интервал до постановки диагноза в комбинации с немедленной, бескомпромиссной некрэктомией. В послеоперационном периоде умерли 3 больных, что соответствует летальности в 50%. После многократных и агрессивных некрэктомий, у 3 больных требовались закрытие дефектов кожи аутодермопластикой.

---

#### 438.ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМЫ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО МОНИТОРИНГА МНО У ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

В.А. ЛАЗАРЕНКО, Г.А. БОНДАРЕВ, М.В. ХРУСЛОВ, В.П. ЕСЬКОВ, И.Ю. УХАНОВА, Е.А. БОБРОВСКАЯ, И.О. КАСЬЯНОВ, С.В.ПАШИН, С.Н. ЖАБИН, А.А. СИНИЦЫН, А.С. СОРОКИНА

Курск

ГОУ ВПО Курский государственный медицинский университет БМУ Курская областная клиническая больница

Цель: оценка клинико-экономической эффективности и безопасности терапии варфарином у больных, находящихся под наблюдением в системе централизованного мониторинга МНО (международное нормализованное отношение). Материалы и методы: проводился анализ МНО в динамике у 638 пациентов, принимающих варфарин по поводу имплантированных искусственных клапанов сердца или после перенесенного тромбоза глубоких вен и ТЭЛА, из различных районов Курской области, включенных в систему централизованного мониторинга МНО. Средняя длительность мониторинга составила 24 месяца. Система централизованного мониторинга состоит из: 1. первичных центров (центральные районные больницы области), включающих в себя лабораторный экспресс-анализатор с расходным материалом (CoaguChek XS ) и систему передачи данных результатов анализов (мобильная связь) на центральный сервер; 2. центрального медицинского центра, включающего в себя: □ сервер для обработки входящих данных; □ разработанное программное обеспечение, позволяющее в реальном времени отслеживать и

417

интерпретировать значение МНО, с сохранением всех известных результатов, дат исследования, дозы принимаемого препарата на сервере, графическим построением зависимости доза-препарат для каждого пациента; □ автоматизированную систему оповещения ответственного (дежурного) врача и пациента об уровне коагуляции и скорректированной дозе варфарина посредством мобильной связи. Каждому пациенту в первичных центрах рекомендовалось выполнять не менее двух анализов МНО в месяц. Эффективность мониторинга оценивалась по результатам двухлетнего наблюдения за пациентами. Контроль эффективности проводимого лечения, посредством МНО, осуществляли при помощи метода Розендаля. Согласно данному методу необходимо вычислить следующие показатели: время, проведенное пациентом, в рамках лечебного диапазона МНО и время, проведенное пациентом, вне рамок лечебного диапазона. Оба показателя измеряются численно в количестве дней. Результат представляет собой соотношение количества дней с МНО от 2 до 3, к общему количеству дней антикоагулянтной терапии, умноженные на 100, и измеряется в процентах. Были проанализированы возможные экономические потери на лечение осложнений у пациентов, принимающих непрямые антикоагулянты, в зависимости от времени нахождения в терапевтическом диапазоне МНО. Результаты: среднее время нахождения пациентов в терапевтическом диапазоне МНО (без учета первых 3 анализов) было не менее 65%. За время проведения мониторинга не было зафиксировано ни одного случая большого кровотечения. Малые кровотечения имели место у 21 пациента. На основании проведенного клинико-экономического анализа выявлено, что система централизованного мониторинга МНО позволяет обеспечить экономическую выгоду порядка 7398 рублей в год на каждого пациента, принимающего непрямые антикоагулянты (4 719 924 рублей на 638 человека), Обсуждение: ведение пациентов в системе централизованного мониторинга МНО (система централизованного мониторинга пациентов, принимающих непрямые антикоагулянты) позволяет существенно повысить качество и безопасность продленной тромбопрофилактики для пациентов, принимающих варфарин. Существенное снижения риска возникновения осложнений, связанных с отсутствием адекватного контроля за качеством лечения пациентов, принимающих варфарин, позволяет сохранить минимум одну жизнь на каждые 100 пациентов, принимающих непрямые антикоагулянты и обеспечить экономическую выгоду порядка 1 000 000 рублей ежегодно на указанное количество пациентов. Реальная выгода гораздо больше, так как внедрение данной системы существенно повысила доступность и эффективность специализированной помощи, позволило преодолеть опасения врачей по поводу безопасности лечения непрямыми антикоагулянтами и повысить частоту назначения антикоагулянтной терапии тем пациентам, которым она показана. Выводы: разработанная система контроля может служить эффективным способом повышения безопасности и эффективности лечения непрямыми антикоагулянтами. В условиях массового обслуживания населения, при дефиците времени квалифицированных специалистов, система мониторинга МНО позволяет существенно повысить качество продленной тромбопрофилактики для жителей районов и значительно снизить риск рецидива тромботических осложнений и возникновения жизненно угрожающих кровотечений на фоне приема варфарина. Внедрение данной системы позволяет преодолеть скептицизм врачей по поводу безопасности лечения варфарином, что снижает вероятность необоснованного прекращения продленной тромбопрофилактики у пациентов, которые в ней нуждаются.

---

#### 439. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Хасанов А.Г.(1),Ахметов И.Х.(1),Бакиров С.Х(2),Галлямов А.Х.(2)

Уфа

Кафедра хирургических болезней Башкирского государственного университета(1),городская клиническая больница №8(2)

Наиболее частым и тяжелым осложнением колоректального рака является острая кишечная непроходимость. При этом, частота послеоперационных осложнений и послеоперационная летальность остаются достаточно высокими достигая, по данным разных авторов, 15 – 50%. Гнойно-воспалительные осложнения после операций выполненных на фоне острой кишечной непроходимости составляют 38 – 80%. Нами проведен анализ хирургического лечения 202 больных с острой обтурационной толстокишечной

непроходимостью поступивших в хирургические отделения № 1 и №2 ГKB № 8 за 2006 — 2013 гг. Среди пациентов мужчин было 73, женщин -129. В подавляющем большинстве больные пожилого и старческого возраста, доставленных в стационар по экстренным показаниям с клинической картиной острой обтурационной толстокишечной непроходимостью. Больных, возраст которых был старше 60 отмечено в 137 случаях ( 67,8%), что говорит о геронтологической значимости проблемы. Острую обтурационную кишечную непроходимость диагностировали с учетом клинической картины заболевания, данных анамнеза, результатов физикального, рентгенологического, эндоскопического и ультразвукового методов обследования. Характер оперативного вмешательства в большей степени определялся не только локализацией опухоли и выраженностью изменений кишечной стенки в проксимальных от опухоли отделах, но и характером возникших осложнений и наличием различных сопутствующих заболеваний которые значительно ограничивали показания к радикальному лечению. По локализации опухолевого процесса больные распределились следующим образом: слепая кишка - 14( 7,0%), восходящий отдел и печеночный изгиб ободочной кишки — 15 ( 7,4%), опухоли поперечной ободочной кишки — 8 ( 3,9 %), селезеночный изгиб и нисходящий отдел — 33 ( 16,3 %), сигмовидная кишка — 70 ( 34,6 %), ректосигмоидный отдел толстой кишки — 34 ( 16,8 %), опухоли прямой кишки — 27 ( 13,3 %). При этом, у двух пациентов выявлен первично-множественный синхронный рак толстой кишки. Необходимо отметить что, кроме опухолевых заболеваний непосредственно толстой кишки, также отмечалась обтурационная непроходимость в 2х случаях опухолями терминального отдела подвздошной кишки и у 8-и больных опухолями матки и придатков. В одном наблюдении опухоль желудка с прорастанием в поперечную ободочную кишку с последующим развитием острой кишечной непроходимости. Существенное значение в выборе метода и вида операции имела давность возникшей непроходимости. По нашим данным, за исследуемый период в первые 24 часа возникновения острой обтурационной непроходимости госпитализировано всего лишь 31 (14%) больной. Наибольшее количество поступивших больных - 62 ( 29% ), было до 48 часов. Примерное число больных поступило на 3 -и сутки и позже - 54 ( 25%) и 53 (25% ) соответственно. С более продолжительным анамнезом непроходимости — 16( 7%) больных.У 41 ( 20,3 %) больному выполнены радикальные операции с резекцией кишки и наложением анастомоза. При формировании анастомоза предпочтение отдавалось завершением операции созданием инвагинационного межкишечного анастомоза « конец в конец». В наших наблюдениях их было 34. В остальных 7 случаях межкишечное соустье было сформировано по типу « бок в бок» или « конец в бок». Резекции кишки с наложением концевой стомы выполнены у 91 ( 45,0 %) больных поступивших с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью. Остальным 70 ( 34,6%) больным с IV стадией заболевания, у которых кишечная непроходимость имела декомпенсированный характер на фоне выраженных полиорганных нарушений, выполнены паллиативные операции в виде наложения разгрузочной илеостомы ( в 14 наблюдениях) или двустольной колостомы ( 56 больных). Послеоперационные осложнения возникли у 82 (40,6%) больных. Несостоятельность анастомоза в 5 случаях привели к развитию распространенного калового перитонита с летальным исходом. Причиной несостоятельности, по нашему мнению, явилось завышение показаний к формированию первичного анастомоза. В этих случаях целесообразно на первом этапе операцию завершить формированием разгрузочной колостомы. Исходные сопутствующие заболевания сердечно-легочной системы у больных преклонного и старческого возраста послужили основанием у 27 ( 33,0%) больных развитию тяжелых осложнений и в большинстве привели к летальному исходу ( умерло 19 больных). Во всех 3 наблюдениях тромбоэмболия ветвей легочной артерии закончилась неблагоприятно. Выводы:Формирование инвагинационного межкишечного соустья при обтурационной кишечной непроходимости позволяет расширить показания к наложению первичного анастомоза.При гнойно-воспалительных осложнениях, перфорации опухоли оптимальным видом хирургического вмешательства является резекция пораженного сегмента без восстановления непрерывности кишечного тракта.

---

440.Роль видеолапароскопии в диагностике нарушений мезентериального кровообращения.

Абдуламитов Х.К., Самсонов В.Т., Тлибекова М.А., Подловченко Т.Г.

Москва

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

Нарушение мезентериального кровообращения (НМК) одно из наиболее тяжёлых по течению и сложных для ранней диагностики заболеваний, сопровождающееся высокими цифрами летальности. Отсутствие характерных для этой патологии симптомов, ограниченные возможности неинвазивных методов исследования на завершающем этапе диагностического поиска требует применения видеолапароскопии (ВЛС). Цель исследования. Определить диагностическую ценность ВЛС у больных с нарушением мезентериального кровообращения или подозрением на него. Материалы и методы. В НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с 2010 по 2014 годы ВЛС выполнена у 118 больных, у 11 (9,3%) с диагнозом НМК, а у 107 (90,7%) с подозрением на него. Целью ВЛС было уточнение диагноза, определение распространённости процесса и лечебной тактики. Возраст пациентов был от 27 до 92 лет. У 73 больных (61,8%) имелась сопутствующая сердечно-сосудистая патология, из них у 67 (56,7%) - различные нарушения ритма сердца. Сроки от начала появления клинических признаков, подозрительных на НМК, варьировали от 3 часов до 7 суток. Тяжёлое состояние и нестабильная гемодинамика у 67 пациентов потребовало выполнения ВЛС с минимальным пневмоперитонеумом (6-10 мм. рт. ст.), что создавало трудности при проведении ревизии и интерпретации макроскопических изменений. Для ВЛС использовали видеостойку «Karl Storz» с набором инструментов и 10 мм 30° лапароскопом. Результаты. Установленный клинически у 11 (9,3%) пациентов диагноз НМК при ВЛС был подтверждён. У 7 из них (5,9%) с некрозом тонкой и правой половины ободочной кишки выполнена радикальная операция. Невозможность выполнения полноценной ревизии и определения распространённости процесса у 4 больных (3,3%) потребовала диагностической лапаротомии, при которой определена возможность радикальной операции. У 40 больных (33,8%), из 107 (90,7%) с подозрением на НМК, при ВЛС диагноз подтвержден. Выявленный у 16 из них (13,5%) тотальный некроз тонкой, восходящей и поперечно-ободочной кишки признан нерезектабельным. В связи с трудностью определения при ВЛС протяженности имеющегося поражения кишечника и возможности выполнения радикальной операции 19 больным (16,1%) выполнена лапаротомия, в 9 случаях (7,6%) эксплоративная. У 5 пациентов (4,2%) ишемические изменения тонкой кишки вызвали сомнения в нарушении её жизнеспособности, в связи с чем им выполнили ВЛС в динамике. При контрольной ВЛС у 3 из них (2,5%) выявлено неокклюзионное НМК, а у 2 (2,5%) диагноз не подтвердился. Трудность ревизии, обусловленной спаечным процессом, и невозможность правильной интерпретации при ВЛС ишемических изменений кишки у 9 пациентов (7,6%) послужила поводом для диагностической лапаротомии. При лапаротомии у 5 (4,2%) из них выявлено неокклюзионное НМК, а в 4 случаях (3,3%) - мезентериальный тромбоз. У 60 больных (50,8%) при ВЛС данных за НМК не обнаружено, а была выявлена другая абдоминальная патология. Из 58 пациентов (49,2%) с подтверждённым диагнозом НМК умерли 48 (40,6%), из них 41 (34,7%) после открытой операции, а 7 (5,9%) после ВЛС. Выздоровели 10 больных (8,4%), которым была выполнена гемиколонэктомия с субтотальной резекцией тонкой кишки. Выводы: 1) Видеолапароскопия позволяет установить нарушение мезентериального кровообращения у 49,2% пациентов с установленным клинически диагнозом или подозрением на него. 2) Невозможность определить при видеолапароскопии протяжённость поражения кишечника у 7,6% больных требует выполнения диагностической лапаротомии.

---

441. Современная тактика хирургического лечения больных с синдромом механической желтухи в условиях многопрофильного стационара скорой помощи

А.Е. Демко, Д.А. Суров, О.В. Бабков, В.М. Унгурян, А.В. Святненко, Г.С. Киреева, Т.В. Гурина, С.А. Дмитриев, А.Р. Абдулов, Р.В. Курсенко, Салимова Т.Б.

Санкт-Петербург

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе» ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, г.

Синдром механической желтухи (СМЖ) объединяет обширную группу заболеваний и характеризуется наличием желчной гипертензии с нарушением оттока желчи в двенадцатиперстную кишку (Винник Ю.С. с

соавт., 2012; Дадвани С.А. с соавт., 2000; Podnos Y.D. et al., 2003). Механическая желтуха приводит к возникновению тяжелых осложнений: гнойных холангит, абсцессы печени, билиарный сепсис, печеночная недостаточность, желудочно-кишечные кровотечения, энцефалопатия, что в 14-27% случаев приводит к летальному исходу (Ветшев П.С., 1999; Савельев В.С., 2008). Проблема рациональной лечебной тактики при СМЖ остается одной из самых сложных в хирургической гастроэнтерологии (Иванов Ю.В., 2008). Противоречивость суждений прослеживается в вопросах оценки тяжести состояния, внутригоспитальной маршрутизации, срочности операций при данной патологии. С целью определения оптимальных сроков и методов хирургического лечения больных с СМЖ проанализирован опыт диагностики и лечения 278 пациентов с данной патологией, поступивших в Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в период с 2012 – 2015 гг. В выборку вошли как «доброкачественные» (n=188), так и «злокачественные» желтухи (n=90). Средний возраст пациентов составил – 67,9±1,7 лет, среди них 178 (64,1%) женщин и 100 (35,9%) мужчин. Летальность составила – 14,1% (n=39). По клинической симптоматике пациенты были разделены на две группы: 85 (30,5%) - с холангитом и 193 (69,5%) – без холангита. Всем пациентам с СМЖ при поступлении в стационар производилась оценка тяжести состояния по следующим критериям и оригинальным шкалам: ASA, APACHE II, SIRS, SOFA, оценка тяжести по П.Н. Напалкову и соавт. (1973), по А.М. Шулуто (1990), по В.Д. Федорову и соавт. (2000), по Э.И. Гальперину (2012), а также по Токийскому протоколу (2007). Сравнительный анализ методов объективной оценки состояния у больных с синдромом механической желтухи показал, что у пациентов с явлениями холангита наиболее эффективна оценка тяжести состояния по Токийскому протоколу (2007). Оценку тяжести состояния пациентов в группе механической желтухой без холангита целесообразно оценивать по В.Д. Федорову (2000). Для оптимальной внутригоспитальной маршрутизации пациентов с СМЖ необходимо выделять на следующие клинические группы: 1 - больные с «острым холангитом» n=67 (24,1%), 2 - с «билиарным (в т.ч. тяжелым) сепсисом» n=18 (6,4%), 3 - с «механической желтухой без органной дисфункции» n=168 (60,4%) и 4- с «механической желтухой с органной дисфункцией» n=25 (9,1%). Установлено, что пациентов с «билиарным (в т.ч. тяжелым) сепсисом» и с «механической желтухой с наличием органной дисфункции» необходимо госпитализировать в отделение хирургической реанимации, и в сроки до 6 часов, осуществлять билиарную декомпрессию. Больных с «острым холангитом» и с «механической желтухой без органной дисфункции» получают лечение в хирургическом отделении, при этом оптимальные сроки декомпрессии являются - 12 и 24 часов, соответственно. Проведенный анализ показал, что наиболее оптимальным методом билиарной декомпрессии при СМЖ является - чрескожно чреспеченочное холангиодренирование (ЧЧХД), которых было у 75 больных. После осуществления декомпрессии при «доброкачественной» желтухе отдавали предпочтение «гибридным» методам санации билиарного тракта: одновременной лапароскопической холецистэктомии и холедохолитотомии, или лапароскопической холецистэктомии с эндоскопической папиллосфинктеротомией и литоэкстракцией (n=15). У больных с «злокачественной» желтухой ранее установленный чрескожный желчный дренаж являлся не только окончательным симптоматическим вмешательством (n=47), но и в ряде случаев (n=10) позволял подготовить больного к радикальному оперативному лечению, обеспечивая оптимальные условия для формирования билиодигестивного анастомоза. Внедрение вышеизложенной хирургической тактики лечения СМЖ позволило снизить летальность с 16,4% в период с 2012-2013 гг., до 13,8% в 2014-2015 гг., а число осложнений – с 11,2% до 9,8%. Таким образом, в основе лечебно-диагностической тактики оказания хирургической помощи больным с синдромом механической желтухи лежит принцип ранней объективной и доступной (простой) оценки степени выраженности органной дисфункции, определяющей особенности внутрибольничной маршрутизации и сроков билиарной декомпрессии. Наиболее предпочтительным методом билиарной декомпрессии является – ЧЧХД, создающие необходимые условия для лечения причины СМЖ.

---

442.Регионарные методы введения лекарственных препаратов в хирургии диабетической стопы

Беляев А.Н., Родин А.Н.

Саранск

ФГБОУ ВПО "Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева"

Обоснование применения регионарных методов введения лекарственных препаратов основана на следующих положениях: 1) возможность достижения лечебного эффекта при использовании меньших доз лекарственных веществ; 2) снижение побочных и токсических эффектов применяемых препаратов. Методы. Из регионарных методов при лечении гнойно-некротических осложнений диабетической стопы нами использовались внутрикостный и внутриартериальный методы с усовершенствованием их технологий. При использовании внутриаартериального метода мы отдаем предпочтение пункционным технологиям, по сравнению с катетеризацией бедренной артерии, ввиду меньшего количества осложнений. При окклюзионных поражениях бедренных артерий используем методику внутрикостного вливания через пяточную кость. При этом стараемся при одной пункции кости, оставляя иглу в костной ткани, провести 3-4 сеанса внутрикостных вливаний. Больным на фоне базисной терапии, внутрикостно вводили антиоксидант – мексидол, внутриаартериально вводили тромболитик -урокиназу. Результаты. При использовании регионарных методов введения лекарственных препаратов получили существенное улучшение результатов лечения больных с осложненными формами диабетической стопы. Хотя точки приложения по механизму действия антиоксидантов и тромболитиков различная, в конечном итоге реализация клинического эффекта прямо или косвенно осуществляется вследствие воздействия как на систему гемостаза, так и процессы свободнорадикального окисления, блокируя деструктивные процессы и стимулируя процессы регенерации. Для достижения клинического эффекта дозы вводимых препаратов использовали в 2 – 3 раза меньшие, чем при их внутривенном введении.

---

#### 443. ГИБРИДНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ МНОГОЭТАЖНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Паршин П.Ю., Чупин А.В., Орехов П.Ю., Зайцев М.В., Колосов Р.В., Дерябин С.В.

Москва

Центр сердечно-сосудистой хирургии ФГБУ ФКНЦ ФМБА России

Цель – оценить результаты одномоментных рентгенэндоваскулярных и прямых реконструктивных операций на подвздошных артериях и артериях бедренно-подколенного сегмента. Материалы и методы: с 1997 по 2015 год в нашем отделении прооперировано 342 больных с сочетанным поражением подвздошных артерий и артерий бедренно-подколенного сегмента. Всего выполнено 395 сочетанных операций, 55 больным оперативное лечение выполнено на обеих нижних конечностях. Возраст больных - от 41 до 85 лет. 74% больных имели хроническую артериальную недостаточность II Б стадии, 85 больным (22%) оперативное лечение производилось при критической ишемии конечности. 5-и больным (1,2%) гибридная операция выполнена при острой ишемии конечности, 11-и больным (2,8%) при компенсированной хронической артериальной недостаточности были выполнены превентивные операции. (компенсация – ХАН-II А ст.) Всего выполнено 405 ангиопластик подвздошных артерий, имплантировано 428 стентов, 48 стент-графтов. У 52-х пациентов имел место стеноз НПА с переходом на общую бедренную артерию (TASC тип C). Этим больным произведена петлевая эндартерэктомия из ОБА и НПА с последующей фиксацией интимы в месте обрыва стентом или стент-графтом и одномоментная дистальная реконструкция. В четырех случаях выполнено эндопротезирование стеноза проксимального анастомоза линейного аорто-бедренного шунта, в одном случае одномоментное эндопротезирование бифуркации аорты. Одномоментные реконструкции артерий бедренно-подколенного сегмента были следующими: бедренно-подколенное шунтирование (в проксимальную или дистальную порцию подколенной артерии, с использованием аллопротеза или аутовены) – 236; профундопластика или бедренно-глубокобедренное протезирование – 97; троб- или эндартерэктомия из ОБА с пластикой – 53; пластика анастомозов бедренно-подколенного шунта – 6, тромбэктомия из бедренно-подколенного шунта с пластикой анастомозов – 7. Повторное бедренно-подколенное шунтирование – 5. Перекрестное бедренно-бедренное аллошунтирование - 7, петлевая ЭАЭ из ПБА, ПоА с пластикой - 6. Результаты. Всего из 395 сочетанных операций первичный успех достигнут в 386

422



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

случаях (97,7%). Осложнения: диссекция НПА с переходом на ОБА – 3, тромбоз наружной подвздошной артерии – 3, тромбоз ОБА после эндопротезирования ОПА и стентирования НПА – 1, субинтимальное проведение стента в НПА, гемодинамически значимая диссекция интимы – 2. В одном случае произведена тромбэктомия из подвздошной артерии с интраоперационной ангиографией. У 2-х пациентов с диссекцией интимы дистальнее стента осложнение диагностировано интраоперационно, произведена дополнительная имплантация стентов с фиксацией интимы. В остальных случаях выполнено подвздошно-бедренное аллошунтирование. В одном случае на 1-е сутки произошел тромбоз бедренно-подколенного аллошунта, выполнена тромбэктомия с интраоперационной ангиографией. Летальных исходов не было. Обсуждение. Таким образом, проведение сочетанных рентген-эндоваскулярных операций на артериях аорто-подвздошного сегмента и прямых реконструкций на артериях инфраингвинальной зоны имеют высокую эффективность и малое число осложнений, что особенно важно у соматически ослабленных больных. Проведение рентгенэндоваскулярной операции при гемодинамически значимых стенозах подвздошных артерий позволяет надежно поддержать произведенную инфраингвинальную реконструкцию.

---

444. Тактика лечение рака толстой кишки, осложненного острой обтурационной непроходимостью

Тотиков З.В., Тотиков В.З.

Владикавказ

СОГМА

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью путем совершенствования хирургической тактики и создания условий для проведения комбинированных и комплексных методов лечения. Материалы и методы. Под нашим наблюдением находился 442 больных, госпитализированный в экстренном порядке с клиникой острой непроходимости. Из них мужчин было 254 (57,5%), женщин 188 (43,5%). Средний возраст больных составил 65 лет. Из 442 больных у 250 (56,6%) опухоль локализовалась в различных отделах ободочной кишки и у 192 (43,4%) пациентов опухоль располагалась в прямой кишке. Из 442 больных у 380 (85,9%) выявлена аденокарцинома различной степени дифференцировки, у 29 (6,6%) недифференцированный рак, у 25 (5,7%) муцинозная аденокарцинома, у 8 (1,8%) перстневидно-клеточный рак. У 192 (43,4%) больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью имелись регионарные или отдаленные метастазы или имело место распространение опухоли на соседние органы. Всем поступившим больным помимо общеклинических методов исследования, использовали обзорную рентгенографию брюшной полости, УЗИ, пальцевое исследование, колоноскопию (ректороманоскопию) или ирригографию. Компьютерную томографию выполнили 37 больным. Обзорная рентгенография брюшной полости выполнялась не только для диагностики непроходимости, но и для прогнозирования исхода декомпрессионной терапии. В клиническом течении острого обтурационного нарушения проходимости толстой кишки на фоне декомпрессионной терапии выделяем 4 стадии. Результаты. I стадия нарушения проходимости толстой кишки выявлена у 136 (30,8%) больных, II – у 160 (36,2%), III – у 99 (22,4%) и IV - у 47 (10,6%) пациентов. При I стадии при любой локализации опухоли оперативные вмешательства выполнялись через 7-10 дней после разрешения непроходимости и проведения необходимой предоперационной подготовки с формированием первичного анастомоза. В том числе у 6 пациентов лапараскопический. При 2-3 стадиях на первом этапе выполнялась попытка реканализации ракового канала, в случае успеха тактика была аналогична I стадии. В случае неудачи в течение 24 часов при 2 стадии и 12 часов при 3 стадии выполнялось оперативное вмешательство. При локализации опухоли в правых отделах, невысоком анестезиологическом риске и не измененных петлях подвздошной кишки выполнялись первичные радикальные правосторонние гемиколэктомии с формированием анастомоза. При вовлечении в непроходимость тонкой кишки и невозможности интраоперационной ее подготовки, выполнялись правосторонние гемиколэктомии с наложением илео- и трансверзостом. У пациентов с тяжелым физическим состоянием на первом этапе выполнялись илеостомии из минидоступа, на втором - спустя 7-10 дней, производилась гемиколэктомия с наложением анастомоза. Илеостома через минидоступ на первом этапе накладывалась так же при раке поперечной ободочной кишки.

423

Второй радикальный этап с наложением анастомоза выполнялся через 7-10 дней. При поражении левых отделов и прямой кишки выполнялись на первом этапе трансверзостомии или илеостомии из минидоступа. На втором этапе, как правило, спустя 7-10 дней после необходимой предоперационной подготовки выполнялось радикальное вмешательство с формированием анастомоза и сохранением существующей стомы. В том числе у 8 больных эти оперативные вмешательства были выполнены лапароскопический. При необходимости проводилась предоперационная химиолучевая терапия (25 больных) или интраоперационная внутрибрюшная или внутритазовая химиотерапия (115 больных). Третий этап - закрытие стомы локальным доступом, чаще всего, проводился спустя 2-3 месяца. У пациентов, у которых наряду с клиникой непроходимости имелись признаки перитонита (4 стадия) в экстренном порядке выполнялись первичные резекции с формированием стом, в том числе по разработанному в клинике способу. Различные послеоперационные осложнения выявлены у 80 (18,1%) больных, послеоперационная летальность составила 5,0 % (22 больных). Выводы. Предложенная классификация обтурационного нарушения проходимости толстой кишки и лечебно-диагностический алгоритм позволяют четко определить длительность предоперационной подготовки, объем и вид оперативного вмешательства, а так же снизить количество послеоперационных осложнений, летальных исходов и создать условия для проведения комбинированных и комплексных методов лечения. Внедрение трехэтапных оперативных вмешательств с укороченным межоперационным периодом позволяет отказаться от операции по типу Гартмана, и избежать тяжелых реконструктивно-восстановительных этапов.

---

#### 445. Хирургическая тактика при пилородуоденальных язвах, осложненных кровотечением

Тотиков В.З., Тотиков З.В., Дзгоева Д.Б., Койбаев А.З.

Владикавказ

СОГМА

Цель исследования: Оптимизация тактики и выбора объема и характера оперативного пособия больным с кровотечением из пилородуоденальных язв. Материалы и методы. С 1996 по 2014 г.г. в нашу клинику поступило на лечение 1296 больных с пилородуоденальными язвами, осложненными кровотечением. Мужчин 947 было (73,1%), женщин 349 (26,9%). С 1996 года мы придерживаемся следующего лечебно-диагностического алгоритма. При поступлении производили клинико-лабораторные исследования и ФГДС. При продолжающемся кровотечении выполняли попытку эндоскопического гемостаза. При удачной попытке назначали гемостатическую терапию, ингибиторы протонной помпы, даларгин, октреотид или сандостатин. Через 12-24 часа производили контрольную ФГДС. При высоком риске рецидива выполняли оперативное вмешательство в течение 24 часов. При неудачной попытке эндоскопического гемостаза так же выполняли оперативное вмешательство в экстренном порядке. При снижении риска рецидива, а так же при изначально установленном низком риске рецидива мы назначали гемостатическую и противоязвенную терапию. Результаты. Из 1296 больных консервативные методы лечения были применены у 1057 (81,6%) больных, 239 (18,4%) больным выполнены оперативные вмешательства. Из 239 больных у 77 (32,2%) пациентов с продолжающимся кровотечением операции были произведены по экстренным показаниям. Срочные операции при высоком риске кровотечения выполнены у 136 (56,9%) пациентов и у 26 (10,9%) при рецидиве кровотечения. Следует отметить, что у 46 пациентов с продолжающимся кровотечением эндоскопические методы остановки кровотечения нами по техническим причинам не были использованы. Только у 7 пациентов были выполнены резекции 2/3 желудка, остальным 232 больным были выполнены операции, сохраняющие анатомическую и функциональную целостность органа в сочетании с ранней и адекватной противоязвенной терапией. У 98 больных с язвами на передней стенке язвенный субстрат был иссечен, дефект кишечной стенки ушит. У 115 пациентов с язвами по задней стенке произведено иссечение рубцовой ткани, прошивание дна язвы с закрытием дефекта слизистой. У 19 больных с распространением язвенного процесса более чем на полуокружность выполнены циркулярные резекции 12-перстной кишки с наложением анастомоза конец в конец. Во всех случаях мы старались сохранить пилорический жом. У 23 пациентов иссечение язвы с ушиванием дефекта передней стенки и иссечение рубцовой ткани, прошивание

с низведением слизистой были выполнены через минидоступ, у остальных типичным доступом. На вторые сутки после оперативного вмешательства всем больным назначали противоязвенную терапию. В раннем послеоперационном периоде умерло 9 (3,8%) больных, в том числе 4 после резекции желудка. Еще 4 больных умерли из-за отказа от экстренного оперативного вмешательства. Всего общая летальность составила 1% (13 больных). Из оперированных больных, на фоне активной противоязвенной терапии, в послеоперационном периоде ни в одном случае нами не отмечено рецидива кровотечения. Повторное кровотечение имело место у 6 больных, у которых риск рецидива был определен как низкий и проводилась консервативное лечения. Но в последующем во время операции установлена ошибочность эндоскопической оценки. Результаты лечения через 1-1,5 года были изучены у 353 больных, которым оперативные вмешательства по поводу кровотечения не выполнялись, однако так же как и у остальных в стационаре проводилась противоязвенная терапия. Обследованы так же были и 64 больных с иссечением язвы передней стенки, еще 52 пациента с иссечением язвенного субстрата, прошиванием и низведением слизистой, а так же 11 больных с циркулярной резекцией 12-перстной кишки. После использования только консервативных методов рецидив заболевания выявлен у 31(8,8%) больных, 8 из них госпитализированы повторно с кровотечением. После иссечения язвы передней стенки, язвенный дефект на месте рубца вновь возник у 2 (3,1%) пациентов. После иссечения язвенного субстрата с прошиванием и низведением слизистой, рецидив язвы имел место у 4 (7,8%) пациентов и ни в одном случае не зарегистрировано его при циркулярной резекции 12-перстной кишки. Из 353 больных в течение 1-1,5 года после операции только 29% больных обращались к гастроэнтерологу и принимали профилактическое лечение. Для более достоверной оценки эффективности предложенной тактики нами была изучена динамика заболеваемости язвенной болезнью и ее осложнений по городу Владикавказу. Как показали результаты исследования рост заболевания и его осложнений во Владикавказе отмечен с конца восьмидесятых и до 1996 года, за тем идет стабилизация и даже некоторое снижение заболеваемости. А количество осложнений имеют четкую тенденцию к снижению. В первую очередь отмечено резкое снижение количества стенозов и перфоративных язв, в меньшей степени язвенных кровотечений.

---

446.К вопросу о выборе хирургической тактики при холедохолитиазе, осложненном механической желтухой.

Тотиков В.З.,Тобоев Д.В., Тотиков З.В., Медоев В.В.

Владикавказ

СОГМА

Цель исследования. Разработка рациональной хирургической тактики лечения больных с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой. Материалы и методы. Изучен опыт лечения 312 пациентов холедохолитиазом, осложненным МЖ, поступивших с 2007 по 2013гг. в возрасте от 22 до 87 лет. В зависимости от тактики в различные периоды времени и для оценки эффективности лечения мы разделили больных на две группы (контрольная – 165, основная -147). Результаты. На первом этапе исследования было определено максимальных сроков проведения консервативной декомпрессионной терапии и предоперационной подготовки на основании динамики изменения лабораторных показателей. При этом выявлено, что динамика изменений таких показателей как уровень общего билирубина, протромбинового индекса, щелочной фосфатазы, трансаминаз достаточно схожа друг с другом. Так при печеночной недостаточности I и II степени тяжести статистически достоверные минимальные отличия этих показателей были зарегистрированы на 4 сутки после проведения консервативного лечения, не зависимо от длительности анамнеза. При печеночной недостаточности III степени и длительности желтухи до 8 дней прослеживалась аналогичная тенденция. При печеночной недостаточности III степени с анамнезом заболевания более 7 дней статистически достоверные изменения этих показателей зарегистрированы на 3 суки консервативного лечения. С целью сокращения количества повторных вмешательств мы провели анализ причин неудачных попыток разрешения механической желтухи миниинвазивными методами. У 59, в том числе у 10 пациентов с сочетанным деструктивным холециститом, выполнено формирование

холецистостомы. Достичь эффекта удалось только у 44 (74,5%) больных. У 9 пациентов причиной неудачи было наличие препятствия выше или на уровне пузырного протока, у 6 - наличие вколоченных конкрементов в шейке пузыря или пузырном протоке. У 54 больных декомпрессия начата с чрескожной чреспеченочной холангиостомии. Эффективность составила 90,7% (49 больных). У 5 больных выполнить не удалось из-за отсутствия достаточного расширения внутривнутрипеченочных желчных протоков на УЗИ. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия выполнена 45 больным. Разрешить механическую желтуху после этого метода удалось у 38 (84,4%) больных. Причинами неудачи были конкременты более 1 см у 4 больных; расположение конкрементов на уровне и выше пузырного протока у 2 -х больных. У 1 больного выполнить ЭПСТ не удалось из-за парафатериального дивертикула. На основании полученных результатов нами разработана индивидуализированная тактика лечения, которая применена у 147 больных основной группы. В основной группе после установления обтурационного характера желтухи определяли наличие или отсутствие синдрома системной воспалительной реакции. Всем 23 (15,6%) больным с холедохолитиазом и синдромом системной воспалительной реакции, в течение 12 часов после короткой предоперационной подготовки была выполнена декомпрессия желчных протоков малоинвазивными методами. После купирования воспалительных явлений и механической желтухи у 23 больных выполнен второй этап вмешательства. У больных без синдрома системной воспалительной реакции, лечение начинали с терапии, направленной на разрешение механической желтухи, интоксикации, профилактики и коррекции общих осложнений и сопутствующих заболеваний. Для определения эффективности проводимой терапии, сроков проведения предоперационной подготовки и малоинвазивных методов декомпрессии нами использовался разработанный «Способ прогнозирования динамики развития печеночной недостаточности при механической желтухе на фоне интенсивной и декомпрессионной терапии». На фоне проводимой терапии у 48 (32,7%) больных была спрогнозирована тенденция к разрешению желтухи. У этих пациентов лечение продолжалось до полного ее разрешения, после чего им выполнены одноэтапные радикальные оперативные вмешательства. У 76 (51,7%) больных выявлены прогностические критерии ее прогрессирования, в связи с чем выставлены показания к малоинвазивным методам декомпрессии. В течение 48 часов они выполнены у 21 больного с печеночной недостаточностью III степени тяжести и длительностью желтухи более 7 дней. И в течение 72 часов – у 55 больных с печеночной недостаточностью III степени тяжести и длительности желтухи менее 8 дней, а также с печеночной недостаточностью I и II степени тяжести независимо от длительности желтухи. Из 76 больных у 30 пациентов выполнена чрескожная чреспеченочная холангиостомия, у 27 больных – эндоскопическая папиллосфинктеротомия, у 19 пациентов – холецистостомия. Из 76 больных 5 (6,6%) пациентам после эндоскопической папиллосфинктеротомии дальнейшее вмешательство не понадобилось. После нормализации функции печени 71 больному выполнены операции, направленные на устранение причины желтухи. К проведению того или иного метода декомпрессии нами были установлены следующие показания. Так, при конкрементах размерами не более 1 см, расширении внутривнутрипеченочных желчных протоков до 5 мм, сочетании холедохолитиаза со стриктурой БДС наиболее декомпрессию выполняли с помощью эндоскопической папиллосфинктеротомии. При наличии конкремента холедоха более 1 см, сонографических признаках расширения внутривнутрипеченочных желчных протоков более 5 мм, уровне обтурации выше пузырного протока, наличии парапапиллярного дивертикула проводилась чрескожная чреспеченочная холангиостомия. Холецистостомия выполнялась в тех случаях, когда механическая желтуха, осложненная холедохолитиазом, сочеталась с острыми формами холецистита. Таким образом, из 147 оперированных больных в послеоперационном периоде развилось 26 (17,7%) различных осложнений, приведших 2 больных к летальному исходу. Летальность у больных с холедохолитиазом, осложненным МЖ составила 1,4%. При сравнении результатов лечения контрольной и основной группы отмечено уменьшение числа общих послеоперационных осложнений с 43,0% до 17,7%, снижение летальности с 7,3% до 1,4%. Выводы. Оптимальным условием лечения больных с холедохолитиазом осложненным желтухой является нормализация функции печени. Лечение больных с МЖ необходимо начинать с интенсивной консервативной терапии, которая у 32,7% случаев приводит к разрешению желтухи. При неэффективности консервативной терапии в течение 48-72 часов необходимо разрешение желтухи путем использования малоинвазивных технологий. При выборе малоинвазивного метода декомпрессии следует учитывать уровень обтурации, анатомические особенности гепатобилиарной зоны, размеры конкрементов, наличие или отсутствие расширения внутривнутрипеченочных желчных протоков, а также острого холецистита.

447. Наш опыт лечения ректоцеле и несостоятельности тазового дна

Тотиков В.З., Дзанаева Д.Б., Тотиков З.В.

Владикавказ

СОГМА

Целью настоящего исследования является разработка индивидуализированных, комплексных подходов к лечению осложненных форм опущения и выпадения внутренних половых органов, позволяющих произвести восстановление анатомо-топографического дефекта и анатомо-функциональную коррекцию тазового дна в целом. Материалы и методы. Настоящее исследование основано на анализе данных различных методов диагностики и лечения 351 женщины с опущением внутренних половых органов и ректоцеле. В зависимости от выполненного объема оперативного лечения, а также от характера сочетаний опущений гениталий, ректоцеле, пациентки были разделены на 4 группы. 1 группе больных выполнена операция переднезадняя кольпоррафия, леваторопластика. В 1 группу включены 99 пациенток с 1-2 степенью опущения, 2-3 степенью ректоцеле. Средний возраст 47 лет. 2 группе выполнена переднезадняя кольпоррафия, пластика ректовагинальной перегородки с использованием синтетического материала. Во 2 группу включены 83 больные с теми же вариантами сочетаний опущения, ректоцеле. Средний возраст 48,9 лет. 3 группе больных произведена влагалищная экстирпация матки. 3 группу составили 86 человек с опущением внутренних половых органов 3 степени, ректоцеле 2-3 степени. Средний возраст 64,9 лет. 4 группе выполнено восстановление тазовой диафрагмы с использованием сетчатого материала. В 4 группу включено 83 больных с теми же вариантами сочетаний ректоцеле, опущений половых органов. Средний возраст 65,3 лет. Пациентам пожилого возраста, с резкой атрофией леваторов выполнялась переднезадняя кольпоррафия, пластика ректовагинальной перегородки полипропиленовой сеткой по разработанному в клинике способу. Больным с тотальным пролапсом тазового дна выполнена операция восстановления тазовой диафрагмы с использованием сетчатого материала, по разработанному в клинике способу. Суть операции состоит во введении и фиксации полипропиленовой сетки определенной формы между лобком и крестцом с целью закрытия участка между тазовыми органами и нижней апертурой таза. Результаты. Непосредственные результаты мы оценивали в течение 3 месяцев. Диспареуния в первой группе выявлена у 7,4%, во второй у 9,5%, в третьей 3,3% , в четвертой ни у одной больной. Грубый послеоперационный рубец в первой группе выявлен у 7,4% , во второй у 9,5% , в третьей у 3,3% , в четвертой не было ни у одной больной. Нарушения эвакуаторной функции прямой кишки в первой группе отмечены у 16,6%, во второй у 12,7% , в третьей у 15%, в четвертой у 11,8%. Болевой синдром в первой группе имел место у 3,7%. во второй группе у 4,8%, в третьей у 15% и в четвертой ни у одной больной. Отдаленные результаты отслежены у 48 пациенток 1 группы, 43-второй, 49 – третьей и 47 – четвертой. Отличные результаты получены у 12,5% первой группы, 18,6% - второй, 12,3% - третьей и 25% - четвертой группы. Хорошие – у 41,7% пациенток первой группы, 60,5% - второй, 55,1% - третьей и 63,5% - четвертой группы. Удовлетворительные результаты получены у 37,5% - первой группы, 20,9% - второй, 16,3% - третьей и 10,5% четвертой группы. Неудовлетворительные результаты выявлены у 8,3% больных первой и 14,3% третьей групп, во второй и четвертых группах неудовлетворительных результатов не выявлено. Выводы. 1. У женщин сексуально активного возраста при опущении гениталий 1-2 степени в сочетании с ректоцеле 2-3 степени, лучшие результаты получены после выполнения переднезадней кольпоррафии, передней леваторопластики. Пластика ректовагинальной перегородки собственными тканями позволяет при небольшом количестве рецидивов (8,3%), уменьшить вероятность развития диспареунии (7,4%). 2. Пожилым больным, страдающим опущением гениталий 2-3 степени в сочетании с ректоцеле 2-3 степени, а так же, имеющим резкую атрофию леваторов, аллопластика, по разработанному способу дает возможность минимизировать развитие рецидивов. 3. При тотальном пролапсе тазового дна, при сочетании ректоцеле 3 степени с осложненными формами ОиВВПО, операцией выбора является восстановление тазовой диафрагмы с использованием синтетического материала. Данный способ позволяет выполнить одновременную фиксацию и репозицию уретровезикального сегмента, стенок влагалища, матки, прямой кишки и одновременную ликвидацию ректоцеле, профилактику развития энтероцеле. Кроме того, не требуется выполнение второго этапа операции – кольпоперинеолеваторопластики.

448. Некоторые вопросы диагностики странгуляционной кишечной непроходимости.

Медоев В.В., Тотиков В.З., Тотиков З.В., Калицова М.В.

Владикавказ

СОГМА

Актуальность работы. Некроз кишки является грозным осложнением странгуляционной кишечной непроходимости и значительно утяжеляет состояние больных, ухудшая результаты лечения. Это осложнение по данным литературы, встречается у 3—45% пациентов. Чаще всего, именно это обстоятельство является решающим фактором при определении интраоперационной хирургической тактики, так как требует безотлагательной резекции. Учитывая вышеизложенное стремление предупредить и выявить осложнение на дооперационном этапе является несомненно обоснованным и актуальным. Целью настоящего исследования явилась попытка выявления признаков этого осложнения на дооперационном этапе на основе анализа клинической картины и анамнеза заболевания. Материалы и методы. Для этого был произведен ретроспективный анализ данных анамнеза, объективного обследования и физиологических параметров 217 больных с кишечной непроходимостью странгуляционного характера поступивших в клинику в экстренном порядке, в том числе 131 больных со странгуляционной непроходимостью толстой кишки. Результаты исследования. Интраоперационно некроз ишемизированного участка кишечника различной протяженности установлен у 48 (22,1%) пациентов. В результате статистической обработки данных анамнеза установлено, что достоверное влияние на вероятность осложнения оказывают время от начала заболевания и острое начало клинической картины заболевания. При этом выявлено, что тошнота и рвота в начале клинической картины, по-видимому, рефлекторного характера, чаще свидетельствует о полном перекрытии магистрального артериального кровотока в сосудах брыжейки и достоверно чаще ( $p < 90$  мм.рт.ст.; гематокрита  $\geq 55$ ; лейкоцитоза  $\geq 14.0 \times 10^9$ ; ЛИИ  $> 6.0$ ; ЧДД  $> 22$  в 1'. Вероятность ненаступления гангрены (жизнеспособная кишка) при сочетании хотя бы двух вышеуказанных признаков 6.0] - (0,08) и [лейкоцитоз  $\geq 14.0 \times 10^9$  + Нт  $\geq 55$ ] - (0.057), при сочетании трех и более признаков - (

---

449. Результаты оперативного лечения больных с заворотом сигмовидной кишки

Медоев В.В., Тотиков В.З., Тотиков З.В., Калицова М.В.

Владикавказ

СОГМА

Актуальность работы. Заворот сигмовидной кишки является одним из наиболее тяжелых заболеваний в абдоминальной хирургии. Удельный вес ЗСК среди всех других видов илеуса, по данным разных авторов составляет 1,0-10,0% всех толстокишечных непроходимостей, а в некоторых странах Африки и Среднего востока доходит до 50-60%. Несмотря на современные достижения хирургии и интенсивной терапии, результаты лечения заворота нельзя признать удовлетворительными. Радикальные операции высокотравматичны и сопровождаются высокой летальностью, достигающей 60-75% при резекции гангренозной кишки. Целью исследования являлась оптимизация хирургической тактики у больных с заворотом сигмовидной кишки и оценка эффективности малоинвазивных способов оперативного лечения. Материалы и методы. Были изучены результаты хирургического лечения 66 больных оперированных в экстренном порядке в клинике госпитальной хирургии СОГМА. Пациенты разделены на две группы. Первую группу составили 30 (45,4%) пациентов оперированных традиционными способами. Объем

хирургического пособия заключался в лапаротомии, деторсии с мезосигмопластикой - у 16 больных, у 5 пациентов в резекции сигмовидной кишки с двухствольной колостомой, и в 9 случаях – в операции Гартмана. В послеоперационном периоде различные осложнения возникли у 23 (76,7%) больных, погибло 7 (23,3%) пациентов. С целью улучшения результатов лечения нами был разработан и введен в практику способ резекции сигмовидной кишки при завороте, примененный в лечении больных второй группы (Патент РФ на изобретение №:2352265). Предложенный способ осуществлялся следующим образом: выполнялась минилапаротомия в левой подвздошной области длиной 5-7 см. После осуществления лапаротомии, устанавливали кольцевой ранорасширитель и шарнирные ретракторы аппарата «мини-ассистент» (ЗАО «Лига-7» г. Екатеринбург). При отсутствии аппарата способ осуществляли с помощью инструментов, входящих в стандартный хирургический набор. Далее выполнялась интраоперационная декомпрессия завернутой петли, спаившуюся кишку через минилапаротомную рану выводили из брюшной полости и экстракорпорально резецировали. При наличии возможности выведения обоих концов кишки на брюшную стенку выполняли разработанный ранее в клинике частичный внебрюшной анастомоз (см. а.с. СССР № 1718845, МПК8 А61В 17/11, опубл. 15.03.1992 г.). В случае короткой дистальной культи исключавшей выведение ее на переднюю брюшную стенку выполнялась операция Гартмана или обструктивная резекция сигмовидной кишки, которую старались осуществить из минилапаротомного доступа с формированием колостомы в операционной ране. Показанием к срединной лапаротомии считали наличие перитонита. При необходимости перехода на срединную лапаротомию после минилапаротомии из-за технических сложностей при мобилизации и/или интраоперационном выявлении перитонита колостома так же формировалась в ране выполненной минилапаротомной ране. Всего по этой методике оперировано 36 (54,6%) пациентов составивших вторую группу. У 24 (66,7%) больных с жизнеспособной сигмовидной кишкой произведена ее резекция по разработанному методу – через минидоступ производилась декомпрессия последней, после чего она экстракорпорально резецировалась с формированием «частичного внебрюшного анастомоза». Из-за спаечного процесса в области малого таза 4 (11,1%) больным не удалось произвести полноценную мобилизацию сигмовидной кишки, в связи, с чем выполнена срединная лапаротомия, и резекция кишки осуществлена через этот доступ. Из – за короткой дистальной культи, обструктивная резекция сигмовидной кишки через минидоступ, после ее разворота и декомпрессии, выполнена у 2 (5,6%) пациентов с нежизнеспособной кишкой. Еще у 4 больных с нежизнеспособной кишкой удалось осуществить резекцию кишки не переходя на срединную лапаротомию. Дистальная культя у них была достаточно мобильна для выведения на переднюю брюшную стенку и формирования частичного внебрюшного анастомоза. После выполнения минидоступа у 2 пациентов выявлены признаки перитонита в связи, с чем осуществлен переход на срединную лапаротомию. Этим больным выполнена операция Гартмана, санация, дренирование брюшной полости. Колостома при этом формировалась в ране выполненной минилапаротомной ране. В послеоперационном периоде различные осложнения были выявлены у 7 (19,4%) боль-ных, летальных исходов не было. Обсуждение результатов. При сравнении результатов лечения двух групп, показательное снижение числа всех неблагоприятных результатов. Что касается оперативных вмешательств, то наибольшей летальностью сопровождались операции Гартмана – из 11 больных погибло 3 (27,3%). Это объясняется тем, что операции Гартмана выполнялись у пациентов с нежизнеспособной кишкой поступающих с изначально более тяжелым состоянием и выраженным интоксикационным синдромом. Несмотря на кажущуюся простоту, большим количеством неудовлетворительных результатов сопровождались и паллиативные операции: после деторсии с мезосигмопластикой умерло 4 (25%) больных. Лучшие показатели отмечены после радикальных операций с выведением обоих концов толстой кишки на брюшную стенку. Выводы. Таким образом, наиболее обоснованным оперативным вмешательством при завороте сигмовидной кишки является резекция сигмовидной кишки через мини доступ с наложением «частичного внебрюшного анастомоза». Показаниями к типичной лапаротомии являются наличие перитонита и технические сложности мобилизации через мини доступ. Относительными – технические сложности при формировании дистальной культи при операции Гартмана.

---

450.Интраоперационная тактика при острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости

Калицова М.В., Тотиков В.З., Тотиков З.В., Медоев В.В.

Владикавказ

СОГМА

В основу работы положены результаты лечения 530 больных с острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимостью, находившихся в клинике хирургии Северо-Осетинской государственной медицинской академии. В зависимости от тактики лечения в различные периоды времени, мы разделили больных на две группы: контрольную, из 152 пациентов, находившихся на лечении с 1988 по 1995 годы, у которых применялись традиционные методы и основную, из 378 пациентов, находившихся на лечении с 1996 года, у которых использовался разработанный нами комплекс мероприятий. Больные контрольной и основной групп репрезентативны по основным показателям. На первом этапе исследования был проведен анализ результатов лечения больных контрольной группы. Из 152 больных с острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимостью оперативное вмешательство выполнено 134 (88,16%) больным. В ближайшем послеоперационном периоде различные осложнения возникли у 58 (43,28%) больных. Летальные исходы имели место у 28 (20,9%) больных. Проанализированы результаты лечения в зависимости от степени энтеролиза и метода декомпрессии желудочно-кишечного тракта. Худшие результаты выявлены у больных, которым был произведен тотальный энтеролиз. Лучшие результаты наблюдались у пациентов интубированных через илеостому. С 1996 года была пересмотрена интраоперационная хирургическая тактика и выбор методов оперативного пособия и декомпрессии желудочно-кишечного тракта при острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости. У больных основной группы отказались от методов тотального энтеролиза в случаях, когда имелись локальные спаечные конгломераты, фиксированные плотными спайками, разъединение которых было сопряжено с риском массивного десерозирования кишечника и вскрытия его просвета. В данных случаях склонялись к резекции участка кишечника несущего конгломерат. При целостности проксимальных отделов кишечника накладывали анастомозы «бок-в-бок». В случаях, когда проксимальные отделы кишечника были значительно десерозированы, предпочитали формировать илеостомы. Нами были разработаны и внедрены в практику два способа формирования одноствольной илеостомы с последующим упрощенным восстановительным этапом, позволяющие ликвидировать стому из местного окаймляющего доступа. Методом выбора декомпрессии желудочно-кишечного тракта при наличии илеостомы являлась ретроградная интубация тонкого кишечника через илеостому. Из 378 больных с острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимостью, находившихся на стационарном лечении с 1996 года, оперативный метод лечения применен у 59 (15,6%) больных. В ближайшем послеоперационном периоде различные осложнения были выявлены у 16 (27,12%) пациентов. У 5 (8,47%) больных осложнения привели к летальному исходу. При сравнении результатов лечения больных контрольной и основной группы очевидно уменьшение количества послеоперационных осложнений с 43,28% до 27,12%, послеоперационной летальности с 20,9% до 8,47%. Заключение: Разработанные интраоперационная хирургическая тактика и выбор методов оперативного пособия и декомпрессии желудочно-кишечного тракта при острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости позволили снизить количество послеоперационных осложнений и летальных исходов.

---

451. Алгоритм лечения острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости

Калицова М.В., Тотиков В.З., Тотиков З.В., Медоев В.В.

Владикавказ

СОГМА

В клинике хирургии Северо-Осетинской государственной медицинской академии, за период с 1996 года, находилось на лечении 378 больных с острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимостью. Из специальных методов диагностики мы использовали обзорную рентгенографию и ультразвуковое



исследование брюшной полости. При помощи данных методов было не только диагностировано нарушение проходимости тонкой кишки, но и прогнозировалось ее течение. Для этого исследования проводили дважды - при поступлении и после активной декомпрессионной терапии, через 6 часов. По динамике клинических, рентгенологических и ультразвуковых данных диагностировали стадию заболевания. Для первой стадии характерно клиническое улучшение, на контрольной рентгенограмме уменьшение площади газа над уровнем жидкости более чем на 30%, на контрольном ультразвуковом исследовании уменьшение диаметра тонкого кишечника, увеличение толщины стенки кишечника, уменьшение объема секвестрированной жидкости, усиление кишечной перистальтики и исчезновение выпота в брюшной полости, если он определялся ранее. Первая стадия диагностирована у 319 (84,4%) больных. В данной группе больных декомпрессионная терапия была продолжена. Для второй стадии характерно клиническое улучшение, на контрольной рентгенограмме уменьшение площади газа над уровнем жидкости менее чем на 30%, на контрольном ультразвуковом исследовании сохранение диаметра тонкого кишечника, уменьшение толщины стенки кишечника, сохранение объема секвестрированной жидкости, ослабление кишечной перистальтики и сохранение выпота в брюшной полости, если он определялся ранее. У больных со второй стадией – 31 (8,2%) больных, прогнозировалось персистирующее течение непроходимости, и выставлялись показания к оперативному лечению. Сроки предоперационной подготовки ограничивались 12 часами. При 3 стадии состояние больного ухудшается, на контрольной рентгенограмме определяется нарастание площади газа над уровнем жидкости, на контрольном ультразвуковом исследовании увеличение диаметра тонкого кишечника, уменьшение толщины стенки кишечника, нарастание объема секвестрированной жидкости, ослабление кишечной перистальтики, появление или нарастание выпота в брюшной полости. У больных с третьей стадией – 23 (6,1%), прогнозировалось прогрессирующее течение непроходимости, и выставлялись показания к оперативному лечению. Сроки предоперационной подготовки ограничивались 6 часами. При 4 стадии наряду с явлениями острой кишечной непроходимости имеются симптомы перитонита. Больным с четвертой стадией - 5 (1,3%) оперативные вмешательства выполнены в течение 2-3 часов, после предоперационной подготовки. Из 378 поступивших больных, оперировано только 59 (15,6%). В ближайшем послеоперационном периоде различные осложнения были выявлены у 16 (27,1%) больных, у 5 (8,5%) больных они привели к летальному исходу. Общая летальность составила 1,3%. Заключение: Разработанный алгоритм позволил прогнозировать течение непроходимости, конкретизировать показания к консервативному и оперативному виду лечения, определить длительность предоперационной подготовки в зависимости от эффективности проводимой декомпрессионной терапии, избежать ненужных оперативных вмешательств и снизить количество оперированных больных до 15,6%, а летальность при данной патологии до 1,3%.

---

#### 452. Лечение спонтанного пневмоторакса в условиях общехирургического стационара

Восканян Э.А., Калашников А.В., Маршалкин С.М., Скрипко В.В., Тулюбаев И.Н.

Пятигорск

ГБУЗ СК "ГКБ" г.Пятигорска

Спонтанный пневмоторакс (СП) - является мультифакториальным синдромом, наиболее часто встречающийся в молодом возрасте и характеризующийся рецидивирующим течением, при этом до 20% случаев СП протекает с бессимптомной или стертой клинической картиной. Необходимость оказания срочной помощи в условиях общехирургического стационара обуславливает актуальность данной темы. Цель: определить алгоритм лечебной тактики при СП в неспециализированном хирургическом стационаре. Материал и методы исследования. В период с 2008 по 2014 год под нашим наблюдением находилось 97 пациентов в возрасте от 16 до 80 лет (средний возраст 32,8 ± 18,9 лет), гендерное распределение: 75 мужчин (79,0%), 22 женщины (21,0%). Результаты и их обсуждение. При установленном диагнозе СП основным методом лечения являлось дренирование плевральной полости. В 5 случаях (4,9%) при пристеночном пневмотораксе небольшого объема предприняты попытки ограничиться выполнением плевральной пункции. Однако в связи с их неэффективностью было выполнено дренирование плевральной полости, при

этом у 26 пациентов (25,2%) применялась активная аспирация, у 71 больных (74,8%) - пассивное дренирование по Бюлау. Консервативная тактика привела к расправлению легкого у 83 пациентов (85,6%), дренажи были удалены на 3-4 сутки, средний койко-день -  $5 \pm 2$  дня. При отсутствии тенденции к расправлению легкого и продолжающемся сбросе газа по дренажу в течение 5-6 суток определялись показания к хирургическому лечению. Оперативное лечение было выполнено 14 пациентам (14,4%), из них: торакотомия с сегментарной резекцией легкого - 4 больных (4,1%); торакоскопическое ушивание дефекта легкого — у 4 пациентов (4,1%); видеоассистированная резекция части легкого из мини-доступа - 6 (6,2%). Всем больным интраоперационно выполнялся химический плевродез с обработкой легкого раствором йода с последующим опылением сухими антибиотиками широкого спектра действия. Заключение. Основным методом лечения СП является дренирование плевральной полости, приводящем к расправлению легкого в 85,6% случаев. При неэффективности консервативной тактики свыше 5 суток показано оперативное лечение, при этом предпочтение необходимо отдавать малоинвазивным и высокотехнологичным хирургическим вмешательствам.

---

453. Диагностика и лечение инородных тел пищевода.

Полянцев А.А., Линченко Д.В., Карпенко С.Н., Котрунов В.В., Каплунова Е.В., Полянцев А.А. (мл.)

Волгоград

ГБОУ ВПО "Волгоградский государственный медицинский университет" МЗ РФ

Инородные тела пищевода (ИТП) являются довольно частой патологией в практической хирургии и оториноларингологии. В литературе нет точных данных об эпидемиологии ИТП. Отмечается, что наиболее часто они встречаются у детей 1-5 лет и в возрастной группе пациентов от 15 до 30 лет (> 60%). Их несвоевременная диагностика и удаление могут приводить к тяжелым и опасным для жизни осложнениям: перфорации пищевода с развитием медиастинита. За период с 2013 по апрель 2015 года в клинику общей хирургии ВолгГМУ было госпитализировано 86 пациентов с направительным диагнозом: «инородное тело пищевода». Среди них было 36 мужчин и 50 женщин. Средний возраст составил 58,2 года. В анамнезе все поступившие больные указывали на факт случайного проглатывания инородного тела, при осмотре жаловались на дисфагию, гиперсаливацию, наличие болей в области шеи. Всем пациентам было выполнено рентгеновское исследование пищевода с водорастворимым контрастом и с последующим эндоскопическим исследованием. В 47 наблюдениях инородное тело пищевода было обнаружено в области «рта пищевода», в зоне физиологических сужений, а у 10 человек, в зоне рубцовой стриктуры после перенесенного ранее химического ожога пищевода. В остальных 29 случаях инородного тела обнаружено не было, однако на слизистой оболочке пищевода были видны осаднения, возникшие при самостоятельной миграции инородного тела в желудок. У большинства больных в качестве ИТП были обнаружены рыбы и мясные кости (n=41), у 14 пациентов – большие куски пищи, в одном наблюдении инородным телом являлась сливовая косточка и у 1 человека, доставленного из СИЗО, – электрокипяльник, проглоченный преднамеренно. Эндоскопическое исследование выполняли фиброгастроуденоскопом Olympus-GF-F3. При этом уточняли характер инородного тела, его локализацию и расположение в просвете пищевода, смещаемость и признаки возможного внедрения в стенку пищевода. Извлечение инородного тела начинали гибким эндоскопом с использованием щипцов типа «крокодил», «вилочковых» захватов, диатермических петель или корзинок Dormia. При наличии крупных кусков мяса их фрагментировали и частично извлекали из пищевода, а оставшиеся фрагменты, как правило, смещались в желудок. Такая методика оказалась успешной у 47 больных. В 10 наблюдениях отмечалось частичное внедрение ИТП в стенку пищевода или вклинение в просвете последнего. В этом случае больному давался эндотрахеальный наркоз и для извлечения ИТП использовали жесткий эзофагоскоп K.Storz 12-060D. Продолжительность эндоскопического извлечения инородных тел составляла от 20 мин. до 1,5 часа и зависела от характера ИТП и его положения. Перфорация пищевода за счет пролежня его стенки сливовой косточкой до попытки её извлечения обнаружена в 1 случае, что потребовало выполнения срочной колотомии, удаления инородного тела, ушивания раны пищевода и дренирования средостения. После-операционный период в этом

наблюдении протекал без осложнений. После извлечения инородного тела или при его отсутствии в пищеводе за счет самостоятельной миграции в желудок всем больным проводилось консервативное лечение пост-травматического эзофагита в течение 7-8 дней, контрольное эндоскопическое исследование и только после этого – выписка из стационара.

---

454.Первый клинический опыт применения гемостатического средства «Гемоблок» при эндоскопическом гемостазе.

Полянцев А.А., Линченко Д.В., Карпенко С.Н., Каплунова Е.В., Сафронова Н.В.

Волгоград

ГБОУ ВПО "Волгоградский государственный медицинский университет" МЗ РФ

Одной из актуальных проблем неотложной хирургии являются кровотечения из верхних отделов ЖКТ. Эндоскопическое исследование в большинстве случаев (95 %) позволяет выявить источник кровотечения. Различные методы эндогемостаза, такие как эндоклипирование, лигирование, электро- и аргоноплазменная коагуляция, инъекционные способы, позволяют выполнять эффективную остановку и профилактику острых гастродуоденальных кровотечений при наличии их конкретного источника (эрозия, язва, варикозные вены пищевода, артериовенозная фистула). К недостаткам этих методов относят трудности их применения при малодоступной локализации источника кровотечения. Наиболее простым эндоскопическим методом воздействия на зоны кровотечений является их орошение гемостатическими препаратами, при взаимодействии которых с кровью образуется кровяной сгусток, плотно фиксируемый к стенке органа (капрофер). Этот метод эффективен при продолжающемся капиллярном и остановившемся кровотечении. В настоящее время появилось новое гемостатическое средство местного применения «Гемоблок», которое при взаимодействии с белками крови (альбуминами) образует полимерный комплекс, останавливающий кровотечение. Данный препарат нами был применён у пациентов с продолжающимся и состоявшимся кровотечением Ib, Pa и Pb типа по классификации кровотечений Forrest из эрозивно-язвенных дефектов слизистой гастродуоденальной зоны, синдроме Меллори-Вейса. Для остановки кровотечения или для предупреждения его рецидива зону кровотечения орошали раствором «Гемоблок» через катетер, введенный в интрузиональный канал эндоскопа, в количестве от 10,0 до 20,0 мл. Через 1-2 минуты при продолжающемся кровотечении формировался эластичный, гладкий сгусток; при состоявшемся кровотечении (Forrest Pa, Pb) применяли препарат при наличии свежих, рыхлых кровяных сгустков. При их орошении наблюдали изменение окраски и уменьшение размеров сгустков за счет их сжатия. Данный метод гемостаза нами апробирован у 14 пациентов с различными источниками кровотечения, из которых мужчин было 11, женщин – 3. Возраст пациентов составлял от 25 до 67 лет. Характеристика источников кровотечения и результаты применения «гемоблока» были следующие: источником Ib кровотечения по Forrest у пятерых больных стали язвы желудка (2) и луковицы двенадцатиперстной кишки (3), из них у троих наблюдался рецидив кровотечения. У двоих пациентов причиной Pa кровотечения по Forrest были язвы желудка, после применения раствора "гемоблок" рецидива кровотечения не наблюдалось. Язвы желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки стали причиной Pb кровотечения у троих больных. Выполненный превентивный эндогемостаз "гемоблоком" предупредил рецидив кровотечения. В четырех случаях причиной кровотечения стали такие заболевания, как эрозивный гастрит (1), доброкачественная опухоль двенадцатиперстной кишки (1), синдром Меллори-Вейса(2), после выполненного эндогемостаза исследуемым препаратом рецидив кровотечения не наблюдался. Как видим из выше сказанного, в 3 случаях применения «Гемоблока» наступил рецидив кровотечения, что в 1 случае потребовало оперативного лечения в объеме резекции желудка. В 11 случаях отмечался надежный гемостаз. Выводы: 1. Гемостатическое средство «Гемоблок» в большинстве наблюдений обеспечивает надежный гемостаз при наиболее распространенных источниках кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. 2. Применение гемостатического средства «Гемоблок» возможно без дополнительного использования других способов эндоскопического гемостаза.

#### 455. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТЭЛА ПРИ ЭМБОЛОГЕННЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Восканян Э.А., Тулюбаев И.Н., Маршалкин С.М., Иванова В.В., О.Ю. Гаврилова, Печинский В.И., Кузнецов Д.А., Обозин В.С.

Пятигорск

ГБУЗ СК «Городская клиническая больница» города Пятигорска

Проблема венозных тромбозов и их актуальность не вызывает сомнения, как по распространенности развития этого заболевания, так и по тяжести своих осложнений. И наиболее грозным осложнением является тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Как правило, ТЭЛА возникает при эмбологенных венозных тромбозах. И в 90 % случаев причиной ТЭЛА являются тромботические процессы в венах нижних конечностей и таза. Цель исследования: оценка хирургической тактики и профилактики ТЭЛА в лечении больных с эмбологенными венозными тромбозами нижних конечностей. Материалы и методы. За 2008 – 2014 гг. из 735 больных с тромбозами вен нижних конечностей бедренно-подколенная и илиофemorальная локализация была у 364 больных. У 136 больных выявлен флотирующий тромбоз вен нижних конечностей в возрасте от 18 до 85 лет. Мужчин – 56, женщин – 78. Правая нижняя конечность поражена у 54, левая – у 82. Двухстороннее поражение было у 7 больных, 5 из них страдали онкологической патологией малого таза и брюшной полости. Всем больным проводилось общеклиническое обследование с обязательным включением ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС) бассейна нижней полой вены, при котором определялось состояние глубоких и поверхностных вен, протяженность, характер тромбоза и наличие его флотации. У 63 больных флотирующий тромб локализовался в общей бедренной вене (ОБВ). У 21 – в поверхностной бедренной вене (ПБВ), в подвздошной вене – у 10, в подколенной – у 12. У 30 больных с восходящим варикотромбофлебитом тромб локализовался в сафено-бедренном соустье и общей бедренной вене. Длина флотирующего тромба превышала 3 см. В 54 случаях произведена тромбэктомия из ОБВ и перевязка рассасывающейся лигатурой ПБВ, ниже впадения глубокой. В 26 случаях после тромбэктомии из ОБВ производилась пликация ПБВ, в 16 – изолированная перевязка ПБВ дистальнее глубокой, у 10 – тромбэктомия из наружной подвздошной вены и ее пликация, у 30 – тромбэктомия из ОБВ и кроссэктомия. В последние годы вместо перевязки ПБВ ниже впадения глубокой выполняем ее пликацию. У 14 больных из 136 при поступлении в стационар диагностирована ТЭЛА, у 4 – субмассивная форма, у 10 – мелких ветвей легочной артерии. В 3 случаях проведен тромболизис и оперативное вмешательство. 95% операций выполнены под спинномозговой анестезией. Результаты. Все больные в послеоперационном периоде получали низкомолекулярные гепарины (Клексан, Фраксипарин) в лечебной дозировке в течение 5-7 дней с переходом затем на Варфарин или Ксарелто. Также им назначались венотоники и производилась эластическая компрессия нижних конечностей. Летальных исходов не было. К моменту выписки у 102 больных (75%) отек конечностей регрессировал, у 34 (25%) – оставался умеренным. Перед выпиской из стационара всем больным производилась контрольная УЗДС вен нижних конечностей. Ни в одном случае не отмечалось нарастания тромбоза в проксимальном направлении. Обязательным условием амбулаторного лечения считаем проведение длительной антикоагулянтной терапии не менее 6-8 мес. после операции. При наличии врожденной или приобретенной тромбофилии, онкологических заболеваний, повторных ТЭЛА антикоагулянтная терапия необходима пожизненно. Всем больным с тромбозами вен нижних конечностей должна проводиться УЗДС нижних конечностей, которая позволяет определить протяженность тромбоза, его характер и эмбологенность. Хирургические методы при флотирующих венозных тромбозах эффективны и являются профилактикой ТЭЛА.

---

#### 456.О ПУНКЦИОННОМ ЛЕЧЕНИИ КИСТ ПЕЧЕНИ

Хасанов А.Г., Нуртдинов М.А., Бакиров С.Х.

Уфа

ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава РФ

Цель исследования изучение результатов пункционного лечения солитарных кист печени. Материал и методы. Возраст больных был от 42 до 87 лет. Мужчин было 22, женщин – 136. В левой доле кисты располагались у 86 пациентов, у остальных в правой доле. Причем наиболее часто в третьем сегменте (28%), во втором - у 25%, в пятом – у 16%, в седьмом - у 14%. В остальные сегментах кисты встречались реже. В 6 наблюдениях у больных было по две кисты. Результаты и обсуждение. Показаниями к пункционному лечению служили: болевой синдром – 98 больных, прогрессирующее увеличение кисты – 34 пациентов, нагноение – у 6 больных. В 13 случаях пункция кисты производилась под контролем лапароскопии в связи с опасностью повреждения анатомических структур. Технология пункции существенно не отличалась от описанных в литературе, в качестве склерозанта использовался 96% спирт, в объеме  $\frac{1}{4}$  удаленной жидкости, экспозиция составляла 5 минут, полость промывали раствором антисептика. Размеры кист составили от 4,0 до 14,7см, в среднем  $6,1 \pm 2,3$ см. Количество аспирированной жидкости варировало от 20 до 460 мл, составив в среднем  $86,7 \pm 56,4$  мл. Серьезных осложнений в раннем послеоперационном периоде не было. Кровотечения в 4 случаях были остановлены консервативно. В отдаленном послеоперационном периоде у 14 потребовались повторные пункции. Выводы. Таким образом, использование пункционного лечения солитарных кист печени является одним из оптимальных вариантов хирургического лечения, особенно у ослабленных лиц и пациентов пожилого и старческого возраста.

---

457.Результаты андрологического исследования при прободной язве двенадцатиперстной кишки в послеоперационном периоде.

Хасанов А.Г., Нуртдинов М.А., Хабибуллин У.М.

Уфа

ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава РФ

Целью исследования было изучение половой конституции у мужчин с перфоративной дуоденальной язвой. Материал и методы исследования. Материал обследования включал 115 мужчин оперированных по поводу прободной язвы двенадцатиперстной кишки в возрасте от 18 до 76 лет, средний возраст  $37,6 \pm 12,7$ . При обследовании по шкале векторного определения половой конституции (Васильченко В.С.) все пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа - 34 пациента были в переходном периоде (18-28 лет), 2-я группа в периоде условно-физиологического ритма (УФР) (29-56 лет) - 46 мужчин и 3-я группа, в инволюционном периоде (старше 56 лет) - 35 человек. В качестве сопоставления были выделены 3 контрольные группы. Соответственно 1-я контрольная группа -24 пациента были в переходном периоде (18-28 лет), 2-я контрольная группа в периоде условно-физиологического ритма (УФР) (29-56 лет) - 34 мужчины и 3-я контрольная группа, в инволюционном периоде (старше 56 лет) - 25 человек. В основной группе всем больным выполнено ушивание язвы. В контрольных группах при обострении заболевания проводилась стандартная «тройная терапия». Кроме рутинных обследований (эндоскопия, лабораторные и др.) мы обследовали пациентов по шкале векторного определения половой конституции, с заполнением стандартной анкеты-опросника, применение шкалы в значительной степени обеспечивает лонгитюдинальный подход. Шкала векторного определения половой конституции мужчины предусматривает учет семи показателей, параметризуемых независимо друг от друга. Для удобства использования шкалы мы пользовались градацией по возрасту предложенной Васильченко В.С. (1970) поскольку данное распределение позволяло

косвенно упорядочить мужчин по уровню гормонов. Наиболее важным в этой шкале нам представляется исследование трохантерного индекса (отношение роста к длине ноги), который является отпечатком на костном скелете гормональной насыщенности в пубертанте. Статистический анализ проводили в среде Statistica 12 Trial, с вычислением критерия Chi-square с поправкой Йетса и аппроксимацией переменных. Результаты. У 76,8% пациентов первой и 81,6% второй групп длительность анамнеза заболевания была более 3 лет. Наибольшее число больных в первой группе, как видно на рис. 2, было с длительностью анамнеза 4-5 лет (35,8%), в то время как во второй группе - 6-7 лет (31,7%) (табл. 2). У большей части пациентов 1 группы, язвенный анамнез был 4-5 лет (35,8%), 6-7 лет (30,1%) и 1-3 года (16,3%). Большую часть больных 2 группы, составляли лица с продолжительностью язвенного анамнеза 6-7 лет (31,7%), 4-5 лет (31,6%) и 1-3 лет (13,3%). В 1-й основной группе I вектор шкалы (возраст пробуждения либидо), оказался затронутым ( $2,5 \pm 0,2$ ) и был отнесен к очень слабому варианту половой конституции (ПК). В 1-й контрольной группе был существенно выше и составил  $-4,1 \pm 0,4$  несколько ослабленный вариант средней ПК (Chi-square  $p = 0,2346$ , Yates corrected Chi-square  $p = ,4494$ ). Во 2-й основной группе незначительно отличался от 1-й группы ( $2,8 \pm 0,1$  - слабая ПК). В то же время во 2-й контрольной группе составил  $-4,8 \pm 0,6$  (средняя ПК). (Chi-square  $p = ,2776$ , Yates corrected Chi-square  $p = ,4761$ ) В 3-й основной группе соответствовал средней ПК ( $5,1 \pm 0,1$ ), в контрольной соответственно -  $6,9 \pm 0,7$  (сильная ПК). (Chi-square  $p = ,2889$ , Yates corrected Chi-square  $p = ,4578$ ) Индексы II вектора (возраст первой эякуляции) в 1-й и 2-й основных группах соответствовали несколько ослабленному варианту средней ПК (соответственно  $4,1 \pm 0,1$  и  $3,6 \pm 0,2$ ) и сильному варианту ПК ( $6,1 \pm 0,2$ ) в 3-й основной группе. В контрольных группах соответственно  $4,9 \pm 0,3$  (Chi-square  $p = ,4245$ , Yates corrected Chi-square  $p = ,6621$ ),  $5,0 \pm 0,2$  (средняя ПК) (Chi-square  $p = ,4542$ , Yates corrected Chi-square  $p = ,6935$ ) и  $8,1 \pm 0,3$  (очень сильная ПК). (Chi-square  $p = ,2942$ , Yates corrected Chi-square  $p = ,4530$ ). Показатели III вектора (трохантерный индекс) были резко снижены в 1-й основной группе ( $1,1 \pm 0,2$ ) и соответствовали чрезвычайно слабому варианту ПК. В то же время, в контрольной группе -  $1,8 \pm 0,3$  (слабая ПК). (Chi-square  $p = 0,3878$ , Yates corrected Chi-square  $p = ,7910$ ) В 2-й основной группе при исследовании трохантерного индекса ( $4,6 \pm 0,1$ ) и в 3-й группе ( $5,1 \pm 0,3$ ) были отнесены к среднему варианту средней ПК. Соответственно в контроле -  $5,9 \pm 0,3$  (Chi-square  $p = ,4504$ , Yates corrected Chi-square  $p = ,6667$ ) и  $6,1 \pm 0,2$  (сильный вариант средней ПК) (Chi-square  $p = ,4285$ , Yates corrected Chi-square  $p = ,6448$ ) В основных группах незначительно отличались индексы характера оволосения лобка (IV вектор) (1-я группа, соответственно  $3,3 \pm 0,2$  -слабая ПК, 2-я группа  $-4,6 \pm 0,1$  - средняя ПК и 3-я группа -  $4,1 \pm 0,3$  - несколько ослабленный вариант средней). В контрольных соответственно -  $4,3 \pm 0,1$  (несколько ослабленный вариант средней ПК) (Chi-square  $p = ,4263$ , Yates corrected Chi-square  $p = ,6954$ ),  $5,6 \pm 0,3$  (Chi-square  $p = ,4504$ , Yates corrected Chi-square  $p = ,6667$ ) и  $5,7 \pm 0,1$  (сильный вариант средней ПК) (Chi-square  $p = ,2799$ , Yates corrected Chi-square  $p = ,4613$ ). Y вектор (максимальный эксцесс) был одинаковым в 1-й и 2-й основных группах ( $4,25 \pm 0,1$  - несколько ослабленный вариант средней ПК), выше в 3-й основной группе ( $6,2 \pm 0,1$  - сильный вариант средней ПК). В контрольных группах соответственно -  $4,7 \pm 0,1$  (Chi-square  $p = ,4245$ , Yates corrected Chi-square  $p = ,6621$ ),  $4,9 \pm 0,2$  (Chi-square  $p = 4542$ , Yates corrected Chi-square  $p = ,6935$ ) и  $7,7 \pm 0,2$  (Chi-square  $p = ,2942$ , Yates corrected Chi-square  $p = ,4530$ ). Индексы времени вхождения в полосу условно-физиологического ритма (УФР) после женитьбы (VI вектор), у пациентов 2-й и 3-й групп, соответствовали слабой ПК ( $2,9 \pm 0,2$ ) и ослабленному варианту средней ( $3,9 \pm 0,3$ ). В контрольной группе соответственно -  $4,0 \pm 0,2$  (Chi-square  $p = ,4539$ , Yates corrected Chi-square  $p = ,7251$ ) и  $5,0 \pm 0,1$  (Chi-square  $p = ,4332$ , Yates corrected Chi-square  $p = ,6721$ ). Индексы VII вектора (время вхождения в полосу УФР-абсолютный возраст) во 2-й ( $3,3 \pm 0,1$ ) и 3-й группах ( $6,1 \pm 0,3$ ), соответствовали слабой и сильному варианту средней ПК. В группе сравнения  $4,0 \pm 0,2$  (Chi-square  $p = ,4539$ , Yates corrected Chi-square  $p = ,7251$ ) и  $6,9 \pm 0,1$  (Chi-square  $p = ,4223$ , Yates corrected Chi-square  $p = ,6212$ ). Анализ генотипического индекса ПК ( $Kr = 2,75 \pm 0,01$ ) у пациентов 1-й основной группы выявил ретардацию пубертантного периода. В контрольной группе  $Kr = 3,75 \pm 0,02$  (Chi-square  $p = ,4263$ , Yates corrected Chi-square  $p = ,6954$ ). Во второй группе  $Kr = 4,4 \pm 0,2$ , в контроле  $5,3 \pm 0,1$  (Chi-square  $p = ,4542$ , Yates corrected Chi-square  $p = ,6935$ ) В третьей группе  $Kr = 5,1 \pm 0,2$  и контрольной -  $6,7 \pm 0,2$ . (Chi-square  $p = ,2889$ , Yates corrected Chi-square  $p = ,4578$ ). Выводы. Таким образом, конституциональные показатели наименьшими были у молодых мужчин, и соответствовали или торможению или ретардации пубертантного периода в анамнезе. У пациентов в возрасте 18-28 лет язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки принимала агрессивное течение на фоне периодов сексуальной абстиненции. В тоже время у мужчин с прободной дуоденальной язвой в периоде зрелости преобладали явления торможения пубертантных проявлений на фоне эксцессивной практики. В инволютивном периоде манифестация язвенной болезни в виде перфорации, происходила в случае если конституциональные признаки соответствовали средней или сильной половой конституции активности.

#### 458.ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ТРАВМАХ ЖИВОТА.

Малков И.С., Коробков В.Н., Филиппов В.А.

Казань

ГБОУ ДПО КГМА Минздрава России, ГАУЗ ГКБ №7

Диагностика травматических повреждений органов брюшной полости продолжает оставаться одной из актуальных проблем неотложной хирургии. Нами проанализирована эффективность диагностической программы у 380 пострадавших с травмами живота, из них 120 – с закрытыми и 260 – с открытыми повреждениями. У 46(23%)пострадавших с открытыми травмами живота выставлены показания к лапароскопии. С целью повышения диагностических возможностей лапароскопического исследования нами был изучен газовый состав брюшной полости при травмах живота в эксперименте и клинике. При этом было установлено, что обнаружение метана, образующегося в процессе пищеварения в просвете желудка и кишечника, является достоверным признаком разрыва полого органа. Для индикации метана нами совместно с кафедрой приборов и информационно-измерительных систем Казанского государственного технического университета им. А.Н. Туполева, был создан портативный и удобный в практическом использовании интраабдоминальный газовый анализатор «ИГАН» (патент РФ на полезную модель). В результате исследования выяснено, что в интактной брюшной полости отсутствуют примеси метана. После повреждения полого органа (желудка, тонкой или ободочной кишки) газовый состав меняется в сторону статистически значимого (р

---

#### 459.ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Малков И.С., Шарафисламов И.Ф., Киршин А.П., Багаутдинов Э.Б.

Казань

ГБОУ ДПО КГМА Минздрава России, ГАУЗ ГКБ №7

Диагностика и лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости (ОСТКН) продолжает оставаться одной из самых актуальных и трудноразрешимых проблем неотложной хирургии. Возникновение адгезивного процесса в брюшной полости после хирургических вмешательств отмечено у 64-93 % больных. По данным разных авторов частота ОСТКН составляет от 50 до 94.5% всех видов механической непроходимости неопухолевого генеза. При этом от 39.4 до 84.1% больных, поступивших в клинику с диагнозом ОСТКН, оперируются в экстренном порядке. Послеоперационная летальность колеблется от 4.6% до 40% в зависимости от длительности заболевания. В связи с этим, особенно актуально является создание и внедрение в клиническую практику методов исследования больных с ОСТКН, позволяющих за короткий промежуток времени определить тактику лечение. Для решения поставленных задач нами проанализированы результаты лечения 178 больных с ОСТКН, находившихся на лечении в отделении неотложной хирургии городской клинической больницы №7 г. Казани. Все пациенты были разделены на 2 группы. Группу сравнения составили 112 больных, у которых использовался традиционный подход в диагностике и определении тактики лечения. В основную группу вошли 66 больных, у которых применялся разработанный нами лечебно-диагностический алгоритм. Возраст больных с ОСТКН колебался от 18 до 90 лет (Me=59), составляя в среднем 55,4±1,4 лет. Всего мужчин было 88 (49,4%), женщин – 90 (50,7). В первые

6 ч от начала заболевания поступили 22 (13,8%) больных, 6 – 12 – 26 (16,3%), в 61 случае (38,1%) больные поступили через сутки и более от начала первых признаков заболевания. Таким образом, больше половины больных (70%) ОСТКН были доставлены в клинику позже 12 часов с момента заболевания. При изучении анамнестических данных было установлено, что у 150 (84,3%) больных причиной ОСТКН были перенесенные оперативное вмешательство. Одна операция, была выполнена у 65 пациентов (43,3%); две – у 48 (32%); три и более – 37 (24,7%). В 28 случаях (15,7%) оперативных вмешательств не проводилась. По характеру перенесенных операций наиболее часто встречались аппендэктомия – 57 (38%), гинекологические операции – 41 (27,3%), операции по поводу острой кишечной непроходимости – 32 (21,3%), грыжесечение – 24 (16%), операции по поводу травм живота – 23 (15,3%), холецистэктомия 15 (10,0%), ушивание перфорированной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки - 7 (4,7%), резекция желудка – 6 (4,0%). Среди сопутствующий патологии наиболее часто встречались заболевания сердечно-сосудистой системы (41%). Диагностика ОСТКН базировались на комплексной диагностической программе включающей клинические, лабораторные и лучевые методы исследования. Внедрение ультразвукового метода в диагностический алгоритм позволяет диагностировать ОСТКН, определить ее уровень и открывает новые возможности в определении ее причины, формы и степени выраженности. После проведения ультразвукового исследования у больных основной группы было установлено, что диаметр тонкой кишки зависел от длительности заболевания и колебался от 1,2 до 8,0см ( $3,44 \pm 0,18$ ). Наряду с измерением диаметра тонкой кишки, изучали толщину ее стенки, что отражало степень интерстициального отека. Толщина кишечной стенки варьировала от 1,5мм до 7,0мм ( $3,59 \pm 0,16$ ). Так же оценивалась ее двигательная активность. Маятникообразный характер перистальтики отмечался у 62 больных (93,9%). У 4 (6,1%) пациентов наблюдался стойкий парез с отсутствием перистальтических движений. Диагностическое значение также имеет разность диаметров приводящего и отводящего отдела тонкой кишки, патогномичное для механической формы заболевания. Данный признак выявлен нами у 27 (40,9%) больных. С целью определения степени энтеральной недостаточности при острой тонкокишечной непроходимости нами был разработан энтеральный индекс (ЭИ):  $ЭИ = T \times D / ЧПД$  в 1 мин D - диаметр кишки T - толщина стенки кишки ЧПД - частота перистальтических движений Для определения нормальных значений ЭИ были исследованы 30 пациентов, не страдающие заболеваниями желудочно-кишечного тракта. При этом установлено, что толщина стенки кишки у исследуемых не превышала 2 мм ( $1,72 \pm 0,04$  мм), диаметр кишки составлял около 1,5см ( $1,71 \pm 0,04$  см), частота перистальтических движений 10-12 в 1 минуту ( $10,6 \pm 0,35$ ). Данный индекс позволил выделить три стадии энтеральной недостаточности: 1-ая стадия (компенсированная) – индекс не превышает 10 ( $6,08 \pm 0,59$ ); 2-ая стадия (субкомпенсированная) - индекс колеблется от 10 до 20 ( $15,25 \pm 0,62$ ); 3-ая стадия (декомпенсированная) – индекс более 20 ( $45,79 \pm 6,31$ ). Стадия компенсации выявлена у 18 больных (25,8%), стадия субкомпенсации у 22 (33,3%), стадия декомпенсации у 26 (39,4%). В 1-ой стадии пациентам проводилось только консервативное лечение. Во 2-ой стадии на фоне проведенного лечения повторно (через 2-3 часа) определяли ЭИ. При этом у 17 (25,8%) больных индекс снизился до нормальных цифр, что свидетельствовало об эффективности консервативной терапии. У 3 (7,6%) больных показатели индекса не изменились, а в 2-х случаях отмечалась тенденция к повышению его значения. В итоге всем пяти больным выставлены показания к оперативному вмешательству. Стадия декомпенсации свидетельствовала о тяжелых морфофункциональных нарушениях в кишечной стенке. В этом случае хирургическое вмешательство проводилось по абсолютным показаниям после предварительной предоперационной подготовки. Лапароскопия, как инвазивный метод исследования использовалась на заключительном диагностическом этапе. Показаниями к применению лапароскопии при ОСТКН явились; начальная стадия заболевания с целью проведения лечебных манипуляций; дифференциальная диагностика ОКН с другой ургентной патологией. Критериями отказа от лапароскопического способа рассечения спаек служили: стадия декомпенсации (по ЭИ) и рентгенологическое подтверждение тонкокишечной непроходимости (множественные горизонтальные уровни жидкости). При использовании диагностического алгоритма, дополненного определением уровня энтеральной недостаточности по энтеральному индексу, длительность предоперационного периода составила  $2,7 \pm 0,2$  часа, тогда, как в группе сравнения -  $10,8 \pm 0,6$  часа (р

---

#### 460.ЭНДОХИРУРГИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Малков И.С., Шаймарданов Р.Ш., Тагиров М.Р., Закирова Г.Р.



Казань

ГБОУ ДПО КГМА Минздрава России, ГАУЗ ГКБ №7

Современная консервативная медикаментозная терапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки не может полностью предотвратить развитие такого грозного и опасного для жизни осложнения как прободение язвы. Частота таких осложнений в настоящее время колеблется в пределах 5 -15%. Операция ушивания перфоративной язвы, спасая больных от перитонита и угрожающей смерти, является технически простой, малотравматичной и до сих пор самой распространенной. Отрицательной стороной ушивания оставалась высокая частота рецидивов язвенной болезни, достигающая 30-50% (Василенко В.Х., 1987; Сажин В.П., 1987; Магдиев Т.Ш., 1990; Chiarugi M., 1996). В период интенсивного развития малоинвазивной хирургии использование различных вариантов лапароскопических методов лечения перфоративных язв, в сочетании с эффективным медикаментозным воздействием на патологический процесс, завоевывает с каждым годом все большее число сторонников среди хирургов. Нами проведен анализ результатов лечения 190 больных с перфоративными дуоденальными язвами, находившихся в отделении неотложной хирургии ГАУЗ ГКБ № 7 г. Казани. Мужчин было 178 человек (93,7 %), женщин – 12 человек (6,3%). В первые 6 часов от момента перфорации поступило 176 человек (92,6%), от 6 до 12 часов – 14 человек (7,4%). Причиной поздних госпитализаций (более 6 часов) явились случаи прикрытой перфорации, когда атипичное течение заболевания привело к несвоевременному обращению больных за медицинской помощью и диагностическим ошибкам на догоспитальном этапе. Все пациенты были разделены на две группы: группу сравнения (перфоративная язва ушивалась лапаротомным способом) – 142 человека и основную – 48 человек (лечение прободной язвы с использованием эндоскопических методик). Наибольшую часть (84,8%) составили пациенты молодого и среднего возраста. Локализация перфоративной язвы на передней стенке пилородуоденальной зоны наблюдалась у 129 больных (67,9%), у 52 больных (27,4%) перфоративный дефект выявлен на передне-верхней стенке и на верхней стенке дефект имелся у 9 больных (4,7%). Все пациенты были оперированы в течение первого часа с момента поступления в стационар, после проведения необходимых диагностических исследований. Диагноз перфоративной язвы до операции был выставлен 179 больным (94,2%), которым выполнялось ушивание перфоративной пилородуоденальной язвы. В 5,8% случаев (11 пациентов) у 6 больных клиника перфорации первоначально была диагностирована как острый аппендицит, у 3 больных как острый панкреатит, у 2 больных как гастрит и обострение язвенной болезни. С целью обеспечения простоты и надежности эндоскопического ушивания прободного отверстия нами разработан и применен петлевой пломбирующий шов, в основе которого использован принцип аутопластического закрытия дефекта, предложенный В.А. Оппелем (1896) и П.Н. Поликарповым (1927). Принципиальным отличием предложенного метода является не введение в просвет дуоденум пряди большого сальника на ножке, а «пломбировка» им прободного отверстия на толщину стенки полого органа с помощью оригинального шва. Шов применяли для ушивания прободных язв диаметром 3,0 – 8,0 мм, расположенных на передней стенке 12п кишке (патент РФ на изобретение). Накопленный нами опыт и данные литературы позволяют утверждать, что противопоказаниями к применению лапароскопического ушивания прободной дуоденальной язве являются: 1. Повторные перфорации; 2. Сочетание прободной язвы с кровотечением; 3. Рубцово-язвенный стеноз; 4. Наличие распространенного гнойного перитонита. После лапароскопического ушивания язвенного дефекта производили тщательную санацию брюшной полости промыванием раствором антисептика до чистых вод с обязательным удалением налёта фибрина с внутренних органов. Для этого использовали разработанное в клинике ирригационно-аспирационное устройство «Брюсан» (патент РФ на изобретение). С целью декомпрессии в желудок и начальный отдел двенадцатиперстной кишки устанавливали трансназальный зонд. Брюшную полость дренировали в зависимости от распространенности перитонита. В первые двое суток больным вводили ненаркотические анальгетики. В дальнейшем необходимости в введении обезболивающих препаратов не было. Продолжительность абдоминального болевого синдрома составила 1,9±0,6 суток. Самостоятельный подъем с постели больные осуществляли на 2,1±0,7 сутки. Перистальтика кишечника и отхождение газов восстанавливались на 2-3 сутки после операции. В среднем начало двигательной активности кишечника наблюдалось на 2,6±0,5 сутки. Это объясняется малой травматичностью применяемого метода, когда отсутствует интраоперационное механическое воздействие на брыжейку и стенку кишечника. Всем больным после операции проводился курс противоязвенной терапии, поэтому средний срок стационарного лечения составил 6,9±0,8 койко-дней. Подводя итог проведенному исследованию, можно заключить, что лапароскопический метод лечения перфоративных дуоденальных язв позволяет значительно сократить сроки послеоперационной реабилитации больных по сравнению с традиционным (открытым) ушиванием. Так восстановление двигательной активности кишечника после лапаротомии отмечалось лишь на 3,6±0,4 сутки, в то же время при лапароскопическом лечении этот показатель был в 1,5 раза меньше (р

#### 461.ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ.

Малков И.С., Халилов Х.М., Габитов И.М.

Казань

ГБОУ ДПО КГМА Минздрава России, ГАУЗ ГКБ №7

Проблема лечения больных с распространенным перитонитом заключается в сложных топографоанатомических взаимоотношениях внутренних органов и висцеральной брюшины, что создает далеко не идеальные условия для адекватного промывания и дренирования брюшной полости. Кроме того, как показывает клиническая практика, уже через 12-24 часа после введения дренажи начинают отграничиваться от свободной брюшной полости фибринными пленками, большим сальником, стенками внутренних органов. Это отрицательно влияет на эффективность эвакуации перитонеального экссудата. В связи с отмеченными особенностями ни одну из используемых в настоящее время методик местного лечения перитонита, от глухого ушивания лапаротомной раны с традиционным дренированием брюшной полости, проведения перитонеального лаважа по принципу пассивного или активного оттока экссудата, до создания лапаростомы и выполнения плановых релапаротомий, из-за присущих им недостатков нельзя признать оптимальной. Использование лапароскопических технологий в неотложной хирургии внесло свой вклад и в лечение больных распространенным перитонитом. Патогенетическим обоснованием данного метода является необходимость интра и послеоперационной санации брюшной полости с целью эвакуации перитонеального экссудата, являющегося одним из основных источников эндотоксикоза. Лапароскопия, как наиболее “щадящий” метод оперативной агрессии, позволяет визуально оценить динамику течения перитонита, производить санацию брюшной полости, заменять нефункционирующие дренажные трубки, что положительно сказалось на результатах лечения. Метод является альтернативой перитонеальному лаважу, который осуществляется под визуальным контролем. Основное преимущество – полноценная санация брюшной полости и малого таза с эвакуацией промывной жидкости. В отличие от программированной релапаротомии минимизируется травматическое воздействие на органы и ткани. В нашей клинике плановая лапароскопическая санация при распространенном перитоните выполняется с 1995 г. Метод был применен у 90 пациентов. Во всех случаях его применяли на II этапе лечения после проведения срединной лапаротомии с удалением источника перитонита (первичного очага), тщательного промывания брюшной полости, декомпрессии тонкой кишки методом ее интубации. После введения дренажей брюшная полость ушивалась наглухо с установкой в толще передней брюшной стенки 2 гильз для плановой лапароскопической санации. Одна из них, диаметром 11,0 мм. располагалась в окологупочной области и служила для введения в брюшную полость лапароскопа (10,0 мм) с троакаром, другая, диаметром 6,0 мм. - в левом подреберье по среднеключичной линии использовалась для промывного устройства. Конструкция гильзы, разработанной совместно с фирмой “Эндо медиум”, отличается удобством и простотой в обращении. Первую санацию выполняли через 24 - 48 часов после операции, последующие - в зависимости от динамики течения перитонита. Показания к использованию: 1. Распространенный гнойный перитонит в токсической и терминальной стадии с клиническими проявлениями массивного полимикробного обсеменения. 2. Внутривнутрибрюшные послеоперационные осложнения: а) неразрешающийся перитонит. б) желчеистечение после операций на желчевыводящих путях. 3. Неуверенность в состоятельности швов анастомоза. Визуальными критериями разрешения воспалительного процесса в брюшной полости являются: уменьшение гиперемии брюшины, количества перитонеального экссудата, который становится более прозрачным, снижение интенсивности наложения фибрина, интерстициального отека и активизация моторной деятельности кишечника. Производилось от 2 до 4 сеансов лапароскопического лаважа брюшной полости. Для повышения эффективности промывания брюшной полости во время лапароскопических санаций в клинике разработано аспирационно-проточное устройство “БРЮСАН” (патент РФ на изобретение). Устройство позволяет: 1. Не повреждать ткани струей подаваемой жидкости. 2. Работать в режиме, исключающем разбрызгивание промывной жидкости, подаваемой в брюшную полость, что важно для санации отграниченных очагов инфекции. 3. Удалять из брюшной полости фибринные пленки и кишечное содержимое. 4. Обеспечить удобство и простоту в обращении. 5. Работать от серийно

выпускаемого аквапуратора. Распределив контингент оперированных больных по тяжести их состояния согласно Мангеймскому перитонеальному индексу, мы установили, что лапароскопическая санация брюшной полости явилась наиболее эффективным методом лечения перитонита у 78 пациентов при МПИ 16 - 29 баллов. Это подтвердилось достоверным (Р 30 баллов). Ведущим в патогенезе заболевания становился синдром прогрессирующей полиорганной недостаточности, который явился непосредственно причиной летального исхода у 3 пациентов. В этой группе мы не достигли достоверного снижения летальности, которая составила 41,7%.

---

462. Использование видеоторакоскопии в торакальной онкологии для диагностики и лечения малых новообразований легкого.

Сергостьянц Г.З., Лазутин Ю.Н., Колесников В.Е., Анистратов П.А., Айрапетова Т.Г., Пыльцин С.П.

Ростов-на-Дону

ФГБУ РНИОИ МЗ РФ

Цель исследования: оценить эффективность применения видеоторакоскопии (ВТС) в клинике торакальной онкологии для диагностики и лечения периферических новообразований легких. Гипердиагностика рака легкого (РЛ) в последние годы вызывает озабоченность по причине появления новых методов скрининга, выявляющих мелкие узловые образования, клиническое значение которых неизвестно. Распространенность РЛ по результатам скрининговых исследований колеблется от 0,4% до 2,7%, в зависимости от численности обследованного населения. Максимальный размер выявленного РЛ колеблется между 14 и 21 мм. Нерешенной проблемой остается большое количество ложноположительных заключений компьютерной томографии (КТ). Даже у пациентов с патологией, которая на основании клиникорентгенологических данных вызывает серьезные подозрения на РЛ, в 10-20% случаев выполняются торакотомии по поводу доброкачественных новообразований. Материалы и методы. В отделении торакальной хирургии Ростовского НИ онкологического института за период с февраля 2011г. по апрель 2015г. выполнено 324 ВТС вмешательства: по поводу периферических новообразований легких – 106 (32,7%), новообразований средостения – 183 (56,5%), опухолей грудной стенки – 30 (9,3%), для остановки внутриплеврального кровотечения – 5 (1,5%). ВТС выполнялась под эндобронхиальным наркозом с отдельной вентиляцией легких. Установка троакарных портов производилась в зависимости от локализации новообразований и задач оперативного вмешательства. Продолжительность ВТС операций составила от 20 до 100 мин., длительность постельного режима 8-11 часов. Результаты. Выполненные операции по поводу периферических новообразований легких рационально разделить на ВТС при солитарных и единичных периферических новообразованиях – 76 (23,5%), и ВТС при диссеминированном поражении паренхимы легких – 30 (9,3%). Возраст больных колебался от 7 до 78 лет, средний составил 47 лет. Нозологические формы, диагностированные в результате выполнения ВТС со 100% гистологической верификацией были следующими: 1. солитарные и единичные периферические новообразования (n=76): гамартохондрома-34 (44,7%), туберкулома-13 (17,2%), саркоидоз Бека-2 (2,6%), рак легкого-9 (11,8%), метастазы в легкое-11 (14,6%), киста легкого-3 (3,9%), воспалительная псевдоопухоль-2 (2,6%), фиброзная мезотелиома-2 (2,6%); 2. диссеминированное поражение паренхимы легких (n=30): саркоидоз Бека-11 (36,7%), метастазы в легкое-7 (23,3%), фиброзирующий альвеолит-2 (6,7%), склерозирующая гемангиома-5 (16,7%), лимфома Ходжкина-1 (3,3%), диссеминированный туберкулез-4 (13,3%). Солитарные и единичные фокусы имели размеры: до 5 мм –10 (13,2%), 5-15 мм –43 (56,6%), более 1,5 см – 23 (30,3%), при диссеминированном поражении отмечались очаги преимущественно до 10 мм. Экстренная конверсия в торакотомию произведена в 5 (4,7%) случаях, плановая для выполнения анатомических резекций при верифицированном РЛ в 9 (8,5%) наблюдениях. Из послеоперационных осложнений у 3 (2,8%) больных отмечалась несостоятельность пневмостаза продолжительностью до 6 суток. Средний койко-день после ВТС равнялся 5. Летальных исходов не было. Заключение. Необходимо ещё раз подчеркнуть, что низкодозная КТ в группе лиц с высоким риском обладает прекрасной чувствительностью в выявлении РЛ на ранних стадиях и спасает жизни. В то же время высокая чувствительность скрининга сопровождается низкой специфичностью.

Качественный отбор лиц с высоким риском заболеть РЛ с учетом генетической предрасположенности и использованием биологических маркеров может минимизировать количество ложных заключений и связанных с этим ненужных дополнительных исследований. Однако реализация данного подхода, требующего серьезного финансирования, дело будущего. Представленные результаты вполне свидетельствуют о том, что в настоящее время ВТС при периферических новообразованиях и диссеминированном поражении паренхимы легких является единственным относительно малоинвазивным методом, позволяющим верифицировать процесс со 100% вероятностью и обладающим малой травматичностью.

---

463. Особенности диагностики и лечения атипичных перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Малков И.С., Шаймарданов Р.Ш., Коробков В.Н., Филиппов В.А.

Казань

Казанская государственная медицинская академия

Если клиническая картина и лечебная тактика при типичных перфоративных язвах хорошо изучена и не представляет особых трудностей для диагностики, то атипичные перфорации до настоящего времени остаются серьезной проблемой в хирургии желудочно-кишечного тракта. К атипичным перфорациям язв, которые встречаются у 3-6% больных, относятся прикрытые перфорации, перфорации задней стенки желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), перфорация в полость малого сальника, в полость сальниковой сумки, в замкнутое пространство рубцово-спаечного процесса, а также сочетание перфорации с язвенным кровотечением (Савельев В.С. и др. 1986; Рыбачков В.В. и др., 2012). Целью работы было изучение особенностей диагностики и лечения атипичных перфоративных язв желудка и ДПК. Материал и методы. Под наблюдением находилось 25 больных с атипичной перфоративной язвой. Возраст больных составил от 26 до 54 лет. Прикрытая язва имела у 12 больных (8 – язва ДПК и 4 – язва желудка). Для больных этой группы было характерно небольшое прободное отверстие (до 3-5 мм), незначительное количество содержимого в желудке и наличие благоприятных анатомических взаимоотношений с соседними органами, которыми возможно «прикрытие» перфоративного отверстия (сальник, край печени, круглая связка печени, поперечная ободочная кишка, желчный пузырь). Для клинической картины было характерно 2-х-фазное прободение язвы, когда во время первой фазы перфорации происходит излитие содержимого желудка или ДПК в брюшную полость и клиническая картина не отличается от типичных перфораций. Во второй фазе происходит «угасание» клинических симптомов, что связано с прикрытием перфоративного отверстия в течение 30-60 минут от начала прободения и прекращением поступления желудочно-дуоденального содержимого в брюшную полость. Развитие клинической картины прободения как бы «прерывается»: стихают боль, напряжение брюшной стенки, улучшается состояние больного, исчезают перитонеальные симптомы, нормализуется температура и лейкоцитоз. Однако в большинстве случаев прикрытые язвы оказываются непрочными и желудочно-дуоденальное содержимое начинает поступать в брюшную полость, возникает 2-ая фаза прободения с развитием типичной картины перитонита. Возникают показания к экстренному оперативному вмешательству. В большинстве случаев выполняется ушивание перфоративной язвы по Опелю-Поликарпову. В ряде случаев даже при прочном прикрытии прободного отверстия наблюдается прогрессирование перитонита, либо развитие внутрибрюшного абсцесса (подпеченочного, поддиафрагмального). Перфорация задней стенки желудка приводит к попаданию желудочного содержимого в сальниковую сумку. При этом возникает острая внезапная боль в эпигастриальной области, но без распространения по всему животу. Свободная жидкость в брюшной полости не выявляется, а на рентгенограмме брюшной полости наличие газа не отмечается. В сальниковой сумке формируется абсцесс, из которого жидкое содержимое начинает вытекать через Винслово отверстие в брюшную полость с развитием картины перитонита. При перфорации задней стенки ДПК дуоденальное содержимое попадает в клетчатку забрюшинного пространства, вследствие чего на 2-ые сутки развивается флегмона с клинической картиной паранефрита. При этом характерны боли в поясничной области, наличие здесь крепитации,

пастозности, которые в случае прогрессирования распространяются и на переднюю брюшную стенку. При оперативном вмешательстве выявляется триада симптомов Лафита (забрюшинная гематома, эмфизема и желто-зеленая окраска париетальной брюшины). Особенностью лечения перфораций задней стенки желудка и ДПК является необходимость ревизии зоны язвенного дефекта, для чего важным этапом вмешательства является вскрытие сальниковой сумки для уточнения размеров и локализации язвенного дефекта или мобилизация ДПК по Кохеру для осмотра задней стенки ДПК. В случае больших размеров язвенного дефекта возникают показания к резекции желудка, поскольку ушивание больших язв в подобных случаях ненадежно. При наличии небольших размеров язвенного дефекта на задней стенки желудка у 5 больных было проведено ушивание язвы, санация сальниковой сумки и брюшной полости. У 3 больных в связи с большими размерами язвы желудка (более 2 см и наличием выраженной инфильтрации) была выполнена резекция желудка, санация и дренирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал без осложнений, летальных случаев не было. Таким образом, диагностика и лечение атипичных перфоративных язв желудка и ДПК продолжает оставаться серьезной проблемой неотложной хирургии. Врачу необходимо помнить об особенностях клинической картины атипичных перфоративных язв и дифференцированно выбирать тактику хирургического лечения больных указанной группы.

---

#### 464. Оценка факторов тромботических осложнений при обтурационной толстокишечной непроходимости

Малков И.С. (1), Шаймарданов Р.Ш. (1), Коробков В.Н. (1), Клюшкина Ю.А. (2), Филиппов В.А. (1)

Казань

1) Казанская государственная медицинская академия 2) ГАУЗ "Городская клиническая больница №7" г.Казани

Тромбозы глубоких вен голени (ТГВ) и тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) до настоящего времени остаются опасным и нередким осложнением послеоперационного периода. В общехирургических стационарах ТЭЛА, как причина послеоперационной летальности, составляет 7,2 – 10%, а в онкологической практике этот показатель достигает 10-20%. Современные протоколы оценки вероятности развития, профилактики и лечения ТГВ и ТЭЛА несут общий характер и регламентируют обязательное применение антикоагулянтов при средней и высокой степени риска развития тромбоэмболических осложнений (ТЭО). Целью работы была оценка тромботических факторов риска развития ТГВ и ТЭЛА среди больных обтурационной толстокишечной непроходимостью. Под наблюдением находилось 129 больных, среди которых мужчин было 68 (52,7%) и женщин 61 (47,3%) в возрасте от 57 до 82 лет. Из них у 112 больных (86,8%) имелась опухолевая толстокишечная непроходимость. У 17 больных (13,2%) имелись доброкачественные заболевания: дивертикулёз толстого кишечника, осложненный инфильтратом (8 пациентов), спаечный процесс брюшной полости (7 больных), инфильтративная форма болезни Крона (2 пациента). Анализ указанной группы больных показал, что лица с обтурационной толстокишечной непроходимостью имеют более трех факторов тромботического риска. Все больные были старше 40 лет, что по современным представлениям считается одним из вероятных факторов венозного тромбоза. Полагают, что в возрасте после 40 лет риск развития тромботических осложнений удваивается каждые 10 лет. Наличие онкологического заболевания сопровождается деструктивными процессами в опухолевой ткани, которые увеличивают поступление в кровоток тромбопластина – наиболее существенного инициатора коагуляционного каскада. Также известно, что интоксикация при толстокишечной непроходимости оказывает неблагоприятное влияние на сосудистый эндотелий, способствуя понижению его антикоагуляционного потенциала. Это также становится важным тромбогенным фактором. Кроме того, наличие вздутия живота при кишечной непроходимости сопровождается нарушением участия брюшной стенки в акте дыхания и снижением эффективности поддержания адекватного механизма функционирования брюшно-кавальной помпы, что наряду с венозно-мышечной помпой нижних конечностей является значимым фактором нормального кровотока в нижней полой вене. Замедление скорости кровотока в нижней полой вене при повышении внутрибрюшного давления у больных кишечной непроходимостью получило название синдрома абдоминальной компрессии. Наши исследования скорости

венозного кровотока с помощью ультразвукового ангиосканирования выявило замедление кровотока в бедренных венах на фоне обтурационной кишечной непроходимости в среднем до 13,6 см/сек тогда, как на фоне разрешившейся кишечной непроходимости в послеоперационном периоде эта скорость составляла 16,5 см/сек. Замедление скорости венозного кровотока считается одним из существенных факторов венозного тромбоза. У 2 больных распространение опухолевого процесса на забрюшинную клетчатку малого таза сопровождалось механическим давлением на подвздошные вены, что было вероятным фактором замедления венозного кровотока и стало причиной ТГВ на одноименной стороне. Важным тромботическим фактором являются и сопутствующие заболевания сердечнососудистой системы. Так, среди наблюдавшихся больных гипертоническая болезнь была отмечена у 87 пациентов, ишемическая болезнь сердца у 52, сердечно-легочная недостаточность у 14, нарушения сердечного ритма у 34. Кроме того, как сопутствующее заболевание, у 11 больных имелась варикозная болезнь нижних конечностей, у 16 больных – хроническая венозная и лимфопенозная недостаточность, посттромбофлебитический синдром был отмечен у 14 пациентов. На фоне указанных сопутствующих заболеваний, как правило, имеются замедление скорости венозного кровотока и тенденция к гиперкоагуляции, что сопровождается увеличением риска развития ТГВ и ТЭЛА. Следует отметить, что продолжительные оперативные вмешательства (более 2 часов), интравазальные манипуляции (катетеризация центральных вен) являются ещё одним из вероятных факторов венозного тромбоза. ТГВ, как осложнение послеоперационного периода, было отмечено у 15 больных, ТЭЛА – у 4 пациентов. В качестве профилактики тромбозов в послеоперационном периоде с 2000 по 2005 год применялся нефракционированный гепарин в суточной дозировке 15000 единиц, а с 2005 по 2010 год использовались низкомолекулярные гепарины (фраксипарин в суточной дозе 0,3 мл). При этом наблюдалось снижение числа ТГВ с 10 до 5 случаев, а ТЭЛА с 3 до 1 случая. В качестве профилактики тромботических осложнений всем больным применялся компрессионный трикотаж на нижние конечности, ранняя активизация в послеоперационном периоде. Таким образом, толстокишечная обтурационная кишечная непроходимость чаще возникает у лиц старше 40 лет, является следствием опухолевого процесса и часто протекает на фоне различных сопутствующих заболеваний сердечнососудистой системы. Наличие интоксикации и повышение внутрибрюшного давления при кишечной непроходимости наряду с продолжительностью оперативного вмешательства и вынужденной гиподинамией послеоперационного периода способствуют повышению риска развития ТГВ и ТЭЛА. Поэтому все пациенты указанной группы нуждаются в проведении профилактики венозных тромбозов, которая по современным представлениям включает применение антикоагулянтов, а также использования немедикаментозных способов (компрессионный трикотаж, активизация больного в послеоперационном периоде).

---

465. Манометрическая оценка нормальных величин давления в сфинктерном аппарате прямой кишки методом комплексной сфинктерометрии.

Шельгин Ю.А., Фоменко О.Ю., Фролов С.А., Титов А.Ю., Алешин Д.В., Белоусова С.В. Россия, Москва.

Москва

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Цель: улучшение качества диагностики больных колопроктологического профиля путем внедрения метода комплексной сфинктерометрии. Актуальность: сфинктерометрический метод оценки запирающего аппарата прямой кишки наиболее актуален как метод первого этапа функциональной диагностики для выявления нарушения держания кишечного содержимого. Метод прост в исполнении и обладает несомненной экономической выгодой, чем и продиктована клиническая потребность в его использовании. На сегодняшний день в России зарегистрированы манометрический сфинктерметр MSM-PROMEDICA (Германия), который определяет давление в покое и при волевом сокращении анальных сфинктеров и комплекс для аноректальной манометрии WPM Solar GI, выполняющий функции сфинктерметра с комплексной оценкой функциональных проб при исследовании мышц тазового дна. Оба прибора работают с использованием неперфузионных анальных датчиков водного наполнения. Материалы и методы: Были обследованы 79 пациентов перед полипэктомией с отсутствием жалоб на недержание кишечного

содержимого и отсутствием операций в аноректальной области в анамнезе. Из них 39(49,4%) женщин, средний возраст  $59 \pm 11,5$  лет; 40(50,6%) мужчин, средний возраст  $57,3 \pm 9,5$  лет. 15 (18,9%) из 79 пациентов после заполнения опросника шкалы Векснера были исключены из исследования, так как имели от 1 до 7 баллов, что клинически проявлялось недержанием газов, при этом сами пациенты не акцентировали внимание доктора на данной проблеме. У 11(13,9%) из 79 больных после опроса выявлены жалобы на затруднения опорожнения, что было подтверждено заполнением шкалы балльной оценки степени нарушения эвакуаторной функции ГНЦК им А.Н. Рыжих и привело к исключению пациентов из группы нормальных величин. Данный факт изменил методику проведения нашего исследования: следующие пациенты анкетировались по двум шкалам. Таким образом, после проведения анкетирования по Кливлендской шкале инконтиненции Векснера и по шкале балльной оценки степени нарушения эвакуаторной функции ГНЦК им А.Н. Рыжих были отобраны для оценки нормальных величин только 53(67,1%) пациента с полипами ободочной кишки. Женщин было 23 (43,4%), средний возраст  $51,4 \pm 11,1$  лет. Мужчин - 30 (56,6%), средний возраст  $65,1 \pm 15,9$  лет. Больные имели по шкале инконтиненции Векснера 0 баллов. Использовали разработанный нами метод комплексной оценки сфинктерного аппарата прямой кишки (комплексная сфинктерометрия) неперфузионным датчиком водного наполнения на приборе WPM Solar GI фирмы MMS, Голландия. На датчик надевался латексный баллончик. Исследование проводилось в положении лежа на левом боку с согнутыми в коленях ногами. Протокол исследования был разработан аналогично Лондонскому протоколу манометрии высокого разрешения. После 3-х минутного привыкания к датчику оценивались: показатели давления в покое – 20 сек.; давление при волевом сокращении анальных сфинктеров (две попытки по 5 сек); кашлевая проба; две пробы с натуживанием по 5 сек. Результаты и заключение: Нормальные величины давления в анальном канале для женщин: в покое - 41-63 мм. рт.ст., максимальное давление сокращения -110-178 мм.рт ст, среднее давления сокращения 88-146 мм, рт ст, максимальное давление при кашлевой пробе 76-126 мм, рт ст. При попытках дефекации уровень снижения давления был до 28-52 мм рт ст (на 19-40%). У мужчин: давление в покое - 43-61 мм. рт. ст., максимальное давление сокращения - 121-227 мм. рт. ст., среднее давления сокращения 106-190 мм. рт. ст., максимальное давление при кашле - 45-175 мм. рт. ст. При попытке натуживания минимальное давление снижалось до 19-43 мм. рт. ст. (на 20-60%). Выводы: 1.Получены нормативные величины давления в анальном канале методом комплексной сфинктерометрии, которые позволяют объективно судить о функциональном состоянии запирающего аппарата прямой кишки. 2. Комплексная сфинктерометрическая оценка позволяет более детально исследовать функциональное состояние мышц тазового дна и анальных сфинктеров.

---

466. Недостаточность анального сфинктера как проблема экстренной хирургии

Муравьев А.В., Линченко В.И., Муравьев К.А.

Ставрополь

СтГМУ

Актуальность: Нарушение функции запирающего аппарата прямой кишки - тяжелый недуг, доставляющий больным много страданий. Среди всех видов недержания наиболее частой формой является посттравматическая, которая составляет 60-80%. Материалы и методы: В отделении колопроктологии МБУЗ «ГКБ №2» г. Ставрополь с 1977 по 2013г. находились на лечении 331 больной с посттравматической недостаточностью анального сфинктера. По виду травмы больные распределились следующим образом. Послеродовой разрыв промежности-228 пациентов, бытовая травма-63, послеоперационная- 27 и огнестрельное ранение -13. По степени недостаточности: I-степень у 20 больных, II-степень у 84 и III – степень у 227 пациентов. Из них только 24 пациента (5,2%) поступили в экстренном порядке. В зависимости от вида травмы сфинктера и сроков с момента повреждения нами разработана схема показаний к выбору метода лечения в экстренной ситуации. Послеродовой разрыв – ПХО с пластикой анального сфинктера, без наложения превентивной колостомы. Бытовая травма- до 24 часов ПХО с пластикой сфинктера, без наложения превентивной колостомы. Позже 24 часов ВХО без пластики сфинктера с наложением колостомы. Огнестрельное ранение прямой кишки с повреждением сфинктера - (вне

зависимости от сроков ранения) ПХО или ВХО без пластики сфинктера с наложением превентивной колостомы.

---

#### 467.БИОЛОГИЧЕСКАЯ СВАРКА МЯГКИХ ТКАНЕЙ В ГЕМОСТАЗЕ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Борота А.В., Гринцов А.Г., Совпель О.В., Шаповалова Ю.А.

Донецк

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького Кафедра общей хирургии №1

В настоящее время проблема посттравматических и интраоперационных кровотечений на органах брюшной полости сохраняет свою актуальность, поскольку одной из главных причин конверсий в лапароскопической хирургии является невозможность создания надежного гемостаза. В настоящее время, не смотря на широкий арсенал гемостатических методик, попытки надежно остановить кровотечение занимают иногда до 85% операционного времени. Представлен анализ использования биологической сварки мягких тканей (БСМТ), как основного метода гемостаза, при лапароскопических оперативных вмешательствах у 723 больных, находившихся на лечении в хирургическом отделении ЦГКБ №1 и ДОКТМО г. Донецка в период с 2005 по 2015 г.г. В исследование были включены больные с желчекаменной болезнью, ГЭРБ, грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, ахалазией кардии, язвенной болезнью желудка, при хирургическом лечении которых лапароскопические технологии являются методом выбора. Среди исследуемых пациентов было 384 (53,1%) женщин и 339 (46,9%) мужчин возрастом от 18 до 78 лет. Средний возраст больных составил 32,6±1,2 лет. Клиническое исследование составили эндовидеохирургические вмешательства, в ходе проведения которых отмечался эпизод интраоперационного кровотечения. Обеспечение гемостаза было решено путем использования сварочной технологии. Разработанный высокочастотный генератор ЭК-300М1 и набор специализированного инструментария позволяет производить сварку тканей на основе дозированной подачи модулированного тока. Учитывая биофизическую концепцию формирования «тканевой пломбы» генератор при наличии специального инструментария позволяет осуществлять гемостаз тканей, в толще которых расположены сосуды среднего и крупного диаметра. За счет применения сварочной технологии значительно сокращаются кровопотери. При этом уменьшается продолжительность операции, значительно упрощается техника. Применение БСМТ в лапароскопической хирургии дает хирургу альтернативу всем существующим стандартным методам лигирования - лигатурам, клипсам, скрепкам, а также электрохирургическим инструментам, ультразвуку и другим энергетическим технологиям. Мало того, технология предполагает отказ от стандартной хирургической методики мобилизации органов, при которой предполагается выделение сосуда среднего и крупного диаметра из окружающих тканей с последующим его лигированием. При применении сварочной технологии достигается значительно меньшее травмирование тканей и отсутствие ожогов, а также исключается поражение ткани в месте сварки, что способствует более быстрому и легкому заживлению ткани прооперированного органа, восстановлению его морфологической структуры и функций. Морфологические исследования убедительно демонстрируют эффективность, надежность и безопасность накладываемого электротермического шва. Новая технология открывает дальнейшие перспективы по усовершенствованию, упрощению и повышению качества выполняемых оперативных вмешательств в лапароскопической хирургии.

---

468.Сравнительный анализ результатов лечения краниоабдоминальной травмы с использованием лапароскопических технологий



Хасанов А.Г., Нуртдинов М.А., Мингажев Р.Р., Рабухин П.П.

Уфа

ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава РФ

Цель исследования. Изучить результаты лечения краниоабдоминальной травмы с применением лапароскопических технологий. Материал исследования. В основу работы положен анализ результатов комплексного лечения 46 больных с краниоабдоминальной травмой (КАТ). Черепно – мозговая травма была 8 и менее баллов по шкале ком Глазго. Все больные были разделены на две клинические группы. В первую группу вошли 26 больных (основная группа), которым лечение абдоминальных повреждений проводилось лапароскопически. Вторую составили – 20 больных (контрольная группа), оперированных традиционно. Среди больных было 35 мужчин (76,1%) и 11 женщин (23,9%). Средний возраст составил  $34,2 \pm 8,9$  года. Основными видами оперативных вмешательств были костно – пластическая и костно – резекционная трепанация черепа с удалением гематомы, а также удаление костных отломков. Больные основной и контрольной групп были рандомизированы по виду оперативного вмешательства (в том числе и на органах брюшной полости) и по возрасту. Показаниями к операции было сдавление головного мозга гематомой. Объем операции включал трепанацию черепа с удалением гематомы. Показаниями для операции на органах брюшной полости были кровотечения из паренхиматозных органов, объем операции сводился к остановке кровотечения. Статистическую обработку полученных данных проводили, используя пакет статистических программ «Statistica v6.0». Результаты. Нами изучены результаты лечения больных основной и контрольной группы. Так, пневмония в основной группе была выявлена у 20 (76,9%) больных, в контрольной у 56 (90,0%) пациентов. Нагноение послеоперационной раны отмечено в  $3,15 \pm 1,5\%$  случаев в основной и в  $6,5 \pm 1,7\%$  - в контрольной группе. Нейротрофические осложнения в основной группе встретились у 3 (11,5%) в контрольной у 5 (25,0%) пациентов. По длительности искусственной вентиляции легких было следующее распределение – в основной группе-  $14,3 \pm 5,6$  суток, в контрольной –  $24,5 \pm 4,6$  суток ( $P \geq 0,05$ ). По длительности пребывания больного в ОРИТ: основная группа -  $24,5 \pm 3,7$  суток, контрольная –  $29,4 \pm 4,5$  суток ( $P \geq 0,05$ ). Длительность пребывания больного в стационаре в основной группе была -  $38,5 \pm 6,5$  суток, в контрольной -  $46,3 \pm 7,2$  суток ( $P \geq 0,05$ ) Таким образом, в основной группе больных получено снижение инфекционных и нейротрофических осложнений, сроков пребывания в отделении реанимации и стационаре, что убедительно свидетельствует о лучших ближайших результатах лечения при применении лапароскопии. Летальный исход был у 7 (26,9%) больных основной группы и у 8 (40,0%) контрольной группы. Умеренная инвалидизация была у 4 (15,4%) основной и у 6 (30,0%) контрольной группы. Тяжелая степень инвалидизации констатирована у 5 (19,9%) человек основной и у 8 (40,0%) пациентов контрольной группы. Таким образом, анализ результатов использования лапароскопии показал, что применение малоинвазивных технологий позволяет интенсифицировать ведение больных с КАТ и является перспективным направлением, обеспечивают высокую медико-социальную и экономическую эффективность.

---

#### 469.ВОЗМОЖНОСТИ ЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Безмозгин Б.Г.(1), Суров Д.А.(2), Бабков О.В.(1), Ястребов И.П.(1), Святненко А.В(1), Мартынова Г.В. (1).

Санкт-Петербург

1)ГБУ СПб НИИ им. И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д.3.2)Военно-медицинская Академия им. С.М. Кирова, кафедра военно-морской хирургии, ул. Ак. Лебедева, дом 6;

Колоректальный рак (КРР) в настоящее время является одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей, занимая третье место в мире в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями. При этом отмечается неуклонный рост заболеваемости раком

данной локализации. Около четверти больных КРР, оперируемых по неотложным показаниям, составляют больные с перитонитом на фоне перфорации опухолей толстой кишки. Далеки от своего полного решения вопросы выбора хирургической тактики у пациентов данной группы, в частности показания к применению программных санационных релапаротомий, их сроков и числа, объема хирургического вмешательства, способов временного закрытия брюшной полости. В качестве одного из способов решения последней проблемы используется метод NPWT (Negative Pressure Wound Therapy). Суть данной методики заключается в формировании отрицательного давления в брюшной полости с последующей непрерывной элиминацией инфицированного экссудата, который является ключевым источником эндогенной интоксикации.

**Материалы и методы.** В исследование включены больные с распространенным перитонитом колоректального генеза, проходившие лечение в 2008-2013 гг. в ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. И.И. Джанелидзе». Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 34 больных за период с 2008 по 2010 гг. С 2011 года в ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. И.И. Джанелидзе» разработана и активно применяется тактика этапных санаций брюшной полости с использованием метода лечения ран отрицательным давлением. С 2011 по 2013 гг. проведен проспективный анализ результатов лечения 32 больных с использованием разработанного лечебно-диагностического алгоритма. В исследование включены пациенты, у которых индекс брюшной полости на момент первичного оперативного вмешательства составлял 13 и более баллов. Таким образом, в основную группу вошли 32 пациента, в контрольную - 34. Средний возраст больных основной группы составил  $78,5 \pm 5,0$  лет, контрольной -  $77,4 \pm 4,5$ . Хирургическая тактика лечения больных обеих групп включала следующие основные компоненты: интенсивная терапия в условиях отделения реанимации, оперативное вмешательство с санацией очага инфекции, декомпрессия желудочно-кишечного тракта. При этом принципиальным различием между обеими группами являлся способ окончания оперативного вмешательства: в контрольной группе выполняли ушивание передней брюшной стенки, а в основной формировали лапаростому методом NPWT. Через 48-72 часа осуществляли этапную санацию брюшной полости. В случаях отсутствия прогрессирования перитонита (индекс брюшной полости менее 10 баллов) операцию заканчивали ушиванием брюшной полости. Результаты. В качестве оценки эффективности разработанного лечебно-диагностического алгоритма использовались следующие критерии: динамика внутрибрюшного давления (ВБД), послеоперационные осложнения и летальность. Мониторинг ВБД показал, что интраабдоминальная гипертензия сохранялась в контрольной группе вплоть до 7-8 суток послеоперационного периода ( $11,3 \pm 2,5$  mm.Hg), в то время как в основной группе нормализация ВБД происходила уже на 1-2 сутки после оперативного лечения, сохраняясь вплоть до 10 суток ( $5,4 \pm 0,8$  mm.Hg),

р

---

#### 470. Электрофизиологическая диагностика ранней послеоперационной кишечной непроходимости

Михайличенко В.Ю., Каракурсаков Н.Э.

Симферополь

1 Медицинская академия имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского» Министерства образования и науки Российской Федерации

Ранняя послеоперационная кишечная непроходимость, развивается в самом стационаре и составляет самостоятельную проблему в связи с особыми трудностями распознавания и выбора оптимальной лечебной тактики. Именно здесь особенно отчетливо проявляется условность выделения динамической и механической природы непроходимости. В этих случаях острая кишечная непроходимость формируется на фоне послеоперационного нарушения моторной функции, выраженность которого сама по себе может существенно индивидуально варьировать. Кроме того, тяжесть и интенсивность развития процесса определяются наличием предшествующего или формирующегося уже в раннем послеоперационном периоде спаечного процесса в брюшной полости. Клинически распознать преимущественное значение механического или динамического компонентов в такой ситуации нелегко, что и приводит нередко к

ошибкам в лечебной практике. При диагностике механической послеоперационной ОКН необходимо подчеркнуть важность «светлого промежутка», который длится после операции 2—3 сут. При парезе и динамической ОКН этого «светлого промежутка» не бывает, поэтому если он есть, то механическую природу ОКН необходимо исключать особенно тщательно. Правда, в ряде случаев и при наличии механического субстрата, если он существовал, до операции или был сформирован во время вмешательства, процесс развивается постепенно, поскольку в нем ведущая роль принадлежит усугубляющемуся динамическому фактору. Следовательно, отсутствие в клинике непроходимости «светлого периода» непосредственно после вмешательства еще не исключает механическую природу послеоперационной ОКН. Главным при диагностике в сомнительной ситуации остается тщательное динамическое наблюдение, включающее контроль за общим состоянием, частотой сердечных сокращений, количеством и характером отделяемого, поступающего из желудка по зонду, физикальные данные, полученные при обследовании живота, а также — динамическую оценку рентгенологических и лабораторных критериев. При этом не следует преувеличивать опасность раннего приема бария через рот для последующей серийной энтерографии. Нами в клинике внедрен электрофизиологический метод дифференциальной диагностики динамической и механической кишечной непроходимости основанный на оценки порога чувствительности и возбудимости толстой кишки. При механической кишечной непроходимости без перитонита, ответная реакция стенки кишки в виде сокращений, всегда выше, чем при динамической кишечной непроходимости. Определены дифференциальные параметры импеданса при различных видах ОКН.

---

#### 471.РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЕЕ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФFUЗНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ

Восканян С.Э., Артемьев А.И., Губарев К.К., Забежинский Д.А., Найденов Е.В., Кольшев И.Ю., Шабалин М.В., Рудаков В.С., Воеводин А.Л., Захлевный А.И., Тимашков Д.А., Гарилюченко Р.Б., Волков А.А.

Москва

ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И.Бурназяна ФМБА России»

Материал и методы. С июня 2010 года по май 2015 года было выполнено 152 трансплантации печени при ее терминальных хронических диффузных поражениях, из них 135 трансплантаций правой доли печени от родственного донора в варианте «adult-to-adult» (1 группа), 17 трансплантаций трупной печени (2 группа), из которых было выполнено 1 сплит-трансплантация печени от трупного донора двум реципиентам. Показаниями к оперативному лечению явились циррозы печени в исходе аутоиммунного гепатита, первичного склерозирующего холангита, вирусных гепатитов, болезни Вильсона-Коновалова, синдрома Бадда-Киари, первичный и вторичный биллиарный цирроз печени, альвеококкоз печени, алиментарный и криптогенный циррозы печени. В 89 случаях (65,9%) при выполнении родственной трансплантации правой доли печени, в связи с особенностями донорской сосудистой анатомии (либо поражением порталных и/или кавальных ворот печени при альвеококкозе) были выполнены «сложные» трансплантации печени, которые потребовали применения нетипичных вариантов реконструкции афферентного и эфферентного венозного кровоснабжения трансплантата, либо реконструкции нижней полой вены. Результаты. Госпитальная летальность среди реципиентов составила 3,3% (5 пациентов), (3,0% после родственной трансплантации правой доли печени (4 пациента); 5,9% после ортотопической трансплантации трупной печени (1 пациент)). Общая частота послеоперационных осложнений среди всех трансплантаций составила 21,0%. Сосудистые осложнения, такие как стеноз анастомоза воротной вены, тромбоз печеночной артерии, тромбоз сегментарных артерий трансплантата, в общей группе реципиентов составили 3,3% (5 пациентов), в 1 группе реципиентов – 3,7%, во 2 группе реципиентов – 0. Частота билиарных осложнений, таких как билломы брюшной полости, наружный желчный свищ, стеноз гепатико-холедохоанастомоза, транзиторное трансдренажное подтекание желчи, среди всех реципиентов составила 13,8% (21 пациент), в 1 группе реципиентов – 12,6% (17 пациентов), во 2 группе реципиентов – 23,5% (4 пациента). Отдаленная выживаемость среди реципиентов составила 1 год – 98%, 2 года – 96,2%, 3 года – 95,4%. Общая частота

осложнений среди доноров составила 11,1% (15 пациентов) и преимущественно была представлена транзиторным трансдренажным подтеканием желчи (grade A, B (ISGLS)). Летальных исходов среди родственных доноров не было. Средний послеоперационный койко-день составил 23,5 (20,5-28,5) суток для реципиентов и 15,5 (10,5-21,5) суток для доноров.

---

#### 472. УСПЕШНАЯ SPLIT-ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ТРУПНОЙ ПЕЧЕНИ ВЗРОСЛЫМ РЕЦИПИЕНТАМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Восканян С.Э., Артемьев А.И., Губарев К.К., Тимашков Д.А., Забежинский Д.А., Кольшев И.Ю., Шабалин М.В., Рудаков В.С., Чучуев Е.С., Исхаги С.Х., Найденов Е.В., Захлевный А.И., Федюнин А.А., Мурашов И.Ю., Червов А.Ю., Гаврилюченко Р.Б., Волков А.А., Бирюко

Москва

ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И.Бурназяна ФМБА России»

26 сентября 2014 года в ФГБУ «ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России» впервые в Российской Федерации выполнена сплит-трансплантация трупной печени двум взрослым пациентам с циррозом печени вирусной этиологии – мужчине, 42 лет (1 реципиент) была трансплантирована правая доля трупной печени, женщине, 48 лет (2 реципиент) была трансплантирована левая доля трупной печени. После эксплантации и консервации донорской печени впервые было выполнено экстракорпоральное (на этапе «back table») ее сплитирование (разделение) с помощью ультразвукового дезинтегратора с отдельным клипированием и лигированием сосудистых коммуникантных структур на две доли – правую и левую. Ввиду сложной внутripеченочной сосудистой анатомии донорской печени экстракорпорально была выполнена сложная полная реконструкция сосудов двух разделенных фрагментов трупной печени. Левая доля донорской печени имела отдельное портальное кровоснабжение 4А сегмента, что потребовало реконструкции данной портальной вены «back table» кондуитом трупной подвздошной вены. Правая доля донорской печени имела независимый венозный отток от 5 сегмента (единственная вена диаметром около 10 мм), что потребовало ее реконструкцию «back table» с использованием комбинированного аутовенозного кондуита из портальной вены реципиента и трупной подвздошной вены. При трансплантации обеих долей донорской печени особенностями формирования гепатикокавальных анастомозов являлись использование широких аутовенозных площадок трупной печени, а также формирование изолированного кавального оттока от 5 сегмента правой доли печени в нижнюю полую вену. При трансплантации левой доли донорской печени было выполнено восстановление портального кровотока в трансплантате путем формирования венозных портальных анастомозов между левой воротной веной трансплантата, воротной веной 4А сегмента трансплантата и бифуркацией воротной вены реципиента. Реконструкция желчных протоков выполнена по типу duct-to-duct. Послеоперационный период протекал без серьезных особенностей. В послеоперационном периоде у реципиента 1 выявлено подтекание желчи в зоне резекции трансплантата с образованием биломы брюшной полости, что привело к ее дренированию с помощью малоинвазивных методик (УЗИ). Реципиент 1 выписан из стационара на 28-е послеоперационные сутки, реципиент 2 выписан на 22-е послеоперационные сутки. Оба пациента находятся в удовлетворительном состоянии, продолжают наблюдение в отдаленном послеоперационном периоде в течение 7 месяцев. Оба пациента получают противовирусную терапию. Заключение. Наш опыт показывает необходимость и перспективность Split-трансплантации печени взрослым реципиентам в условиях дефицита донорских органов, а соблюдение определенных хирургических технологий позволяет выполнять данные сложные вмешательства с достаточной долей безопасности для реципиентов.

#### 473. Закрытая дуоденальная травма

Матигуллин Р.М.(1), Хасанов А.Г.(2), Нуртдинов М.А.(2), Бадретдинов А.Ф.(2) Закиров И.А.(1)

Уфа

Городская клиническая больница №8 г.Уфы (1).Кафедра хирургических болезней Башкирского государственного медицинского университета(2)

Среди закрытых повреждений органов брюшной полости травма двенадцатиперстной кишки (ДПК) занимает особое место, обусловленная своей редкостью, большой травматичностью, развитием тяжелых осложнений у 50-70% оперированных, высокой летальностью (от 30 до 60%) на фоне развившихся осложнений, а при развившейся флегмоне или несостоятельности швов - до100%. В основу данного сообщения положены результаты лечения у 35 больных с закрытые повреждениями ДПК, находившихся на лечении в городской клинической больнице №8, №13 и БСМП г. Уфы за период с 1992 по 2012 г.г. Наиболее частой причиной закрытых повреждений ДПК явилась автодорожная травма (17 чел-48,6%), в результате кататравмы у 6 (17,1%) пострадавших. У 5 (14,3%) больных травма была получена на производстве, у 1 пострадавшего была спортивная травма. У 6 -бытовая травма. Средний возраст поступивших с закрытыми повреждениями ДПК составил  $40,73 \pm 14,0$  лет. Среди пострадавших мужчин было 32 (91,4%),женщин 3(8,6%). В первые 6 часов с момента травмы госпитализированы 19 (54,3%),10(28,6%)– поступили от 6 до 12 часов, 6- доставлены в приемное отделение спустя 12 часов с момента получения травмы в состоянии шока, с четкой картиной разлитого перитонита. В 12(34,3%) случаях травма оказалась изолированной. На долю сочетанных и множественных травм пришлось 23 (65,7%) случаев, которые чаще наблюдались при автодорожных повреждениях. При I степени повреждения с закрытой травмой объем оперативного вмешательства заключается в ревизии полости гематомы, ушивании дефекта стенки ДПК, дренировании зоны повреждения забрюшинного пространства. Все операции завершились назо-гастродуоденальной декомпрессией ДПК. II степень повреждений выявлена у 5(14,3%) пострадавших. В таких случаях целесообразно ушить дефект кишки после иссечения краев 2-х рядными узловыми швами, выключить пассаж по ДПК путем наложения гастро-энтероанастомоза с брауновским соустьем, дренирование желчевыводящих путей, сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки. III степень повреждений ДПК было выявлено у 17 пострадавших. У большинства больных произведено ушивание раны, отключение ДПК путем прошивания пилорического жома аппаратным швом с последующим наложением гастроэнтероанастомоза (ГЭА), дренирование желчевыводящих путей, подпеченочного и забрюшинного пространств. В послеоперационном периоде умерло 8 пострадавших и летальность составила 47,1%. IV степень повреждений ДПК наблюдалась у 10 пострадавших. При повреждении ДПК IV и в сроки с момента повреждения более 6 часов 3 случаях была выполнена дивертикулизация ДПК с разгрузочной еюностомой (стенка ДПК ушивалась двурядным швом), далее выполнялось выключение ДПК с применением аппарата УО-40. Операции завершались ГЭА на выключенной по Ру петле.Летальность при данной степени повреждения составила 50%. Летальные исходы были связаны с несостоятельностью шва (3случая),кровотечением вследствие аррозии сосудов (2 случая).Выводы 1.Объем оперативного вмешательства при закрытой дуоденальной травме должна выбираться индивидуально в зависимости от тяжести повреждения и состояния пострадавшего .2. При повреждениях ДПК 1-11 степени, при поступлении пострадавших первые 6 часов объем операции заключается в ушивании дефекта после иссечения краев поврежденной кишки, обязательной назодуоденальной декомпрессией.

#### 474. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ УСЛОВНО НЕРЕЗКТАБЕЛЬНЫХ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ

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

Восканян С.Э., Артемьев А.И., Забежинский Д.А., Найденов Е.В., Кольшев И.Ю., Шабалин М.В., Чучуев Е.С., Воеводин А.Л., Журбин А.С.

Москва

ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И.Бурназяна ФМБА России»

Цель исследования. Изучить непосредственные результаты оперативного лечения условно нерезектабельных очаговых поражений печени, а также при обширных поражениях печени при альвеококкозе по методике ALLPS (Associated Liver Partition and Portal vein ligation for Staged hepatectomy).  
Материал и методы. В ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И.Бурназяна ФМБА России в период с декабря 2011 года по май 2015 года выполнено 12 резекций печени по методике ALLPS. Показаниями к операции явились множественные метастазы колоректального рака (6 пациентов), альвеококкоз с обширным поражением печени (2 пациента), гепатоцеллюлярная карцинома печени (1 пациент), холангиоцеллюлярная карцинома печени (1 пациент), метастазы нейроэндокринного рака в печени (1 пациент) и метастазы аденокарциномы рака в печень (1 пациент) с малым объемом остаточной доли печени после ее резекции по данным КТ-волюметрии. Методика операции заключалась в том, что во время первого этапа выполнялась расширенная правосторонняя гемигепатэктомия с оставлением 2 и 3 сегментов печени, либо расширенная левосторонняя гемигепатэктомия с оставлением 6 и 7 сегментов печени, с последующей перевязкой долевого воротных вен пораженной доли печени, с сохранением артериального кровоснабжения, венозного оттока крови по печеночным венам, а также желчеотделения с оставлением обеих частей печени в брюшной полости. Во время второго этапа, который проводился через 8-10 дней после увеличения пострезекционного объема непораженной доли печени на 30-40% выполнялось удаление пораженной патологическим процессом доли печени с пересечением питающих ее сосудов. Результаты. На первом этапе средняя длительность операции составила  $380 \pm 120$  минут, средняя кровопотеря составила  $1060 \pm 860$  мл. На втором этапе средняя длительность операции составила  $110 \pm 70$  минут, средняя кровопотеря составила  $570 \pm 320$  мл. Общая частота послеоперационных осложнений составила 58,3%. У 5 пациентов было отмечено подтекание желчи в зоне резекции печени с формированием билом брюшной полости, что потребовало их дренирования под УЗ-контролем. У одного пациента отмечено внутрибрюшное кровотечение с формированием гематомы брюшной полости, что потребовало ее дренирования под УЗ-контролем. У одного пациента в послеоперационном периоде первого этапа развилась острая почечная недостаточность, которая полностью была купирована после второго этапа резекции печени. Уровень трансаминаз в послеоперационном периоде не превышал трехкратных значений. Один пациент погиб в результате тромбоэмболии легочной артерии (8,3%). Длительность послеоперационного пребывания больных в стационаре после второго этапа резекции печени составила 26 (23-31) койко-дней. Заключение. Данная методика оперативного лечения условно нерезектабельных очаговых поражений печени, при малом объеме остаточной доли печени позволяет добиться нужного прироста остаточной доли печени и безопасной для пациента резекции пораженной доли печени.

---

#### 475. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ КИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Бадретдинов А.Ф., Бакиров С.Х., Мусин А.Р., Хасанов А.Г. г.Уфа

Уфа

Городская клиническая больница №8 г.Уфы

Актуальность. Количество больных с кистами и свищами поджелудочной железы в последние годы увеличилось. Наиболее частой причиной кистообразования являются перенесенные деструктивные формы панкреатита, которые осложняются кистами в 30-50%. Возможности развития таких опасных для жизни

осложнений как нагноение кист, кровотечение в полость кисты, перфорация их, являются, по мнению большинства авторов, показанием к оперативному лечению. Несмотря на многообразие оперативных вмешательств при кистах и свищах поджелудочной железы, результаты их не совсем удовлетворяют хирургов: радикальные операции в большинстве своем травматичны, дают высокий процент осложнений, а при паллиативных вмешательствах нередко рецидивы заболевания. Материалы и методы: В клинике хирургических болезней БГМУ на базе ГКБ №8 по поводу кист поджелудочной железы за последние 10 лет оперировано 56 человек (мужчин - 48, женщин - 8). Возраст больных варьировал от 24 до 70 лет. У 30 человек кисты появились после перенесенного деструктивного панкреатита, у 18 они явились осложнением хронического панкреатита, чаще алкогольной этиологии. Травма железы стала причиной образования кист у 7 больных. В трех наблюдениях кисты носили рецидивирующий характер, первая операция у них была произведена в другом лечебном учреждении по поводу нагноения и заключалась в наружном дренировании. По поводу полных и неполных панкреатических свищей госпитализировано 20 человек. Это были мужчины в возрасте от 22 до 53 лет. Причиной образования свищей у 8 больных явился деструктивный панкреатит, у 5 - травма железы с ее поперечным разрывом или пересечением. В трех наблюдениях панкреатический свищ сформировался после вскрытия и дренирования кист железы в связи с их нагноением. Локализация кист была следующей: головка железы - 11, тело - 15, граница головки и тела - 11, хвост - 12, граница тела и хвоста - 11. Кисты первой степени зрелости были выявлены у 16 (28 %) пациента, кисты второй степени зрелости - у 28 (50 %), а кисты третьей степени - у 12 (24 %) пациентов. Наружное дренирование кист произведено у 12 человек, в основном, в экстренном порядке. При сформированных кистах головки железы, сообщающихся с панкреатическим протоком, массивных сращениях прибегали к внутреннему дренированию. Чаще это была цистогэностомия (12 операций) либо цистостомия с выключенной по Ру тощей кишкой, либо с длинной петлей тощей кишки и Брауновским соустьем. При кистах тела и хвоста железы и при цистаденомах осуществляли резекцию части железы с кистой (6 операций). Таким образом с увеличением размера кисты и сроков ее существования возрастает риск развития осложнений. При выборе способа хирургического лечения ложных кист необходимо учитывать степень их зрелости. Больным с кистами первой степени зрелости показано наружное дренирование под контролем УЗИ, при кистах второй степени возможно формирование цистодигестивных анастомозов, при кистах третьей степени необходимо выполнить удаление кисты.

---

476. Хирургическое лечение метастазов колоректального рака в печень.

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Солошенко А.В., Наумов А.В., Сторожилов Д.А.

Белгород

ОГБУЗ БОКБ "Святителя Иоасафа", межрегиональный колопроктологический центр. Кафедра госпитальной хирургии НИУ "БелГУ".

Аннотация. В статье показаны 2 основных метода хирургического лечения больных с метастазами колоректального рака в печень: резекция печени и радиочастотная абляция (РЧА). На материале обследования и лечения 104 больных с метастазами колоректального рака в печень определены критерии резектабельности метастазов, которая не превысила 20%. Оценена частота послеоперационных осложнений, которая составила 3,8%. Показана кумулятивная 1-, 3- и 5-летняя выживаемость после радиочастотной абляции, которая составила 88,6%, 35,3% и 19,5%. Ключевые слова. Резекция печени, радиочастотная абляция, метастаз колоректального рака. Введение. Заболеваемость колоректальным раком в России за 1999-2009 годы увеличилась более чем на 30% и составила 57363 новых случаев в 2009 году. Печень является основной мишенью метастазирования рака прямой и ободочной кишки. У 15-25% больных метастазы в печени имеются к моменту установления диагноза, у 50-75% метастазы выявляются в различные сроки после удаления первичной опухоли. При отсутствии лечения 1-годовая выживаемость подобных пациентов не превышает 7%, при интенсивном лечении (полихимиотерапия) выживаемость больных не превышает 24 месяца. Единственным на сегодняшний день методом, дающим шанс на выздоровление, является полное хирургическое удаление всех вторичных опухолей. Резекция печени

увеличивает продолжительность жизни 35—60% пациентов на 5 лет и 28% на 10 лет. Однако резектабельными являются не более 15% больных. В настоящее время, из-за относительной доступности оборудования, низкой стоимости лечения и незначительного количества осложнений (не более 10%) радиочастотная абляция принята как основной метод локальной деструкции метастазов печени. Частота местных рецидивов или продолженный рост после РЧА, как показали некоторые исследования составила менее 10%, в то время как другие исследования сообщили о местном рецидиве в 47% случаев. При этом РЧА демонстрирует медиану выживаемости 30-35 месяцев и 3-летнюю выживаемость 20-36%. Однако главная задача лечения в онкологии – продление жизни больного. Методика. Радиочастотная абляция выполнялась с помощью аппарата RADIONICS Cool-tip RF и перистальтического насоса для внутреннего охлаждения электродов. Использовали электроды Cool-tip диаметром 1,8 мм и рабочей частью от 1 до 3-х см. с внутренним контуром охлаждения. В зависимости от объема опухоли в течение одной процедуры применяли от 1 до 3 биполярных аппликаторов в режиме контроля сопротивлением и экспозицией от 12 до 15 минут за одну аппликацию. Операцию производили как "открытым" способом, так и под УЗИ навигацией и контролем лапароскопа. РЧА считалась технически успешной, если транзиторная по данным интраоперационного УЗИ гиперэхогенная зона полностью охватывает опухолевый очаг. Резекцию печени выполняли с помощью ультразвукового деструктора-аспиратора CUSA. Основная часть. В основу исследования положен анализ результатов хирургического лечения 104 больных (56 мужчин и 48 женщин в возрасте от 25 до 77 лет) с метастазами колоректального рака в печени, которые находились на лечении в Межрегиональном колопроктологическом центре БОКБ Святителя Иоасафа в период с 2004 по 2013 годы. У всех пациентов диагноз первичной опухоли и метастатического поражения печени был подтвержден морфологически. Первичная опухоль локализовалась в прямой кишке у 40 больных (38,5%), в сигмовидной кишке у 27 больных (26%), в нисходящей ободочной кишке у 7 больных (6,7%), в селезеночном изгибе ободочной кишки у 6 больных (5,8%), в поперечной ободочной кишке у 5 больных (4,8%), в печеночном изгибе ободочной кишки у 5 больных (4,8%), в восходящей ободочной кишке у 8 больных (7,7%) и в слепой кишке у 6 больных (5,8%). У подавляющего числа больных (74%) были умереннодифференцированные формы рака, у 18% больных высокодифференцированная аденокарцинома и у 8% больных выявлен низкодифференцированный рак. Операции на печени выполнялись одновременно с резекцией пораженной кишки у 51 больного. Остальным больным резекция печени или радиочастотная абляция выполнялась в разные сроки после удаления первичной опухоли при отсутствии местного рецидива заболевания. Одиночный метастаз в печени был диагностирован у 63 больных, множественные у 41 больного. Диаметр очагов в печени колебался от 1 до 20 см. По классификации L.Gennari, у 62 пациентов метастатическое поражение печени соответствовало I стадии, у 40 – II стадии и у 2 больных – III стадии. В исследование были включены пациенты со степенью функциональной печеночной недостаточности не ниже класса А по классификации Child-Phue, соматический статус оперированных больных соответствовал 80 – 100% по шкале Karnofsky и менее 2 – по классификации Американской Ассоциации Анестезиологов (ASA). Резекция печени была выполнена 21 пациенту (мужчин 6 и женщин 12) в возрасте от 25 до 73 лет. Показанием для резекции печени были одиночные или множественные унилобарные метастазы. Солитарные метастазы были в 18 случаях, множественные у 3-х больных. Операцию выполняли с помощью ультразвукового деструктора-аспиратора CUSA. Объем оперативного вмешательства распределился следующим образом: левосторонняя гемигепатэктомия — 4, расширенная левосторонняя гемигепатэктомия — 2, правосторонняя гемигепатэктомия — 8, расширенная правосторонняя гемигепатэктомия — 6, резекция II, III и VI сегментов печени — 1. У 6-ти больных с множественными метастазами печени резекция была дополнена радиочастотной абляцией. РЧА выполняли с использованием аппарата RADIONICS Cool-tip RF и перистальтического насоса для внутреннего охлаждения электродов. Использовали электроды Cool-tip диаметром 1,8 мм и рабочей частью от 1 до 3-х см. с внутренним контуром охлаждения. В зависимости от объема опухоли в течение одной процедуры применяли от 1 до 3 аппликаций в режиме контроля сопротивлением и экспозицией от 12 до 15 минут за одну аппликацию. Показанием для РЧА были единичные или множественные, но не более 5 метастазов, диаметром не более 5 см каждый. Всего было пролечено 83 пациента и выполнена абляция 166 узлов в печени. Позиционирование электродов осуществляли тремя способами: с помощью чрескожной транспариетальной пункции метастазов печени под контролем сонографии с поочередным выполнением абляции каждого метастаза (16 больных); во время лапаротомии (у 62 больных, в том числе у 50 больных абляция выполнялась одновременно с удалением первичной опухоли) и под контролем лапароскопа (у 5 больных). После радиочастотной абляции контроль рецидива и опухолевой прогрессии осуществляли с помощью УЗИ, спиральной компьютерной томографии и морфологического подтверждения рецидива при пункции. При оценке эффективности методов учитывали как отдаленные, так и непосредственные результаты лечения. Изучали общую продолжительность жизни. Заключение. Все пациенты выписаны в сроки от 2-х до 16-ти суток после операции в зависимости от объема оперативного вмешательства и используемого доступа. Летальных исходов не было. В раннем



послеоперационном периоде осложнения отмечены у 4-х больных (3,8%). В 1 случае после радиочастотной абляции образовался абсцесс печени, который дренирован под контролем УЗИ. У 2-х больных после правосторонней гемигепатэктомии дренированы биломы поддиафрагмального пространства справа и у 1 больного наблюдался межпечельный абсцесс, который также дренирован под контролем УЗИ. В первый год после РЧА отмечены 4 (4,5%) рецидива метастаза в печени, что в 2-х случаях потребовало резекции печени и у 2-х больных повторной процедуры РЧА. Отдаленные результаты лечения были изучены у 88 больных. Общую продолжительность жизни вычисляли как время от момента включения больного в исследование до смерти по любой причине. Кумулятивная 1-, 3- и 5-летняя выживаемость достигла 88,6%, 35,3% и 19,5%. Проанализировав смертность пациентов в группе до 1 года, выяснилось, что большинство имели II-III стадию по Gennagi. Выводы. Резекция печени является оптимальным методом хирургического лечения больных с метастазами колоректального рака в печень, однако ее возможно выполнить лишь 15-20% больным. Радиочастотная абляция является эффективным способом локальной деструкции метастазов ввиду небольшого количества рецидивов, незначительного числа послеоперационных осложнений, доступности оборудования, низкой стоимости лечения и короткого периода медицинской реабилитации. Она может использоваться как дополнение к резекции печени при множественных метастазах и позволяет достигать отдаленных результатов, сопоставимых с хирургическим лечением.

---

#### 477.КАНЦЕРОМАТОЗ БРЮШИНЫ И ИНДУЦИРОВАННАЯ ГИПЕРТЕРМИЯ.

Китаев А.В.(2), Петров В.П.(1), Зубрицкий В.Ф.(4), Шишло В.К.(3)

Москва

1)Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого, Красногорск. 2)ГКА им. Маймонида, 3) Российская медицинская академия последипломного обучения РАМН4)ФГБОУ ВПО МГУПП, Москва

Основной причиной неэффективности хирургического лечения злокачественных опухолей грудной, брюшной полостей и таза является диссеминация и имплантация раковых клеток по висцеральной и париетальной плевре. брюшине и тканях полости таза в раннем послеоперационном периоде. Цель исследования: оценить структурные изменения при локальном гипертермическом воздействии ( $t_0 > 420\text{C}$ ) в опухолевых и мезотелиальных клетках брюшины с использованием гистохимического и электронно-микроскопического методов. Материалы и методы. В исследование включены 35 человек, находившиеся на лечении в Центральном военном клиническом госпитале им. А.А.Вишневого МО, которым проводили циторедуктивные операции (ЦО) с внутрисплетной гипертермической химиотерапией (ВГХТ). Анализ гистологической структуры опухолей показал, что доля аденокарцином составила более 90%, причем низкодифференцированные, умеренно- и высокодифференцированные аденокарциномы встречались соответственно в 17,1%, 28,8% и 9,5%. Доля муцинозной карциномы и недифференцированного рака составила 33,8% и 5,4% соответственно. Для лечения больных с запущенными формами колоректального рака использовали комплексную методику, включающую в себя циторедуктивные операции и ВГХТ. На основании наших исследований мы установили, что глубина проникновения опухолевых клеток в здоровые ткани зависит от распространенности опухолевого процесса по «этажам» брюшной полости. Сонографические данные показали, что наибольшая глубина пенетрации канцероматозных узлов наблюдается в гипогастральном отделе ( $\geq 10$  мм) и меньшая ( $\leq 5$  мм) – в эпигастральной области. Поэтому, по-нашему мнению, перитонэктомию при наличии канцероматозных очагов в нижнем «этаже» брюшной полости надо проводить обязательно. При исследовании биопсийного материала отмечено, что при использовании метода ВГХТ площадь паренхимы опухолевых клеток уменьшается, а площадь стромы и некроза увеличивается. Следовательно, после проведения ВГХТ уменьшалась наиболее активная часть канцероматозного узла, и она замещалась соединительной и некротической тканью. Кроме того, ВГХТ практически в 2 раза снижает митотическую активность опухолевой ткани. Таким образом, внутрибрюшная гипертермическая химиотерапия приводит к значительным деструктивным изменениям в опухолевой ткани: уменьшается площадь паренхимы и увеличивается площадь стромы и некроза; снижается митотическая

активность; появляются признаки апоптотической дегенерации в ядрах и митохондриях раковых клеток. Митотическая активность клеток опухоли полностью отсутствует на глубине до 3 мм. В более глубоких слоях клеток в 2 раза снижена пролиферативная активность. Индуцированная гипертермия не оказывает деструктивного влияния на клеточные структуры здоровых тканей.

---

#### 478. ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБРЮШИННОЙ ФЛЕГМОНЫ

Матигуллин Р.М.(2), Хасанов А.Г.(1), Бадретдинов А.Ф.(1), Закиров И.А.(2)

г.Уфа

Кафедра хирургических болезней Башкирского государственного медицинского университета (1), Городская больница №8 г.Уфы(2)

Поскольку самым грозным и высоколетальным осложнением при травмах ДПК является забрюшинная флегмона перспективным является применение физических методов лечения при данном осложнении. Клинические исследования с целью определения эффективности профилактики и лечения забрюшинной флегмоны озонированным 5% раствором глюкозы при повреждениях ДПК проведены у 15 больных с травмами ДПК. Интраоперационно и в послеоперационном периоде проводилось лечение с применением 5% озонированного раствора глюкозы. В контрольную группу включены 20 больных которым проводилось общепринятое антибактериальное лечение и дренирование забрюшинной флегмоны. Приготовление раствора производилось ex tempore на аппарате «Медозон» с концентрацией 1мг/л объемом 400мл. В послеоперационном периоде проводилось введение озонированного 5% раствора глюкозы через катетер, установленный во время операции в круглую связку печени или же через отдельный микроиригатор в забрюшинном пространстве. Аспирация содержимого проводилась в режиме постоянной эвакуации через активные дренажи. Для микробиологической оценки эффективности методики озонотерапии забрюшинного пространства была изучена динамика микробного числа выпота забрюшинной клетчатки, взятого во время первой операции и в послеоперационном периоде. На фоне проводимого лечения озонированным 5% раствором глюкозы в послеоперационном периоде при бактериологическом контроле отмечалось снижение высеваемости патогенной флоры Enterobacteriaceae с 66,6% в 1 сутки до 26,6% - на 3 сутки, E coli с 46,6% в 1сутки, до 13,3% - на 3 сутки, Proteus spp. с 29,0% в 1сутки, до 13,3% - на 3 сутки, анаэробы 43,3% в 1 сутки, до 6,6% - на 3 сутки. Учитывая высокий процент осложнений и летальности как в основной так и в контрольной группах, малое число наблюдений, была проведена оценка достоверности неблагоприятного исхода. Данный показатель относительного риска, находящийся в пределах доверительного интервала, говорит о достоверном снижении риска летальности в основной группе при проведении лечения озонированным 5% раствором глюкозы. Показатель снижения абсолютного риска неблагоприятного исхода в исследуемых группах соответствует данным летальности 60 % в контрольной группе и 33,3% в основной группе. Таким образом при наличии имбибии парадуоденальной клетчатки с целью профилактики развития забрюшинной флегмоны и несостоятельности шва ДПК показано применение 5% озонированного раствора глюкозы путем установления активной приточно-отточной системы дренажей. Совмещая положительные свойства озона и кислые буферные свойства 5% раствора глюкозы появится возможность снизить активность протеолитических ферментов и предотвратить развитие аутогенного асептического процесса в забрюшинном пространстве.

---

479. Использование пенных аэрозолей в реконструктивно-восстановительной колоректальной хирургии.

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Рубанченко А.С., Сторожилов Д.А., Ефремов А.Б., Наумов А.В.

Белгород

ОГБУЗ БОКБ "Святителя Иоасафа", межрегиональный колопроктологический центр. Кафедра госпитальной хирургии НИУ "БелГУ".

Актуальность. Проблема несостоятельности толстокишечных анастомозов, возникшая с момента первой успешно проведенной резекции верхней части прямой кишки со сшиванием отрезков кишки циркулярным швом в 1897 году, и в настоящее время сохраняет свою актуальность. Согласно литературным данным, частота несостоятельности швов анастомоза колеблется в широких пределах – от 3,2 до 25,1 % и выше. Необходимо отметить, что, несмотря на внедрение сшивающих техник, использование новых шовных материалов, совершенствование хирургической техники, существенного снижения числа несостоятельности швов анастомозов за последние 30 лет не отмечено. Это особенно актуально при выполнении реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке, потому как в случае развития несостоятельности анастомоза не выполняется основная цель операции — ликвидация колостомы. А само по себе данное осложнение наносит значительный ущерб организму и может привести к летальному исходу. Многочисленные исследования причин несостоятельности швов при выполнении реконструктивно-восстановительных хирургических вмешательств на толстой кишке установили полиэтиологическую природу возникновения этого осложнения. Можно выделить 3 этапа лечения больных с колостомами: I — предоперационная подготовка, II — хирургическая техника, III — послеоперационное ведение больного. Погрешность на каком-либо этапе может привести к развитию несостоятельности анастомоза. Предоперационная подготовка должна начинаться сразу же после ликвидации основного заболевания, по поводу которого была наложена колостома, носить комплексный характер и включать специальную тренировку отключённого отдела толстой кишки. При длительном существовании колостомы развивается воспалительный процесс и атрофия мышц отключённого отдела кишки, которые после восстановления непрерывности кишки не в состоянии обеспечить надёжную перистальтику и продвижение кишечного содержимого. Это приводит к застою в начальной части включённого отдела кишки и опасно в плане несостоятельности швов анастомоза. С целью профилактики этих осложнений нами применяется способ тренировки отключённого отдела толстой кишки пенными аэрозолями (Сульйодовизоль, Гипозоль М, Нитазол, Мирамистин) в течение 1-2 месяцев. Данные препараты, помимо механического воздействия на стенку кишки, обладают противовоспалительными, антибактериальными, регенерирующими свойствами и, следовательно, более надёжному восстановлению моторной функции отключённого отдела. Во время операции должны выполняться следующие условия: хорошая подготовка толстой кишки, отсутствие натяжения между анастомозируемыми участками кишки, адекватное кровоснабжение толстой кишки, минимальная травматизация тканей и соблюдение принципов асептики. Проверка герметичности анастомоза нами проводится с помощью пенных аэрозолей, которые обладают рядом преимуществ перед другими способами: в случае попадания пены в брюшную полость видно место дефекта и сами аэрозоли обладают антимикробным действием. В послеоперационном периоде помимо антибиотикопрофилактики, стимуляции кишечника, использования препаратов, улучшающих реологические свойства крови и препятствующие тромбозу мелких сосудов, необходимо снизить нагрузку на анастомоз, для этой цели в первые дни после операции может использоваться газоотводная трубка. Цель исследования. Разработать алгоритм предоперационной подготовки культи прямой кишки с помощью пенных аэрозолей и обосновать их эффективность для проверки герметичности толстокишечных анастомозов. Материалы и методы. В Белгородском региональном колопроктологическом центре за период с 1996 по 2013 год выполнено 473 реконструктивно-восстановительных операций, из них у 96 больных применялись аппараты АКА-2, ЕЕА, СЕЕА, KYGW с диаметром головки 25-33 мм. Интервал времени, прошедший с момента первой операции до восстановительной, составил от 3 месяцев до 2-х лет. Возраст больных от 18 до 77 лет; женщин - 22%, мужчин — 78%. Особое внимание уделяли состоянию культи прямой кишки. При проведении ректороманоскопии и колоноскопии обращали внимание на состояние слизистой прямой кишки, наличие или отсутствие признаков воспаления, а также на эластичность стенки кишки, способность ее растягиваться при введении в просвет воздуха. «Тренировка» отключенной культи прямой кишки осуществлялась с применением пенных аэрозолей (Сульйодовизоль, Гипозоль М, Нитазол, Мирамистин), которые вводились в просвет культи ежедневно в течение 1-2-х месяцев. При контрольной ректоскопии (колоноскопии) оценивалось состояние слизистой и эластичность стенки кишки. В большинстве случаев такая подготовка имела положительные результаты: купировались воспалительные изменения слизистой кишки, стенка становилась более эластичной. Для проверки герметичности анастомоза мы также использовали пенные аэрозоли. Способ осуществляется следующим образом: после формирования анастомоза поперек толстой

кишки проксимально к линии шва ставят мягкий зажим, толстую кишку через насадку или через надетый катетер ректально заполняют пеной из аэрозольного баллона (йодопираном, йодовидоном или повидонйодом), а далее в течение 2-3 мин наблюдают наличие просачиваемости окрашенной пены через анастомоз. В случае несостоятельности анастомоза мы четко видим место дефекта и при попадании пены в брюшную полость не происходит ее инфицирование. Результаты исследования. Несостоятельность анастомоза после реконструктивно-восстановительной колопластики с формированием сигморектального анастомоза аппаратом возникла у 2-х больных (2,08%), что потребовало повторной операции и наложения стомы. У одного больного несостоятельность анастомоза, приведшая к развитию перитонита и нарастающей полиорганной недостаточности, явилась причиной летального исхода. Заключение. Разработанные принципы подготовки больных к реконструктивно-восстановительным операциям, а также способ проверки герметичности анастомоза пенными аэрозолями, хорошо зарекомендовали себя и с успехом применяются в отделении с 1996 г., однако они требуют дальнейшего совершенствования.

---

#### 480.РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Китаев А.В.(2), Петров П.В. (1), Зубрицкий В.Ф. (3)

Москва

ЦВКГ им А.А.Вишневого(1), ГКА им. Маймонида (2), ФГБОУ ВПО МГУПП(3), Москва

В основу наших разработок положен принцип интраоперационной антибластики, обуславливающий снижение уровня обсемененности внутрибрюшного пространства опухолевыми агентами и уменьшение абсолютного числа митозов раковых клеток. В исследование включено 859 пациентов, находившихся на лечении в колопроктологическом центре госпиталя с апреля 1996 по 2010годы. Мужчин было - 60,0%, женщин - 40,0%. Из них пациентов старше 60 лет было около 56%. Исследуемый контингент больных был распределен на 4 группы по видам оперативных вмешательств: I группа - 264 человека (30,7%) - радикальные операции с применением метода внутрибрюшной гипертермической химиотерапии (ВГХТ); II группа - 76 человек (8,5%) - циторедуктивные оперативные вмешательства также с использованием ВГХТ; III группа - 346 человек (40,3%) - радикальные операции без гипертермической химиотерапии и IV группа - 173 человек (20,1 %) - циторедуктивные операции также без применения ВГХТ. Группы больных сопоставимы по распространенности опухолевого процесса, возрасту и полу. Из 859 больных у 610 выполнены радикальные операции, в том числе у 264 (I группа) с применением ВГХТ. 249 пациентам проведены циторедуктивные оперативные вмешательства, в то числе 76 (II группа) с применением ВГХТ. Послеоперационная летальность составила 94(11,0%), из них в I группе радикальных операций с ВГХТ – 12(4,5%), во II группе циторедуктивных операций также с ВГХТ– 8(10,5%), в III группе радикальных операций без ВГХТ – 44(12,7%) и в IV группе циторедуктивных операций также без ВГХТ 26(15,6%). Анализ отдаленных результатов лечения показал, что рецидив колоректального рака в течение 3-х лет во всех группах диагностирован у 128 человек. В I группе (радикальные операции с ВГХТ) до 14 месяцев рецидив не был отмечен. В сроки от 14 до 36 месяцев рецидив развился у 46(17,4%) больных, в виде внебрюшинных метастазов рака. Следует отметить, что канцероматоз брюшины ни у одного из этих пациентов не был зафиксирован. Во II группе (циторедуктивные операции с ВГХТ) рецидивы начали наблюдаться после 6 месяцев. Всего они были у 294 пациента (54%), все эти больные оперированы повторно. Срок возникновения рецидивов колебался от 6 до 30 месяцев. При этом 16 больным были выполнены повторные циторедуктивные операции с использованием ВГХТ, а 5 больным такие операции были проведены трижды, а двум пациенткам - семикратно. При повторных оперативных вмешательствах мы отметили три важные особенности: Первая: новые очаги рака были единичные, небольших размеров; Вторая: оставленные при ранее выполненных операциях по разным причинам очаги канцероматоза размерами до 5 мм (при муцинозных аденокарциномах до 10 мм) полностью регрессировали и были замещены рубцовой тканью; Третья: в брюшной полости мы не наблюдали спаечного процесса. В III группе (радикальных операций без ВГХТ) прогрессирование заболевания наблюдалось у 84,9% пациентов, при этом у 145 (42%) из них обнаружен канцероматоз брюшины. В IV контрольной группе (циторедуктивные

операции без ВГХТ) рецидив диагностирован у 158 (89,7% случаев. Рецидивы возникали в сроки от 3 до 24 месяцев. Анализ продолжительности жизни показал, что фактическая 5-летняя выживаемость при проведении радикальных оперативных вмешательств с использованием гипертермической химиотерапии в I группе составила 66,5%, что в 6,9 раза превышает показатели контрольной III группы (9,7%). А при проведении циторедуктивных операций 5-летняя продолжительность жизни во II группе больных (с ВГХТ) составила почти 22%, что в 2,4 раза выше чем в IV группе (без ВГХТ) - 9,1%. Кроме фактической выживаемости пациентов мы использовали и методику оценки актуаральной выживаемости. Расчеты актуаральной выживаемости выполнены по Cutler-Ederer (1958), а также по методике С.М.Волкова (1998), которая широко применяется онкологическом научном центре им Н.Н. Блохина. На основании данных актуаральной выживаемости нами были получены следующие показатели для исследуемых и контрольных групп. У больных, которым были выполнены радикальные операции 5-летняя актуаральная выживаемость составила: в I группе с ВГХТ - 55,0%, в III группе без ВГХТ - 5,4%. У больных, перенесших циторедуктивные операции, 5-летняя теоретическая выживаемость была следующей: во II группе с ВГХТ - 40,3%, в IV группе только 6,1%. Достоверность показателей подтверждена Лог ранк тестом (Log rank test). Сравнительный анализ фактической и актуаральной выживаемости показал, что показатели 5-летней выживаемости при проведении радикальных оперативных вмешательств с использованием внутрибрюшной гипертермической химиотерапии (I группа) в 6,9 раза превышают показатели контрольной группы (III группа), а при проведении циторедуктивных операций - в 2,4 раза (II и IV группы). Применение внутрибрюшной гипертермической химиотерапией увеличивает безрецидивный период в среднем в 2 раза. Вывод: Таким образом, метод внутрибрюшной гипертермической химиотерапии обладает высокой клинической эффективностью и способствует увеличению безрецидивного периода и продолжительности жизни пациентов.

---

#### 481. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАКСАВИТАРА В ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНЫХ И ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Китаев А.В. (1,2,3), Айрапетян А.Т.(2), Раскатова Е.В (3)

Москва

1) ООО «Научно-производственное объединение «Инновационные клеточные технологии» г. Москва. 2) Государственная классическая академия им. Маймонида, Москва. 3) ГБУЗ МО НЦРБ, г. Ногинск, МО.

Послеоперационные кишечные свищи могут возникнуть после любых хирургических вмешательств на органах брюшной полости. Эта группа осложнений имеет в настоящее время наибольшее практическое значение. Процент послеоперационных свищей среди всех кишечных свищей составляет 66,9% (Грицман Ю. Я., 1972). Наиболее часто кишечные свищи возникают после аппендэктомии. На 6-м Всероссийском съезде хирургов отмечено наличие значительного числа наблюдений наружных кишечных свищей аппендикулярного происхождения, что может быть расценено как свидетельство неадекватного использования тампонов, длительного нахождения дренажных трубок из малосовместимых с биологическими тканями материалов и погрешностей хирургической техники. Т. Н. Богницкая (1977) выделяет две ведущие причины: первая — наличие в брюшной полости к моменту операции гнойно-воспалительного процесса, вызванного либо нарушением кровообращения в кишечной стенке, либо воспалительным процессом в ней; вторая — тактические и технические ошибки, допускаемые как при хирургическом вмешательстве, так и в ведении пациентов в послеоперационном периоде. Цель исследования: оценить эффективность концентрированной композиционной среды «Лаксавитар» в лечении кишечных и параректальных свищей. Материалы и методы: Мы располагаем опытом успешного лечения несформированных кишечных свищей аппендикулярного происхождения у 11 пациентов, тонко- и толстокишечных свищей у 12, а также радикальных оперативных вмешательств по поводу экстрасфинктерных свищей прямой кишки IV степени сложности у 14 человек. Возраст пациентов варьировал от 23 до 56 лет. После санации ран и формирования грануляционного вала проводили обкалывание раствором препарата Лаксавитар инсулиновым шприцем под грануляционный вал по ходу

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

формирующегося наружного свищевого хода в дозе 0,1-0,4 мл на 2,0см<sup>2</sup> поверхности раны, формирующийся свищевой ход рыхло тампонируют фибриновой губкой, пропитанной раствором Лаксавитара. Обкалывание ран проводили с интервалом в 3-7 суток. Во всех случаях наступила полная облитерация раневых поверхностей и ликвидация свищевых ходов. Сроки заживления составили в зависимости от размеров ран от 21 до 36 суток. Кроме того, мы применяли обкалывание ран промежности при радикальных оперативных вмешательствах по поводу экстрасфинктерных свищей прямой кишки. После иссечения свищевых ходов и ликвидации первичного гнойного хода и внутреннего отверстия свища хода, мы также проводили обкалывание раствором препарата Лаксавитар инсулиновым шприцем в дозе 0,1мл на 2,0 – 3,0см<sup>2</sup> поверхности операционной раны. Во всех случаях наступило заживление ран. При наблюдении за пациентами в течение трёх лет рецидивов свищей не отмечено. Заключение: Препарат Лаксавитар является высокоэффективным биостимулятором репаративных процессов в тканях организма человека.

---

#### 482. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Китаев А.В.(1), Зубрицкий В.Ф.(3), Кахцян Х.С.(1), Вихрев С.В.(1), Костиков Ю. А.(2), Воронова Е. И.(2)

Москва

1)ГКА им. Маймонида, Москва, 2)МАТИ—РГТУ им. К. Э. Циолковского, Москва.3) ФГБОУ ВПО МГУПП, Москва

Работа посвящена использованию статистических моделей прогнозирования переносимости оперативных вмешательств с применением внутриполостной гипертермической химиотерапии (ВГХТ) и разработке на их основе компьютерной системы поддержки принятия решений по определению показаний и противопоказаний к выполнению и переносимости операций у больных злокачественными новообразованиями на основании объективных данных показателей гомеостаза пациента. Данная методика позволяет с достаточно высокой точностью спрогнозировать переносимость планируемого оперативного вмешательства, длительность безрецидивного периода, срок и качество жизни пациентов в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах. Повышение эффективности лечения больных, страдающих злокачественными новообразованиями органов брюшной полости и таза, является одной из приоритетных задач современного здравоохранения. Определение значимости различных показателей иммунитета, клинических и биологических показателей гомеостаза и прогнозирования течения раковой болезни человека позволит существенно уменьшить долю поздно диагностируемых рецидивов заболевания. В последнее время наблюдается активизация научных исследований по поиску методик комплексной циторедуктивной хирургии и применение цитостатических препаратов, а также физических методов лечения, одним из которых является интраоперационная локальная гипертермическая химиотерапия. С помощью статистических методов была изучена степень влияния ВГХТ на параметры иммунитета и получена оценка характера иммунологических изменений при различных видах оперативного вмешательства. Методами бинарной логистической регрессии и дискриминантного анализа был рассчитан прогноз переносимости операции – вероятность выживания пациента. На основе метода множественной регрессии были получены алгоритмы расчета продолжительности жизни пациентов после операции и длительность безрецидивного периода. Исследования, основанные на факторном анализе, показали, что основными факторами, влияющими на прогноз безрецидивного периода и срока жизни являются морфологическая структура опухоли, объем циторедукции, суммарные показатели иммунитета и онкомаркеров. Перитонеальный индекс рака, пол и возраст пациента не оказывают существенного влияния на эти показатели. Таким образом, внедрение в лечебную практику предлагаемых компьютерных систем и статистических моделей прогнозирования позволяет лечащим врачам объективно оценить показатели гомеостаза, переносимость планируемых оперативных вмешательств, более точно прогнозировать течение раковой болезни и вероятность развития рецидива заболевания, а также продолжительность и качество жизни пациентов.

#### 483.МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОНКОМАРКЕРЫ ПРИ РЕЦИДИВАХ РАКА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Китаев А.В.(1), Зубрицкий В.Ф.(3), Шарاپов Г.Н.(1), Айрапетян А.Т.(1), Быховец И.В.(1), Гасанов А.Г.(1)

Москва

1) ГКА им. Маймонида, Москва 2) Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого, г. Красногорск, 3) ФГБОУ ВПО МГУПП, Москва

Задача исследования: изучить изменения уровня молекулярно-биологических маркеров РЭА, СА 19-9, щелочной фосфатазы и их прогностическую значимость при хирургическом лечении злокачественных новообразований брюшной полости. Клинический материал охватывает исследование, проведенное в 1996-2011 годах 175 пациентам, находившимся на лечении в ЦВКГ им. А.А.Вишневого МО РФ по поводу распространенного колоректального рака. В процессе исследований мы изучали уровень молекулярно-биологических онкомаркеров в сыворотке крови пациентов - раково-эмбионального антигена (РЭА), карбогидратного ракового антигена 19-9 (СА 19-9) и вторичного онкомаркера (неспецифического характера) щелочной фосфатазы (ЩФ) в предоперационный период и через 1, 3, 6 и 12 месяцев после хирургического лечения. Все исследуемые больные были объединены в группы по следующим признакам: Группа I - 40 человек (22,8 %), радикальные операции (РО) с применением метода внутрибрюшной гипертермической химиотерапии (ВГХТ); Группа II - 42 человек (24,1%), циторедуктивные вмешательства (ЦО), с использованием ВГХТ; Группа III - 45 человек (25,7%), которым были проведены (РО) без применения ВГХТ. Группа IV - 48 человек (27,4 %) (ЦО) без применения ВГХТ. Проводя анализ содержания СА- 19-9 в сыворотке крови, нам не удалось найти статистически значимое подтверждение зависимости между объемом опухолевой массы и количественным уровнем маркера в крови. Изменения РЭА мы наблюдали у 65,3% пациентов IV группы за 3-9 месяцев до клинической манифестации симптомов рецидива, что является достаточно высоким прогностическим критерием в выборе дальнейшей тактики лечения и основанием для проведения повторных «second look» операций. Динамика изменений показателей РЭА во II и IV группах пациентов после ЦО отличалась от аналогичных показателей в I и в III группах: так, через месяц после проведения оперативного вмешательства уровень маркера в крови у пациентов II группы составил  $4,2 \pm 2,2$  нм/мл, что в 15 раз ниже, по сравнению с исходными значениями до начала лечения. У больных IV группы значение  $\Sigma \text{tag}$  в данный период времени составило  $9,3 \pm 3,1$  нм/мл. В дальнейшем мы наблюдали достоверное снижение показателей у пациентов II группы в течение всего исследуемого периода. Указанные данные свидетельствуют в пользу ЦО, выполненных с применением ВГХТ. Низкие уровни РЭА подтверждают наличие факта длительной и стойкой стабилизации патологического процесса. У 21 пациента (45,7%) II группы отмечали повышение уровня РЭА, что свидетельствовало о рецидиве (как правило, канцероматозе брюшины) рака и необходимости выполнения повторных ЦО. Вместе с тем, проведенное нами ранговое распределение маркеров по уровню диагностической значимости показало, что концентрация в крови СА- 19-9 по своим диагностическим возможностям стоит на втором месте по важности после РЭА. Следует отметить, что видимые изменения канцероматоза и рецидивов заболевания, выявляемые при компьютерной томографии нами отмечены на 5-7 месяцев позже, в сравнении с молекулярно-биологическими маркерами. Таким образом, рассмотренные клинико-лабораторные аспекты диагностики ранних и поздних рецидивов рака у исследуемого контингента, позволили сделать вывод о высокой диагностической значимости онкомаркеров – РЭА, СА-19-9, также фермента ЩФ в определении дальнейшей тактики в комплексном лечении раковой болезни пациентов.

---

#### 484.МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШИНЫ

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

Китаев А.В.(1), Айрапетян А.Т.(1), Зубрицкий В.Ф.(3), Вихрев С.В.(4), Гасанов А.Г.(1), Раскатова Е.В. (2)

Москва

1) Кафедра госпитальной хирургии ГКА им. Маймонида, г Москва.2) ГБУЗ МО «НЦРБ», г Ногинск3) ФГБОУ ВПО МГУПП, г Москва4) ФГМУ «Медицинский центр при Спецстрое России», Москва

Низкий процент адгезивных процессов либо полное их отсутствие в брюшной полости мы наблюдали при выполнении повторных оперативных вмешательств по поводу злокачественных новообразований ЖКТ с применением внутриполостной гипертермической химиотерапии (ВГХТ). Опыта применения 5-фторурацила (5 –FU) для уменьшения адгезивных процессов в брюшной полости в доступной литературе нами не найдено, но имеются сообщения об успешном применении 5 –FU для уменьшения процессов рубцевания в офтальмологии, нейрохирургии и пластической хирургии. Цель исследования: провести ретроспективный анализ антиадгезивного действия 5-FU при операциях на органах брюшной полости по поводу злокачественных новообразований с применением в раннем послеоперационном периоде локальной пролонгированной внутрибрюшной химиотерапии (ЛПВХ). Материал и методы: В исследование включены 145 пациентов, оперированных ранее по поводу различных заболеваний органов брюшной полости и малого таза. Мужчин было – 74 (51,1%), женщин – 71 (48,9%). Все пациенты были разделены на 4 группы: группа I - 34(23,5%) человека, составили пациенты, которым были проведены операции с применением метода ЛПВХ (5 – FU), и в последующем выполнялись повторные циторедуктивные операции (Second look-1,2,3 и более), во время которых кроме распространенности злокачественного процесса оценивался также качественный и количественный характер спайкообразования; группа II - 28(19,3%) пациентов, которым были проведены операции с применением метода ЛПВХ 5 – FU однократно, группа III - 33(22,7%) пациента, которым после радикальных и циторедуктивных операции без ЛПВХ 5 – FU выполнялись повторные операции. Группа IV - 50 (34,5%) пациентов, которым были проведены повторные операции без применения метода ЛПВХ 5 – FU однократно. В возрасте 20-28 лет 3 человек (2,1%), 30-39 лет было – 11 человек (7,6%), 40-49 лет – 19 человека (13,1%), 50-59 лет – 45 человек (31,0%); 60-69 лет – 41 пациента (28,3% ), старше 70 лет - 26 человек (17,9%). Всем пациентам опытных групп в послеоперационном периоде от 1 до 5 суток проводилась ЛПВХ раствором 5 – FU по разработанной нами методике. Нами отмечено отсутствие спаечных процессов на висцеральной и париетальной брюшине, и, кроме того, полная репарация париетальной брюшины после перитонэктомии в I группе, несмотря на кратность выполняемых оперативных вмешательств. При обследовании I и II групп в отдаленном послеоперационном периоде у всех пациентов также отмечено отсутствие признаков адгезиогенеза в брюшной полости. У больных без применения ЛПВХ (5 –FU) признаки спаечной болезни брюшины наблюдали в 56% случаев. Результаты и обсуждение: таким образом, кроме основного противоопухолевого свойства ЛПВХ выявлен и достоверно подтвержден противовоспалительный эффект р-ра 5-FU. Выводы: таким образом, помимо основного цитостатического эффекта, инстилляцией внутрибрюшинно достаточного объема раствора 5-FU является эффективным методом профилактики и лечения спаечной болезни брюшины.

---

#### 485. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ТАЗА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ

КИТАЕВ А. В.(2), СТОЛЯРЖ А. Б.(1), АЙРАПЕТАН А.Т.(2), МУСЛИМОВ М.И.(2), МУСЛИМОВ В.И.(2)

Москва

1) Центральный военный клинический госпиталь им. А. А. Вишневого,2) Кафедра госпитальной хирургии ГКА им. Маймонида, Москва

Повреждения прямой кишки относятся к категории крайне тяжёлых ранений, а их лечение - одно из самых трудоемких. Это обусловлено целым рядом особенностей, характерных для огнестрельных ранений таза с



повреждением прямой кишки. Часто подобные ранения возникают при минновзрывных травмах, сопровождающихся обширными разрушениями прямой кишки, тяжёлым шоком и массивной кровопотерей, трудностью и сложностью диагностики и выбора метода оперативного вмешательства, грозными осложнениями и высокой летальностью, достигающей 41,9 – 43,9%. Нередко, в итоге окончательного лечения эти раненые они остаются с различными видами колостом. Часто восстановление непрерывности толстой кишки невозможно выполнить из-за обширного не заживающего дефекта прямой кишки и остеомиелита костей таза. Поэтому закрытие подобных дефектов внебрюшинного отдела прямой кишки является сложной и актуальной задачей в целях реабилитации раненых как физически, так и социально. Материалы и методы: В нашем госпитале находилось на лечении 72 раненых с повреждением толстой кишки, из них 23 с повреждением прямой кишки: в том числе 16 - с внебрюшинным и 7 - с внутрибрюшинным. Одним из эффективных методов, позволяющих добиться положительного результата в лечении данной категории раненых, является мышечная пластика раневых дефектов прямой кишки и таза. С этой целью используется пластика ягодичной мышцей или нежной мышцей бедра. Мы имеем опыт успешного лечения 7 пациентов с обширными огнестрельными повреждениями прямой кишки с применением вышеназванной техники. Клинический пример: Военнослужащий М., 23 лет в ходе боевых действий в 2002г получил сквозное пулевое проникающее ранение живота и таза с повреждением тонкой и прямой кишок; огнестрельный дырчатый перелом 2-3 крестцовых позвонков, контузию крестцового нервного сплетения. Через 38 дней после ранения выполнена операция: Некресекевстрэктомиа. Транспозиция фрагмента правой большой ягодичной мышцы в позицию дефекта тканей крестца и пресакрального пространства с тампонадой раны прямой кишки. Рана ушита наглухо с оставлением силиконовых дренажей в ложе мобилизованной части ягодичной мышцы и пресакральном пространстве. Послеоперационный период протекал без осложнений. Через 4 месяца после представленной пластической операции раненому выполнен заключительный этап хирургического лечения - реконструктивно-восстановительная операция по восстановлению непрерывности толстой кишки с наложением аппаратного сигмо-ректоанастомоза конец в бок. Заключение. Таким образом, создание хорошо кровоснабжаемой «мышечной прокладки» снижает риск функциональных осложнений, активизирует репаративные процессы в тканях и позволяет сохранить такой функционально важный орган, как прямая кишка. И в целом полностью физически и социально реабилитировать раненого и вернуть его к активной, полноценной жизни.

---

#### 486. РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ НИЗКИХ ЧРЕЗБРЮШНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ И ЭКСТИРПАЦИЯХ ПРЯМОЙ КИШКИ

Китаев А.В.(1), Айрапетян А. Т.(1), Зубрицкий В.Ф.(2), Муслимов М.И.(1), Муслимов В.И.(1)

Москва

1)Кафедра госпитальной хирургии ГКА им. Маймонида,, Москва2)ФГБОУ ВПО МГУПП,Москва

Проблема качества жизни и социальной реабилитации после низкой чрезбрюшной резекции и экстирпаций прямой кишки в настоящее время не теряет актуальность. Кроме этого огромную роль при утрате резервуарной функции прямой кишки играют нарушения психоэмоционального статуса не только пациентов, но и их близких. В настоящее время литературе описано достаточно много методик формирования кишечных резервуаров при низких резекциях прямой кишки (Ривкин В.Л. и соавт. 2004.), однако, их не всегда возможно применить из-за технических сложностей их выполнения, необходимости использования большого участка низводимой в полость малого таза ободочной или тонкой кишки. Цель исследования. Разработать и обосновать новую технически доступную техно-логию формирования толстокишечного резервуара и запирающего аппарата низведённой в промежность толстой кишки. Задачи исследования. Улучшить функциональные результаты хирургического лечения рака прямой кишки. Оценить функциональную способность вновь сформированного кишечного резервуара и его неосфинктера. Материал и методы. Всего обследовано 15 больных, оперированных по поводу рака средне- и нижнеампулярного отделов прямой кишки с 2004 по 2011 г. 8 из них выполнена низкая чрезбрюшная резекция, 7 - брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. Все операции выполнялись с тотальной

мезоректумэктомией. При чрезбрюшных резекциях накладывались аппаратные (циркулярный степлер “СДН – 33”) анастомозы «конец в конец». В 4-х случаях операция дополнялась наложением превентивной трансверзостомы, в одном - илеостомы по Торнболлу. Экстирпации прямой кишки заканчивались формированием промежностной стомы с формированием неосфинктера из серозно-мышечной оболочки, низведённой в промежностную рану ободочной кишки путем создания двойного её инвагината. Методика формирования резервуара заключалась в продольном рассечении толстой кишки по противобрыжечной тени, отступив 3 - 5 см от анастомоза (верхнего края неосфинктера), с последующим ушиванием образованной раны в поперечном направлении двухрядными узловыми швами. В послеоперационном периоде осложнений, связанных с несостоятельностью швов в области анастомоза и в зоне формирования резервуара не отмечалось. Исследование резервуарной функции проводилось с помощью ирригографии, дефекографии, балонной проктографии. Результаты. Через год было проведено обследование пациентов. Чрезбрюшная резекция прямой кишки: у 3 человек самостоятельный стул был 2-3 раза в сутки, у 5 – требовалось применение очистительных клизм 1 раз в 2-3 дня. Брюшно-промежностная экстирпация: у 4 пациентов управляемый стул был 2-3 раза в сутки, у 2 – требовалось применение очистительных клизм 2-3 раза в неделю, у одного пациента-мужчины в последующем наложена двустольная трансверзостома. Выводы. При применении нашей методики формирования толстокишечного резервуара и создание неосфинктера из серозно-мышечной оболочки дистальной культы низведённой в промежность ободочной кишки отмечается достоверное снижение проявления синдрома «низкой резекции», а также позволяет значительно улучшить социальную реабилитацию пациентов и качество их жизни.

---

#### 487.МОДЕЛИРОВАНИЕ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШИНЫ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Китаев А. В.(1), Айрапетян А.Т.(1), Турлай Д. М. (2), Гасанов А.Г.(2), Раскатова Е.В.(3)

Москва

1) Кафедра госпитальной хирургии ГКА им. Маймонида 2) Медицинский центр при Спецстрое России 3) ГБУЗ МО «НЦРБ»

Спаечная болезнь брюшины (СББ) – широко известное и часто встречаемое тяжелое заболевание, как правило, у пациентов молодого и трудоспособного возраста, стремящихся вести активный образ жизни. Актуальность спаечной болезни брюшины в настоящее время уже ни у кого не вызывает сомнений. Эта проблема по-прежнему постоянно привлекает внимание хирургов, кардинального ее решения, несмотря на усилия современной науки и техники, до сих пор не найдено. По нашему мнению, поиск методов профилактики и лечения СББ должен быть направлен на патогенетические механизмы адгезивных процессов. Цель. Изучить антиадгезивные свойства 5-FU при формировании спаечного процесса органов брюшной полости у лабораторных животных. Материалы и методы исследования. Работа выполнена на 60 взрослых белых крысах линии Vistar, весом 200-240г. Все животные были разделены на 5 групп. Первая группа (10 крыс): интактный контроль. 50-ти животным под эфирным наркозом проводилась срединная лапаротомия. СББ моделировалась несколькими способами: 1 группа (10 крыс) иссечением париетальной брюшины передней брюшной стенки, 2. обработка париетальной и висцеральной брюшины 96% р-ром этилового спирта, 3. высушивание воздухом при температуре 240 260С в течение 10мин. тонкой и толстой кишок, 4,5 комбинация указанных способов. Рана брюшной стенки ушивалась наглухо. Животным трех опытных групп (по 10 крыс в каждой) во время операции с 1 по 5 сутки в послеоперационном периоде внутрибрюшинно вводилось 5мл 5% раствора глюкозы с 5-FU из расчета 0,5г/м<sup>2</sup> поверхности тела. В первой группе раствор вводился только интраоперационно, второй группе интраоперационно и на 1,2 сутки, третьей группе интраоперационно 1-5-е сутки после операции. 20 животных – контрольная группа (5 FU не вводился). Отмечена летальность в контрольной группе (6 крысы – 4, 7,12сутки), при аутопсии причина смерти: спаечная кишечная непроходимость, перитонит. На втором этапе, через 14 суток, производилась релапаротомия и разделение спаек с использованием микрохирургической техники под увеличением операционного микроскопа (ОМ-2) различными способами. Распространенность спаечного процесса

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

оценивалось по этажам брюшной полости. В контрольной группе обнаружен спаечный процесс у всех животных, разной степени выраженности с деформацией брыжейки у 40% крыс. В 1-й опытной группе спаечный процесс с деформацией брыжейки тонкой кишки развился у 40% крыс. Во 2-й опытная группа – отмечены единичные межкишечные спайки и деформация брыжейки тонкой кишки у 40% крыс. 3-я опытная гр. – то же только у двух крыс (20%). Также оценивался неоангиогенез в брюшине у оперированных крыс, отмечена минимальная инъецированность висцеральной и париетальной брюшины сосудами у 2-й и 3-й группы. 28 крыс с выявленным спаечным процессом взяты на 2-й этап исследования. 14 крыс – оперированный контроль (после релапаротомии и адгезиолизиса). Другие 14 крыс – опытная группа, которой произведена процедура внутрибрюшинного введения 5мл раствора 5% глюкозы с 5-FU из расчета 0,5г/м<sup>2</sup> поверхности тела интраоперационно и в послеоперационном периоде на протяжении 1-4суток. Животные выводились из эксперимента на 28 сутки путем передозировки эфирного наркоза и подвергались аутопсии. Выраженность спаечного процесса оценивалась визуально. У всех животных контрольной группы выявлен спаечный процесс разной степени выраженности. В опытной серии СПБП был наименее выраженным, отмечена только видимая умеренная деформация брыжейки. Результат. Таким образом, обнаружен статистически достоверный противоспаечный эффект 5-FU в опытных группах, при 3-х - 5-ти кратном введении раствора (р

---

#### 488.СЛОЖНЫЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО РОДСТВЕННОГО ДОНОРА – ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ

Восканян С.Э., Артемьев А.И., Забежинский Д.А., Найденов Е.В., Колышев И.Ю., Шабалин М.В., Рудаков В.С., Исхаги С.Х., Воеводин А.Л., Щербин В.В., Чучуев Е.С.

Москва

ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И.Бурназяна ФМБА России»

Материалы и методы. С июня 2010 года по май 2015 года в Центре хирургии и трансплантологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И.Бурназяна было выполнено 135 трансплантаций печени от живого близкородственного донора в варианте «adult-to-adult». В 89 случаях (65,9%) в связи с анатомическими особенностями печени доноров, либо поражением портальных и/или кавальных ворот печени при альвеококкозе, которые потребовали применения нетипичных вариантов реконструкции афферентного и эфферентного венозного кровоснабжения трансплантата, либо реконструкции нижней полой вены (НПВ) были выполнены «сложные» трансплантации правой доли печени. Средняя печеночная вена в донорской печени была сохранена во всех случаях. Изолированный венозный отток от 8 сегмента печени в среднюю печеночную вену, по данным компьютерной томографии, и ее диаметр более 5 мм являлись показаниями к сосудистой реконструкции, которая осуществлялась путем имплантации вены в устье печеночных вен, левую или среднюю печеночную вену, отдельно в НПВ, либо в НПВ совместно с правой печеночной веной после формирования общего соустья при "back table". Изолированный венозный отток от 6 сегмента печени, по данным компьютерной томографии, и ее диаметр более 5 мм являлись показаниями к ее реконструкции, которая осуществлялась отдельной имплантацией печеночной вены от 6 сегмента в НПВ. Наличие трифуркации воротной вены потребовало ее реконструкции с формированием общего соустья воротной вены с помощью аутовенозного Y-образного портального кондуита при «back table». Выявленная короткая культя правой воротной вены явилась показанием к формированию общего соустья между воротной веной реципиента и аутовенозным портальным кондуитом. Пациентам с тромбозом воротной вены была выполнена тромбэктомия верхней брыжеечной вены и селезеночной вены. При наличии полной фиброзной облитерации воротной вены, приведшей к циррозу печени была выполнена реконструкция воротной вены с применением аутовенозных протезов из левой почечной вены. При тотальном поражении НПВ альвеококком была выполнена ее реконструкция с помощью PTFE-кондуита. Изолированный кавальный отток от 5-8 сегментов донорской печени потребовал отдельной реконструкции эфферентного кровотока в НПВ реципиента. Результаты. Общая летальность у реципиентов составила 2,2% (2 пациента). Общая

465

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

частота послеоперационных осложнений составила 22,5%. Сосудистые осложнения составили 3,4%. Летальности среди доноров не было. Общая частота осложнений среди доноров составила 12,4% и преимущественно была представлена транзиторным трансдренажным подтеканием желчи (grade A, B (ISGLS)). Отдаленная выживаемость у реципиентов через 3 года составила 97,6%. Заключение. Представленные технологии позволяют успешно выполнять родственную трансплантацию печени независимо от вариантов донорской сосудистой анатомии печени с высокой клинической эффективностью и донорской безопасностью.

---

#### 489. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

КИТАЕВ А.В. (1), АЙРАПЕТАН А.Т. (2), ГАСАНОВ А.Г. (2), КАХКЦЯН Х.С. (2), РАСКАТОВА Е.В. (3)

Москва

1) ООО «Научно-производственное объединение «Инновационные клеточные технологии», Москва. 2) Кафедра госпитальной хирургии ГКА им. Маймонида 3) ГБУЗ МО «НЦРБ»

Длительно незаживающие, или трофические раны нижних конечностей остаются и в настоящее время одной из существенных проблем здравоохранения. Общее число методов лечения трофических язв приближается к 10 тыс. (Кованов В.В., Сыченникова И.А.). От 600 тыс. до 2,5 млн. людей в мире страдают хроническими трофическими язвами стоп и голеней (Токмакова А.Ю.). В среднем, по данным различных источников, трофические язвы венозной этиологии составляют более 70% от всех язв нижних конечностей. Облитерирующий атеросклероз является причиной возникновения трофических язв нижних конечностей в 8% случаев (кроме того, он может сопутствовать ХВН). Диабетическая микро-, макроангиопатия и дистальная нейропатия становится причиной трофических язв в 3% случаев, а среди больных сахарным диабетом число лиц, имеющих язвенные дефекты стоп, достигает 15%. Малигнизация трофических язв отмечается в 1,6–3,5% случаев. Академик В.С. Савельев (2001 г.) приводит следующую этиологическую частоту трофических язв: варикозные – 52%, артериальные – 14%; смешанные – 13%, посттромбофлебитические – 7%, посттравматические – 6%, диабетические – 5%, нейротрофические – 1% и прочие – 2%. Примерно у 15% больных сахарным диабетом возникают язвы кожи, что в США сопровождается ежегодно около 60 000 ампутаций в год. И в наше время актуальны слова С.И. Спасокукоцкого: «Язвы голени представляют истинный крест хирургов по своему громадному упорству и трудности лечения». Цель исследования: оценить эффективность концентрированной композиционной среды «Лаксовитар» в лечении длительно незаживающих ран нижних конечностей. Материалы и методы: Мы располагаем опытом лечения трофических язв нижних конечностей у 18 пациентов. Мужчин – 7, женщин – 11 в возрасте от 37 до 78 лет, средний возраст – 53,7±4,2 года. После санации ран при отсутствии гнойного отделяемого, выраженного перифокального воспаления, не дренируемых полостей и уровня бактериальной обсемененности ниже 105 КОЕ/см<sup>2</sup> края ран S ≤ 16 см<sup>2</sup> обкалывали раствором препарата Лаксовитар инсулиновым шприцем в дозе 0,1–0,2 мл на 2,0 см<sup>2</sup> поверхности раны, раневая поверхность укрывалась фибриновой губкой пропитанной раствором Лаксавитара с избытком от краёв раны не менее 1,0–2,0 см. Раны площадью более 16 см<sup>2</sup> обкалывали раствором препарата Лаксавитар инсулиновым шприцем в дозе 0,1 мл на 2,0 – 3,0 см<sup>2</sup> поверхности раны, раневая поверхность также укрывалась фибриновой губкой пропитанной раствором Лаксавитара с избытком от краёв раны не менее 1,0–2,0 см. обкалывание ран проводили с интервалом в 5–7 суток. Во всех случаях наступила полная эпителизация раневых поверхностей. Сроки заживления составили в зависимости от размеров ран от 14 до 36 суток. Заключение: Таким образом, препарат Лаксавитар активизирует репаративные процессы в тканях и позволяет восстановить кожный покров на длительно незаживающих ранах нижних конечностей. И в целом полностью физически и социально реабилитировать пациентов и вернуть его к активной, полноценной жизни.

490. Хирургическая тактика при кишечной непроходимости опухолевой этиологии в общехирургическом стационаре

Восканян Э.А., Федюкин М.А., Тулюбаев И.Н., Скрипко В.В., Кувакин Д.В., Заводский К.Н., Надха Р.Е.

Пятигорск

ГБУЗ СК «Городская клиническая больница» города Пятигорска

Экстренная онкология в настоящее время является одной из актуальных проблем медицины. Лечение пациентов с осложнённым раком ободочной кишки, в частности, кишечной непроходимости, является одной из сложных задач абдоминальной хирургии. Летальность при этой патологии остаётся высокой и достигает 15-20%. Цель исследования: анализ хирургического лечения больных с колоректальным раком, осложнённым острой кишечной непроходимостью. Материалы и методы. Все больные оперированы в общехирургическом стационаре в экстренном порядке в связи с неэффективностью консервативной терапии. В диагностическом плане использовались рентгенография, в том числе контрастная, УЗИ и в некоторых случаях – компьютерная томография брюшной полости. За 2012-2014г в хирургические отделения ГБУЗ СК ГКБ г. Пятигорска поступил 151 пациент с кишечной непроходимостью опухолевой этиологии. Возраст больных составил от 26 до 89 лет. Более чем у половины пациентов диагноз онкологического заболевания впервые был установлен в стационаре, почти у 80% выявлена 3-4 стадия онкологического процесса. Нами оперированы пациенты с различной локализацией опухоли ободочной кишки: в восходящем отделе – 37 случаев (24,5%), в поперечном отделе – 15 (9,9%), в нисходящем – 23 (15,2%), в сигмовидной кишке – 61 (40,4%) и в прямой кишке – 15 (9,9%). Таким образом, в 65,5% случаев причиной кишечной непроходимости являлись опухоли левой половины ободочной кишки и прямой кишки. При выборе объёма оперативного вмешательства мы руководствовались, прежде всего, наличием или отсутствием осложнений как кишечной непроходимости, так и самого опухолевого процесса. Таковыми осложнениями являются инфекционно-воспалительные процессы в брюшной полости или забрюшинном пространстве, обусловленные перфорацией супрастенотического отдела кишечника либо самой опухоли (инфильтраты, абсцессы, диффузный и распространённый перитонит), а также кровотечение из опухоли. В случае, когда интраоперационно наблюдались исключительно явления кишечной непроходимости, мы ограничивали объём вмешательства выведением илео-, трансверзо- или сигмостомы. Эти операции были выполнены 108 больным (71,5%). У 43 пациентов (28,5%) интраоперационно были выявлены различные инфекционно-воспалительные осложнения. Этим больным выполнены операции в объёме резекции участка кишки с опухолью и выведением стомы в типовых объёмах: правосторонняя гемиколонэктомия с илеостомией – 15 (9,9%) случаев, резекция поперечной ободочной кишки – 3 случая (2%), левосторонняя гемиколонэктомия, трансверзостомия – 7 случаев (4,6%), обструктивная резекция сигмовидной кишки – 18 случаев (11,9%). Результаты. Послеоперационный период протекал наиболее благоприятно у больных, объём оперативного вмешательства которым ограничивался выведением илео- или колостомы. У больных, оперированных на фоне инфекционно-воспалительных процессов в брюшной полости, в послеоперационном периоде развивались осложнения в виде нагноения послеоперационных ран у 13 больных (8,6%); у одного больного (0,7%) – эвентрация; осложнения со стороны стомы (инфицирование раны, ишемический некроз выведенного отдела кишки) – у 7 больных (4,6%); ранняя спаечная непроходимость – у одной больной (0,7%); продлённый перитонит – в 15 случаях (9,9%). Послеоперационная летальность составила 19,2% (29 пациентов). Летальность обусловлена поздними сроками обращения в стационар; развившимися до поступления в стационар инфекционно-воспалительными осложнениями, запущенными формами онкологического процесса, декомпенсацией сопутствующей патологии (сердечно-сосудистых заболеваний, болезней органов дыхания, эндокринной системы и других) и преклонным возрастом. Заключение. Важной задачей снижения летальности является необходимость ранней диагностики колоректального рака на амбулаторном уровне, широкое использование методов инструментальной диагностики, адекватная предоперационная подготовка и коррекция сопутствующей патологии на уровне стационара.

491. Стентирование Вирсунгова протока при панкреонекрозе

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

1)г. Сургут,2) г. Нефтеюганск

1)ГБОУ ВПО "Сургутский государственный университет",2)БУ "Нефтеюганская окружная клиническая больница им. В.И. Яцкив"

Стентирование Вирсунгова протока (или главного панкреатического протока (ГПП)) направлено на коррекцию внутрипротоковой гипертензии, которая при панкреонекрозе является следствием сдавления главного панкреатического протока за счет воспалительных и инфильтративных изменений паренхимы. Особенно актуальна эта позиция при наличии ограниченного поперечного некроза в головке и теле поджелудочной железы (ПЖ). Восстановление оттока из не вовлеченных в патологический процесс отделов поджелудочной железы путем стентирования является эффективной профилактикой прогрессирования некротического процесса в самой железе и перехода на парапанкреатическую клетчатку. Цель исследования: проанализировать результаты лечения больных с панкреонекрозом при включении в программу лечения стентирования главного панкреатического протока (ГПП). Поведен анализ лечения 14 больных с панкреонекрозом. Верификация диагноза, формы и конфигурации панкреонекроза основывалась на комплексном анализе клинико-инструментальных данных. Мужчин было 8, женщин – 6, средний возраст - 44,5 +6,0 лет. В процессе исследования по данным КТ с болюсным контрастированием ограниченный панкреонекроз имел место у 12 больных, тотальный – у 2. Элементы комплексной консервативной терапии больных ПН были стандартизированы, включая антибактериальную терапию и профилактику, инфузионно-трансфузионную терапию, блокаду секреторной функции ПЖ, экстракорпоральную детоксикацию, антиферментную, реологически активную, нутритивную терапию, ПДА, протезирование функции органов жизнеобеспечения. Результаты. Стентирование ГПП выполняли после предварительной эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) холедоха и Вирсунгова протока (ВП). При отсутствии механической желтухи в случае катетеризации ВП выполнялась ЭПСТ главного протока поджелудочной железы без предварительной ЭПСТ холедоха. Рентгенологический контроль катетеризации ВП производился посредством использования рентгенконтрастного нитинолового проводника с гидрофильным покрытием диаметром 0,025 дюйма без введения рентгеноконтрастных растворов для исключения усиления гипертензии в ГПП. Катетеризацию ГПП сопровождали активной аспирацией панкреатического секрета. Использовали перфорированные пластиковые стенты диаметром 5-7 Fr. Установлено 8 «длинных» (до 150 мм) и 6 «коротких» (до 30 мм). При механической желтухе стентирование ГПП дополняли установкой билиарного стента. Вследствие изменений свойств секрета поджелудочной железы при ПН в виде повышения вязкости с появления хлопьев, а также, наличия «сладжа» в желчи, стремились к установке максимально возможного диаметра стентов. В связи с чем, совместно с компанией «Эндофлекс» был разработан новый дизайн стентов. Панкреатический перфорированный стент с переменным диаметром (7 Fr на 5 Fr). Билиарный стент с сужающимся протоковым концом и дополнительными билиарными фиксаторами и перфорационными отверстиями. Результаты. Образование острых жидкостных скоплений наблюдали у 28,6% пациентов, что потребовало дополнительного малоинвазивного дренирования. Переход процесса в инфицированную стадию отмечен у 14,3% - выполнены оперативные вмешательства (секвестрнекрэктомия). Летальные исходы отмечены у 2 больных ( 14,3%). Таким образом, наш опыт стентирования ГПП при панкреонекрозе позволил определить показания к данной манипуляции случаями ограниченных поперечных некрозов с локализацией в головке и теле ПЖ. При этом, предпочтение следует отдавать стентированию ГПП «длинным» (от 50 до 150 мм) перфорированным стентом с переменным диаметром (7Fr на 5Fr), обеспечивающим лучшие возможности для коррекции внутрипротоковой гипертензии. При наличии некроза с локализацией в области хвоста ПЖ и тотального панкреонекроза целесообразность стентирования является спорной и требует дальнейшего изучения.

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

#### 492. ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ФАССИАЛЬНЫХ ПОДХОДОВ В СОВРЕМЕННОЙ ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ

Тягун В.С. (1), Круглов Е.А. (2), Дмитриев С.А. (1), Абдулов А.Р. (1), Вороной М.М. (1), Суров Д.А. (1,2), Бабков О.В. (2)

Санкт-Петербург

1) Кафедра Военно-Морской хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, 2) Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

Широкое внедрение современных технологий и различных видов энергий в повседневную хирургическую практику оказало существенное влияние на эволюцию техники оперативных вмешательств. Значительное повышение эффективности средств хирургического гемостаза, качества визуализации анатомических структур во многом предопределили прогресс современной хирургии. В тоже время процесс эволюции в малоинвазивной хирургии до сих пор не нашел должного отражения в открытой оперативной хирургии, что в наибольшей степени является справедливым для экстренной хирургии. В значительной степени с этим связано отсутствие существенного улучшения как непосредственных, так и отдаленных результатов хирургического лечения больных экстренной хирургической патологией. В связи с этим становится очевидным необходимость существенного пересмотра традиционных взглядов не только на анатомию брюшинного пространства, но и на оперативную технику в целом. Сегодня отмечается всплеск интереса к фасциальным структурам брюшинного пространства, механизмам эмбриологического развития, а также их роли в совершенствовании оперативной техники. Проведён систематический обзор отечественной и зарубежной литературы, посвященный эмбриологии, нормальной и топографической анатомии адвентициальных структур брюшинного пространства. Установлено, что сегодня отсутствует единый взгляд на строение и механизмы развития и строения ряда анатомических структур брюшинного пространства. Кроме того, из проведенного анализа следует, что в настоящее время представления различных морфологических школ о данной проблеме, в том числе терминологическая база, не создают необходимых условий для дальнейшего совершенствования оперативной хирургии органов живота. Детальное изучение взглядов различных морфологических и хирургических школ, современных и наиболее актуальных подходов в оперативной хирургии позволили предложить концепцию «фасциальной оперативной хирургии». Ключевым моментом данной концепции является единый взгляд на эмбриологическое развитие, топографо-анатомическое строение фасциальных структур брюшной полости и их роль в дальнейшем совершенствовании оперативной хирургии. Систематический детальный анализ известных оперативных техник в различных направлениях хирургии позволил разработать универсальные подходы к обоснованному выбору оперативного приема в конкретных условиях. Убедительно доказана высокая эффективность предложенной концепции, позволяющей значительно повысить безопасность хирургических вмешательств, а также расширить возможности хирургического метода лечения больных с неотложными заболеваниями органов брюшной полости. Продемонстрирована универсальность данного подхода и широкая доступность к раннему освоению данной технологии в процессе подготовки специалистов соответствующего профиля.

---

#### 493. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИМПЛАНТАЦИОННОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Мохов Е.М., Сергеев А.Н.

Тверь

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России

Инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ) остаются частыми осложнениями в хирургии и нередко выступают в качестве причины послеоперационной летальности. Одной из действенных мер профилактики ИОХВ является использование при выполнении операций антимикробных шовных материалов, разработка которых в настоящее время приобретает особую актуальность. Целью настоящего исследования явилось улучшение результатов хирургических операций на органах брюшной полости и брюшной стенке путем разработки и применения в клинической практике новых биологически активных шовных материалов (БАШМ). Разработку шовных материалов проводили в содружестве с учёными Всероссийского научно-исследовательского института синтетического волокна. Новые шовные материалы представляют собой комплексные нити, созданные на основе поликапроамидного (ПКА). Первая из них снабжена оболочкой из сополиамида и содержит антибиотик доксициклин или доксициклин и астрагерм (препарат из группы германийорганических соединений, обладающий свойством стимулировать регенеративные процессы в тканях). Вторая нить имеет оболочку из хитозана и содержит антибактериальный препарат цiproфлоксацин или с цiproфлоксацин и астрагерм. Эксперимент начинали с определения величины исходной антимикробной активности лабораторных образцов шовных материалов и продолжительности сохранения последней при пребывании нити в модельной среде. Нити, обладающие наибольшей и наиболее продолжительно сохраняющейся антибактериальной активностью, были в дальнейшем изучены в эксперименте на 60 кроликах, которым проводили лапаротомию с последующей колотомией. В зависимости от характера использованного при выполнении операции шовного материала животные разделены на 3 группы. В 1-ой основной группе применены нити, обладающие антибактериальной активностью, во 2-ой основной группе – нити с комплексной (антимикробной и стимулирующей регенерацию тканей) активностью, в контрольной группе – нити, инертные в биологическом отношении. После операции оценивали биологическую герметичность кишечного шва (через 24 часа после вмешательства), данные тензометрии кожного рубца, выраженность спаечного процесса, физическую герметичность кишечного шва (данные пневмопрессии), динамику морфологии защитных лапаротомных и кишечных ран (через 7, 14, 21 и 120 суток). После получения сертификатов соответствия и разрешения на промышленное производство новые шовные материалы были подвергнуты клиническим испытаниям. Клиническая часть настоящего сообщения основана на анализе результатов хирургического лечения 331 стационарного больного (мужчин – 151, женщин – 180) в возрасте от 16 до 96 лет, которые были оперированы в экстренном или плановом порядке по поводу заболеваний и травм органов брюшной полости и передней брюшной стенки. В зависимости от вида используемых при выполнении операций шовных материалов были сформированы 3 группы больных. При помощи нити с цiproфлоксацином «Тверан-ХЦ» (первая основная группа) были оперированы 58 пациентов; нити с цiproфлоксацином и астрагермом «Тверан-ХЦГ» (вторая основная группа) – 107. Контрольная группа включала 166 больных, у которых при выполнении операций применяли инертную в биологическом отношении ПКА нить («Капрон»). БАШМ использовали на всех этапах операции. О результатах судили по количеству местных послеоперационных осложнений, среди которых выделяли ИОХВ (инфильтрат, нагноение раны, внутрибрюшные абсцессы, перитонит) и негнойные осложнения (серома, гематома, эвентрация). Изучение антибактериальной активности нитей проведено на 74 лабораторных ее образцах, для чего выполнено 1140 бактериологических исследований. Выявлено, что лабораторные образцы шовных материалов с доксициклином и цiproфлоксацином обладают выраженной исходной антибактериальной активностью, сохраняющейся на протяжении 10-15 суток пребывания образцов в модельной среде. В эксперименте на кроликах у части животных выявлена биологическая негерметичность ушитых ран кишки. Обычно это было в случае использования традиционного шовного материала или в случае резистентности микрофлоры кишки к антибактериальному препарату, входящему в состав нити. У этих же животных через 7, 14, 21 и 120 суток после операции при достаточной физической герметичности кишечного шва в брюшной полости отмечался выраженный спаечный процесс. При использовании для ушивания лапаротомных ран БАШМ сформированный послеоперационный рубец оказался более прочным и эластичным по сравнению с контролем. На основании результатов проведенных морфологических и морфометрических исследований установлено, что в условиях применения для шва ран шовных материалов с антибактериальной и, особенно, с комплексной биологической активностью раневой процесс протекал более благоприятно. Так плотность клеточного инфильтрата в исследуемые сроки была наименьшей при применении комплексных нитей на основе ПКА с астрагермом и доксициклином или цiproфлоксацином. У животных данной группы быстрее стихало острое воспаление и был более выраженным неогенез. На 14 сутки после оперативного вмешательства констатировано формирование соединительнотканной капсулы, в отдаленные сроки (120 суток) не наблюдалось гигантоклеточной реакции, что говорило об отсутствии хронического персистирующего воспаления. При анализе клинического материала выявлено, что частота развития местных послеоперационных осложнений как в первой, так и во второй основных группах пациентов была достоверно (р



#### 494. ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Назаренко П.М., Назаренко Д.П., Самгина Т.А., Локтионов А.Л.

Курск

КГМУ

Острая кишечная непроходимость сопровождается развитием тяжелых патологических изменений и сохраняет лидирующее положение как причина смерти больных с «острым животом». В среднем летальность варьирует 4,3-18,9%, достигая у больных старше 60 лет 36%, что связано с несвоевременной диагностикой заболевания и поздним началом лечения. С 2009 по 2014 г в х/о ГКБ №4 г. Курска пролечено 288 больных: 266 (92,4%) со спаечной кишечной непроходимостью, 22 (7,6%) с обтурационной кишечной непроходимостью, обусловленной опухолью ободочной кишки. В клинической диагностике острой кишечной непроходимости (ОКН) у пациентов оценивали общепринятые симптомы заболевания. При лабораторном обследовании регистрировали динамику показателей общего анализа крови и мочи, биохимического исследования крови. С целью сокращения времени диагностики мы использовали рентгеноконтрастные бариевые метки. Заранее приготовленные три латексных шарика, заполненных порошком сульфата бария, диаметром 0.5см, при подозрении на ОКН, уже в приемном отделении давали перорально больному с интервалом в 15 минут. После этого проводилась обзорная рентгенография брюшной полости и ультразвуковое исследование, с целью оценки прямых и косвенных признаков кишечной непроходимости. Повторный рентгенологический контроль за движением меток выполнялся через каждые 4 часа, УЗИ повторяли через 1.5 часа. В процессе динамического наблюдения проводилась консервативная терапия, направленная на разрешение ОКН, которая, в случае хирургического лечения, служила предоперационной подготовкой. Накопленный опыт применения рентгеноконтрастных меток позволяет оценивать эффективность консервативной терапии, сокращает сроки принятия решения о необходимости проведения оперативного вмешательства, отличается простотой выполнения и экономически выгоден, также позволяет проводить исследование в любом положении больного. При группировке контрастных меток можно выявить уровень препятствия и определиться с оперативным доступом. В послеоперационном периоде дает возможность контролировать восстановление перистальтики кишечника. Считаем оправданным применение данного способа диагностики острой кишечной непроходимости наряду с традиционными рентгенологическими и ультразвуковыми методами исследования.

---

#### 495. Восстановительные и реконструктивные операции при последствиях ятрогенного повреждения внепеченочных желчных протоков

Марков П.В.

Краснодар

Кафедра хирургии № 1 ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета; ГБУЗ Краевая клиническая больница №2 МЗ Краснодарского края

Цель работы: улучшить результаты лечения пациентов с последствиями ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков (ВЖП) путем увеличения доли вмешательств с организацией желчеоттока в двенадцатиперстную кишку (ДПК). Материал и методы. С 1991 по 2011 годы оперированы 126 пациентов с последствиями ятрогенных повреждений ВЖП в виде стриктур и наружных желчных свищей. Гепатикоюноанастомоз на петле кишки по Ру (ГЭА) сформирован только у 27 пациентов (у 11 - с каркасным дренированием при невозможности сформировать прецизионный анастомоз с точным сопоставлением подслизистых слоев), тогда как у 99 применены оригинальные технологии с восстановлением желчеоттока непосредственно в ДПК (билио-билиарный анастомоз, замещение общего печечно-желчного протока червеобразным отростком и тонкокишечным трансплантатом). Результаты. Показания к выполнению прецизионного билио-билиарного анастомоза были расширены за счет применения оригинальных технологических решений, и он был сформирован 67 пациентам даже при достаточно продленных дефектах ВЖП (до 4 см). При более протяженных стриктурах выполняли пластику ВЖП ауотрансплантатом из червеобразного отростка (12 больных) или трубчатого трансплантата из изолированного сегмента тонкой кишки уменьшенного диаметра (20 больных). При невозможности использовать для анастомоза терминальную часть общего желчного протока, дистальный анастомоз формировали между трансплантатом и вертикальной ветвью ДПК, что выполнено у 7 больных при пластике червеобразным отростком и у 16 – при тонкокишечной пластике. Во всех случаях анастомозы формировали прецизионным однорядным узловым швом узлами наружу рассасывающимся монофиламентным шовным материалом (PDS 6/0). Сроки наблюдения составили от 2 до 18 лет. При инструментальном исследовании после пластики тонкокишечным трансплантатом и червеобразным отростком (УЗИ, РХГ, рентгеноскопия с пробами на дуодено-билиарный рефлюкс) трансплантаты свободно проходимы и обладают активной перистальтикой. Дуодено-билиарного рефлюкса не наблюдалось. Биохимические показатели функции печени, в том числе маркеры холестаза, у всех обследованных находятся в пределах нормальных значений. Рецидив стриктуры развился у 6 (4,8%) пациентов: у 3 после наложения билио-билиарного анастомоза (одна оперирована повторно, у двоих было эффективно эндоскопическое лечение в виде дилатации и длительного стентирования); у одной больной через 7 лет после тонкокишечной пластики; у одной больной через 10 лет после пластики червеобразным отростком и у одного больного через 4 года после ГЭА (всем выполнены повторные операции). Выводы. В результате использования предложенных технологий у большей части пациентов с последствиями ятрогенных повреждений ВЖП (78,6%) удалось восстановить желчеотток по наиболее физиологичному пути, т.е. непосредственно в ДПК, и получить хорошие отдаленные результаты в 95,2% случаев. В случаях, когда использование предложенных методик не возможно, оптимальным является формирование ГЭА по петле по Ру.

---

496. Хирургическое лечение острой кишечной непроходимости опухолевого генеза

Назаренко П.М., Назаренко Д.П., Самгина Т.А., Локтионов А.Л.

Курск

КГМУ

Обтурационная кишечная непроходимость является самым частым осложнением рака ободочной кишки. В России за последние 20 лет рак толстой кишки переместился с 6-го на 4-е место у женщин и 3-е у мужчин, уступая раку легкого, желудка и молочной железы. Цель работы. Улучшить результаты лечения больных с острой кишечной непроходимостью, вызванной раком ободочной кишки. Материал и методы. За последние 10 лет в клинике оперированы 186 пациентов по по-воду острой обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. Более 80% больных были старше 60 лет. Преобладали обтурирующие опухоли левой половины ободочной кишки, у 50% диагностированы опухоли сигмовидной кишки и ректосигмоидного отдела. У 5% больных острая обтурация кишки осложнилась диастатическим разрывом кишечника проксимальнее опухолевого стеноза с развитием калового перитонита. Стандартный диагностический алгоритм позволяет подтвердить обтурационный характер кишечной непроходимости и установить локализацию опухоли. Неотложное хирургическое вмешательство показано тем больным, у

которых не удастся разрешить непроходимость консервативно. Характер и объем оперативного вмешательства определяется наличием перитонита, состоянием стенки кишки в зоне опухолевого поражения и проксимальных отделов, общим состоянием больного, выраженностью интоксикации и наличием сопутствующей патологии. Результаты. У 126 пациентов выполнена обструктивная резекция измененного участка кишки с опухолью с наружным отведением кала. Это касается и правосторонней локализации опухоли, когда завершение операции наложением тонко-толстокишечного анастомоза невозможно. Однако одномоментная обструктивная резекция является тяжелым травматическим вмешательством и может быть операцией выбора у больных без серьезной сопутствующей патологии и признаков тяжелой интоксикации. В остальных 60 случаях была применена тактика двухэтапного лечения – ликвидация кишечной непроходимости путем наложения разгрузочной цеко- или колостомы на первом этапе и радикальная операция на втором этапе. Заключение. Использование такой тактики у больных пожилого и старческого возраста позволило добиться удовлетворительных результатов – послеоперационная летальность составила 14%.

---

#### 497.ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ.

Шугаев А.И., Земляной В.П., Луговой А.Л., Ярцева Е.А.

Санкт-Петербург

Кафедра факультетской хирургии им. И.И. Грекова СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Цель: показать возможность применения эндовидеохирургии в лечении перитонита, обусловленного перфоративными гастродуоденальными язвами. Материалы и методы: Проведен анализ лечения 29 пациентов с перитонитом, обусловленным перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. Среди которых 11 женщин, что составило 38% и 18 мужчин (62%). Возраст больных колебался от 18 до 83 лет (средний возраст составил  $39,5 \pm 17,5$ ). Результаты и обсуждение: Все пациенты были оперированы в экстренном порядке в первые часы от момента поступления в стационар. Время от момента перфорации до операции составило от 2 до 23 часов. Всем анализируемым пациентам до операции была выполнена фиброгастродуоденоскопия, что позволило определить локализацию, размеры перфоративного отверстия и диаметр язвенного инфильтрата. У 26 пациентов, анализируемой группы, перфоративное отверстие локализовалось на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, а лишь у 3 больных язвенный дефект был отмечен в пилорическом канале желудка. Перфораций задней стенки желудка и двенадцатиперстной кишки в анализируемой группе отмечено не было. По размеру перфоративного отверстия было выявлено, что у 21 пациента диаметр перфорации был менее 10 мм, а у 8 больных – более 10 мм. Первым этапом оперативного вмешательства был диагностический. Всем пациентам была выполнена диагностическая лапароскопия, что позволило установить диагноз гастродуоденальной перфорации, оценить распространенность перитонита, характер воспалительного экссудата, плотность фибриновых наслоений; прицельно осмотрены этажи брюшной полости, а также выявлено количество анатомических областей, вовлеченных в воспалительный процесс. Так, было выявлено, что 18 больных отмечены распространенные формы перитонита с локализацией воспалительного экссудата в подпеченочном, правом поддиафрагмальном пространстве, правом боковом канале, малом тазу и между петлями кишечника. У 11 пациентов был отмечен местный неограниченный перитонит, с локализацией выпота в подпеченочном пространстве. По характеру воспалительного выпота, исследуемая группа была представлена серозно-фибринозным, гнойным и фибринозно-гнойным экссудатом. Трудности эндовидеохирургической визуализации возникли в случаях спаечного процесса в верхних этажах брюшной полости, а также при наличии перееда кишечника. Оперативное вмешательство было направлено на ушивание перфоративного отверстия эндовидеохирургическим методом, санацию и дренирование брюшной полости. Основными показаниями для ушивания перфорации эндовидеохирургическим методом выступали: расположение язвенного дефекта на передней стенке желудка или двенадцатиперстной кишки; диаметр перфоративного отверстия не более 10 мм; отсутствие плотного язвенного инфильтрата, затрудняющего сведение краев

перфоративного отверстия эндовидеохирургическим методом; отсутствие распространенного фибринозного перитонита с плотными фибринозными наслоениями, затрудняющими адекватную санацию брюшной полости, а также отсутствие сопутствующего рубцово-язвенного стеноза желудка или двенадцатиперстной кишки. Дренирование брюшной полости также осуществлялось в зависимости от степени распространенности перитонита. Так при местном перитоните, достаточно было дренировать подпеченочное пространство. При распространенном перитоните дренажи устанавливались в подпеченочное и надпеченочное пространство, малый таз, правый и левый боковые каналы, в зависимости от вовлеченных анатомических областей. Дренажи удалялись на 2 – 3 сутки. Следует отметить, что у всех пациентов, оперированных эндовидеохирургическим методом, устранить источник перитонита удалось однократным оперативным вмешательством. Показаний к выполнению санационных релапароскопий в анализируемой группе выявлено не было. У 8 больных после попытки диагностической лапароскопии была отмечена конверсия доступа на срединную лапаротомию. Основными показаниями к конверсии доступа выступали: наличие спаечного процесса в верхнем этаже брюшной полости, затрудняющего визуализацию перфоративного отверстия и возможность его ушить эндовидеохирургическим методом; диаметр перфоративного отверстия, превышающий 10 мм; наличие плотного язвенного инфильтрата, препятствующего сведению краев перфорации эндовидеохирургическим методом, а также невозможность назогастроинтестинальной интубации кишечника в случаях выраженного пареза кишечника. Заключение: Использование эндовидеохирургических методик дает лучшие результаты в сравнении с традиционной операцией. Отмечено снижение риска раневой инфекции, что особенно важно у больных пожилого и старческого возраста. У всех пациентов, оперированных эндовидеохирургическим методом, отмечена более ранняя активизация. Длительность пребывания в стационаре больных, оперированных эндовидеохирургическим методом, составила  $6,4 \pm 0,9$  койко-дней, а у больных, оперированных традиционным способом  $12,3 \pm 6,1$  койко-дней.

---

#### 498. ДИНАМИКА ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ И УРОВНЯ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

Шугаев А.И., Земляной В.П., Луговой А.Л., Гребцов Ю.В.

Санкт-Петербург

Кафедра факультетской хирургии им. И.И. Грекова СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Цель исследования. Оценить зависимость динамики внутрибрюшного давления (ВБД) и эндогенной интоксикации (ЭИ) у больных с распространённым перитонитом (РП). Материалы и методы. Основу исследования составили материалы обследования и лечения 94 пациентов с РП, оперированных в СПб ГБУЗ «Городская Покровская больница» с 2009 г. по 2013 г. Мужчин было 53 (56,4%), женщин – 41 (43,6%). Возраст больных колебался от 20 до 89 лет. Средний возраст пациентов составил  $58,5 \pm 18,5$  лет. У всех пациентов проводился динамический контроль ВБД при поступлении и в послеоперационном периоде. Измерения проводились непрямым методом через мочевого пузыря по методике предложенной Кгоп и соавт. в 1984 году. Для оценки выраженности эндотоксикоза определяли динамику лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) и условного индекса катаболизма белка (УИКБ), представляющего собой отношение общего белка в крови к сумме значений мочевины и креатинина. Нормальные значения УИКБ  $0,9 \pm 0,1$  условных единиц (УЕ). Снижение значений УИКБ говорит о нарастании уровня эндогенной интоксикации. Результаты и обсуждение. По степени ИАГ распределение пациентов в предоперационном периоде представлено следующим образом: 1 степень – у 22 (23,4%) больных, 2 степень – у 22 (23,4%) больных, 3 степень у 33 (35,1%) пациентов, 4 степень – 17 (18,1%) больных. Следует отметить, что из 94 пациентов у 12 (12,8%) ещё до операции был диагностирован синдром интраабдоминальной гипертензии (СИАГ). Для оценки диагностической значимости динамики внутрибрюшного давления в послеоперационном периоде пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу вошли больные, у которых для адекватного лечения РП потребовалось выполнение одной операции. Вторую группу составили больные, у которых в связи с прогрессированием перитонита и развитием различных внутрибрюшных осложнений производились

релапаротомии по требованию. Первую группу составили 68 больных, вторую – 26. Всем пациентам ежедневно выполнялась регистрация ВБД, расчет ЛИИ и УИКБ. В первой группе установлено, что уже в первые сутки послеоперационного периода отмечается как резкое снижение уровня ВБД, так и значений ЛИИ, соответствующих ЭИ средней степени тяжести, что связано с выполнением оперативного вмешательства, направленного, на устранение причины перитонита, санацию брюшной полости, декомпрессию кишечника. Все эти мероприятия снижают эндогенную интоксикацию, уменьшают количество внутрикишечного содержимого, обеспечивают эвакуацию экссудата из брюшной полости, в результате чего происходит снижение ВБД. В динамике при благоприятном течении заболевания к пятым суткам уровень ВБД достигал первой степени ИАГ, а ЛИИ соответствовал ЭИ лёгкой степени тяжести. К 7 суткам отмечалась нормализация ВБД, а значения ЛИИ соответствовали нормальным значениям к 9 суткам. При анализе зависимости ЛИИ и ВБД у больных второй группы, обращает на себя внимание наличие умеренного подъёма уровня ВБД ( $27,3 \pm 3,2$  мм рт. ст.) и ЛИИ ( $8,1 \pm 1,2$  у.е.) к третьим суткам. Ещё один подъём отмечается к 6 суткам. Уровень ВБД соответствует  $25 \pm 2,3$  мм рт. ст., ЛИИ соответственно  $7,4 \pm 1,1$  у.е. К 11 суткам уровень ВБД соответствует 1 степени ИАГ, к нормальному уровню ВБД возвращается только к 19-20 суткам послеоперационного периода. Проанализировав сроки выполнения релапаротомий у пациентов в этой группе, обращает на себя внимание то, что на 3 сутки приходится 23 % релапаротомий, а на 6 сутки 27% соответственно. Таким образом, 50% повторных вмешательств, приходится на 3 и 6 сутки послеоперационного периода, что соответствует максимальным значениям ЛИИ и ВБД. Следовательно, можно предположить, что нарастание в динамике ЛИИ, ВБД может свидетельствовать о неблагоприятном течении распространённого перитонита, с развитием различных внутрибрюшных осложнений или о прогрессировании перитонита. Аналогичную динамику можно наблюдать при сравнении ВБД и значения УИКБ. Уже в первые сутки при неосложнённом течении отмечается снижение ВБД на 1 порядок и увеличение УИКБ. К 7 суткам отмечается нормализация ВБД, а к 11 суткам к норме приходят и цифры УИКБ. А при осложнённом течении выявлены следующие тенденции: к третьим и шестым суткам отмечается повышение цифр ВБД, и выявляются минимальные значения УИКБ. Выводы. Отрицательная динамика значений ЛИИ и УИКБ, нарастание уровня ВБД в послеоперационном периоде у пациентов с РП свидетельствуют о развитии послеоперационных осложнений или прогрессировании перитонита.

---

499. Хирургическое лечение эпителиального копчикового хода с использованием ротационной пластики

Михайличенко В.Ю., Древетняк А.А., Шестопапов Д.В.

Симферополь

Кафедра общей хирургии Медицинской академии имени С. И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского» Министерства образования и науки

Лечение эпителиального копчикового хода только хирургическое. Следует убрать основной источник воспаления — эпителиальный канал вместе со всеми первичными отверстиями и измененными перифокальными тканями. Вопрос о выборе способа оперативного лечения эпителиального копчикового хода (ЭКХ) остается открытым. Ни одна из предложенных ранее методик операции (иссечение и кюретаж свищевых ходов, иссечение и первичный шов раны, иссечение и марсупиализация, или открытое ведение раны) не является "золотым стандартом" для всех случаев ЭКХ, т.к. не охватывает всевозможных вариантов заболевания. При распространенных формах ЭКХ после его радикального иссечения хирурги порой вынужденно прибегают к открытому ведению послеоперационной раны. Данный метод приводит к образованию грубого рубца, не удовлетворяющего пациента в косметическом отношении и требует длительного (до 65 дней) пребывания пациента на больничном листе. Для улучшения косметического эффекта операции не в ущерб ее радикальности, а также для сокращения сроков нетрудоспособности пациента предложены разнообразные пластические методики: Z – пластика, VY – пластика, W- пластика. Их общим негативным моментом является возможность перфузионных нарушений в трансплантате,

приводящих к краевому некрозу лоскутов и развитию гнойно–некротических осложнений. В литературе последних лет встречаются одиночные сообщения об успешном применении в хирургии ЭКХ кожно–подкожного ромбовидного лоскута, как имеющего достаточное кровоснабжение и, соответственно, лишенного вышеуказанного недостатка. Метод применен в условиях специализированного колопроктологического центра. Тем не менее, при значительной распространенности вторичных свищевых ходов (на крестцовую, одну или обе ягодичные области), остается открытым вопрос выбора методики одномоментного закрытия раневого дефекта после радикального оперативного лечения ЭКХ. Актуальность данной проблемы подчеркивается еще и тем фактом, что зачастую оперативное пособие больным с ЭКХ, в особенности его осложненными формами, оказывается хирургами общего профиля. В условиях клиники кафедры общей хирургии, располагающейся на базе хирургического отделения общего профиля 7-й городской клинической больницы г. Симферополя, для закрытия обширного раневого дефекта после радикального иссечения эпителиального копчикового хода с множественными разветвленными свищевыми ходами, нами применена пластика перемещенным кожным лоскутом. Подобные методики широко используются для закрытия раневых дефектов в онкохирургии (при злокачественных опухолях кожи), а также при оперативном лечении обширных пролежней. Приводим клиническое наблюдение. Пациент Т., 49 лет, - поступил в хирургическое отделение с клиникой распространенного эпителиального копчикового хода, после ранее многократно производившихся вскрытий абсцессов, локализовавшихся как в проекции центрального хода по межъягодичной складке, так и в проекции вторичных свищей ЭКХ, распространявшихся на крестцовую область и оба внутренних квадранта левой ягодичной области. Множественные отверстия вторичных свищевых ходов располагались на расстоянии от 3-х до 15-ти см, - от межъягодичной складки. Кожа с подкожной клетчаткой между ответвлениями свищевых ходов – инфильтрирована, с явлениями липодерматосклероза, - что исключало возможность применения Z- или VY-пластики и заставило прибегнуть к тотальному иссечению кожно–подкожного лоскута в крестцовой и левой ягодичной области. Пациенту произведена операция: иссечение ЭКХ. Рана после удаления лоскута и тщательного электрогемостаза приобрела форму, близкую к трапециевидной, с размерами: 16x11x7x11 см. Кожно - подкожный лоскут правой части раны после его мобилизации (на протяжении до 2,5–3 см) от подлежащей ягодичной фасции фиксирован проленом 2-0 USP к подлежащей крестцовой фасции по линии проекции межъягодичной складки. Кожно–подкожный лоскут слева мобилизован от ягодичной фасции на протяжении от 6 см снизу до 12 см сверху (практически до большого вертела). При повороте лоскута на 45° с последующим подшиванием его левого края ко дну раны (к крестцовой фасции, по линии проекции межъягодичной складки), на границе левой ягодичной и поясничной области, по краю базового кожного фрагмента, образовался избыток кожи, который иссечен в виде кожно–подкожного фрагмента «треугольной» формы размерами 7x8x7 см. Между левым и правым краями сведенных и подшитых к крестцовой фасции кожных лоскутов оставлен промежуток до 0,2 – 0,3 см (для оттока раневого отделяемого и во избежание образования мертвого пространства). Через этот диастаз под оба лоскута установлены пластинчатые резиновые дренажи, которые были удалены на следующий день после операции. Раневая полость под мобилизованным лоскутом над левой ягодичной областью дренирована по Редону. Данный дренаж удален на 4-й день. Кожные швы сняты на 9-10 сутки. Кожно – фасциальные («опорные») срединные швы сняты на 13-14 день. Пациент выписан на 15-е сутки после оперативного вмешательства. Заживление раны к моменту выписки - первичным натяжением (по межъягодичной складке – заживление под струпом до 0, 2 см шириной). Осмотрен через 3 недели, через 2,5 месяца и через 1 год после выписки: жалоб не предъявляет, заживление послеоперационных ран – с хорошим косметическим эффектом. Кожно–подкожный лоскут на левой ягодичной области – телесного цвета, эластичен, с сохраненной чувствительностью, без ограничения двигательной активности пациента. Приведенное клиническое наблюдение позволяет рекомендовать себя для широкого внедрения в практику работы специализированных колопроктологических и общехирургических отделений данный метод пластического замещения дефекта мягких тканей после радикального иссечения распространенных форм эпителиального копчикового хода и замещения обширного тканевого дефекта с достижением положительного пластического и эстетического эффектов. Таким образом, не смотря на значительные достижения в оперативном лечении ЭКХ остаются ряд дискуссионных вопросов, требующих своего ответа.

Жданов А.И., Коротких Н.Н., Брежнев С.Г.

Воронеж

ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» министерства здравоохранения РФ.

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** На протяжении многих лет в центре внимания отечественных и зарубежных колопроктологов остается проблема лечения больных эпителиальным копчиковым ходом (ЭКХ). Несмотря на то, что различные методы хирургического лечения данной патологии описаны в многочисленных монографиях, журнальных статьях, докторских и кандидатских диссертациях, частота неудовлетворительных результатов лечения остается достаточно высокой (рецидивы – 10-19%, нагноение раны – 20-30%), при этом сроки стационарного и амбулаторного лечения увеличиваются до 30-80 дней.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Исследование основано на анализе результатов хирургического лечения 20 больных эпителиальным копчиковым ходом, находившихся в отделении колопроктологии БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница №1» в период с августа 2012г. по май 2015г. Хирургическое лечение пациентов было выполнено в следующем объеме: под спинальной анестезией в положении больного на операционном столе по Дежажу после обработки операционного поля 70% раствором этилового спирта двумя полулунными кожными разрезами экономно иссекали эпителиальный копчиковый ход с патологически измененными тканями в пределах здоровых. Выполнялся тщательный гемостаз. Всем больным было выполнено интраоперационное измерение хирургического дефекта после иссечения блока патологически измененных тканей. В среднем длина раны составила  $11,29 \pm 0,66$  см; ширина –  $8,73 \pm 0,55$  см, при этом глубина раны в среднем равнялась  $4,45 \pm 0,36$  см. Далее производилось укрепление крестцово-копчиковой фасции по предложенной методике: по средней линии дна раны, отступя по 0,2 см в каждую сторону от средней линии, накладывался простой непрерывный обвивной шов нитью «Викрил-рапид» 3/0 (ПГА-рапид, Сафил-квик) с атравматической иглой на крестцово-копчиковую фасцию. Контроль гемостаза. Нами было разработано и внедрено в клиническую практику аппроксимационно-иммобилизационное устройство (Патент №112020 от 10.01.12г., Бюл. №1), позволяющее произвести иммобилизацию краев раны относительно друг друга, а также максимально снизить действие сил натяжения тканей на швы при закрытии дефекта. Устройство состоит из двух пластин – оснований с отверстиями для шовных лигатур, и перфорационными отверстиями, двух панелей, закрепленных на пластинах – основаниях с помощью двух петель, одна из которых разборная и имеет резьбовую втулку, выкрутив которую, появляется возможность откинуть панели и получить доступ к послеоперационной ране (при перевязках), зубчатых реек, закрепленных на панелях соответственно, зубчатой втулки, снабженной шляпкой и коромыслом, зажимного винта с гайкой. Перед наложением швов пластины – основания устройства подшивались одиночными узловыми швами к краям раны через имеющиеся в пластинах отверстия. Рана ушивалась «наглухо» адаптационными швами по Донати с захватом в шов укрепленной крестцово-копчиковой фасции. Далее сближались вышеуказанные панели, закрепленные на пластинах – основаниях и, соответственно, края раны, втулка фиксировалась зажимным винтом. Данный способ хирургического лечения эпителиального копчикового хода (Патент № 2477085 от 10.03.2013г., Бюл. №7) позволяет достичь иммобилизации и дозированного сближения краев раны. Конструкция аппроксимационно-иммобилизационного устройства обеспечивает прочную фиксацию пластин с панелями между собой и единственное возможное движение их относительно друг друга – вдоль фронтальной оси устройства. Демонтаж устройства производили на 8 – 9 дни от операции, но, при необходимости, устройство может быть демонтировано раньше.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Продолжительность операции составила от 35 до 60 минут. Общая гипертермия у прооперированных больных держалась в среднем  $0,5 \pm 0,27$  суток (от 0 до 2 суток), причем выше  $37,50^{\circ}\text{C}$  температура тела больных не поднималась. Перевод пациентов с постельного на палатный режим осуществлен у 17 (85%) на первые сутки после операции, 3 (15%) пациента были активизированы на вторые сутки. Длительность антибактериальной терапии в послеоперационном периоде составила  $7,0 \pm 0,73$  суток (от 5 до 10 суток). Пациенты выписывались от 9 до 12 суток после операции, при этом общий койко-день составил  $12,13 \pm 0,67$  (от 10 до 15 суток). Интраоперационных осложнений зарегистрировано не было. В ближайшем послеоперационном периоде было фиксировано 1 осложнение: у больного на 4 день послеоперационного периода было отмечено возникновение гематомы в средней трети послеоперационной раны в связи с чем аппроксимационно-иммобилизационное устройство было демонтировано, 2 шва было снято, гематома дренирована, рана в этом месте велась открытым методом.

**ВЫВОДЫ.** Данные проведенного анализа результатов лечения больных эпителиальным копчиковым ходом показали, что комбинированный способ радикального хирургического лечения эпителиального копчикового хода с укреплением крестцово-копчиковой фасции перед проведением через нее шовных лигатур и с использованием аппроксимационно-

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

иммобилизационного устройства позволяет получить крайне малое количество ранних послеоперационных осложнений за счет снижения вероятности прорезывания шовных лигатур на фасции, обеспечивает прочную фиксацию краев раны между собой с возможностью дозированного сближения их, а так же снижение действия сил натяжения тканей при сведении краев раны на наложенные швы, что ведет к снижению сроков постельного режима, равно как и послеоперационного койко-дня, уменьшению временной нетрудоспособности, ранней социальной адаптации больных.

---

501. Состояние протеиназ-ингибиторной системы в перитонеальной жидкости у больных с панкреатитом различной степени тяжести

Михайличенко В.Ю., Кубышкин А.В., Бугаенко О.А.

Симферополь

Кафедра общей хирургии, общей и клинической патофизиологии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского»

В ряде случаев при развитии острого панкреатита (ОП) различной степени тяжести, имеется большая диагностическая значимость содержания протеолитических ферментов в брюшной полости, чем их содержание в крови пациента и соответственно по соотношению протеолитических и антипротеолитических факторов можно прогнозировать течение заболевания, а также оценивать адекватность проводимой терапии. Клинические исследования проведены у больных, поступивших в отделение хирургии 7 городской больницы г. Симферополя. Все больные нуждались в экстренном хирургическом лечении в связи с острым панкреатитом. Всего было обследовано 80 человек с оперативными вмешательствами по поводу острого панкреатита, которые были выбраны методом «конверта» их когорты поступающих больных. Нами было сформировано 4 группы, по 20 пациентов в каждой: 1 группа – пациенты с мелкоочаговым панкреанекрозом без перитонита; 2 группа – мелкоочаговый панкреанекрозом с перитонитом; 3 группа – крупноочаговый панкреанекрозом без перитонита и 4 группа – крупноочаговый панкреанекрозом с перитонитом. Исследование показателей протеиназ-ингибиторного баланса ПЖ у больных с различными формами ОП показало, что острый воспалительный процесс в поджелудочной железе приводит к увеличению концентрации белка, росту трипсино- и эластазоподобной активности, а также увеличению антитриптическую активность (АТА) и кислотостабильных ингибиторов (КСИ). При изучении уровня белка, было продемонстрировано, что развитие мелко или крупноочагового панкреанекроза сопровождается значительным увеличением уровня белка в ПЖ. При мелкоочаговом панкреанекрозе он повышается в 5,3 раза по сравнению с нормой, которую мы определяли у больных с ложновыставленным диагнозом панкреанекроза во время диагностической лапароскопии. При развитии ферментативного перитонита его уровень возрастал в 1,3 раза по сравнению с мелкоочаговым панкреанекрозом без перитонита и равнялся  $1,28 \pm 0,12$  мг/мл. При развитии крупноочагового панкреанекроза, даже без перитонита, уровень белка возрастал по сравнению со 2 группой в 0,8 раз, а при развитии такового в 1,28 раз. Таким образом, мы видим, что уровень белка в ПЖ прямопропорционально возрастает в зависимости от объема поражения ткани поджелудочной железы и развития перитонита. Такая же тенденция наблюдалась и при изучении уровня ЭПА, трипсиноподобная активность (ТПА), АТА и КСИ. Так, уровень эластазоподобная активность (ЭПА) в 1 группе вырос на 8,5 раз по сравнению с нормой, во 2 группе при развитии перитонита по сравнению с 1 группой в 1,4 раза, в 3 группе – на 1,39 и в 4 группе – в 1,15 раза соответственно. Значения ТПА наиболее значительно возросли во всех группах, что мы связываем, с ключевым моментом роли трипсина при развитии острого панкреатита и панкреанекроза. Так в 1 группе по сравнению с нормой он вырос в 31 раз, во 2 группе – в 1,6 раза, в 3 группе по сравнению со 2 – в 1,34 и в 4 группе – в 1,3 раза. Уровень АТА и КСИ выросли но не на столько, что бы компенсировать излишнюю активность протеолитических ферментов. Так значения АТА в 1 группе возросли в 3,9 раза, во 2 группе – 1,19, в 3 группе – в 1,5 и в 4 группе – в 1,14 раза соответственно. Концентрация КСИ в 1 группе выросло в 3,35 раза, во 2 группе – в 1,3, в 3 группе – 1,13 и в 4 группе в 1,29 раз. Сопоставление результатов состояния

478



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

протеиназ-ингибиторной системы в ПЖ у больных с перитонитом и без перитонита при различном поражении объема ткани поджелудочной железы, показало, что наличие перитонита проявляется более выраженной активацией протеиназ. В брюшной полости развитие перитонита сопровождалось закономерным увеличением уровня белка. Белок в перитонеальной жидкости у больных с острой абдоминальной патологией, осложненной развитием перитонита, в 1,5 раза превышает аналогичный показатель у больных без развития перитонита. Аналогичная картина была и при изучении ЭПА – в 1,6 раз, ТПА – в 1,7, АТА – в 1,75 и КСИ – в 1,5 раз. Внутригрупповые различия при наличии перитонита или нет, также наблюдались, но менее существенные. Таким образом, в проведенном исследовании показано, что при развитии острого панкреатита в брюшной полости отмечается выраженное увеличение активности эластазоподобных и трипсиноподобных протеиназ, обладающих существенным деструктивным потенциалом. Причем рост протеиназ значительно превышает реактивный рост ингибиторов протеиназ, что свидетельствует о смещении баланса в сторону превалирования протеолитических ферментов. Более тяжелые формы панкреатита и присоединение перитонита приводит к более выраженной активации протеиназ, что может быть пусковым механизмом формирования как местных, так и системных осложнений при панкреатитах и обосновывает необходимость целенаправленной коррекции изменений уже на ранних стадиях развития панкреатита.

---

## 502. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ В КИШЕЧНОЙ СТЕНКЕ ПРИ СИНДРОМЕ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

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

Симферополь

Кафедра общей хирургии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского» Министерства образования и науки РФ

Синдром внутрибрюшной гипертензии (СВБГ) представляет собой симптомокомплекс, развивающийся вследствие повышения давления в брюшной полости и характеризующийся развитием полиорганной недостаточности. Экспериментальная часть работы выполнена на 26 кроликах, массой 2,4±0,2 кг. Нами была разработана модель ВБГ, позволяющая изучить изолированное влияние повышенного внутрибрюшного давления на органы брюшной полости и на организм экспериментального животного. Изучение ВБГ в эксперименте проводилось одновременно при помощи открытого уретрального катетера по Harrhill M. (1998) и с помощью аппарата для мониторинга внутрибрюшного давления собственной конструкции. Животные были разделены на 3 группы. В первой группе (9 кроликов) проводилась экспозиция ВБГ в течение 4-х часов, после чего фиксировали ЧСС, ЧДД, производили забор крови для клинического анализа и посев из брюшной полости. Во второй группе животных (9 кроликов) проводилась экспозиция ВБГ в течение 24-х часов, после чего фиксировали ЧСС, ЧДД, производили забор крови и посев из брюшной полости. Животным третьей группы (8 кроликов) моделировали ВБГ на уровне 25 мм рт. ст., экспозиция производилась в течение суток. На фоне ВБГ вводили: солкосерил из расчета 0,3 мл/кг (42,5 мг), в/м, 2 раза в сутки; гепарин из расчета 100 ед/кг, п/к, 4 раза в сутки. Также регистрировали ЧСС, ЧДД, производили забор крови и посев из брюшной полости. Животные 1-й группы были разделены на 3 подгруппы: животным моделировали интраабдоминальную гипертензию на уровне 15 мм рт. ст.; на уровне 20 мм рт. ст.; на уровне 25 мм рт. ст. Аналогичным образом, на три подгруппы были поделены животные 2 группы. С целью фармакологической коррекции микроциркуляторных нарушений кишечной стенки в эксперименте были выбраны препараты солкосерил и гепарин. В эксперименте выявлена корреляционная связь между измерением ВБГ методом использования открытого уретрального катетера и предложенным аппаратом для мониторинга ВБГ. Значение коэффициента корреляции R Спирмена между ВБГ, измеренной аппаратом, и давлением в мочевом пузыре составило  $R=0,838$ ,  $p=0,002$ , что свидетельствовало о равной информативности контроля ВБГ как через мочевой пузырь, так и посредством разработанного аппарата. В 1-й группе животных, которым моделировалась ВБГ 15 мм рт. ст. с экспозицией 4 часа, наблюдалось учащение

479

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

дыхания до 40 раз в мин (норма до 30) и ЧСС до 170 уд. в мин. (норма 100-140 уд. в минуту), в общем анализе крови (ОАК) никаких изменений не наблюдалось, посевы из брюшной полости были стерильными. У животных с ВБГ 20 мм рт. ст. наблюдалась умеренная тахикардия, тахипноэ, в ОАК был умеренный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, посев из брюшной полости оставался стерильным. У животных с ВБГ 25 мм рт. ст. на фоне вышеперечисленных изменений у 2-х особей в посевах из брюшной полости высеялась *E.coli*, у одной посев был стерилен. У всех животных второй группы, при экспозиции ВБГ в течение суток, наблюдались: тахикардия в среднем  $200 \pm 14$  уд. в мин., тахипноэ в среднем  $45 \pm 2$  в мин, в ОАК лейкоцитоз в среднем составил  $13,5 \pm 1,2$  тыс. в мл (норма 6-9 тыс. в мл). В посевах из брюшной полости всех животных, за исключением одного с ВБГ 15 мм рт ст, высеялась *E.coli*. Один посев был стерилен. В 3-й группе животных, у которых на фоне ВБГ 25 мм рт. ст. в течение 1 суток проводили лечение препаратами солкосерил и гепарин, на фоне тахикардии  $185 \pm 11$  уд. в мин и тахипноэ  $40 \pm 3$  в мин. отмечался умеренный лейкоцитоз в среднем  $11,2 \pm 1,3$  тыс. в мл., посевы из брюшной полости у 5 животных оказались стерильными, у 3 высеялась *E. coli*. И так, нами продемонстрировано, что менее выраженное влияние ВБГ отмечено в третьей группе животных, получавших «солкосерил» и «гепарин», что объясняется коррекцией ишемических повреждений кишечной стенки благодаря улучшению микроциркуляции, а также снижению проявлений окислительного стресса и эндотелиальной дисфункции, что подтверждается данными клинических показателей крови. Это позволяет

---

503. Значение мониторинга внутрибрюшного давления у больных с распространенным перитонитом

Каракурсаков Н.Э., Михайличенко В.Ю., Кисляков В.В.

Симферополь

Кафедра общей хирургии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского» Министерства образования и науки РФ

В основу работы положен анализ результатов лечения 198 больных, оперированных в хирургическом отделении ГКБ № 7 г. Симферополь за период 2003-2013 гг. по поводу острой хирургической патологии органов брюшной полости осложненной распространённым гнойно-фибринозным перитонитом. Для анализа эффективности методов лечения больные были разделены на две группы: сравнения 143 пациента и основную - 55 пациентов. Группы пациентов были репрезентативны по заболеваниям, вызвавшим распространенный перитонит, тяжести состояния, возрастному и половому составу. Среди обследованных больных мужчин было 95 (48%), женщин - 103 (52%). Средний возраст пациентов в группах составил ( $M \pm s$ ): в первой ( $49,3 \pm 6,7$ ) лет; во второй ( $46,4 \pm 6,8$ ) лет. Тяжесть пациентов обеих групп при поступлении оценивалась по шкале АРАСНЕ II в модификации А.П.Радзиховского, МПИ. Степень эндогенной интоксикации до операции и в послеоперационном периоде определяли по лейкоцитозу, ЛИИ, МСМ. У больных основной группы определялся уровень ВБД до операции непрямым методом в мочевом пузыре, а также в послеоперационном периоде аппаратом для мониторинга ВБД собственной разработки. Среднее значение модифицированной шкалы АРАСНЕ II составляло в группе сравнения  $14,4 \pm 1,5$ , в основной группе больных  $14,5 \pm 1,7$ . МПИ у больных группы сравнения  $27,8 \pm 4$ , у пациентов основной группы  $28,1 \pm 3,9$ . У всех больных зарегистрирован абдоминальный сепсис с полиорганной недостаточностью. Таким образом, обе группы являлись сопоставимыми по тяжести общего состояния и тяжести перитонита. Уровень ВБД в основной группе до операции составлял  $18,2 \pm 2,4$  мм рт.ст. Анализ измерения ВБД до операции в основной группе показал, что оно было повышено у 29 (52,7%) пациентов. При анализе количества программированных санаций брюшной полости до окончательного закрытия лапаротомной раны установлено, что в группе сравнения основному количеству пациентов (52,2%) потребовалось 3 повторные санации брюшной полости, тогда как в основной группе пациентов удалось минимизировать количество повторных санаций, большинство (58,3%) пациентов подверглись 2-м санациям. Контроль уровня ВБД в послеоперационном периоде в основной группе больных, выявил осложнения, что позволило выставить показания к ранней релапаротомии «по требованию», что является более благоприятным фактором в

480

прогностическом плане. У пациентов основной группы, при необходимости повторных санаций брюшной полости, формировали управляемую лапаростому аппаратом собственной конструкции (Патент Украины №54045 от 25.10.2010 г.), что позволило контролировать силу натяжения паравульнарных тканей а также дозировано сближать края лапаротомной раны с учетом уровня ВБД. После экстубации показатель ВБД составлял в среднем  $9,1 \pm 1,8$  мм рт.ст., и ни у одного из пациентов не превышал 15 мм рт.ст. В послеоперационном периоде применение собственного аппарата для дозированного сближения краев лапаротомной раны позволило поддерживать ВБД на безопасном уровне. В течение 5 суток тенденция к росту абдоминальной компрессии у всех пациентов купировалась, что позволило полностью сопоставить края лапаростомы. После стихания воспалительного процесса в брюшной полости релапаротомную рану послойно ушивали. Средние сроки нахождения аппарата на лапаротомной ране с момента его установки составили  $6,4 \pm 1,5$  суток. При интраоперационном сопоставлении краев лапаротомной раны предложенным аппаратом для лапаростомии проводилась оценка силы натяжения паравульнарных тканей в зависимости от уровня ВБД. В результате анализа полученных данных выявлена прямая корреляционная связь между этими показателями, этот факт может быть использован с целью прогнозирования возможного уровня ИАГ в послеоперационном периоде.

---

#### 504. РОЛЬ МОНИТОРИНГА ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Михайличенко В.Ю., Каракурсаков Н.Э.

Симферополь

Кафедра общей хирургии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского» Министерства образования и науки РФ

Распространенный гнойный перитонит является одним из тяжелых осложнений ряда заболеваний и поврежденных органов брюшной полости. Проблема его эффективного лечения остается актуальной до настоящего времени. Представлен результат основанный на обследовании и лечении 54 больных оперированных по поводу распространенного перитонита за период с 2009 по 2012 гг. Всем больным в послеоперационном периоде производили измерение внутрибрюшного давления двумя способами – традиционным, в полости мочевого пузыря и аппаратом для мониторинга внутрибрюшного давления в послеоперационном периоде собственной конструкции. Измерение внутрибрюшного давления больным в послеоперационном периоде проводилось от 2 до 8 раз в сутки в течение 3-10 дней в зависимости от динамики колебаний давления в брюшной полости. Стандартно всем больным ВБД измеряли через 4 часа после завершения операции, затем измерения производили 2 раза в сутки. Критерием побуждающим к измерению давления в брюшной полости каждые 3 часа послужил подъем уровня ВБД больше чем на 1 мм рт.ст., по сравнению с предыдущим измерением. Критерием к прекращению измерения ВБД явилось более 3-х суток течения послеоперационного периода без повышения внутрибрюшного давления, компенсированное состояние больного. Для статистической обработки использовалось среднее значение за сутки. Полученные результаты измерения внутрибрюшного давления в полости общепринятой методикой и предлагаемым способом, у 49 больных в послеоперационном периоде отличались максимум на 1 мм рт. ст. Значение коэффициента корреляции Спирмена между давлением измеренным аппаратом собственной конструкции и давлением в мочевом пузыре, в этой группе больных, составил  $R=0,838$ ,  $p=0,002$ , что свидетельствовало о равной информативности контроля ВБД как через мочевой пузырь, так и посредством разработанного комплекса регистрации ВБД. У 5 больных результаты измерения отличались от 4 до 17 мм рт. ст. При дальнейшем обследовании данной группы больных выявлено: у 1 больного опухоль мочевого пузыря, у 1 больного паравезикальная гематома, у 2 больных опухоль шейки матки со сдавлением мочевого пузыря, у 1 больной постановка мочевого катетера привела к инфицированию полости мочевого пузыря (цистит), что по нашему мнению и явилось причиной искажения результатов сравнительного измерения внутрибрюшного давления.

505. Оптимизация хирургического лечения больных с симптомными стенозами бифуркации сонных артерий

Яснопольская Н.В.(1), Михайличенко В.Ю. (2), Дюба Д.Ш. (1)

Донецк, 2) Симферополь

1) Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака 2) Кафедра общей хирургии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный ун

Наше исследование посвящено проблеме хирургического лечения больных с симптомными стенозами бифуркации сонных артерий путем внедрения нового способа эверсионной каротидной эндартерэктомии. Способ заключается в том, что после отсечения внутренней сонной артерии, разрез продлевается на устье наружной сонной артерии, затем выполняется эндартерэктомия, после чего накладывается анастомоз, "пятка" которого находится на наружной сонной артерии, а "носик" на общей сонной артерии. В работе приведено теоретическое обоснование целесообразности использования нового способа эверсионной каротидной эндартерэктомии и практическое решение актуального научно-практического задания - улучшить результаты лечения больных с атеросклеротическим поражением бифуркации сонных артерий, за счет разработки и внедрения математически и гемодинамически обоснованного способа хирургической коррекции стенозов каротидной бифуркации, который позволяет выполнение методики эверсии практически в любой клинической и анатомической ситуации, и позволяет снизить количество неудовлетворительных непосредственных и отдаленных результатов. Для достижения цели и решения поставленных задач были проанализированы результаты лечения 130 больных с симптомными стенозами бифуркации сонных артерий. Все больные были разделены на три группы: основную группу и 2 группы сравнения. Основную группу составили 40 больных, оперированных по новой методике эверсионной каротидной эндартерэктомии, в 1-ю группу сравнения вошли 65 больных, которым выполнялась каротидная эндартерэктомия и пластика синтетической заплатой, во 2-ю - 25 больных, которым выполнялась классическая эверсионная эндартерэктомия. Методом математического моделирования кровотока при реконструкции бифуркации сонной артерии, было продемонстрировано преимущество формирования нового анастомоза с учетом гемодинамических характеристик потока крови и изучения вязких напряжений в области шва. На основании данных ультразвукового исследования и морфологического состояния атеросклеротических бляшек определен морфологический субстрат – нестабильные бляшки длиной более 3 см, который обуславливает симптомность пациентов, а также изменения в скоростных характеристиках кровотока и коэффициентов сосудистого сопротивления отражают степень прогрессирования атеросклеротического процесса в сонных артериях. На основании проведенного сравнительного анализа цитокинового профиля, данных ультразвукового исследования и морфологического исследования установлена связь с процессом дестабилизации атеросклеротической бляшки и развитием неврологической симптоматики. Использование разработанного нового способа эверсионной каротидной эндартерэктомии, позволило получить хорошие непосредственные результаты лечения больных со стенозами бифуркации сонных артерий, уменьшить количество малых послеоперационных осложнений, а также количество рестенозов в отдаленном периоде.

---

506. Автоматизированный анализ изображений брюшины при распространенном перитоните  
Автоматизированный анализ изображений брюшины при распространенном

Герасимов А.Н., Багдасаров В.В., Багдасарова Е.А., Чернооков А.И., Гузоева Л.А., Симонян О.А., Гавашелашвили Н.О.

Москва

Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Введение: До сих пор не существует общепринятых установок принятия решения о завершении, либо продолжении программных санаций при распространенном перитоните. По нашим данным наиболее показательными и наглядными критериями макроскопической оценки течения перитонита являются значимые интраоперационные признаки. В практической работе хирурга при принятии им решений огромное значение имеет макроскопическая оценка того, что он видит при проведении операции. На ней основываются, например, такие ответственные для жизни пациента с перитонитом решения завершать или продолжать программные реоперации. Однако интраоперационная визуальная оценка состояния брюшины неизбежно достаточно субъективна, что не позволяет использовать ее в научных исследованиях с целью выработки оптимальной стратегии лечения. Цель исследования: определение значимых интраоперационных признаков, позволяющих принять решение о завершении, либо продолжении цикла программных санаций с систематизацией полученных данных. Методы исследования. Вычислительные возможности современных компьютеров вкуче с необходимыми программными средствами позволяют быстро, в режиме реального времени, получить и обработать снимки, которые затем могут храниться в «электронной карте больного», а также использоваться для научного анализа. В настоящее время имеется целый ряд систем автоматизированной обработки и анализа изображений, используемых в медицине. Однако подобные системы в основном ориентированы на улучшение восприятия врачом конкретного изображения, а также на решение задач дифференциальной диагностики, тогда как характеристики изображения, которые можно было бы использовать для поиска факторов риска, остаются недоступными исследователю. В связи с этим нами была разработана программа (свободно распространяемая, инструкцию по ее использованию и исполняемый модуль доступны по адресу [http://1mgmu.com/nau/my\\_izo.html](http://1mgmu.com/nau/my_izo.html)), которая проводит анализ изображения и позволяет сохранить полученные характеристики для дальнейшего статистического анализа. В ее состав также входят модули, позволяющие в гибком режиме преобразовывать фотографию для улучшения визуализации изображения объектов. В ходе настоящего анализа было проведено определение значимых интраоперационных признаков, позволяющих принять решение о завершении, либо продолжении цикла программных санаций с систематизацией полученных данных. Здесь можно выделить две подзадачи: 1) Анализ фотоснимков с целью поиска и выделения особенностей, плохо различимых человеческим глазом, например, небольших цветовых неоднородностей или областей с особо быстрыми изменениями цветности или яркости, 2) Получение на основании анализа изображений ряда формальных числовых показателей, которые могут быть связаны с тяжестью и особенностями патологического процесса. Второй пункт особенно актуален для больных с РП, подвергающихся программным реоперациям, так как позволяет зафиксировать мало-уловимые макроскопические изменения динамики состояния брюшины, важные для выбора этапного хирургического лечения. Вывод: статистический анализ динамики состояния больных, нуждающихся в программных реоперациях, с автоматизированным статистическим анализом интраоперационных изображений может быть полезным в выборе оптимальной тактики лечения.

---

507. Стимуляция ангиогенеза трансплантацией мезенхимальных стволовых клеток при инфаркте миокарда в эксперименте

Михайличенко В.Ю. (1), Самарин С.А. (1), Попандопуло А.Г. (2)

Симферополь (1), Донецк (2)

1) Кафедра общей хирургии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского» Министерства образования и науки

В проведенных экспериментальных исследованиях установлено и клинически подтверждено, что VEGF (Vascular endothelial growth factor) и FGF (Fibroblast growth factors) играют первоочередную роль в формировании процессов ангиогенеза при ишемии тканей. Целью нашей работы было изучить маркеры ангиогенеза при инфаркте миокарда у крыс и их динамику при трансплантации мультипотентных мезенхимальных стволовых клеток. Материал и методы исследования. В качестве экспериментального животного нами были избраны крысы инбредной линии Вистар-Кайото. Это было связано тем, что мы выполняли аллогенную трансплантацию клеток, а инбредные животные характеризуются высокой степенью гомозиготности по большинству генов. Исследования проводились на 60 половозрелых крысах-самках линии Вистар-Кайото массой 280-300 г., которые были разделены на 2 группы (по 30 животных в каждой): I группа – животные с ИМ не получали какого-либо лечения; II группа – животные, которым сразу, после моделирования ИМ, выполняли внутривенную трансплантацию мультипотентных мезенхимальных стволовых клеток (ММСК) путем введения через бедренную вену в количестве 1 000 000 клеток. Мультипотентные мезенхимальные стволовые клетки крысы культивировали в Лаборатории клеточного и тканевого культивирования ИНВХ им. В.К. Гусака. Для получения культуры мультипотентных мезенхимальных стволовых клеток мы использовали костный мозг здоровых животных крыс-самцов. ИМ у крыс подтверждался макроскопически во время выполнения перевязки коронарной артерии по данным ЭКГ, по повышению концентрации АСТ и МВ-КК, УЗИ, а также по выводу животных из опыта при патоморфологическом исследовании. При анализе полученных данных, мы видим, что при трансплантации ММСК, достоверно получены лучшие результаты, чем в группе животных, которые не получали какое-либо лечение. Особенно это видно при изучении среднего количества сосудов на 100 000 мкм<sup>2</sup> (10,21±1,26 без лечения в сравнении с 68,2±4,64). Данный процесс сопровождается достоверным улучшением ряда показателей: уменьшением объема соединительной ткани в зоне инфаркта, увеличением количества сохранных мышечных волокон, т.е. кардиомиоцитов. При анализе морфометрических данных, мы установили, что удельный объем площади инфаркта у крыс, которым лечение не проводилось, составил 24,02% от первичного объема, т.е. произошло уменьшение площади миокарда в 4 раза. В группе животных, которым выполняли трансплантацию, наблюдалось двукратное уменьшение площади рубца. При этом у животных, не подвергавшихся лечению, 34% площади участка, который рубцуется, был занят соединительной тканью, а у животных после трансплантации – 18%. Удельный объем сосудов на участке рубцевания у животных с трансплантацией был ниже, чем у животных без лечения, однако сосуды имели различное строение. Помимо прочего, удельное количество сосудов на 100000 мкм<sup>2</sup> было в группе с трансплантацией ММСК в 6 раз больше, чем в группе животных, не подвергавшихся лечению. При использовании гибридизации *in situ* мы выявили в рубце, который формируется, у крыс-самок клетки с наличием Y- хромосомы в ядре, то есть клетки-преемники пересаженных МСК. Также клетки с Y- хромосомой мы выявляли среди эндотелиальных клеток и в стенке сосудов, которые формируются. Таким образом, трансплантация ММСК приводит к значительному улучшению васкуляризации в зоне инфаркта, что приводит к уменьшению ишемии в пограничных с инфарктом зонах, уменьшению ишемического поражения кардиомиоцитов в этих зонах, что, в результате, ведет к уменьшению площади рубца и к предупреждению формирования аневризмы сердца. Доказано, что трансплантированные клетки активно берут участие в формировании сосудов и соединительной ткани в зоне рубцевания. Процесс рубцевания завершился на 21 день после моделирования ИМ. При этом, следует отметить, что в сроки от 1 часа до 7 суток идет значительное увеличение концентрации оксида азота в сыворотке крови животных по сравнению с нормой и группой животных не получавших какое-либо лечение (табл.2). Причем повышенное содержание оксида азота наблюдается до конца опыта. Такая же тенденция наблюдается и при изучении содержания VEGF. Интересен факт, что его концентрация в сыворотке крови значительно выше во II группе по сравнению с I до 7 суток и остается выше до конца опыта. Противоположная картина наблюдается при изучении содержания антагониста предыдущих биологически активных веществ – эндотелина I. Концентрация последнего возрастает до 6 часов после моделирования ИМ во II группе исследования и затем постепенно снижается и нормализуется к 1 месяцу. В I группе наблюдается его значительное повышенное содержание до конца 1 суток после ИМ и значительно выше до конца опыта по сравнению со II группой. Интересен факт, что уровень FGF оказался более чувствительным чем VEGF и значительно отреагировал уже через один час после моделирования ИМ у крыс повышаясь с 19,98±12,99 до 98,12±13,11 пг/мл при  $p < 0,05$ ), при сравнении данного показателя во II группе. При изучении УО, мы наблюдали подобную картину. Так при моделировании ИМ, УО снижался с 0,25±0,04 до 0,13±0,03 мл при  $t=2,4$ ;  $p < 0,05$ ). И так, нами на

основании изучения маркеров ангиогенеза, функциональных и гистологических методов исследования продемонстрирована эффективность применения ММСК у крыс с экспериментальным инфарктом миокарда.

---

508.Лапароскопические и открытые хирургические операции при осложненном колоректальном раке.

Щаева С.Н., Касумьян С.А., Алибегов Р.А., Касумьян А.С.

Смоленск

ГБОУ ВПО "Смоленский государственный медицинский университет", ОГБУЗ Клиническая больница №1 г. Смоленска.

Цель исследования: Изучить результаты открытых и лапароскопических операций при осложненном колоректальном раке. Материалы и методы: исследованы ближайшие результаты хирургического лечения больных колоректальным раком, осложненным кишечной непроходимостью, которые находились на лечении в хирургическом отделении ОГБУЗ КБ №1 г. Смоленска с 2013-15 гг. Пациенты были разделены на две группы: первую составили 30 больных, которым выполнены лапароскопические операции, во-вторую группу включены 30 пациентов, которым проведены открытые хирургические вмешательства. Исследуемые группы сопоставимы по степени выраженности кишечной непроходимости, стадиям онкологического заболевания, локализации злокачественного новообразования, возрасту, полу, индексу массы тела. В обеих группах были изучены: продолжительность оперативного вмешательства, интраоперационная кровопотеря, частота послеоперационных осложнений, продолжительность койко-дня. Результаты: В исследуемой группе с лапароскопическими операциями конверсий не было. Интраоперационная кровопотеря (средняя) при лапароскопических операциях была ниже, чем при открытых (соответственно 126,4 мл и 160,1 мл, р

---

509.Оперативные вмешательства при осложненном обтурационной кишечной непроходимостью колоректальном раке.

Щаева С.Н., Нарезкин Д.В., Соловьев В.И.

Смоленск

ГБОУ ВПО "Смоленская государственная медицинская академия"

Цель исследования: оценить результаты оперативных вмешательств при местнораспространенном колоректальном раке, осложненном обтурационной кишечной непроходимостью. Материалы и методы: изучены результаты лечения 549 больных с местнораспространенным раком толстой кишки, осложненным обтурационной непроходимостью. Лечение проводилось в стационарах Смоленска и Смоленской области за период 2001 по 2014 гг. Средний возраст больных составил  $62 \pm 1,5$ . Из них 187 пациентам выполнены радикальные одноэтапные хирургические вмешательства, 152 многоэтапные; 87 больным циторедуктивные и 123 пациентам симптоматические операции. Результаты исследования: Хирургические вмешательства на толстой кишке комбинировали с удалением единым блоком вовлеченных в опухолевый процесс органов и тканей. Инвазия злокачественной опухоли у женщин наиболее часто наблюдалась в тонкую кишку, брыжейку и другие отделы толстой кишки, в женские половые органы. При гистологическом исследовании послеоперационных макропрепаратов истинное прорастание опухоли в соседние органы и ткани

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

подтверждено 84,1% случаев. В остальных наблюдениях 15,9% опухолевое прорастание в рядом расположенные органы имело характер перифокального воспаления (р

---

510. Первый опыт применения вакуум-ассистированной лапаростомы при лечении пациентов с разлитым гнойным перитонитом

Черданцев Д.В., Первова О.В., Шапкина В.А.

Красноярск

ГБОУ ВПО КрасноярГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава РФ

Актуальность. Распространенный гнойный перитонит (РГП) остается одной из самых актуальных проблем хирургической патологии, что обусловлено высокими показателями летальности, варьирующей от 40% до 70%. Это побуждает к поиску новых технологий лечения РГП. Перспективным направлением в решении этой проблемы является применение вакуум-ассистированной лапаростомы. Цель. Оценить эффективность лечения больных РГП на фоне применения вакуум-ассистированной лапаростомы. Материалы и методы. Объектом исследования стали 37 пациентов с диагнозом РГП, находившиеся на лечении в Красноярском краевом гнойно-септическом центре Краевой клинической больницы с 2013 по 2015 год. Из исследования были исключены пациенты, у которых причиной РГП были панкреонекроз, тотальный мезентериальный тромбоз, онкологические заболевания, туберкулез, беременность. Оценка степени тяжести пациентов проводилась с использованием интегральных шкал тяжести (SAPS II), полиорганной недостаточности (SOFA), индекса брюшной полости (ИБП), определялся мантеймский индекс перитонита (MPI). Клиническая эффективность оценивалась на основании количества повторных операций, частоты развития осложнений, показателей летальности. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы STATISTICA 8.0. Традиционная лапаростома (ТЛ) наложена 32 пациентам, из них состояние средней степени тяжести – 23 (71,9%), тяжелое течение – 6 (18,7%), крайне-тяжелая степень – 3 (9,4%). В группе сравнения вакуум-ассистированная лапаростома (ВЛ) у 5 пациентов, из них тяжелое течение – 3 пациента (60%), крайне-тяжелая степень – 2 (40%). Наибольшая летальность наблюдалась у пациентов с тяжелым и крайне-тяжелым течением (66,7% и 66,7% соотв.), у них же динамика ИБП после первой санирующей операции составила 0,8. При использовании ВЛ, летальность у пациентов с тяжелой степенью – 66,7% (2 из 3), крайне-тяжелой степенью – 50% (1 из 2), но динамика ИБП 2,8 и 4,8 соотв. Среднее количество санаций на одного больного в группе пациентов с тяжелым течением с использованием ТЛ и ВЛ составило 5,16 и 3,3 санации соотв., в группе с крайне-тяжелым течением 6,8 и 4,5 соотв. Выводы: При использовании ВЛ в лечении больных с РГП выявлена тенденция к более выраженному снижению ИБП после первой санирующей операции и уменьшению количества санирующих операций, чем при использовании ТЛ, что позволяет считать ВЛ перспективной методикой и является основанием для проведения дальнейших исследований в этом направлении.

---

511. ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Мишина А.Е., Мадан Д.И., Мишин И.В.

Кишинев, Молдова



Отделение хирургической гинекологии, Институт матери и ребенка, Кишинев, Молдова

Введение: Эпителиальные опухоли (серозные и муцинозные цистаденомы) составляют около 15% в структуре кистозных образований яичников у детей и подростков. Цель исследования: изучение особенностей диагностики и лечения эпителиальных опухолей яичников у детей и подростков. Материалы и методы: Проведен проспективный и ретроспективный анализ 193 случаев кист и кистозных образований яичников у детей и подростков (возраст  $\leq 18$  лет), оперированных в отделении хирургической гинекологии, Института матери и ребенка на протяжении последних 14 лет. Результаты: Эпителиальные опухоли яичников установлены в 31 (16.1%) случае, средний возраст составил  $15.7 \pm 0.4$  лет (от 9 до 18). В большинстве случаев (29/31, 93.5%) основным симптомом были тазовые боли. Для диагностики использованы УЗИ, КТ и МРТ. Средний размер опухоли составил: макс. –  $11.64 \pm 1.25$  см (95% CI: 9.07–14.2) и мин. –  $10.6 \pm 1.11$  см (95% CI: 7.78–12.37). По локализации опухоли располагались: справа (n=13), слева (n=16) и двухсторонние (n=2). Оперативные вмешательства выполнены через минилапаротомии типа Пфанненштиль (n=20, 64.5%) и с использованием лапароскопических технологий (n=11, 35.5%). Объем оперативного вмешательства: кистэктомия (n=21, 67.7%), аднексэктомия (n=7, 22.58%), оварэктомия (n=2, 6.45%) и субтотальная гистерэктомия с придатками (n=1, 3.22%). В двух случаях дополнительно выполнена аппендэктомия. При гистологическом исследовании: серозные цистаденомы (n=19) и муцинозные (n=12). Осложнений в раннем послеоперационном периоде и рецидивов в отдаленном не наблюдалось (zero). Выводы: Органосохраняющие вмешательства при эпителиальных опухолях яичников должны рассматриваться как метод выбора в лечении, для сохранения функции яичников и фертильности пациенток.

---

## 512. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА.

Сиюхов Р.Ш., Беретарь Р.Б., Дурлештер В.М., Свечкарь И.Ю.

Краснодар

ГБУЗ Краевая клиническая больница №2

Актуальность: В последнее время число пациентов с осложненными формами течения рефлюкс-эзофагита в странах Европы и США увеличилось в 2-3 раза. XXI век признан гастроэнтерологами, веком гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, что не может не вызывать тревогу среди специалистов данного профиля, в связи с чем наблюдается повышенный интерес к своевременной диагностике и комплексному лечению рефлюкс-эзофагита и его осложнений. Представлен шестилетний опыт лечения рефлюкс-эзофагита и его осложнений в ККБ №2 г. Краснодар, с момента внедрения в практику эндовидеохирургического метода коррекции пищевода-желудочного перехода. Цель настоящей работы - оценка ближайших и отдаленных результатов лечения осложненных форм рефлюкс эзофагита. Материалы и методы. За период с 2008г. по 2013г. включительно в условиях ККБ №2 находилось на лечении 292 пациента с рефлюкс-эзофагитом, среди них осложненных форм течения заболевания выявлено в 13.3% (39). В структуре осложнений: стриктур пищевода- 2.3% (7), язва пищевода с кровотечением 1,3% (4), пищевод Барретта встречался в 9,5%(28), из них 21%(6) кишечная метаплазия. Возраст больных колебался от 26 до 78 лет и в среднем составил  $44 \pm 3,2$ . Соотношение мужчин и женщин 1:1,2. Анамнез заболевания составлял от 2 до 20 лет. В плане дообследования пациентам выполнялись общеклинические методы исследования, ФЭГДС с хромоскопией и биопсией из подозрительных участков слизистой пищевода, суточная рН-метрия, полипозиционное рентген-контрастное исследование пищевода, желудка и ДПК. Всем пациентам с язвенным поражением и с кровотечением в предоперационном периоде проводилась максимальная медикаментозная терапия до максимального заживления язв и эрозий, коррекция анемии. В группе пациентов с пептической стриктурой в предоперационном периоде, помимо медикаментозной терапии, проводились курсы эндоскопического бужирования, количество сеансов в зависимости от степени сужения до бужа №17-19. После предоперационной подготовки, купирования осложнений рефлюкс-эзофагита всем пациентам проводилась антирефлюксная операция. По традиционной методике В.И.Оноприева оперированы 47% (9) с пищеводом Барретта и 14% (1) с пептической стриктурой, остальным пациентам вмешательство проводилось по

487

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

разработанной в клинике эндовидеохирургической методике (патент №2525732). Клиническую оценку симптомов рефлюкс-эзофагита проводили перед операцией, затем через 1, 6, 12, 24 месяцев после хирургического вмешательства. Для определения выраженности каждого симптома использовалась визуально-аналоговая шкала (ВАШ). Результаты. Проведенное клиническое обследование показало, что в 57% (4) случаях с пептической стриктурой пищевода в послеоперационном периоде отмечалась дисфагия и признаки сужения пищевода, в связи с чем потребовалось проведение сеансов эндоскопического бужирования через 1 месяц после хирургического вмешательства, 75%(3) из них оперированы лапароскопически. Последующих курсов эндоскопического бужирования по результатам контрольных осмотров не требовалось. У всех оперированных пациентов с язвой пищевода и кровотечением при оценке динамики клинической картины в послеоперационном периоде отмечено достоверное (р

---

### 513.ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АТИПИЧНЫМИ ПСЕВДОКАРДИАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА

Сиюхов Р.Ш., Дурлештер В.М., Корочанская Н.В., Беретарь Р.Б., Свечкарь И.Ю.

Краснодар

ГБУЗ Краевая клиническая больница № 2

Целью работы явилось изучение распространенности и особенностей внепищеводной атипичной псевдокардиальной симптоматики у пациентов с рефлюкс-эзофагитом и оценка влияния антирефлюксной операции на течение данной патологии. В период времени с 2008 по 2012 гг. в ККБ №2 г. Краснодара оперативному лечению было подвергнуто 160 больных с РЭ. У всех больных имелась клиническая «типичная» симптоматика, кардинальный симптом (изжога) присутствовал у всех пациентов. Диагноз был подтвержден инструментальными данными: полипозиционного рентгенологического исследования, ЭГДС, суточной рН-метрии. Общее количество пациентов с выявленной различной внепищеводной симптоматикой составило 77 (48%). Псевдокардиальная симптоматика (некоронарогенные боли в грудной клетке- НКБГ) была отмечена у 21 (13,1%) пациента. Поло-возрастной состав группы: женщин- 14 (66,7%); мужчин-7 (33,3%), средний возраст 45,3±3,3 лет. Некоронарогенные боли дифференцировались по данным ЭКГ, ЭХО- КС, холтеровского мониторирования, в трех случаях потребовалось выполнить коронарографию. До операции отмечалось количество эпизодов и выраженность НКБГ посредством визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) симптома и вычисления показателя интенсивности симптома (ПИНС). При проведении суточной рН-метрии определялась связь клинической симптоматики с регистрируемыми рефлюксами с вычислением симптомного индекса. За эффективность результатов лечения принимали динамику регрессии клинических симптомов. Всем больным было выполнено лапароскопическое антирефлюксное вмешательство по разработанной в клинике методике (изобретение РФ № 2525732 от 23.06.2014). Интраоперационные осложнения в виде кровотечения из коротких желудочных артерий и сосудов малого сальника были ликвидированы без конверсии в лапаротомию. Послеоперационных осложнений в ранние сроки отмечено не было. Послеоперационной летальности не отмечено. Регрессия типичной симптоматики ГЭРБ в сроки более 1 года отмечена у 20 (95%) пациентов. Число приступов НКБГ через 1 месяц снизилось более чем в 3 раза, через 6 месяцев- в 7 раз по сравнению с исходными данными. Отмечено снижение выраженности НКБГ по ВАШ- интенсивность болевого симптома снизилась в 2 раза через 1 месяц, с дальнейшим понижением до минимального уровня через 1 год и более. Соответственно произошло и снижение медианы значения ПИНС- с 28 (22,5; 32,5) до 4 (2; 5) баллов через 1 месяц и до минимального уровня через 1 год и более после операции, р

#### 514. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОМИКСОМЫ БРЮШИНЫ

Гидирим Г.П., Мишин И.В., Рожновяну Г.А., Гуцу Е.В., Мишина А.Е., Возиян М.Г.

Кишинев, Молдова

Кафедра хирургии №1 «Н.Анестиади», Кафедра общей хирургии, Университет медицины и фармации «Н.Тестемидану», Отделение хирургической гинекологии, Институт матери и ребенка, Институт ургентной медицины, Кишинев, Молдова

Актуальность: Псевдомиксома брюшины (ПБ) – редкое заболевание, характеризующееся муцинозным канцероматозом брюшины. Цель исследования – оценка ближайших и отдаленных результатов лечения ПБ с использованием циторедуктивных вмешательств в комбинации с гипертермической внутрибрюшной химиотерапией (ГВБХТ) и послеоперационной ВБХТ (ПВБХТ). Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ одиннадцати случаев ПБ (6Ж/5М, средний возраст 61.55±3.92 лет), обусловленной муцинозными опухолями червеобразного отростка с высоким (цистаденокарциномы, n=10) и низким (цистаденомы, n=1) потенциалом злокачественности. Оперативные вмешательства включали: циторедуктивные вмешательства + ГВБХТ (5–фторурацил 750 мг/м<sup>2</sup>, 42–43°C, экспозиция 60–90 мин.) + ПВБХТ (на протяжении 5 послеоперационных дней) – 7 случаев; гемиколэктомия справа с иссечением имплантата передней брюшной стенки + ГВБХТ + ПВБХТ (n=2); гемиколэктомия справа + ГВБХТ + ПВБХТ (n=1); установка перитонеального катетера + ВБХТ (n=1). При оперативных вмешательствах среднее количество удаленного муцина составило 6.97±2.9 л (от 300 мл до 20 л). Индекс циторедукции составил: СС0 (n=5), СС1 (n=3), СС2 (n=3). Результаты: Рецидивы ПБ наблюдались в 4/11 (36,4%) случаях в среднем через 29.2±7.9 мес. (95% СІ: 7.15–51.24). В отдаленном послеоперационном периоде летальный исход наблюдался в четырех случаях, в среднем через 14.5±5.04 мес. (95% СІ: 1.54–30.54), в результате прогрессирования ПБ и кишечной непроходимостью (n=2), развитие псевдомиксомы в плевральной полости (n=1) и инфаркт миокарда (n=1). Выводы: Пациенты с муцинозными опухолями червеобразного отростка с низким (цистаденомы) и особенно с высоким потенциалом (цистаденокарциномы) злокачественности нуждаются в длительном наблюдении в связи с риском развития ПБ. Риск рецидива ПБ несмотря на циторедуктивные вмешательства в комбинации с ГВБХТ и ПВБХТ остается достаточно высоким и наблюдается у одной трети пациентов.

---

#### 515. Эндоскопическое лечение дивертикула Ценкера.

М.П. Королёв, Л.Е. Федотов, А.В. Климов, М.В. Антипова, А.Л. Оглоблен, Ш.Д., Мамедов, Л.А. Габдрахманова.

Санкт - Петербург

Санкт-Петербургский Государственный педиатрический медицинский университет, ГБУЗ Мариинская больница, Санкт-Петербург, Россия

Проблема лечения больных с дивертикулумом Ценкера до настоящего времени остается актуальной. Основным методом лечения дивертикулов Ценкера в России, в настоящее время остается открытая операция – резекция или инвагинация дивертикула в просвет пищевода с проведением миотомии нижней порции крикофарингеальной мышцы. На кафедре общей хирургии с курсом эндоскопии Санкт-Петербургского Государственного педиатрического университета на базе 5 хирургического отделения Мариинской больницы, в период с 1992 по 2015 г. пролечено 127 больных с дивертикулумом Ценкера, из них 55 с применением открытых операций. Большинству больных, общепринятые операции выполнялись с эндоскопическим пособием. В современных условиях в нашей клинике появилась возможность проводить лечение больных с дивертикулумом Ценкера с помощью альтернативных эндоскопических методик. С 2008

года нами стали применяться эндоскопические методы лечения больных с дивертикулом Ценкера. С данного периода нами выполнено 3 открытые операции. У двух больных имелся не диагностированный дивертикул Ценкера с дисфагией IV степени, выполненной гастростомией и выраженными признаками дивертикулита. Один больной поступил в нашу клинику в экстренном порядке с перфорацией дивертикула. Перфорация дивертикула Ценкера случилась во время эндоскопического исследования в поликлинике. С 2009 года пролечено 75 больных с дивертикулом Ценкера, при этом эндоскопическими методами оперировано 72 больных. По данным мировой литературы, прослеживается тенденция всё большего применения эндоскопических операций у больных с дивертикулом Ценкера. Все современные методики лечения, сводятся к малоинвазивным методам рассечения нижней порции крикофарингеальной мышцы, что воздействует на основной этиологический фактор в образовании дивертикула Ценкера. Нами применялись два эндоскопических способа лечения дивертикула Ценкера. Имея опыт в лечении больных с кардиоспазмом, и успешное применение ботулотоксина у данной группы больных и имеющееся сходство в этиологии (наличие мышечного спазма), нами разработана методика эндоскопического лечения дивертикула Ценкера, заключающаяся в баллонной дилатации глоточно-пищеводного перехода, и введением препарата «Диспорт» в область крикофарингеальной мышцы. У трёх больных применена эндоскопическая баллонная дилатация с введением препарата «Диспорт» в область крикофарингеальной мышцы. Преимуществом данного метода является максимальная малоинвазивность, так как при применении данной методики не выполняется разрез, а желаемый эффект достигается путём растягивания мышечных волокон крикофарингеальной мышцы и медикаментозного воздействия. Недостатками метода является высокая стоимость препарата «Диспорт» и возможность применения данного метода при небольших размерах дивертикула Ценкера. Суть метода заключается в баллонной дилатации глоточно-пищеводного перехода с последующим введением ботулотоксина в область крикофарингеальной мышцы. В условиях операционной больному по проведенной струне, ориентируясь на метки, в пищевод проводился баллонный гидродилататор. Заполнение дилататора осуществлялось через манометр до 1,5 атмосфер. Экспозиция по времени составила 30 минут. Уровень положения дилататора контролировался визуально. Особенностью процедуры является сложность фиксации дилататора в данной зоне. При заполнении баллона раствором возможна его миграция. Для ее предотвращения необходимо дополнительно фиксировать дилататор на уровне загубника. Следующим этапом является введение с помощью инъектора в область *m. cricopharyngeus* 250 единиц препарата «Диспорт». У больных наблюдался регресс клинической картины. Через три недели больные повторно госпитализировались, проводилась повторная процедура. При повторном рентгеноконтрастном исследовании выявлено значительное уменьшение размеров дивертикула. Опорожнение дивертикула проходило быстро. Для реализации данного метода необходимо наличие сертификата на введение препарата «Диспорт». У всех больных, оперированных данным методом, имелся регресс клинической симптоматики. С 2009 года нами применяется метод эндоскопического рассечения нижней порции крикофарингеальной мышцы. Для реализации данного метода нами изготовлена двухлепестковая трубка. Данная трубка отвечает следующим характеристикам: -гибкая и гофрированная; - длина трубки 35 сантиметров; - диаметр трубки 15 мм.; - двухлепестковое строение колпачка (лепесток, проводимый в пищевод, длиннее на 0,5 см.). Данные характеристики позволяют провести трубку в дивертикул по эндоскопу и выполнять все необходимые манипуляции в просвете последней. Операция проводится под эндотрахеальным наркозом. Больному выполняется эзофагогастроуденоскопия. При извлечении эндоскопа, в момент нахождения на уровне верхней трети пищевода, с аппарата в область дивертикула устанавливалась двухлепестковая трубка. Более длинный лепесток проводится в пищевод, а короткий лепесток в дивертикул. В ряде случаев возникают сложности с проведением двухлепестковой трубки. Данные сложности обусловлены узким входом в дивертикул или избытком слизистой оболочки, в таких случаях установку трубки необходимо проводить по проведённой струне в просвет пищевода. После установки двухлепестковой трубки обязательным является отключение инсуффляции. На данный момент наиболее оптимально выполнять операцию на отключённой инсуффляции, но иметь в арсенале CO<sub>2</sub> инсуффлятор. Затем осуществляется рассечение «мостика» между пищеводом и дивертикулом с пересечением нижней порции крикофарингеальной мышцы с помощью игольчатого электроножа. Закрытие дефекта слизистой оболочки осуществлялось методом клипирования. Наиболее оптимальным является применение клипс *NX 610-135L*. Операция заканчивалась постановкой назогастрального зонда по струне-направителю. У всех больных после оперативного лечения наблюдался регресс клинических проявлений. При эндоскопическом лечении, у 12 больных имелась остаточная полость дивертикула, данной группе больных проведено досечение волокон нижней порции крикофарингеальной мышцы с хорошим результатом. Вывод: Эндоскопические методы оперативного лечения дивертикула Ценкера являются перспективными.

516. ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ НА ФОНЕ ПРОФИЛАКТИКИ

Мишустин В.Н.(1), Мишустина Н.Н.(3), Квачахия Л.Л.(1), Добровольский И.И.(2), Колесник А.И.(1)

Курск

1)КГМУ, 2)ЮЗГУ, 3)БМУ КОКБ

На примере травматолого-ортопедического отделения БМУ «Курская областная клиническая больница» прослежена частота венозных тромбоэмболических осложнений при эндопротезировании тазобедренного и коленного суставов на фоне профилактики. В период с 1999 по 2013 годы было выполнено 1400 операций в период с 1999 по 2013 годы. На тазобедренном суставе была выполнена 1100 операций эндопротезирования, а на коленном суставе – 300 операций. Для тромбопрофилактики ВТО в нашей клинике характерно следующее: Нефракционированный гепарин применяем в дозе 7500 МЕ 3 раза в сутки в течение 10 дней нахождения больного в стационаре без лабораторного контроля. Низкомолекулярный гепарин (надропарин кальция) используем в дозировках, указанных выше также в течение 10 дней, причем первое введение препарата выполняется не позднее 6 часов после операции. Лабораторный контроль не требуется. Дабигатран этексилат назначаем в дозе 110 мг через 4 часа после операции с последующим приемом 220 мг препарата 1 раз в день в течение всего периода профилактики. Ривароксабан назначался в дозе 10 мг 1 в день в течение всего периода профилактики. У 100 больных в послеоперационном стационарном периоде использовали нефракционированный гепарин с последующим переходом после выписки на дабигатран этексилат. 200 больных получали в стационаре в качестве профилактики надропарин кальция с последующим переходом на дабигатран этексилат (150 больных) или ривароксабан (50 больных). Замена одного препарата на другой в стационаре не производилась. Для проверки эффективности проводимой профилактики ВТО после операции эндопротезирования был проведен ретроспективный анализ 502 историй болезни пациентов. Критериями включения пациентов в клиническую группу служили: возраст (средний или пожилой на момент поступления), отсутствие признаков тромбоза глубоких вен при УЗИ исследовании на момент поступления. С учетом варианта специфической профилактики все пациенты были разделены на 5 групп. Первая группа включала пациентов, получавших в стационаре нефракционированный гепарин 100 человек (19,9%) с последующим переходом на дабигатран этексилат или ривароксабан. Во второй группе профилактика в стационаре проводилась надропарином кальция – 200 человек (39,8%) с последующим переходом на дабигатран этексилат или ривароксабан. В третьей группе профилактика ВТО проводилась только дабигатраном этексилатом – 100 человек (19,9%). В четвертой группе пациентов в стационаре использовался фондапаринуксом натрия – 32 случая (6,4%) с профилактикой в амбулаторных условиях ривароксабаном. Ривароксабан для всего периода профилактики был использован у 70 (14%) больных пятой группы. Всем пациентам проводилась профилактика ВТО до 30 дней с момента операции. В послеоперационном периоде в стационаре у всех пациентов оценивались клинические признаки тромбоза глубоких вен. Если клинически можно было заподозрить венозный тромбоз, больным выполнялось ультразвуковое исследование глубоких вен. Все пациенты осматривались через 2, 3 и 6 месяцев после операции. При подозрении на острый венозный тромбоз выполнялось УЗИ вен нижних конечностей. Все пациенты опрашивались на предмет регулярного использования антикоагулянтов в течение всего периода амбулаторного периода профилактики ВТО. Было установлено, что частота симптоматических острых послеоперационных тромбозов глубоких вен с учетом профилактики венозных тромбоэмболических осложнений у больных во время нахождения в стационаре составила 8,22% (41 случай). Во всех выявленных случаях имел место дистальный тромбоз. При этом ТЭЛА в ближайшем послеоперационном периоде возникла у 1 пациента (0,07%). Еще 1 пациент умер от ТЭЛА через 3 недели после операции дома. Частота смертности от венозных тромбоэмболических осложнений составила 0,14%.

#### 517. РОЛЬ КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.

Жидких С.Ю., Горюнов С.В., Суздальцева Ю.Г., Смирнова Г.О., Жидких Н.В., Привиденцев А.И., Абрамов И.С., Ярыгин К.Н., Ступин В.А.

Москва

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова МЗ РФ, ГКБ №15 им. О.М.Филатова

Целью настоящей работы является улучшение результатов лечения раневых дефектов при синдроме диабетической стопы с применением клеточной терапии. Материалы и методы: В исследовании использована культура мезенхимальных клеток, выделенных из пуповины (Вартониева студня), после нормальных родов на 38-40 неделе гестации. В клиническом исследовании приняло участие 34 пациента, 18 (53%) в основной и 16 (47%) в группе сравнения, с раневыми дефектами при синдроме диабетической стопы. Средняя площадь раневых дефектов на момент включения в исследование в конце I фазы и начале II фазы раневого процесса составила в основной группе  $21 \pm 3$  см<sup>2</sup>, в группе сравнения  $22 \pm 2$  см<sup>2</sup>. Клеточную терапию проводили введением суспензии аллогенных фибробластоподобных клеток пуповины человека по периферии и в дно раневого дефекта. Результаты: При обработке полученных данных выявлено значимое ускорение репаративных процессов раневых дефектов в течение  $10 \pm 2$  суток после обкалывания культурой мезенхимальных стволовых клеток у 77% пациентов по сравнению с контрольной группой. В этот период наблюдается выраженное уменьшение площади раневого дефекта в среднем на  $18 \pm 3$  см<sup>2</sup>, за счет раневой контракции, роста периферического эпителия, активный рост и созревание грануляционной ткани 90% пациентов. Проведение клеточной терапии способствовало улучшению качественной подготовки раневых дефектов и уменьшению сроков подготовки к реконструктивно-пластическим операциям. В ходе исследования не было зарегистрировано значимых побочных эффектов и аллергических реакций, а также развития новых заболеваний (онкопатология), связанных с проведением клеточной терапии. Выводы: Клеточная терапия в комплексном лечении синдрома диабетической стопы является безопасным и эффективным методом лечения, стимулирует рост грануляционной ткани и эпителия раневых дефектов, а также улучшает качество и снижает сроки подготовки к реконструктивно-пластическим операциям.

---

#### 518. Дифференцированный подход к лечению перитонита при перфоративных туберкулёзных язвах кишечника у ВИЧ-инфицированных больных

Решетников М.Н., Зубань О.Н., Скопин М.С., Сеницын М.В., Плоткин Д.В.

Москва

ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулёзом Департамента здравоохранения г. Москвы»

За последние годы в РФ отмечено увеличение числа случаев туберкулёза органов брюшной полости (ТОБП), частота которого колеблется от 3 до 16% среди других его внелёгочных локализаций туберкулёза. Высокая заболеваемость ВИЧ-инфекцией приводит к увеличению числа случаев туберкулёза множественных локализаций. Наиболее грозным осложнением ТОБП является перфорация специфических язв кишечника, летальность при которых может достигать до 80%. Целью исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения больных с перфоративными туберкулёзными язвами кишечника на фоне поздних стадий ВИЧ-инфекции. Хирургическому лечению подвергнуто 136 пациентов с перфоративными туберкулёзными язвами кишечника, находившимися на лечении в хирургическом отделении «МНПЦ борьбы с туберкулёзом» в период 2003-2013 гг. Мужчин было 103 (75,7%), женщин – 33 (24,3%), возраст больных колебался от 21 до 51 года, у всех пациентов диагностирована ВИЧ-инфекция в

стадии 4В. Все пациенты поступали в тяжёлом состоянии и оперированы в экстренном порядке после проведения кратковременной предоперационной подготовки. Пациенты разделены на 3 группы. В первую вошли 47 (34,6%) пациентов с перфорацией туберкулёзных язв кишечника, которым выполняли резекцию поражённого отдела кишки или правостороннюю гемиколэктомию с резекцией дистального отдела подвздошной кишки. Первичный анастомоз не накладывали, ушивали культы приводящего и отводящего отделов кишечника, осуществляли декомпрессию приводящего отдела кишечника. Санационные релапаротомии выполняли с интервалом в 48 часов, после стихания перитонита накладывали анастомоз «бок в бок». Во 2 группу включено 34 (25,0%) пациента, которым резекцию поражённого отдела кишки завершали наложением первичного анастомоза «бок в бок» и назоинтестинальную интубацию (НИИ); программные санации брюшной полости не выполняли. 3 группу составил 55 (40,4%) пациентов, которым выполнены ушивание перфоративных туберкулёзных язв, НИИ, санация и дренирование брюшной полости. Спустя 48 часов части пациентов, выполняли программные санации брюшной полости до полного стихания явлений перитонита. У пациентов 1 группы во время программных санаций брюшной полости несостоятельности анастомозов не наблюдалось, в редких случаях у 6,4% больных во время программных санаций выявлялись новые туберкулёзные язвы кишечника. Скончались 13 (27,7%) пациентов в течение 1-3 суток после операции, эти больные поступали в крайне тяжелом состоянии, более 1 суток от момента перфорации язв, с прогрессирующим течением генерализованного туберкулёза, с глубоким иммунодефицитом. Во 2 группе осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 21 (61,8%) больных - на 4-6 сутки зарегистрировано прогрессирование перитонита вследствие несостоятельности анастомоза или возникновения новых перфоративных язв кишечника, что послужило поводом для выполнения повторных оперативных вмешательств, из этих пациентов скончались 8 (23,5%). От прогрессирующего туберкулёза лёгких и нарастающей полиорганной недостаточности скончались 13 (38,3%) больных данной группы. У пациентов 3 группы мы выполняли лишь ушивание перфоративных язв. По показаниям выполняли санации брюшной полости «по требованию» у 31 пациента (22,8%) в интервале 48-96 часов, при этом у 13 (41,9%) больных выявлены и ушиты новые перфоративные язвы. Скончались 28 (50,9%) пациентов, причиной летальных исходов послужила лёгочно-сердечная недостаточность, связанная с прогрессированием туберкулёза лёгких и туберкулёзный менингоэнцефалит. Анализ результатов лечения показал, что у пациентов 1 группы процент осложнений (6,4%) был в 10 раз ниже, чем у пациентов 2 и 3 групп (61,85%) – р

---

519.Современные принципы лечения проблемных ран различного генеза.

Горюнов С.В., Жидких С.Ю., Привиденцев А.И., Чапарьян Б.А.

Москва

Городская Клиническая Больница №15 имени О.М. Филатова. Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет имени Н.И. Пирогова.

Актуальность: Лечение ран и раневой инфекции относится к числу наиболее древних разделов медицины, и на сегодняшний день остаётся одной из важных проблем. Из множества используемых современных методов и способов лечения ран, ни одно в полной мере не удовлетворяет практических хирургов. Число больных с данной патологией остаётся по-прежнему большим и имеет тенденцию к увеличению. В арсенале хирургов имеется достаточно широкий диапазон способов лечения (механическая, аутолическая, химическая, физическая, гидрохирургическая, ультрозвуковая некрэктомия, ларвотерапия, вакуум терапия), однако результаты лечения не всегда являются удовлетворительными. Целью настоящей работы является улучшение результатов лечения проблемных ран различного генеза путем применения в комплексном лечении Дебрисофта. Материалы и методы: В исследовании приняли участие пациенты с инфицированными острыми и хроническими ранами различного генеза, с фибринозными наложениями, детритов и очаговыми поверхностными некрозами, которым проводили обработку раневого дефекта дебрисофтом. Дебрисофт представляет собой матерчатую пластину, размерами 10x10см, выполненную из уникальной структуры полиэстера. Рабочая поверхность представлена микрофибрами, 18 млн. волокон на 10 кв. см, со специально

подобранной длиной, толщиной, углом среза кончика микрофибр и необратимой абсорбцией. Микроворсинки при контакте активно удаляют фибрин, мертвые ткани, детрит с раневой поверхности. Повреждения живых тканей и грануляций при этом не происходит. Рану покрывали салфеткой, смоченной физиологическим раствором или раствором антисептика (Пронтосана) с экспозицией 5-10 минут. Вращающими легкими движениями удаляли детрит, фибрин и др. наложения с поверхности раны в течение 3-5 минут. Хорошие результаты при обработке ран с окружающим гиперкератозом и сухими некротическими наложениями получали при сочетанном применении Debrisoft с гидрогелями или гидроколлоидами. Протестировано 12 больных после обработки раневых дефектов Дебрисофтом. При этом проводили оценку Шкалы боли, при которой выявлено, что во время стандартной обработки раны – уровень болевого синдрома составил 7,6 баллов, а дебрисофтом – 5,4 баллов (по 10-бальной шкале). При микробиологической оценке, после однократной обработке Дебрисофтом, отмечается снижение обсемененности раны с lg 6,2 до lg 3,5, а также значительное визуальное очищение раневого дефекта от фибринозных наложений, детрита и поверхностных очаговых некротических тканей. Выводы: Использование Дебрисофта в комплексном лечении проблемных ран позволяет оптимизировать течение раневого процесса, при которых наступает стагнация процесса очищения, связанная с формированием бактериальных биопленок, плотных фибриновых наложений, перивульнарного кератоза. Дебрисофт позволяет в течение короткого времени избавиться от раневого детрита, фибрина, что способствует быстрой подготовке раны к кожно-пластическим вмешательствам или спонтанному заживлению. Использование Дебрисофта не имеет клинически значимых противопоказаний и побочных эффектов.

---

#### 520.СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ РАЗЛИЧНЫМИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ ПОСЛЕ АРТРОПЛАСТИКИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

Мишустин В.Н.(1), Мишустина Н.Н.(3), Добровольский И.И.(2), Квачахия Л.Л.(1), Колесник А.И.(1)

Курск

1)КГМУ, 2)ЮЗГУ, 3)БМУ КОКБ

Был проанализирован опыт послеоперационной профилактики различными антикоагулянтами после выполнении 1400 операций эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов, выполненных в травматолого – ортопедическом отделении БМУ «Курская областная клиническая больница» в период с 1999 по 2013 годы. На тазобедренном суставе была выполнена 1100 операций эндопротезирования, а на коленном суставе- 300 операций. Отдаленные результаты у 1078(98%) пациентов, перенесших замещения тазобедренного сустава и у 285 (95%) пациентов после эндопротезирования коленного сустава были расценены как отличные и хорошие. тромбопрофилактики ВТО в нашей клинике характерно следующее: 1.Вместе с нефракционированным гепарином и низкомолекулярными гепаринами мы стали широко использовать новые таблетированные антикоагулянтные препараты- дабигатрана этексилат(прямой ингибитор тромбина) и ривароксабан(селективный прямой ингибитор Ха фактора ). 2.Курс профилактики ВТО мы продолжаем до 30 дней после выполнения операции.3.Профилактику в условиях стационара мы проводим препаратом, имеющимся в данный момент в наличии, однако после выписки больного из стационара профилактику продолжаем только дабигатраном этексилатом или ривароксабаном.4.В БМУ «Курская областная клиническая больница» был внедрен внутренний протокол «Клинические рекомендации по профилактике венозных тромбоэмболических осложнений, официально утверждающий данные меры профилактики». С учетом варианта специфической профилактики ВТО все пациенты были разделены на 5 групп . Первая группа включала пациентов, получавших в стационаре нефракционированный гепарин 100 человек(19.9%) с последующим переходом на дабигатран этексилат или ривароксабан. Во второй группе профилактика в стационаре проводилась надрупарином кальция – 200 человек (39,8%) с последующим переходом на дабигатрана этексилат или ривароксабан. В третьей группе профилактика ВТО проводилась только дабигатраном этексилатом – 100 человек(19,9%). В четвертой группе пациентов в стационаре использовался фондапаринуксом натрия - 32 случая(6,4 %) с профилактикой в амбулаторных условиях



ривароксабаном. Ривароксабан для всего периода профилактики был использован у 70(14 %) больных пятой группы. Всем пациентам проводилась профилактика ВТО до 30 дней с момента операции. В послеоперационном периоде в стационаре у всех пациентов оценивались клинические признаки тромбоза глубоких вен. Если клинически можно было заподозрить венозный тромбоз, больным выполнялось ультразвуковое исследование глубоких вен. Все пациенты осматривались через 2, 3 и 6 месяцев после операции. При подозрении на острый венозный тромбоз выполнялось УЗИ вен нижних конечностей. Все пациенты опрашивались на предмет регулярного использования антикоагулянтов в течение всего периода амбулаторного периода профилактики ВТО. Было установлено, что только 240 пациентов(48%) из 502 регулярно выполняли рекомендации по приему антикоагулянтов после выписки домой до 30 дней. Поэтому оценить результаты профилактики в течение всего периода не представлялось возможным. Было установлено, что частота симптоматических острых послеоперационных тромбозов глубоких вен с учетом профилактики венозных тромбозомболических осложнений у больных первой группе пациентов получавших нефракционированный гепарин частота венозных тромбозов составила – 8 %; во второй(надропарин кальция) –7,8%; в третьей группе пациентов (фондапаринукс натрия)– 10,5%, в четвертой(дабигатран этексилат) – 6,8, % и в пятой(ривароксабан)– 8 %. При сравнении частоты послеоперационного венозного тромбоза в разных группах установлено, что достоверных различий в исходах профилактики выявлено не было ( $p>0,05$ ). Причем среди 502 пациентов нами не зафиксировано ни одного случая гепарининдуцированных тромбоцитопений при использовании этих препаратов в данном исследовании. Осложнений и побочных эффектов, имеющих в инструкциях данных препаратов нами также не было выявлено.

---

#### 521.Тест-система для диагностики рожи

ЛАВРЕШИН П.М1., Гобеджишвили В.К., Гобеджишвили В.В.

Ставрополь

СтГМУ

Неблагоприятными моментами при осложненных формах рожи являются не только гнойно-некротические изменения кожи и подкожно-жировой клетчатки, но и резко выраженная интоксикация организма, что зачастую приводит к тяжелому течению заболевания, инвалидизации пациентов. Цель исследования: создание иммуноферментной тест-системы на основе водорастворимого полигруппового стрептококкового антигена и полигрупповой адсорбированной антистрептококковой сыворотки. Задачи исследования: экспресс-диагностика рожи, прогнозирование развития гнойно-некротических осложнений. Критерии включения в исследование: больные с различными клиническими формами рожи, находившиеся на лечении в отделении гнойной хирургии МБУЗ СК «ГКБ № 2». Критерии исключения из исследования: отказ больного от включения в группу для исследования. Методы исследования: иммуноферментный анализ (сэндвич-вариант ИФА). Сконструирована иммуноферментная тест-система: методами физической деструкции клетки *Str. Pyogenes* (экструзия, УЗ-воздействие) и водно-солевой экстракции получен полигрупповой стрептококковый антигенный комплекс. Для получения полигрупповой антистрептококковой сыворотки использована оригинальная схема иммунизации водорастворимыми антигенами кроликов породы шиншилла с использованием иммуномодулятора - феракрила. Исследовались сыворотки крови, полученные от больных с различными клиническими формами рожи. Результаты: у больных с эритематозными формами заболевания при положительных реакциях в разведении сывороток 1:200 в 86 % случаев отмечено появление гнойных осложнений. У пациентов с геморрагическими формами при положительных реакциях в разведении сывороток 1:200 в 92 % случаев отмечено появление гнойных осложнений, а при положительных реакциях в разведении сывороток 1:400 в 96 % случаев развиваются некротические осложнения. Выводы: разработанная тест-система позволяет выполнять экспресс-диагностику рожи, контроль за течением воспалительного процесса, прогнозирование развития гнойно-некротических осложнений.

## 522. ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ РОЖИ

Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К., Линченко В.И., Гобеджишвили В.В.

Ставрополь

СтГМУ

Основными клиническими аспектами проблемы рожки являются высокий уровень заболеваемости, тяжелые гнойно-некротические осложнения, тенденция болезни к хроническому рецидивирующему течению. Цель исследования: изучение возможностей ранней диагностики, прогнозирования и лечения гнойно-некротических осложнений рожки. Диагностический стандарт: иммуноферментная тест-система (ИТС) на основе водорастворимого полигруппового стрептококкового антигена и полигрупповой адсорбированной антистрептококковой сыворотки. Критерии включения в исследование: больные с различными клиническими формами рожки. Критерии исключения из исследования: отказ больного от включения в группу для исследования. Представлены результаты обследования и лечения 220 больных рожкой: мужчин - 96 (43,6%), женщин - 124 (56,4%). С эритематозной формой - 122 больных (55,5%), эритематозно-буллезной - 42 (19,1%), эритематозно-геморрагической - 15 (6,8%), буллезно-геморрагической - 41 больной (18,6%). Исследовались сыворотки крови, полученные от больных рожкой. Контроль: 50 сывороток здоровых доноров. В основной группе (48,6% пациентов) применялся разработанный комплексный подход к лечению. В контрольной группе (51,4%) - традиционные методы лечения. Методы статистического анализа данных: «Biostat», t-критерий Стьюдента, непараметрические методы Вилкоксона, Уилла, дискриминантный анализ. При эритематозной и эритематозно-буллезной формах рожки частота определения антител в разведении сывороток 1:100 была равна  $63,7 \pm 5,0$  и  $64,0 \pm 4,9\%$  соответственно, а процент сывороток с высоким уровнем антител (разведение 1:200-1:400) составлял  $7,5 \pm 4,1$  и  $11,7 \pm 3,9\%$ . При эритематозно-геморрагической и буллезно-геморрагической формах процент сывороток с положительной реакцией составил  $69,2 \pm 3,1$  и  $73,9 \pm 7,3\%$ ; процент сывороток с высоким уровнем антител -  $19,6 \pm 4,1$  и  $22,6 \pm 6,6\%$ . В контрольной группе процент положительно реагирующих сывороток не превышал  $6,3 \pm 2,0$ . Повышение титра антител в сыворотке крови у больных с эритематозными формами выше 1:200 и у больных с геморрагическими формами до разведения 1:400 является прогностически неблагоприятным по развитию осложнений, процент которых в основной группе составил 10,2, в контрольной - 23,1. Выводы: использование диагностической тест-системы позволяет прогнозировать развитие гнойно-некротических осложнений.

---

## 523. ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМБИНАЦИИ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ ПО МИЛЛИГАН-МОРГАНУ- II В КОМБИНАЦИИ С ПЛАСТИКОЙ СЛИЗИСТОЙ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПО В.М. МАСЛЯКУ

В.Ю. Михайличенко, С.П. Гавриленко, А.А. Древетняк, П.С. Трофимов

Симферополь

Кафедра общей хирургии Медицинской академии имени С. И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского» Министерства образования и науки Рос

Целью нашей работы является анализ результатов геморроидэктомии по Миллиган –Моргану в комбинации с пластикой анального канала по В.М. Масляку в послеоперационном периоде. Материалы и методы исследования. За период с 2009 по 2014 гг. в нашей клинике прооперировано 151 пациент с различными формами геморроя III-IV стадии и 3 пациента с острым тромбозом геморроидальных узлов в возрасте от 23 до 68 лет . Во всех случаях производилась геморроидэктомия по Миллиган-Моргану II в сочетании с трапециевидной пластикой анального канала по В.М. Масляку. Оперативное вмешательство осуществлялось в 12 случаях под местной анестезией и в 139 случаях под спинномозговой анестезией. Сочетанные операции выполнялись в следующем порядке: после дивульсии ануса по Рекамье-Субботину на 11 и 3 часах условного циферблата геморроидальные комплексы удалялись по методике Милиган-Моргана -II с применением шовного материала – викрил №0, 7-ми часовой геморроидальный комплекс удалялся с прошиванием сосудистой ножки с пластикой слизистой по В.М. Масляку трапециевидным лоскутом , с подшиванием ее к анодерме в поперечном направлении. При тщательной ревизии анального канала в случае выявления ретракции участка слизистой данный дефект устранялся подшиванием слизистой к анодерме в поперечном направлении викриловыми швами. Результаты и обсуждение. В среднем койко-день составил 5,1 к/д. В послеоперационном периоде тампон удалялся на 2-е сутки после операции проводилась ежедневная обработка анального канала растворами антисептиков с введением в анальный канал левомеколя или диоксизоля до 5 мл., а также наружный мазевой тампон. Рефлекторная задержка мочеиспускания наблюдалась у 3-х больных.В данной случае моча выводилась катетером. Со 2-3 суток после операции начинается щадящее пальцевое бужирование анального канала. Самостоятельная дефекация с применением касторового масла (1 ст. ложка в сутки) наблюдалась у всех больных на 2-3 сутки. С момента дефекации назначались ванночки с дегтярным мылом и свечи с красавкой и облепихой 2р/день, а также Детралекс по 2т.х 2р/ день. Через 2 недели после выписки больных из стационара производился контрольный осмотр. Свечи с облепихой менялись на свечи с метилурацилом в течении 2-х недель. Во всех случаях отмечалось заживление послеоперационных ран первичным натяжением с формированием эластичного воронкообразного анального канала. Больные осматривались в сроки от 2 недель до 8 месяцев. Ни в одном случае не было отмечено стриктур или анальной инконтиненции. Выводы. Данный комбинированный метод оперативного лечения геморроя позволил значительно улучшить ближайший и отдаленный результат, что явилось профилактикой операционных стриктур анального канала.

---

#### 524.ТОЛСТОКИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ: ПРИЧИНЫ, ЗНАЧИМОСТЬ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА.

1 Муравьев А. В., 2 Петросянц С.И.

Ставрополь

1)СтГМУ 2)ГБУЗ СК «ГКБ №2»

Актуальность. Проблема кровотечений из желудочно-кишечного тракта сохраняет свою актуальность. Больные с данной патологией в настоящее время составляют пятую часть от всех поступающих в хирургический стационар. Ежегодная заболеваемость толстокишечными кровотечениями составляет от 20 до 30 случаев на 100 тысяч населения. При этом рецидив кровотечения развивается примерно в четверти случаев. Острые толстокишечные кровотечения продолжают оставаться одной из серьезных проблем неотложной хирургии. Летальность при данном осложнении достигает 15-20% . Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с толстокишечными кровотечениями путем внедрения схемы лечебной тактики. Материалы и методы. За период с 2010 по 2014 гг. в Центр амбулаторной колопроктологии поступило 298 пациентов, из них женщин – 136, мужчин – 162. В возрасте от 23 до 50 лет – 22%, от 50 до 70 лет – 46%, от 77 до 88 лет - 32%. Основными причинами толстокишечных кровотечений явились: ректальное кровотечение (геморрой) –163 пациента (54%), онкопатология – 47 пациентов (16%), дивертикулярная болезнь – 47 пациентов (16%), полипы ободочной кишки – 24 пациента (8%), НЯК– 7 пациентов (2%), болезнь Крона – 2 пациента (1%), не установленный источник кровотечения – 8 пациентов (3%) Результаты. Больным с онкопатологией выполнены следующие операции: экстирпация прямой кишки – 7 пациентов, резекция сигмовидной кишки – 1 пациент, наложение противоестественного заднего прохода

– 2 пациента, обструктивная резекция сигмовидной кишки – 1 пациент, передняя резекция прямой кишки - 1 пациент. У 35 пациентов с онкопатологией оперативное лечение не проводилось в виду 2 основных причин: ранее установленный диагноз (с осложнением заболевания и распространенностью процесса) - 8 пациентов; с впервые выявленным диагнозом (выписаны с последующим оперативным вмешательством после получения результатов биопсии) – 27 больных. Тактика лечения у данных пациентов: гемостатическая терапия (всем пациентам); гемотрансфузии по показаниям (18 пациентам). У 67 пациентов с ректальным кровотечением выполнена геморроидэктомия, у 2 пациентов - остановка кровотечения после латексного лигирования; 94 пациентам из этой группы оперативное пособие не проводилось в виду: отказа от операции - 27 пациентов, отказа от обследования – 12 пациентов, не показано оперативное лечение – 55 пациентов. У 30 пациентов с дивертикулярной болезнью кишечника диагноз выставлен впервые, у 17 диагноз ранее выявленный. У 24 пациентов с полипами ободочной кишки выполнено: эндоскопическая полипэктомия - 12 пациентам, трансанальная полипэктомия - 3 пациентам, консервативное лечение проводилось у 4 пациентов, отказались от операции – 3 пациента. Впервые выявленный диагноз НЯК зарегистрирован у 2 пациентов, ранее выявленный диагноз у 5 пациентов. Группу кровотечений с неясным источником кровотечения составили 8 пациентов, из которых 5 пациентов оказались от обследования, у 3-х при колоноскопии патологии не выявлено. Выводы. Применение предложенной схемы лечебной тактики позволяет быстро и эффективно не только остановить толстокишечное кровотечение, но и выяснить источник кровотечения для проведения патогенетического лечения. Тактика хирурга при толстокишечном кровотечении должна состоять из основных компонентов: консервативные методы остановки кровотечения; стабилизация состояния пациента; выяснение причины (источника) кровотечения; при показаниях - плановое оперативное лечение в специализированном отделен

---

525. Опыт проведения стимуляции регенерации длительно незаживающих ран после хирургической обработки

Лаврешин П.М. , Владимирова О.В. , Линченко В.И., Владимиров В.И., Гобеджишвили В.В.

Ставрополь

СтГМУ

Актуальность: Не смотря на значительный прогресс в медицине в вопросах лечения ран, стимуляции регенерации и применения современных способов закрытия ран, проблема длительно незаживающих ран, вызванных сосудистыми и нейротрофическими нарушениями остается крайне актуальной. Длительно незаживающие раны резко снижают качество жизни пациентов, приводят к септическим осложнениям. Материалы и методы: Под наблюдением в течение трех лет в отделении гнойной хирургии находилось более 70 пациентов с длительно незаживающими ранами сосудистого и нейротрофического генеза. Из них в группы исследования были отобраны 61 пациент по принципу сравнимости основной патологии, соматического статуса и методов основного лечения. Все пациенты были разделены на 2 группы с адекватным соотношением патологий в каждой из них: I, контрольную, составили 32 человека, которым после выполнения хирургической обработки ран острым путем с иссечением краев раны и удалением нежизнеспособных тканей в послеоперационном периоде применялись традиционные методы – раневые покрытия Воскопран, закрытие раны влажно-высыхающими повязками с растворами антисептиков. во II группе 29 больным после выполнения хирургической обработки ран выполнялось перераневое введение обогащенной тромбоцитами аутоплазмы по методу, разработанному автором, получаемой путем пошагового центрифугирования аутокрови, забранной непосредственно перед манипуляцией у самого пациента в день ХО. Данная процедура проводилась 1 раз в 5 дней дважды. После выполнения манипуляции рана укрывалась колоидной пленкой, перевязки и смена пленки выполнялись ежедневно. Первые два дня после ХО на рану поверх пленки накладывали повязку с раствором антисептика. Антибиотикопрофилактика проводилась в день операции в обеих группах. Результаты: После первого введения аутоплазмы отмечалось улучшение процесса регенерации на 4-5 сутки, отсутствие воспаления и как результат сокращение срока заживления ран. За счет стабилизации спонтанной регенерации и уменьшения дисбаланса между

фиброплазией и дегенерацией волокон, их упорядочивания в расположении при заполнении раневого дефекта после стимуляции путем введения обогащенной тромбоцитами плазмы отмечено меньшее формирование лейкоцитарного вала в краях раны, ускорение сближения краев раны, стабилизация выполнения раны молодой тканью и наличие активной островковой эпителизации. В первой группе пациентов также отмечена положительная динамика, но сроки заживления значительно больше, чем во второй группе (в 1,8 раза). Выводы: Применение ауто-методов стимуляции регенерации в сочетании с использованием современных раневых покрытий значительно улучшает результаты лечения больных с длительно незаживающими ранами, ускоряет восстановление полноценной функции тканей, позволяет значительно улучшить исходы лечения хирургических больных, уменьшить сроки полного выздоровления и повысить качество жизни пациентов.

---

526. Анализ причин, вызывающих парастомальные осложнения.

1 Муравьев А.В., 2 Оверченко Д.Б.

Ставрополь

1 СтГМУ 2 МБУЗ «2-я городская клиническая больница»

Актуальность. Хирургическое лечение ряда заболеваний толстой кишки сопряжено с необходимостью удаления или выключения из пассажа пораженного отдела и нередко завершается выведением того или иного отдела кишечника на переднюю брюшную стенку в виде стомы. Проблема создания хорошо функционирующего, простого в техническом исполнении искусственного ануса, связанного с минимальным риском развития осложнений в области стомы, давно привлекает внимание хирургов. Несмотря на постоянное совершенствование хирургической техники и применение современных схем антибактериальной терапии, частота осложнений, возникающих как в ранние сроки после операции, так и в более отдаленном периоде, остается еще высокой и колеблется от 3% - 70% в разных клиниках. Развитие этих осложнений оказывает существенное влияние не только на непосредственные исходы оперативных вмешательств, но и значительно ухудшает отдаленные результаты лечения, являясь одной из основных причин выраженных функциональных нарушений деятельности кишечника, стойкой утраты трудоспособности, тяжелых психических нарушений, и существенно изменяет социальные условия жизни больных. Цель работы: дать представление о ранних и отдаленных осложнениях колостомии, провести анализ парастомальных осложнений, привлечь внимание хирургов и колопроктологов на причины возникновения этих осложнений, тем самым, улучшить технику формирования стомы и обеспечить профилактику развития парастомальных осложнений. Материалы и методы. В амбулаторном центре колопроктологии 2-й городской больницы г. Ставрополя в период с 2010-2014гг. зарегистрировано 1012 стомированных больных, впервые обратившихся. Больные оперированы: в отделении колопроктологии, в городских больницах г. Ставрополя, городских больницах КМВ, ЦРБ края, инокраевые больные. Осложнения колостомии наблюдалось у 242 больных (24%). Проведен анализ парастомальных осложнений. Результаты. Из анамнеза удалось выяснить характер и частоту осложнений. Осложнения колостомии в ближайшем послеоперационном периоде наблюдались у 94 больного (39%). Это осложнения, развившиеся со стороны колостомы непосредственно во время пребывания больного в стационаре, но не позднее 30 дней после проведенной операции. - Острая кишечная непроходимость- 4 чел (1,7%) - Некроз выведенной кишки - 12 чел (4,9%) - Ретракция выведенной кишки -8чел (3,4%) - Эвентрация в области стомы - 5 чел (2%) - Поверхностное нагноение в области кожно-кишечных швов вокруг стомы 19чел (7,9%) - Параколостомический абсцесс - 42 чел. (17,4%) - Флегмона параколостомической области - 4чел (1,7%) С отдаленными осложнениями колостомии было 148 (61%) больных. К числу поздних были отнесены все осложнения, развившиеся в области колостомы после выписки больных из стационара. - Параколостомическая грыжа - 65чел (26,8%) - Выпадение кишки (пролапс) - 28 чел (11,5%) - Стриктура - 39 чел (16,1%) - Параколостомические свищи - 16 чел (6,6%) На основании данных литературы и опыта клиники можно обозначить факторы, влияющие на возникновение поздних парастомальных осложнений, расположив их в порядке убывания значимости. 1. Способ формирования концевой колостомы. 2.

Осложненное воспалительным процессом в области колостомы течение раннего послеоперационного периода. 3. Сопутствующие заболевания, в особенности ожирение и заболевания дыхательной системы. 4. Возраст пациента. 5. Время, прошедшее с момента формирования стомы. Вывод: Формирование стомы, занимая мало операционного времени и усилий операционной бригады, во многом предопределяет дальнейшую судьбу пациента. Если оперативные вмешательства сопровождаются высоким риском развития осложнений непосредственно после операции, то пропорционально растет риск отдаленных осложнений. Использование в практической деятельности наиболее эффективных способов формирования коло - илеостом на передней брюшной стенке позволит значительно улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения самых различных заболеваний толстой кишки, требующих формирования стомы.

---

### 527. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОМ КОПЧИКОВОМ ХОДЕ

Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К., Кораблина С.С., Гобеджишвили В.В., Бйчоров Х.М.

Ставрополь

СтГМУ

Актуальность темы. Частота заболевания, молодой возраст пациентов, значительные сложности в выборе правильной лечебной тактики и способа хирургического лечения имеющейся патологии, высокая частота послеоперационных осложнений от 13 до 24% и рецидивов заболевания 13-23%. Цель исследования: путем оптимизации лечебной тактики улучшить результаты лечения больных эпителиальным копчиковым ходом (ЭКХ). Материалы и методы. Пролечено 127 больных с разными клиническими формами ЭКХ и топографо-анатомическим строением ягодично-крестцово-копчиковой области. Больных в стадии хронического воспаления было 76 (59,8%), ремиссии - 32 (25,2%) пациента, и без воспаления (без клинических проявлений) - 19 (15,0%). Из 127 больных ЭКХ низкую конфигурацию ягодичных складок имели 43 (33,9%) человека, среднюю - 57 (44,9%) и высокую - 27 (21,2%) пациентов. Результаты и их обсуждение. Радикальное хирургическое пособие включало иссечение ЭКХ в пределах здоровых тканей вместе со свищевыми ходами. Закрытие образовавшегося дефекта осуществляли разными способами. При низком стоянии ягодичных складок в стадии без воспаления и ремиссии 14 (11,0%) пациентам производили ушивание раны интрадермальным швом наглухо; в стадии хронического воспаления 29 (22,8%) больным - с подшиванием краев раны к дну интрадермальным швом. При среднем стоянии ягодичных складок в стадии без воспаления и ремиссии 18 (14,2%) пациентам, образовавшуюся после иссечения ЭКХ рану ушивали на 1/2 глубины, фиксируя края раны интрадермальным швом к ее дну; в стадии хронического воспаления 39 (30,7%) пациентам иссекали ЭКХ с ушиванием раны на 1/2 глубины двойной нитью с фиксацией краев раны интрадермальным швом к ее дну с оставлением «дорожки» между краями 0,5-1,0 см. При высоком стоянии ягодичных складок в стадии без воспаления и ремиссии 19 (15,0%) больным после иссечения ЭКХ рану ушивали на 2/3 глубины с фиксацией краев раны интрадермальным швом к ее дну. У 8 (6,3%) пациентов в стадии хронического воспаления с высоким стоянием ягодичных складок закрытие раны осуществляли ушиванием на 2/3 глубины двойной нитью, фиксируя края раны интрадермальным швом к ее дну с оставлением «дорожки» между краями 0,5-1,0 см. Предложенная лечебная тактика, модификации операций, позволили уменьшить количество ранних послеоперационных осложнений с 12,9% до 6,3%, рецидивов заболевания - с 8,1% до 2,4%, явлений дискомфорта - с 21,8% до 7,1%. Вывод. Разработанная рабочая схема показаний к выбору метода лечения различных клинических форм эпителиального копчикового хода с учетом топографо-анатомического строения ягодично-крестцово-копчиковой области дает возможность обоснованно избирать адекватный метод операции в каждом конкретном случае, способствуя снижению риска возникновения послеоперационных осложнений, сокращению сроков лечения больных эпителиальным копчиковым ходом и получению хороших функциональных результатов.

---

## 528.КОРРЕКЦИЯ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ РАЗЛИЧНЫМИ РЕЖИМАМИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Самарин С.А.(1), Глотов М.А.(1), Бабанин А.А.(1), Михайличенко В.Ю.(2).

Симферополь

1) Кафедра анестезиологии-реаниматологии и СМП ФПО 2) Кафедра общей хирургии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского»

Цели исследования: изучение влияния различных режимов интраоперационной инфузионной терапии на уровень эндогенной интоксикации при проведении плановой левосторонней гемиколэктомии. Материалы и методы: обследовано 30 пациентов, оперированных в отделении проктологии ГБУЗ РК "Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко". Контрольную группу (15 пациентов) составили больные, которым интраоперационно применялись полиионные растворы. Основной группе пациентов (15 человек), помимо полиионных растворов, до основного этапа оперативного вмешательства (работа на кишечнике) вводился раствор 6% гидроксиэтилкрахмала (ГЭК) 200/0,5 в дозе 500 мл. Общий объем инфузии в обеих группах достоверно не отличался, группы не различались также по возрастно-половому составу, продолжительности операции, объему кровопотери. Для оценки эндогенной интоксикации использовались лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) и ядерный индекс интоксикации (ЯИИ), определяемые до операции и в первые сутки после ее проведения. Результаты: у пациентов обеих групп показатели ЛИИ (0,98 ± 0,25; 1,02 ± 0,31, соответственно) и ЯИИ (0,08 ± 0,01 и 0,07 ± 0,01, соответственно) до операции достоверно не отличались. Однако в первые сутки после проведенного вмешательства значения ЛИИ (3,77 ± 0,45 и 2,78 ± 0,91, соответственно,  $p \leq 0,05$ ) и ЯИИ (0,21 ± 0,03 и 0,16 ± 0,06, соответственно,  $p \leq 0,05$ ) в контрольной группе было достоверно выше, чем у пациентов основной группы. Выводы: интраоперационная инфузия 500 мл 6% раствора ГЭК 200/0,5 (Рефортан) позволяет ограничить выраженность иммунного ответа на операционную травму при левосторонней гемиколэктомии.

---

## 529.МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА «ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ», ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ

Леушина Е.А.(1), Леушин А.В.(2)

Киров

1)ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава России2)КОГБУЗ «Нагорская ЦРБ»

Актуальность: Актуальность синдрома «диабетической стопы» (СДС) не может быть недооценена, поскольку ей страдают не менее 8 процентов больных сахарным диабетом. Около половины из больных могут быть отнесены к группе риска. При заболевании сахарным диабетом второго типа вероятность возникновения диабетической стопы возрастает в 10 раз. К сожалению, до сих пор не найдено однозначного решения по поводу того, какими средствами пользоваться для оказания наиболее эффективной помощи больным, которые имеют подобные осложнения. Одной из ключевых проблем является скорость постановки диагноза и начала лечения. Более трети больных начинают лечение позднее необходимого. Результат – ампутация конечностей. Это значительно осложняет лечение больного, возникает необходимость

дополнительных затрат на реабилитацию. Совершенствование диагностики и лечения позволило бы снизить риск ампутации конечностей в 2 раза. Цель исследования: Изучить особенности течения синдрома «диабетической стопы», медикаментозное и хирургическое лечение. Материалы и методы: Проанализированы результаты лечения 50 пациентов с синдромом «диабетическая стопа» в возрасте от 40 до 65 лет. При обследовании больных с СДС использовали общеклинические, бактериологические, цитологические, рентгенологические исследования, дуплексное сканирование, определение линейной скорости кровотока по магистральным артериям нижних конечностей. Результаты: Нейропатическая форма СДС имела место у 10% пациентов, ишемическая - у 30%, смешанная в 60% случаев. Средний возраст пациентов составил - 56,1 ±1,6 года, 1-й тип сахарного диабета встретился в 20%, 2 тип в 80% наблюдений. Консервативное лечение «диабетической стопы» у всех пациентов включало коррекцию углеводного обмена, сосудистую терапию, дезинтоксикационную, иммунотерапию, лечение периферических нейропатий. Особое значение, придавали антибактериальной терапии. Выбор антибиотиков и их доза в каждом конкретном случае проводился с учётом состояния почек и печени. При почечной недостаточности в большинстве случаев проводили коррекцию разовой и суточной дозы препаратов. Хирургическое лечение больных с гнойно-воспалительными процессами на стопах, заключалось в иссечении гиперкератоза вокруг язв, вскрытие флегмон с дифференцированным иссечением изменённых тканей в пределах здоровых тканей и дренированием стопы, выполнение малых и больших ампутаций конечностей, некрэктомий, различных вариантов кожной пластики. Выполняли операции РОХ и поясничные симпатэктомии, что позволило сократить число высоких ампутаций нижних конечностей. Выводы: Таким образом, в ходе исследования выявлено, что смешанная форма СДС является наиболее часто встречающейся, преимущественно у лиц среднего возраста. СДС преобладает у пациентов с диабетом 2 типа. Усилия хирургов при лечении больных с СДС должны быть направлены на своевременную диагностику клинической формы диабетической стопы, адекватное комплексное медикаментозное и хирургическое лечение с целью сохранения поражённой конечности, что позволит снизить частоту высоких ампутаций нижних конечностей и повысить качество жизни больных

---

### 530.ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕЙРО-ИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ СДС

Осинцев Е.Ю., Толстокоров А.С., Борисов В.А.

Саратов

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России», Саратов, Россия

За последние 30 лет отмечается резкий рост распространенности и заболеваемости сахарным диабетом (СД), особенно в промышленно развитых странах, где на долю этого заболевания приходится 2,3-9% населения. По экспертной оценке распространенности заболевания, число больных СД в мире имеет тенденцию к увеличению и может достигнуть 380 млн. к 2025 году. Пациентам с СД успешно выполняются операции по восстановлению проходимости артерий нижних конечностей, и их эффективность и отдаленные результаты намного выше, чем при медикаментозном лечении. Одним из наиболее перспективных методов лечения СДС является метод чрескожной транслюминальной баллонной ангиопластики (ЧТБА) артерий нижних конечностей [8]. Целью нашего исследования явилась оценка результатов эндоваскулярных вмешательств, применявшихся в лечении больных нейро-ишемической формой СДС в сравнении с традиционной хирургической коррекцией артериального кровообращения в нижних конечностях. Материалы и методы. Клиническая часть работы основана на результатах комплексного обследования и лечения 278 больных нейро-ишемической формой СДС. Исследование проведено на кафедре хирургии и онкологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России на базе центра «Диабетическая стопа» ГУЗ «Областная клиническая больница». Под нашим наблюдением находились 142 женщины (51,1%) и 136 мужчин (48,9%). Средний возраст больных с нейро-ишемическим вариантом СДС, включенных в исследование, составил 61,9±9,5 года. Средняя площадь раневой поверхности у больных составила 2,31±0,56 см<sup>2</sup> (p=0,0002). При микробиологическом исследовании у 60,3% пациентов (n=129)



установлен смешанный характер инфекции с высокой степенью обсемененности мягких тканей – более 106 микроорганизмов в 1 грамме ткани. Удельный вес MRSA составил 13,9% (n=11). Нарушения магистрального кровообращения в артериях нижних конечностей выявлены у всех больных. Признаки критической ишемии конечностей констатированы у 20,9% больных (n=58). Инструментальная оценка характера и степени выраженности нарушений магистрального кровообращения в нижних конечностях основывалась на результатах дуплексного сканирования с определением лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) и рентгеноконтрастной ангиографии. Допплерография использовалась в качестве скрининговой методики. По сводным данным дуплексного сканирования и рентгеноконтрастной ангиографии у 76,3% пациентов (n=212) выявлены сочетанные поражения артерий нижних конечностей. В структуре нарушений магистрального кровотока преобладали окклюзионно-стенотические изменения в сосудах подколенно-берцового сегмента – 66,5% (n=185) и артерий стопы – 57,9% (n=161), свидетельствующие о дистальном типе поражения магистральных сосудов у больных СД. С целью количественной оценки характера нарушений кровотока для каждого сегмента артериального русла вычислялся средний балл по оценочной таблице A.Bollinger (1981). Анализ полученных данных свидетельствует, что поражение сосудов подвздошно-бедренного сегмента преимущественно проявляется в виде ограниченных и непротяженных стенозов. Начиная с уровня поверхностной бедренной артерии, диагностируются окклюзионные формы поражения сосудов. Они преобладают в характере изменений задней большеберцовой артерии и в системе артерий стопы. Результаты и обсуждение. Хирургическая коррекция артериального кровообращения в нижних конечностях предпринята у 25,9% больных (n=72) с нейро-ишемической формой СДС после инструментальной оценки путей притока и оттока, а также изучения коллатерального кровообращения в нижних конечностях. На основании полученных данных прогнозировался объем хирургического вмешательства. В зависимости от метода артериализации нижней конечности все пациенты разделены на 3 группы: I группе больных с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы произведены операции направленные на улучшение коллатерального кровотока, во II группе пациентам выполнены открытые шунтирующие операции, в III группу объединены больные, которым коррекция артериального кровообращения осуществлялась с помощью малоинвазивных эндоваскулярных технологий. Результаты реваскуляризирующих операций у больных с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы оценивались комплексно по нескольким направлениям: 1. динамика регенераторно-репаративных процессов у пациентов с гнойно-некротическими ранами и трофическими язвами; 2. регресс признаков артериальной недостаточности пораженной конечности; 3. частота и сроки развития осложнений послеоперационного периода; 4. сохранение опорной функции конечности после артериальной реконструкции; 5. длительность стационарного этапа лечения. Оптимальные результаты лечения получены у пациентов III группы, которым произведены эндоваскулярные рентгенохирургические вмешательства. Выводы: 1. Инструментальная оценка характера и степени выраженности нарушений магистрального кровообращения в нижних конечностях должна основываться на результатах дуплексного сканирования с определением ЛПИ и рентгеноконтрастной ангиографии; 2. Хирургическая коррекция артериального кровообращения в нижних конечностях возможна у 25,9% больных нейро-ишемической формой СДС; 3. Эндоваскулярные рентгенохирургические вмешательства активизируют темпы раневого процесса у больных с гнойно-некротическими осложнениями СД и сопровождаются меньшим числом осложнений послеоперационного периода, чем открытые шунтирующие операции.

---

#### 531.ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ТРЕБОВАНИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО РАДИКАЛИЗМА В ХИРУРГИИ ОСЛОЖНЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Тягун В.С. (1), Круглов Е.А. (2), Суров Д.А. (1,2), Бабков О.В. (2), Святненко А.В. (2), Рыбаков А.С. (1)

Санкт-Петербург

1)Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова,кафедра Военно-Морской и госпитальной хирургии2) Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,отделение колопроктологии

По данным литературы обтурационная непроходимость (ОН) — наиболее частое (50-70%) осложнение рака толстой кишки. Сложность интраоперационной ситуации и необходимость решения приоритетной задачи по ликвидации жизнеугрожающего осложнения отодвигают на второй план онкологические аспекты оперативного вмешательства. В целях повышения радикализма неотложных оперативных вмешательств у больных данной категории методика тотальной мезоколонэктомии и расширенной лимфодиссекции в медиально-латеральном направлении была адаптирована к условиям экстренной хирургии. Целью работы явилась оценка возможности выполнения, эффективность и ближайшие результаты тотальной мезоколонэктомии и расширенной лимфодиссекции у больных раком толстой кишки, осложненным непроходимостью. Проведен ретроспективный сравнительный анализ непосредственных результатов лечения 64 больного (38 мужчин и 26 женщин), оперированных в клинике неотложной онкологии НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в период с декабря 2011 по май 2015г Средний возраст больных составил  $65,1 \pm 3,9$  лет. Критериями включения в проспективно сформированную основную группу больных являлись: наличие декомпенсированных нарушений толстокишечной проходимости и выполнение тотальной мезоколонэктомии с ДЗ-лимфодиссекцией в медиально-латеральном направлении и соблюдением принципа «no touch technique». Из исследования были исключены пациенты с явлениями прогрессирующей полиорганной недостаточности и наличием отдаленных метастазов. Стадирование основного заболевания осуществлялось в соответствии с классификацией Duke's. Разрушительный этап операции выполнялся после обязательной интраоперационной декомпрессии и санации толстой кишки. Контрольную группу составил 64 больной, оперированный в период с 2008 по 2011 год по общепринятой методике. В результате исследования правосторонняя гемиколэктомия у больных основной (контрольной) группы выполнена у 19(19) пациентов, левосторонняя гемиколэктомия у 18 (18) пациентов, резекция сигмовидной кишки у 27 (27) пациентов, соответственно. Ретроспективный анализ выявил 23 пациентов с опухолью в стадии Duke's B и 41 больных в стадии Duke's C. Средняя продолжительность послеоперационного периода при левом фланге в основной (контрольной) группе составила, соответственно,  $12,0 \pm 1,3$  ( $13,7 \pm 1,1$ ) дней, при правом фланге  $12,2 \pm 1,4$  ( $14,5 \pm 1,2$ ) дней. Среднее количество удаленных лимфатических узлов в основной (контрольной) группе у больных левосторонней ОН составило  $22,9 \pm 7,7$  ( $6,7 \pm 3,2$ ) лимфоузлов, при длине сосудистой ножки  $120,2 \pm 6,0$  ( $80,5 \pm 10,5$ ), при правосторонней ОН  $23,9 \pm 6,2$  ( $7,5 \pm 2,4$ ) лимфоузлов, длина сосудистой ножки  $123,2 \pm 6,1$  ( $81,2 \pm 8,3$ ) см. Осложнения в основной группе развились у 14 больных (21,9%), в контрольной у 12 (18,75%) больных. В послеоперационном периоде в основной группе скончалось 3 больных (4,7%), в контрольной 5 (7,8%) больных. **ВЫВОДЫ.** Мобилизация толстой кишки в медиально-латеральном направлении, расширенная лимфодиссекция и тотальная мезоколонэктомия является безопасным и эффективным методом повышения радикализма экстренных оперативных вмешательств у больных острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза.

---

## 532. ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ АВТОНОМНЫЕ НЕЙРОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ

Гидирим Г.П., Мишин И.В., Гидирим Н.П., Чернат М.В., Георгица В.А.

Кишинев, Молдова

Кафедра хирургии №1 «Н.Анестиади», Университет медицины и фармации «Н.Тестемицану»; Отдел торако-абдоминальной хирургии, Институт онкологии; Институт ургентной медицины, Кишинев, Молдова

Актуальность: Гастроинтестинальные автономные нейрогенные опухоли (ГАНО) являются подгруппой гастроинтестинальных стромальных опухолей (ГИСО) и в литературе до настоящего времени опубликовано

533. ПРИМЕНЕНИЕ «ТЕРАПИИ ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ» В МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ ПЕРИТОНИТАМИ

В.В.Панов, А.Г.Куликов, И.Ю.Ким

г.Ростов-на-Дону

ФГКУ «1602 ВКГ» Минобороны России

Частота ранений живота в современных военных конфликтах по данным разных авторов составляет от 6,6 до 9,0% и не имеет тенденции к снижению, несмотря на применение современных средств бронезащиты. Огнестрельные ранения в зависимости от характера раневого канала живота бывают слепыми, сквозными и касательными, а в зависимости от повреждения париетальной брюшины – проникающими (до 80% от общего числа ранений живота) и непроникающими (до 20%). При этом повреждение полых органов живота всегда сопровождается развитием огнестрельного перитонита. Химические агенты (кровь, желчь, кишечное содержимое, моча) в значительном количестве, внезапно попавшие в свободную брюшную полость, вызывают токсико-химическое воспаление. Таким образом огнестрельный перитонит развивается у всех пострадавших с проникающими ранениями живота, а в послеоперационном периоде либо купируется на фоне проведенных адекватных лечебно-диагностических мероприятий (выявление источника кровотечения с его остановкой, полноценная ревизия органов брюшной полости, вмешательства на поврежденных органах, интубация тонкой и толстой кишки, санация, дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства, закрытие раны брюшной стенки, первичная хирургическая обработка огнестрельных ран брюшной стенки), либо продолжает свое развитие, принимая более тяжелое течение. С 2014 года на базе отделения неотложной хирургии пролечено 18 больных с огнестрельными перитонитами, которые первично оперировались на предыдущих этапах оказания квалифицированной хирургической помощи. Причинами прогрессирования и утяжеления огнестрельных перитонитов являлись недиагностированные повреждения при первичном хирургическом лечении, несостоятельность кишечных швов или анастомозов, отсутствие интестинального зонда, неполноценная санация или неадекватное дренирование брюшной полости. Развитие перитонита проявлялось ухудшением общего состояния, нарастанием клинических симптомов интоксикации, парезом кишечника, ухудшением лабораторных показателей (лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг). При выявлении вышеперечисленных признаков прогрессирования перитонита производилась срочная релапаротомия, в ходе которой выполнялась полноценная ревизия с выявлением и устранением дефектов предыдущего хирургического лечения, обязательная интубация кишечника, адекватная санация и дренирование брюшной полости. При проведении интенсивной терапии осуществлялся полный комплекс лечебных мероприятий (адекватная антибактериальная, сбалансированная инфузионно-трансфузионная, иммуноориентированная терапия, форсированный диурез, энтеросорбция и энтеральное питание, эфферентные методы лечения в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии). При значительном распространении кишечного содержимого по брюшной полости, большом количестве гнойно-фибринозного экссудата возникала необходимость в проведении повторных санаций брюшной полости. В таких случаях формировалась лапаростома. В местном лечении распространенного перитонита применяли VAC (Vacuum-assisted closure) систему. Применение контролируемого давления ниже атмосферного с помощью герметичной асептической повязки, соединенной с вакуумным аспиратором на протяжении многих лет используется в местном лечении гнойных ран, в абдоминальной хирургии. Принцип ее работы заключается в том, что после проведения санационной релапаротомии поверх органов на висцеральную брюшину по всей плоскости укладывается перфорированная пленка. Затем над пленкой помещается пористая мелкоячеистая поролоновая губка на всю толщину лапаротомной раны с обязательным исключением прямого контакта с внутренними органами. В толщу губки проводится перфорированный неспадающийся дренаж, выводимый через отдельный герметичный прокол брюшной стенки. Лапаростомная рана герметизируется самоклеющимся покрытием «Cyrafix», а дренаж подключается к аспиратору с постоянным дозированным разрежением 80 мм.рт.ст. Повязка накладывалась на 48-72 часа, после чего выполняется программированная релапаротомия и принималось решение либо о продолжении применения системы, либо о ее снятии и ушивании брюшной полости (при купировании явлений перитонита). Правильное функционирование этой системы позволяло избежать задержки раневого экссудата. Клинически во всех случаях отмечалось снижение проявлений эндогенной интоксикации. Таким образом, применение «Терапии отрицательным давлением» оказывает положительный эффект в местном лечении больных с огнестрельными перитонитами. Постоянное механическое удаление экссудата брюшной полости создает благоприятную раневую среду, снижает степень выраженности эндогенной интоксикации, отек тканей. Все

это располагает к более быстрому заживлению посредством усиления местного кровообращения тканей, активизации репаративных процессов.

---

#### 534. ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИПРОПИЛЕНОВЫХ СЕТЧАТЫХ ЭКСПЛАНТОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ В УСЛОВИЯХ ГАРНИЗОННОГО ВОЕННОГО ГОСПИТАЛЯ

Панов В.В.(1), Куликов А.Г.(1), Жеребцов Е.С.(2), Ким И.Ю.(1)

1)г.Ростов-на-Дону, 2) г.Моздок РСО-Алания

ФГКУ «1602 ВКГ» Минобороны России

По настоящее время вопросы герниологии остаются актуальными. По данным разных авторов, в структуре заболеваний, паховые грыжи (hernia inguinalis) занимают лидирующее место и составляют до 74,8% от общего количества грыж передней брюшной стенки. Причины развития паховых грыж давно известны и разделяются на две основные группы: местные и общие. На первом месте стоят анатомические особенности строения элементов брюшной стенки (паховый канал), где создаются благоприятные условия для образования выпячивания брюшины с последующим образованием грыжевого мешка со всеми элементами - шейка, тело, дно мешка. Ткани брюшной стенки не способны к анатомической регенерации и самостоятельному устранению дефекта. Основные принципы лечения паховых грыж были сформулированы в конце XIX века Bassini и Mayo. Уже тогда была указана важность анатомического восстановления пахового канала, как профилактика рецидива заболевания. В настоящее время повсеместно применяется ненатяжная герниопластика различными сетчатыми материалами. Анализу подвергся опыт хирургического лечения паховых грыж в период с 2011 по 2014 г.г. Всего за указанный период прооперировано 78 больных. Из них 46 пациентам выполнялась ненатяжная герниопластика полипропиленовыми эксплантами. Возраст пациентов составил от 20 до 60 лет. Все пациенты разделены на 3 возрастные группы. Первая группа (возраст до 30 лет) составила 25 человек (32,0%). Вторая группа (от 31 до 50 лет) – 38 человек (48,7%). Третья группа (старше 51 года) соответственно 15 человек (19,3%). Длительность заболевания составила в среднем 1,5 - 2 года. 4 пациента (5,1%) поступали в стационар с рецидивными паховыми грыжами (возраст пациентов относился к третьей возрастной группе). Обследование проходило амбулаторно по стандартным схемам, включающим общеклинические анализы крови и мочи, группу крови, резус принадлежность, биохимический анализ крови, электрокардиографию, флюорографию органов грудной полости, другие исследования и консультации специалистов (по необходимости). Внешний осмотр паховых областей обязательно дополнялся пальцевым исследованием паховых каналов. Для пластики задней стенки пахового канала применялся полипропиленовый сетчатый материал отечественного производства, который после моделирования, фиксировался непрерывным швом из нерассасывающегося материала. Герниопластика по Lichtenstein была выполнена 40 пациентам (86,9%), пластика способом Sub lay 6 пациентам (13,04%). Средняя длительность пребывания в стационаре составила 10 суток. В послеоперационном периоде выполнялась ранняя активизация больных, соблюдение лечебного питания, анальгетическая, местная терапия. Антибиотикопрофилактика проводилась в обязательном порядке в предоперационном периоде препаратами цефалоспоринового ряда в стандартных дозировках. У всех больных отмечались незначительные болевые ощущения в раннем послеоперационном периоде. В 2-х клинических случаях отмечались осложнения со стороны послеоперационных ран в виде сером. Длительность нахождения в стационаре при этом не увеличивалась. Отдаленные результаты хирургического лечения (по прошествии 2 лет) оценены в 15 случаях, признаков рецидива заболевания выявлено не было. Таким образом, операции на брюшной стенке по поводу паховых грыж являются по существу пластическими, направленными на восстановление нормальных анатомо-топографических отношений. Применение для закрытия грыжевых дефектов полипропиленовых сетчатых материалов ненатяжным способом оправдано, так как наносит минимальную хирургическую травму и тем самым способствует наилучшему заживлению и соответственно профилактике рецидивов.

#### 535. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНАЛОГА СОМАТОСТАТИНА ПРОДЛЁННОГО ДЕЙСТВИЯ В ЛЕЧЕНИИ НАРУЖНОГО ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СВИЩА

Черданцев Д.В.(1), Первова О.В. (1), Дятлов В.Ю. (2), Курбанов Д.Ш. (1)

Красноярск

1) Государственное бюджетное образовательное учреждение Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ Научно-образовательный центр «Хирургия»<sup>1</sup>, Краевое государственное бюджетное

Введение. На протяжении последних трех десятилетий отмечается увеличение заболеваемости острым панкреатитом, растет и число травм поджелудочной железы, что закономерно сопровождается увеличением риска развития панкреатических свищей. По данным различных авторов частота формирования наружного панкреатического свища (НПС) после перенесенного деструктивного панкреатита составляет 30-55%, после травмы поджелудочной железы - 12-40%. Цель исследования заключалась в оценке эффективности применения препаратов соматостатина короткого и пролонгированного действия для лечения наружных панкреатических свищей. Материалы и методы исследования. В исследование вошло 24 пациента с наружными панкреатическими свищами, находившихся на лечении в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» г. Красноярск, в период с 2011 по 2013 г. Мужчин было 16 (66,7%), женщин – 8 (33,3%), средний возраст больных составил 48,3 ± 6,4 лет. Результаты и обсуждение. В зависимости от задач исследования больные были разделены на две группы. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, характеру свища поджелудочной железы. В исследование включались пациенты с острыми наружными свищами ПЖ. У пациентов 1-й группы, несмотря на секретолитическую терапию, на протяжении 7 суток объем отделяемого из свища оставался на относительно стабильном уровне. Начиная с 10-х суток наблюдения отмечено снижение суточного дебета, в эти же сроки менялся и характер отделяемого, которое становилось более прозрачным, а содержание амилазы в нем увеличивалось и достигало 8330 ± 135 Ед/л (p 0,05). Статистически значимое снижение объема свищевого отделяемого у 83,3% больных 1-й группы происходило на 21 ± 2,3 сутки наблюдения. У одного больного интенсивное выделение секрета из свищевого хода наблюдалось на протяжении всего периода наблюдения. На контрольной фистулографии у этого больного сохранялась промежуточная полость до 2,5 см в диаметре, четкой взаимосвязи с протоковой системой ПЖ визуализировано не было. После закрытия свищевого хода больной был выписан. Через 7 месяцев у больного сформировалась псевдокиста ПЖ, что потребовало повторной госпитализации. У пациентов 2-й группы статистически достоверное снижение суточного дебета гнойно-панкреатического свища происходило на 7-е сутки применения препарата октреотид-депо. На 10-е сутки дебет панкреатического свища сокращался до 102 ± 15 мл/р

---

#### 536. Опыт применения сугаммадекса у пациентов с морбидным ожирением после бариатрических операций

Чернявский ВБ, Шмерко ПС, Анищенко ВВ, Молостова ОВ

Новосибирск

НУЗ Дорожная клиническая больница на станции Новосибирск-Главный ОАО "РЖД"

Актуальность: Использование миорелаксантов является неотъемлемой частью анестезиологического пособия при операциях на брюшной полости. При этом, нарушая нейромышечную передачу, эти препараты обладают рядом побочных действий, одним из которых является остаточный нейромышечный блок

(ОНМБ). По данным G. Samu et al. (2006), признаки недостаточного восстановления нейромышечной проводимости при поступлении из операционной наблюдаются у 3,5%-64% пациентов. Зная патофизиологические особенности пациентов с морбидным ожирением, особенно наличие синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС), проблема ОНМБ у этой категории больных становится весьма серьезной. Материалы и методы: В исследование включены 27 пациентов с морбидным ожирением – 18 пациентов мужского пола и 9 пациентов женского. Средний возраст  $40,6 \pm 10,4$  лет. Объем оперативного вмешательства: в 15 случаях лапароскопическая «рукавная» гастропластика, в 12 – выполнена лапаротомия, гастрощунтирование. Средний ИМТ составил  $51,7 \pm 9,8$  кг/м<sup>2</sup>. Проводился комплекс предоперационного обследования, который включал: общеклинические анализы, ЭКГ, консультации сомнолога и профильных специалистов. У 21 пациента (78%) выявлен СОАС. Индукция в анестезию проводилась пропофолом 2 мг/кг, летиномом 2мг/кг идеальной массы тела и фентанилом. Поддержание анестезии проводилось севофлюраном по полузакрытому контуру и фентанилом. Миорелаксантом был выбран рокурония бромид (эсмерон) из расчета на идеальную массу тела. Интраоперационно измерялись показатели системной гемодинамики, концентрация углекислоты, мониторинг нейромышечной передачи аппаратом TOF-Watch TM в режиме четырехразрядной стимуляции. Для реверсии нейромышечного блока при уровне TOF 40% внутривенно болюсно вводился сугаммадекс (Брайдан) в дозе 200 мг. В послеоперационном периоде анализировались газовый состав артериальной крови, показатели SaO<sub>2</sub>. Во всех случаях послеоперационный период был гладкий. Результаты: После введения сугаммадекса в течение 2 минут уровень TOF достигал 90% и более, все пациенты были переведены на самостоятельное дыхание. Пациенты эффективно откашливали мокроту и активно участвовали в переключении с операционного стола на каталку. Показатель SaO<sub>2</sub> после экстубации соответствовал дооперационным значениям. Через 5 минут после экстубации SaO<sub>2</sub>  $95,4 \pm 1,3\%$ , через 30 минут  $96,2 \pm 0,8\%$ , через 2 часа  $95,1 \pm 0,9\%$ . Парциальное давление углекислоты (pCO<sub>2</sub>) через 30 минут  $45,7 \pm 1,4$  мм.рт.ст, через 2 часа  $44,9 \pm 1,1$  мм.рт.ст. Случаи возникновения вторичного нейромышечного блока выявлены не были. Выводы: Реверсия нейромышечного блока сугаммадексом восстанавливает координацию глоточных мышц, уменьшает дыхательную недостаточность, обусловленную влиянием миоплегии, что приводит к уменьшению риска аспирации, гиперкапнии и гипоксии. Интраоперационный мониторинг нейромышечной проводимости предотвращает использование избыточных доз миорелаксантов, что очень важно с экономической точки зрения. Наблюдение за нейромышечной проводимостью во время операции позволяет обеспечить адекватную миоплегию комфортную для работы хирургов. Использование сугаммадекса в отличие от ингибиторов ацетилхолинэстеразы для реверсии нейромышечного блока лишен побочных эффектов (брадикардия, бронхоспазм) характерных для последних.

---

537. Опыт лечения спаечной кишечной непроходимости по материалам ФГКУ «1602 ВКГ» МО РФ за 2010-2014 гг.

Панов В.В., Куликов А.Г., Махов А.К.

Ростов-на-Дону

ФГКУ «1602 ВКГ» Минобороны России

Внутрибрюшные сращения являются основной причиной развития непроходимости кишечника. Проблема спаечной болезни остаётся окончательно нерешённой, так как представления об этиологии и патогенезе, тактике и лечении, объёме оперативных вмешательств и профилактике довольно противоречивы и до настоящего времени не решены. СКН имеет сложный полиморфный характер. В большинстве случаев в ней сочетаются как странгуляционный, так и обтурационный компоненты, поскольку в конгломератах встречается и обтурация кишки за счёт перегибов, «двухстволок», сдавления просвета отдельными спаечными тяжами, и странгуляция за счёт вовлечения в процесс брыжейки кишки и сдавления её сосудов. Более того, в возникновении спаечной ОКН нередко решающую роль играет функциональный компонент, поскольку сам спаечный конгломерат кишечных петель может существовать годами и лишь при функциональной перегрузке становится причиной развития ОКН. Общеизвестно, что спайки в брюшной

полости развиваются в 80% после операций и в 20% после ранений или воспалительных процессов в органах брюшной полости. По данным Ю.Д. Торопова спаечная непроходимость тонкой кишки отмечена в 88,4%, толстой кишки - у 8,7%, и у 2,9% - тонкой и толстой. Основной «поставщик» спаечной болезни - аппендицит, который составляет 50-80% всех причин спаечной болезни. Немалую роль играют прободные язвы желудка и 12п. кишки, перенесённые операции на жёлчном пузыре, внематочная беременность, кисты яичников. Из года в год число больных со спаечной кишечной непроходимостью увеличивается, в то время как узлообразование (3-4%), заворот и инвагинации кишки встречаются всё реже (1,06-8,12%). Развитию спаек в брюшной полости наряду с травматизацией брюшинных покровов, способствуют грубые швы, не сопоставление слоёв кишки, плохая герметизация брюшины, оставление дренажей и тампонов, скопление экссудата и гематом, остро и вяло текущая инфекция брюшины, неполное удаление деструктивных очагов, химические вещества (йод, спирт, люголь, антибиотики). R. Guellette обратил внимание на то, что наличие только одного сгустка крови, без какого-либо поражения брюшины, может стать начальной точкой развития внутрибрюшного тяжа, в особенности, в условиях изменённой реактивности серозной оболочки. С этой точки зрения очевидную раздражительную роль ранее играл тальк с резиновых перчаток, применение сухих салфеток для изоляции, как и грубое обращение с кишечными петлями при их манипуляции. Очевидно также и то, что любое повторное хирургическое вмешательство увеличивает риск развития сращений. Основой профилактики послеоперационного спаечного процесса является бережное обращение с тканями, стремление избежать повреждений серозного покрова и высушивание брюшины на открытом воздухе, тщательная перитонизация десерозированных участков. Многие хирурги пытались найти средство для предупреждения появления спаек или их устранения. Однако, до настоящего времени никакая профилактическая или лечебная тактика не дала надёжных и постоянных положительных результатов. Применяемые ранее операции энтеропластики : P. Noble, C. Andreoiu, Ch. Rejmond, CHILDS-PHILIPPS, S. Takita до настоящего времени не нашли широкого применения. Наиболее эффективными препаратами для предупреждения повторного возникновения спаек является сочетанное внутрибрюшное введение полиглокина, фибринолизина, стероидных гормонов и гепарина. После разделения спаек в брюшную полость через микроиригатор в конце операции и в последующие два дня необходимо вводить 10000-15000 ЕД фибринолизина, 20-30 мг трипсина и 100-125 мг гидрокортизона, разведённых в 50мл гемодеза. Перед ушиванием в брюшную полость вводится 400 мл полиглокина. Если спаечный процесс имеет локальный характер и захватывает менее 1/3 общей длины тонкой кишки, то, учитывая опасность повреждения серозного покрова при разделении сращений и в последующем формировании новых спаек, разъединение конгломерата не всегда целесообразно. В этом случае более рациональным является резекция всего конгломерата или наложение обходного анастомоза. В последние годы возрос интерес к использованию противоспаечных барьеров (США): 4% раствор полимера глюкозы-икодекстрина под названием «Adept», который способен разделять повреждённые поверхности брюшины в течение 3-4 дней; «Spray Gel» созданный на основе полиэтиленгликоля. При введении препарата в брюшную полость образуется пена, которая прилипает к органам и создаёт гидрогелевую плёнку, предотвращающую соприкосновение повреждённых поверхностей и образование спаек. Отечественным аналогичным противоспаечным средством барьерного действия является стерильный 4% водный раствор натриевой соли карбоксиметилцеллюлозы под названием «Мезогель». Пусковым механизмом в послеоперационной спаечной непроходимости кишечника является нарастающая обтурация просвета кишки извне, а нарушение питания петли кишки развивается по мере формирования странгуляционной борозды и касается одной стенки. Для развития КН спайки различной формы имеют неодинаковое значение. Наибольшую опасность представляют изолированные межкишечные, кишечно-париетальные или париетально- сальниковые сращения, образующие в брюшной полости тяжи, «окна» и «карманы», которые могут явиться причиной возникновения странгуляции сегментов кишки. Нами проанализировано 38 больных с острой кишечной непроходимостью, из которых, у 32 больных развилась спаечная кишечная непроходимость находившихся на лечении в отделении неотложной хирургии за период с 2010-2014гг. Из них: мужчин 20 (62,5%), женщин 12(37,5%). Преимущественно это были мужчины от 30 до 60 лет; женщины от 40 до 82 лет. Все они ранее подвергались следующим оперативным вмешательствам : - Аппендектомии 12- 37,5% - холецистэктомии 4- 12,5% - лапаротомии по поводу панкреонекроза 2- 6,2% - резекции желудка по поводу язвенной болезни 3- 9,4% - по поводу рака толстой кишки 4-12,5% - воспалительные заболевания женских половых органов 4- 12,5% - внематочная беременность 1-3,1% - вентральная грыжа 2- 6,2% операция аппендектомия , что соответствует литературным данным. Сроки выполнения предыдущих операций были самые различные: до 7дней-8, от 6 месяцев до 2 лет-11, до 10 лет-7, до 20 лет-4, до 40 лет-2. Из 32 больных у 8 (25%) послеоперационная кишечная непроходимость развилась в раннем послеоперационном периоде в период пребывания в стационаре, что потребовало повторного оперативного вмешательства. Ранняя спаечная непроходимость развивается постепенно. Обычно на 3-7 сутки после операции больные становятся беспокойными, появляется тошнота и рвота, вздутие живота и неотхождение газов. На передней брюшной

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

стенке контурируются раздутые петли тонкого кишечника, создавая асимметрию живота. При высокой непроходимости рвота приобретает неукротимый характер. При рентгенологическом исследовании живота определяются раздутые петли тонкой кишки, наличие газа и уровней жидкости, задержка продвижения контраста по кишке до нескольких часов. На УЗИ брюшной полости определяется газ в кишке и наличие жидкости между петлями кишечника. Вид и объём хирургической помощи при спаечной непроходимости определяется в зависимости от распространенности спаечного процесса, степени нарушения проходимости, быстроты развития и тяжести перитонита. Из 32 операций по поводу спаечной кишечной непроходимости в 3 случаях выполнена резекция кишки, в 23 случаях выполнено рассечение спаек с интубацией тонкого кишечника зондом Эббота, в 6 случаях рассечение спаек с энтеропликацией тонкого кишечника по P. Noble. Категория больных от 60 до 82 лет имела массу сопутствующих заболеваний: постинфарктный кардиосклероз, тяжёлую сердечно-сосудистую недостаточность, сахарный диабет, последствия перенесённых инсультов, язвенную болезнь с рецидивирующими кровотечениями, ХОБЛ, ожирение и другие болезни. Послеоперационная летальность составила 4 больных (12,5%). Основными причинами летальных исходов явились: повторный инфаркт миокарда, тромбоз лёгочной артерии, массивное повторное желудочное кровотечение, прогрессирование перитонита после перфорации кишки. Выводы: 1. Среди различных форм механической непроходимости кишечника послеоперационная спаечная кишечная непроходимость занимает ведущее место. 2. Из всех оперативных вмешательств, перенесённых ранее, аппендэктомия занимает ведущее место в развитии спаечной кишечной непроходимости. 3. Строгое обоснование использования дренажей, уменьшение травматичности операций, ранняя активизация моторной функции кишечника, использование интестинальных зондов и противоспаечных средств барьерного действия являются важными мерами профилактики спаечной кишечной непроходимости. 4. Введение в брюшную полость во время операции и послеоперационном периоде полиглюкина, фибринолизина, стероидных гормонов и гепарина способствует уменьшению образования спаек.

---

#### 538. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА

Борота А.В., Полунин Г.Е., Танасов И.А., Седаков И.Е., Гюльмамедов В.А., Лыков В.А.

Донецк

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Актуальность. Несмотря на достижения в лечении болезни Крона (БК) число пациентов, нуждающихся в оперативном лечении, растет и это связано с постоянным ростом числа больных с неспецифическими воспалительными заболеваниями тонкой и толстой кишки (ТК). Материалы и методы. В исследование включены сведения о 367 больных с БК, находившихся на лечении в колопроктологическом центре г.Донецка, за 30 лет. Мужчин было 171 (46,6±2,6%), женщин – 196 (53,4±2,6%). Различные виды оперативных вмешательств выполнены 222 (60,5±2,6%) пациентам. В течении первого года от начала дебюта заболевания оперировано 130 (58,6±3,3%) больных, они составили 1-ю исследуемую группу (ИГ), в сроки от 2 до 5 лет – 57 (25,7±2,9%), они вошли во 2-ю ИГ, свыше 6 лет – 35 (15,8±2,4%) пациентов – 3-я ИГ. Средний возраст пациентов 1-й ИГ составил 44,6, 2-й – 42,7, 3-й – 49,1 лет. Результаты. 60 (46,2±4,4%) операций выполнены в 1-й ИГ по ургентным показаниям во 2-й – 21 (36,6±6,4%), в 3-й – 8 (22,9±7,1%). Показаниями к операции в 1-й ИГ явились: кишечная непроходимость – 26 (20,0±3,5%), инфильтраты брюшной полости – 23 (17,7±3,3%), воспалительные псевдоопухоли (ВПО) – 19 (14,6±3,1%), перитонит – 17 (13,1±3,0%), тяжелое состояние с развитием синдрома полиорганной недостаточности (СПОН) – 15 (11,5±2,8%), перианальные осложнения – 7 (5,4±2,0%), кровотечение – 6 (4,6±1,8%), токсическая дилатация ТК – 6 (4,6±1,8%) пациентов. Показания к операции во 2-й ИГ: ВПО – 11 (19,3±5,2%), кишечная непроходимость – 9 (15,8±4,8%), кровотечение – 8 (14,0±4,6%), инфильтраты брюшной полости – 7 (12,3±4,3%), перитонит – 7 (12,3±4,3%), СПОН – 6 (10,5±4,1%), перианальные осложнения – 5 (8,8±3,7%), рак ТК – 3 (5,3±3,0%), полипоз ТК – 1 (1,8±1,7%) пациент. Показания к операции в 3-й группе: кишечная непроходимость – 9 (25,7±7,4%), рак ТК – 6 (17,1±6,4%), перианальные осложнения – 5 (14,3±5,9%), токсическая дилатация ТК и СПОН – по 3 (8,6±4,7%), перитонит, полипоз ТК, инфильтраты брюшной

510



полости, и кровотечение – по 2 (5,7±3,9%), ВПО – 1 (2,9±2,8%) пациент. Общая послеоперационная летальность в группах составила соответственно 11,5±2,8%, 12,3±4,3% и 2,9±2,8%. Выводы. Большинство (58,6±3,3%) оперативных вмешательств при БК выполняется в течении первого года после дебюта заболевания, из них 46,2±4,4 по ургентным показаниям. С увеличением длительности болезни растет количество опухолевой патологии. Перспективным на наш взгляд является разработка методов прогнозирования развития осложнений у пациентов с БК.

---

539. Факторы риска осложненного течения послеоперационного периода и летальности у пациентов с разрывами аневризм брюшного отдела аорты

Косолапов Д.А., Дорфман А.Г., Опыхтин М.Н.

Москва

НИИ Скорой Помощи им. Н.В.Склифосовского

Введение: Актуальной задачей современной экстренной сосудистой хирургии является разработка методов оказания помощи больным с разрывами аневризм брюшного отдела аорты (АБА). Уровень летальности за последние 20 лет практически не изменился и составляет 50-75 %. Одним из факторов улучшения результатов лечения больных с разрывами аневризм брюшного отдела аорты является совершенствование тактики лечения в раннем послеоперационном периоде. Наиболее частой причиной развития аневризмы брюшного отдела аорты является атеросклероз, а факторами риска – возраст, пол и вредные привычки (Lederie F.A. et. al 1997). Во многих случаях, заболевание развивается на фоне тяжелой соматической патологии, в частности хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), гипертонической и ишемической болезни сердца (ИБС) (Bengtesson H. et. al 1991, Smith F.C. et. al 1993). Материалы и методы: Проанализировано 166 пациентов в период с 2007 по 2013 гг., находившихся на лечении в НИИ им. Н.В. Склифосовского, 108 пациентов с инфраренальной и 58 с юкстаренальной АБА, 145 мужчин и 21 женщина (средний возраст – 76 лет). По локализации процесса пациенты разделены на группы согласно классификации А.А. Спиридонова (1995 год). 113 больных (68,1%) оперировано экстренно, 53 (31,9%) экстренно-отсрочено. Результаты: Факторами риска являлось наличие у пациентов гипертонической болезни 98,1%, ишемической болезни сердца 76,8%, заболевания легких 18,7% случаев. В послеоперационном периоде кардиальные осложнения (острый инфаркт миокарда, нарушения ритма) возникали в 41,1 – 36,3% у больных с инфраренальными и юкстаренальными аневризмами соответственно, легочные осложнения возникали в 16,7 – 22,7 % случаев, острая почечная недостаточность встречалась у больных с юкстаренальными аневризмами в 43,1%, с инфраренальными в 23,1% случаев. Послеоперационная летальность у больных с инфраренальными АБА составила 34,2 % (37 пациентов), с юкстаренальной АБА составила 56,8% (33 пациента). Анализируя причины летальности после экстренных операций мы пришли к выводу, что основными из них были: массивная кровопотеря (дооперационная и интраоперационная) - 64,5%, почечная недостаточность – 25,8%, кардиальные осложнения – 16,1%, дыхательная недостаточность – 6,5%. Заключение: В результате проведенного исследования выявлены неблагоприятные факторы течения осложненного послеоперационного периода, так и развития летальных исходов. В числе основных это: возраст, сопутствующая патология, локализация аневризмы, объем кровопотери, своевременность и адекватность ее возмещения. Раннее оперативное вмешательство, выявление послеоперационных осложнений и их лечение значительно сокращает ближайшую послеоперационную летальность.

---

540. Хирургическое лечение синдрома Мэллори-Вейсса

Авакян Р.Б., Анахасян В.Д., Багдасарян М.Х.

Ереван, Республика Армения

МЦ «Сурб Григор Лусаворич»

Впервые кровотечения из продольных разрывов в области пищеводно-желудочного перехода описаны в 1879 г.Т. Quiuke, а в 1929 г. детально изучены американцами К.Mallory и S.Weiss.Занимая в структуре кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта по данным литературы от 4,5 до 35%, до внедрения в клиническую практику эндоскопии синдром Меллори-Вейсса диагностировался только на операционном столе или на вскрытии.Патогенез сводится к внезапному резкому повышению внутрижелудочного давления вследствие дискорреляции замыкательной функции кардиального и пилорического сфинктера при рвоте,чаще при злоупотреблении алкоголем,переедании,у беременных с токсикозом,при родах, поднятии тяжестей и т.д.Развитию синдрома способствуют грыжа пищеводного отверстия,рефлюкс-эзофагит,портальная гипертензия,язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки. В основу классификации синдрома Мэллори-Вейсс положена глубина повреждения пищевода и желудка. 1 степень характеризуется разрывом только слизистой оболочки. 2 степень – повреждением слизистого и подслизистого слоев. 3 степень – разрывом всех слоев стенки желудка или пищевода. Почти в половине случаев трещины переходят с желудка на пищевод. Если при 1 степени возможно даже самоизлечение,то при 2 степени чаще бывают массивные кровотечения.Разрывы 3 степени приводят к развитию перитонита и медиастинита. Консервативные методы лечения, включая эндоскопию с орошением капрофером или другим гемостатическим воздействием бывают эффективными в 85-90% случаев с 1-2 степенями. При неэффективности консервативных методов лечения, рецидивных профузных кровотечениях,разрывах 3 степени по жизненным показаниям необходимо оперативное вмешательство, решение о котором нередко затягивается и результат которого во многом зависит от выбранной методики. По данным литературы, в большинстве случаев производят операцию Бейе – гастротомию с ушиванием трещин с кровоточащими сосудами. При множественных трещинах операцию дополняют перевязкой левой желудочной артерии, либо стволовой или селективной проксимальной ваготомией (СПВ) с или без дренирующих желудок операцией при сочетании с язвенной болезнью. Несмотря на кажущуюся простоту описанной методики, послеоперационная смертность остается высокой, составляя не менее 20%, что на наш взгляд обусловлено не только исходным тяжелым состоянием пациентов и промедлением с операцией, но и с несовершенством описанной методики – частой несостоятельностью швов. За последние 10 лет нами прооперированы 33 пациента с синдромом Мэллори-Вейсс.Методика операции состоит в контролируемой деваскуляризации проксимальных отделов желудка и абдоминального отдела пищевода по типу расширенной СПВ с дозированным сдавлением внутривенных сосудов в фундопликационной манжетке по Ниссен. Рецидивов кровотечения и летальных исходов не было. В отдаленном периоде снижение желудочной секреции в результате СПВ способствует заживлению нередко сочетающихся язв и разрывов слизистой, фундопликация по Ниссен является наиболее обоснованной антирефлюксной операцией при сочетании с грыжами пищеводного отверстия. Методика исключает наиболее частую причину летальности – несостоятельность швов. Приводим описание последнего наблюдения. Больной Оганесян А.А..49 лет,и.б. №5463/1202, поступил 14.05.2014 г. 17 -30 по «скорой помощи» по поводу рецидивного массивного желудочного кровотечения. За последние 10 дней больной дважды был госпитализирован по поводу желудочного кровотечения, при повторной ЭГДС был диагностирован синдром Мэллори-Вейсс, после консервативного лечения и остановки кровотечения самовольно выписывался.Страдает язвенной болезнью 12 перстной кишки.Занимается физическим трудом. При поступлении состояние крайне тяжелое, сознание спутано, в контакт входит с трудом, бледный, конечности холодные,покрыт холодным липким потом. Артериальное давление 70/30 мм.рт.ст.,пульс нитевидный. По назогастральному зонду свежая кровь струей. Гемоглобин 27 г/л, гематокрит 11%,лейкоциты 2,0, общий белок 37 г/л, глюкоза крови 22,4 мм/л. Поставлен диагноз: «Синдром Мэллори-Вейсс 2 степени,профузное рецидивное желудочное кровотечение.Острая анемия. Геморрагический шок 2-3 степени». На фоне массивной инфузионной, кровезамещающей и гемостатической терапии больной экстренно взят в операционную. 14.05.2014 г. 18-10 по жизненным показаниям /риск 4 ст по ASA/ оперирован : «Деваскуляризация проксимальных отделов желудка и абдоминального отдела пищевода по типу расширенной СПВ,фундопликация по Ниссен,дренирование брюшной полости». На операции отмечены субсерозная гематома в области дна желудка и его острое расширение.Просвет желудка был заполнен сгустками крови,которые с трудом

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

опорожнены через толстый желудочный зонд, частично низведены в дистальные отделы кишечника, также заполненного кровью. Длительность операции 1,5 часа. Послеоперационный период протекал относительно гладко. От аппарата ИВЛ отключен через 12 часов. Получал комплексную корригирующую терапию, включая переливание препаратов крови. Зондовое питание со 2 суток, пероральное питание с 5 суток. Рана зажила первичным натяжением. Выписан на 15 послеоперационные сутки с выздоровлением.

---

541.15-летний опыт лапаростомии - преимущества и недостатки

Багдасарова Е.А., Черноокое А.И., Багдасаров В.В., Симонян О.А. Гавашелашвили Н.О.

МОСКВА

Первый московский государственный медицинский институт им. И.М. Сеченова

Приоритетным и, в то же время, наиболее противоречивым является роль и место лапаростомии в лечении тяжелых форм распространенного перитонита. Показания к программируемым санационным реоперациям у больных с лапаростомой при тяжелых формах распространенного перитонита должны основываться на правильном использовании положительных и понимании отрицательных сторон метода. Мы применяем интегральные системы-шкалы для этапного хирургического лечения больных с тяжелыми формами распространенного перитонита исходя из следующих позиций: выбор режима запланированных санационных реопераций с учетом индекса воспаления брюшины, тяжести состояния по APACHE II и оценки лечебного эффекта при помощи шкалы органной дисфункции SOFA. Среди явных преимуществ программируемых реопераций у больных с лапаростомой (адекватная санация брюшной полости, своевременная диагностика формирующихся интраабдоминальных осложнений и коррекция их, предупреждение синдрома интраабдоминальной гипертензии, обеспечение активного дренирования брюшной полости), имеются и недостатки этих методов – неодно-кратная операционная травма, отрицательные системные последствия после каждой санационной реоперации (возможно развитие токсического шока), риск возникновения кишечных свищей, пребывание зондов в желудочно-кишечном тракте нередко осложняется нозокомиальной пневмонией, длительная искусственная вентиляция легких, заживление раны вторичным натяжением с возникновением в последующем послеоперационных грыж, высокий риск развития эвентрации. Материал и методы исследования. Метод лапаростомии применен у 298 больных в токсической и терминальной стадии перитонита: у 214 (71,8%) пациентов сразу после первичной операции по поводу распространенного перитонита и у 90 (28,2 %) – после релапаротомии «по требованию», на 5,9±0,6сутки. У 286(96,%) больных лапаростому формировали на спицах от аппарата Илизарова. У 12(4%) пациентов для лапаростомии использовали пакет Богота. Средняя оценка тяжести состояния по шкале APACHE II 17,75±6,22 балла. Среди больных с лапаростомией наблюдали следующие осложнения: эвентрация- у 3 (1,0 %) больных; тонко-кишечный свищ – у 2 (0,7%) больных; некроз апоневроза у 4 (1,3%); прогрессирование перитонита у 2(0,7%) больных. Выбор метода программных реопераций при тяжелых формах распространенного перитонита инициирует тенденцию к достоверному снижению послеоперационной летальности с 48,6% до 31,4% и частоты внутри-брюшных осложнений с 48,2% до 17,8%. Выводы: Основным и декларирующим показанием при выборе программы лапаростомии с этапными реоперациями при тяжелых формах распространенного перитонита является принцип объективной, динамической оценки интраоперационных данных и тяжести состояния больного по интегральным шкалам. Если суммировать наши результаты, выявленные клиническими исследованиями при использовании лапаростомии с программными реоперациями, станет ясно, что преимущества бесспорно доминируют над недостатками этапных санаций. Критериями для обоснования показаний к программным реоперациям являются результаты макроскопической оценки брюшины (индекс воспаления брюшины 14 и более баллов), морфо-функциональное состояние тонкой кишки, тяжесть состояния больного по APACHE II (17 и более баллов), степень органной дисфункции по шкале SOFA(4 и более баллов).

542. Определение границ резекции кишки при экспериментальной острой кишечной непроходимости

Родин А.В., Леонов С.Д., Плешков В.Г., Баженов С.М., Привольнев В.В.

Смоленск

Смоленский государственный медицинский университет

Актуальность Несмотря бурное развитие хирургии проблема несостоятельности швов анастомоза при резекции некротически измененной кишки в условиях острой кишечной непроходимости (ОКН) по-прежнему остается актуальной. Во многих случаях причиной несостоятельности является неправильный выбор уровня резекции органа. Существующие способы определения жизнеспособности кишечной стенки не всегда гарантируют достоверный результат. Одной из причин смерти больных при ОКН является перитонит, развивающийся как следствие ошибок в определении витальных свойств кишки. С другой стороны, необоснованная резекция жизнеспособной кишки может стать причиной развития энтеральной недостаточности. Цель исследования Целью исследования является оценка диагностических возможностей биоимпедансометрии кишки для выбора уровня ее резекции в условиях экспериментальной острой кишечной непроходимости. Материалы и методы исследования Исследование выполнено на 64 белых крысах линии «Вистар» массой 180-230 г. Под наркозом проводили срединную лапаротомию и моделировали острую странгуляционную тонкокишечную непроходимость путем наложения толстой лигатуры на петлю тонкой кишки (длиной 1,5-2 см) вместе с брыжейкой. Животные с моделированной ОКН были разделены на 4 группы: в 1-й группе (n=13) исследованы биофизические показатели тонкой кишки в норме, во 2-й группе животных (n=11) произведено моделирование ОКН на срок 1 час, в 3-й группе (n=13) – на 3 часа, в 4-й (n=12) – на 6 часов. Отдельную группу (n=15) составили животные, которым произведено моделирование ОКН сроком на 3 часа с последующей резекцией кишки на различных уровнях и формированием кишечных анастомозов. Животные в данной группе были разделены на 3 подгруппы: в 1-й (n=5) резекция выполнялась с учетом данных биоимпедансометрии кишки, во 2-й (n=5) резекцию выполняли в пределах заведомо жизнеспособных тканей (8-10 см проксимальнее и дистальнее зоны странгуляции) и в 3-й (n=5) – на границе с зоной странгуляции. Величину импеданса приводящего и отводящего отделов кишки определяли области противобрыжечного края органа с шагом около 1 см от границы со странгуляцией до регистрации величин электрического сопротивления кишечника как у интактных животных (выше 2 кОм). Инвазивную биоимпедансометрию (БИМ) кишечной стенки производили с помощью устройства для измерения импеданса биологических тканей БИМ-II (Патент РФ №2366360). В качестве калибровки прибора перед исследованием *in vitro* измеряли импеданс физиологического раствора, он составил 0,46 кОм. Исследуемые участки кишки резецировались и подвергались гистологическому исследованию. Результаты исследования Величина БИМ тонкой кишки ( $M \pm m$ ) у интактных животных составила  $3,96 \pm 0,09$  кОм (минимальное значение – 2,58 кОм). Таким образом, все показатели биоимпедансометрии интактной тонкой кишки были выше 2 кОм. В условиях ОКН в участках кишки, где показатели БИМ были ниже 2 кОм, выявлены признаки некроза независимо от продолжительности патологического процесса. При этом максимальное значение импеданса в зонах некроза тонкой кишки было равно 1,99 кОм. Таким образом, значение БИМ выше 2 кОм принято в качестве критерия жизнеспособности кишки при ОКН (патент РФ № 2438571). Расстояния от места странгуляции на приводящем и отводящем отделах кишки, где регистрировали нормальные значения БИМ (выше 2 кОм), различались в зависимости от длительности ОКН. Через 1 час от моделирования ОКН (n=11) в приводящем отделе нормальные значения БИМ регистрировались на  $0,44 \pm 0,19$  см от места странгуляции, в отводящем отделе – на  $0,35 \pm 0,13$  см от места странгуляции; через 3 часа от моделирования ОКН (n=13) в приводящем отделе нормальные значения БИМ были на  $1,42 \pm 0,41$  см от места странгуляции, в отводящем отделе – на  $1,86 \pm 0,45$  см от места странгуляции; через 6 часов (n=12) в приводящем отделе – на  $1,53 \pm 0,37$  см, в отводящем – на  $1,93 \pm 0,33$  см от зоны странгуляции. При гистологическом исследовании анастомозов (10-14 сутки) разных групп не было выявлено существенных морфологических различий в картине заживления, независимо от уровня резекции кишки. Выводы Использование биоимпедансометрии кишечной стенки позволяет сократить объем резецированной кишки при ее некрозе в условиях экспериментальной острой кишечной непроходимости. Величина биоимпедансометрии участков приводящего и отводящего отделов кишки выше 2 кОм является критерием при определении границ резекции органа.

#### 543. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ШЕЙНО-ЗАГРУДИННОГО ЗОБА

Михайличенко В.Ю., Гюльмамедов С.И., Каракурсаков Н.Э., Солдатенко С.В., Бражко В.П.

Симферополь

Кафедра общей хирургии, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского» Министерства образования и науки Рос

Основным источником развития грудного зоба является низко расположенная щитовидная железа. Возникающие в нижнем полюсе такой железы узлы постепенно в процессе роста могут опускаться за грудину и ключицу. Сопротивление мощных передних мышц шеи (особенно у мускулистых мужчин с короткой шеей) препятствует росту зоба впереди, а движение узла при глотании, его собственная тяжесть способствует росту его в сторону наименьшего сопротивления, в сторону средостения, ткани которого чрезвычайно податливы. За грудину может сместиться большая часть зоба. Одним из наиболее трудных и спорных моментов в хирургическом лечении грудного зоба является выбор оперативного доступа, выделения и способа удаления, который определяется глубиной расположения зоба. Грудное распространение обуславливает ряд особенностей хирургического вмешательства, при этом в подавляющем большинстве случаев чрезшейный доступ достаточен для удаления грудных зобов больших размеров. Лишь в 2% случаев приходится прибегать к расширению доступа путем стернотомии или торакотомии. Возможности шейного доступа во многом определяются тем, что источники кровоснабжения щитовидной железы располагаются исключительно на шее. В результате хирургического лечения патологии щитовидной железы у всех больных отмечено выздоровление с исчезновением клинических проявлений синдрома верхней полой вены, обструктивных заболеваний бронхов, бронхиальной астмы и хронических пневмоний. В ряде случаев по всей вероятности был ложно выставлен диагноз патологии органов дыхания. В связи с вышесказанным приводим собственное клиническое наблюдение. Больная А., 57 лет, поступила в клинику кафедры общей хирургии из пульмонологического отделения. Больная поступила в пульмонологическое отделение по линии скорой помощи с диагнозом: Манифестация бронхиальной астмы. Из анамнеза: в течении 10 лет лечилась амбулаторно у эндокринолога по месту жительства с диагнозом полинодозный зоб, получала йодомарин. За последние 3 года стала отмечать одышку, обследовалась и находилась на диспансерном учете у пульмонолога по месту жительства с диагнозом ХОЗЛ, ДН 3ст. Получала беродуал, гормонотерапию. При обзорной рентгенографии при поступлении – новообразование переднего средостения распространяющееся до 3 ребра и дуги аорты. При КТ – образование щитовидной железы спускающееся в передневерхнее средостение справа и заднее средостение слева. Сужение трахеи до 5 мм, смещение ее резко влево. В отделение был приглашен хирург-эндокринолог и ЛОР врач для консультации и выполнения трахеостомы. После осмотра пациентки, нами она была переведена в клинику с диагнозом шейно-грудный зоб. Синдром верхней полой вены. Компрессионный синдром. ДН 3 ст. В стационаре в срочном порядке больной через шейный разрез по Кохеру выполнено радикальное удаление опухоли щитовидной железы. Гистологическое заключение макрофолликулярная аденома. Больная в удовлетворительном состоянии на 5 сутки выписана из стационара, все дыхательные и голосовые функции восстановлены, компрессионный синдром ликвидирован. Случай демонстрирует необходимость проявлять настороженность врачей эндокринологов и пульмонологов к патологии щитовидной железы, которая под маской различных патологий дыхательной системы, может клинически проявлять себя.

---

#### 544. Несформированные тонкокишечные свищи: диагностика и лечение

Ермолов А.С.(1), Воленко А.В.(1), Горский В.А.(2)

Москва

1)РМАПО, 2)РНИМУ им.Н.И.Пирогова

Введение. Лечение больных с несформированными тонкокишечными свищами является сложной хирургической проблемой. Материалы и методы. Под нашим наблюдением было 158 больных с несформированными тонкокишечными свищами. У 45 (28,5%) свищи были полными с потерями более 1,5 литров тонкокишечного химуса, и у 113 (71,5%) свищи были неполными. Преобладали больные с большими дефектами передней брюшной стенки, свищи у которых локализовались на эвентрированных в рану петлях тонкой кишки. Только у 4 из 158 больных рана на передней брюшной стенке была несколько больше размеров самого свища. Результаты. Наш опыт лечения несформированных тонкокишечных свищей показал, что они плохо подлежат obturации, а использование obtураторов чаще приводит к увеличению размеров свища и превращению его из неполного в полный. Ушивание несформированного свища в гнойной ране никогда не приводит к его заживлению. Попытки ушивания свища в гнойной ране приводят к увеличению его размеров и несут в себе опасность образования дополнительных несформированных кишечных свищей. У больных с несформированными кишечными свищами в сочетании с большими дефектами передней брюшной стенки мы использовали нерадикальные операции, направленные на прекращение поступления кишечного содержимого к зоне кишечного свища и выполняемые из доступа вне гнойной раны - операции выключения из пассажа участка кишки несущей свищ. Успех таких операций зависит от точных знаний топографии тонкой кишки несущей свищ в брюшной полости, а также относительно гнойной раны и самого свища. Для этого наиболее информативны: прямая фистулоэнтерография, с последовательным контрастированием обеих устьев кишки несущей свищ. Это исследование позволяет туго заполнить кишечные петли, точно определить локализацию свища, его высоту, проходимость тонкой кишки ниже свищевого отверстия, определить принадлежность, локализацию и расположение приводящих и отводящих отделов кишечника, обнаружить дополнительные недоступные осмотру кишечные свищи и их локализацию. При невозможности выполнения прямой фистулоэнтерографии, мы выполняем прямую рентгеноконтрастную дуоденоэнтерографию. Для этого исследования мы используем зонд Блэкмора, введенный с помощью фиброгастродуоденоскопа в двенадцатиперстную кишку. Выводы. Прямая рентгеноконтрастная фистулоэнтерография и дуоденоэнтерография позволяют точно определить локализацию свища, проходимость кишечных петель ниже свищевого отверстия, топографию приводящей и отводящей петли кишки несущей свищ относительно раны и самого кишечного свища. Только точное знание топографии тонкой кишки у свищевого больного может обеспечить успех выполнения операции по выключению из пассажа участка тонкой кишки несущей свищ.

---

545. Повреждения и стриктуры желчных протоков. Современная тактика лечения.

Королев М.П., Федотов Л.Е., Аванесян Р.Г., Лепехин Г.М.

Санкт-Петербург

СПбГПМУ

По статистике число больных, страдающих желчнокаменной болезнью, ежегодно увеличивается. Пропорционально увеличивается количество выполненных хирургических операций при данной патологии. За многие годы тактика лечения больных с камнями в желчном пузыре и желчных протоках изменилась. В основе перемен лежит принцип малоинвазивности вмешательств, благодаря чему укорачиваются сроки реабилитации пациентов. Разработанные стандарты выполнения как традиционных, так и малоинвазивных вмешательств на желчных протоках и желчном пузыре до сих пор не гарантируют от интраоперационных

осложнений. Последствия подобных осложнений могут быть катастрофическими, процент летальности достаточно высокий как в послеоперационном периоде, так и после повторных реконструктивных операций. Целью: показать эффективность комбинированных малоинвазивных технологий при лечении поврежденных и доброкачественных стриктур желчных протоков. Материал и методы. Работа основана на опыте лечения 136 больных, которым выполнены малоинвазивные операции под комбинированным (ультразвуковым, рентгенологическим и эндоскопическим) контролем по поводу стриктур и повреждений желчных протоков. Мужчин в исследуемой группе было 49, женщин – 87. Средний возраст мужчин – 47,3 лет, женщин – 64,7 лет. Комбинированные малоинвазивные вмешательства выполнены у 81 пациента с осложнениями холецистэктомии, у 16 – со стриктурами общего желчного протока (ОЖП) в результате хронического панкреатита и его осложнений, у 3 – в результате длительно существующей кисты поджелудочной железы, у 3 – с повреждением общего желчного протока во время резекции желудка, у 33 – со стриктурами различных анастомозов. Результаты и их обсуждение. Несмотря на разработанные стандарты операции – холецистэктомии, как открытой, так и лапароскопической, до сих пор не удается исключить осложнения, возникающие во время операции, связанные с повреждением внепеченочных протоков. В клинике выполнены малоинвазивные вмешательства 81 больному с осложнениями, связанными с интраоперационным повреждением желчных протоков. Условно нами эти больные разделены на 2 группы: 1-я – 29 пациентов, у которых осложнения возникли после открытой холецистэктомии и 2-я – 52 пациентов, у которых повреждения внепеченочных протоков получены после лапароскопических операций. У 11 больных после традиционной холецистэктомии повреждение общего печеночного протока (ОПП) было в объеме неполного пересечения. У 18 больных пересечения ОПП и ОЖП после открытой холецистэктомии были полными. Осложнения лапароскопической холецистэктомии мы разделили на следующие группы: 1) клипирование ОПП (у 12 больных), 2) ожоговая стриктура ОПП и ОЖП (у 21 больного), 3) полное пересечение ОПП (у 19 больных). Клипирование желчного протока может быть полным или краевым. Как правило, установленная даже на несколько часов клипса, может вызвать формирование стриктуры желчного протока. Тактика малоинвазивного лечения при клипировании протока направлена на удаление клипсы и длительное каркасное дренирование протока. Одна из наиболее сложных проблем в лечении осложнений лапароскопической холецистэктомии является ожоговая стриктура внепеченочных желчных протоков. Невозможно в течение 2 последующих лет определить протяженность поражения в связи с тем, что ожоговые изменения в течение данного промежутка времени формируют стриктуру. При данном виде осложнений мы предпочитаем длительное каркасное дренирование восстановленных желчных протоков, в некоторых случаях до нескольких лет. При полном пересечении внепеченочных желчных протоков наиболее оптимальным видом операции является билиодигестивный анастомоз на длинной выключенной по Ру петле тонкой кишки. В большинстве случаев формирования стриктуры анастомозов после реконструктивных операций на пересеченных протоках возникают в результате игнорирования вышеуказанного правила, т.е. или формируется билиобилиоанастомоз, или петля кишки, выключенная из пищеварительного тракта слишком короткая. Малоинвазивные комбинированные операции мы применяли после формирования стриктуры анастомоза. При этом, уровень стриктуры зависел от уровня формирования анастомоза. Баллонная пластика и каркасное дренирование протока позволяет в большинстве случаев позволяет сформировать достаточный диаметр рубцового каркаса для беспрепятственного пассажа желчи. При наличии стриктуры, связанной со сдавлением интрапанкреатической части ОЖП в результате хронического панкреатита, выполняются идентичные комбинированные малоинвазивные операции, направленные на создание временного каркаса на дренаже, при этом дренаж может быть проведен антеградно или эндоскопически ретроградно в виде пластикового стента с помощью антеградно проведенного проводника. Иногда формирование каркаса выполнялось на саморасширяющемся нитиноловом стенте. Летальность составила 0,74% - (один больной умер от тяжелого панкреонекроза, нарастающей печеночно-почечной недостаточности в позднем послеоперационном периоде). Как видно из нашего опыта, каждая ситуация, связанная с повреждением или стриктурой желчного протока требует индивидуального подхода. Необходимо отметить, что наиболее благоприятная с точки зрения прогноза травма протока – это неполное пересечение. Данное обстоятельство объясняется тем, что сохраняется часть питающих сосудов, которые проходят параллельно протоку. Наименее благоприятная – ожоговая травма желчных протоков. Это связано с тем, что предугадать дальнейшее рубцевание по времени и по протяженности невозможно. В связи с чем, при ожоговой стриктуре необходимо длительное (не менее 24 мес.) каркасное наружновнутреннее дренирование. Заключение. Основываясь на нашем опыте лечения данной категории больных с применением малоинвазивных методов, считаем, что лечение этих пациентов не может быть стандартизировано. Также считаем, что комбинированные малоинвазивные методики не являются приоритетными в лечении доброкачественных заболеваний и повреждений желчных протоков. Однако, в некоторых ситуациях, данные операции могут быть единственно возможным видом помощи на первом этапе лечения и, нередко, окончательным методом лечения.

546. Миниинвазивное лечение под комбинированным визуальным контролем холедохолитиаза в нестандартных ситуациях

Королев М.П., Федотов Л.Е., Аванесян Р.Г., Федотов Б.Л.

Санкт-Петербург

СПбГПМУ

В лечении холедохолитиаза в течение нескольких последних десятилетий отмечается четкая тенденция отказа от традиционной холедохолитотомии. Причиной отказа от малоинвазивной литоэкстракции из желчных протоков является холедохолитиаз в нестандартных ситуациях, при котором удаление конкремента эндоскопически технически невозможно. В частности, у больных с билиодигестивными анастомозами, после резекции желудка по Бильрот-II и экстирпации желудка доступ эндоскопа к фатеровому соску затруднен, при парапапиллярных дивертикулах и т.д. Благодаря комбинированию операций под ультразвуковым, рентгенологическим и эндоскопическим контролем расширились возможности миниинвазивных операций при холедохолитиазе любой локализации при нестандартных ситуациях. Материалы и методы. Работа основана на опыте лечения 147 больных, которым выполнены малоинвазивные операции под комбинированным (ультразвуковым, рентгенологическим и эндоскопическим) контролем по поводу холедохолитиаза в нестандартных ситуациях. Мужчин в исследуемой группе было 62, женщин – 85. Средний возраст мужчин – 68,7 лет, женщин – 67,9 лет. Результаты и их обсуждение. При технически невыполнимой эндоскопической канюляции большого дуоденального соска (БДС) выполняли чрескожную чреспеченочную холангиостомию (ЧЧХЛС) под ультразвуковым и рентгенологическим контролем. В дальнейшем по проводнику, проведенному антеградно через БДС, выполняли баллонную дилатацию или эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ), затем литоэкстракцию корзиной Dormia или литотриптером. Показаниями к применению комбинированных малоинвазивных технологий при холедохолитиазе в нестандартных ситуациях являются: 1) декомпрессия желчных протоков при высоких показателях билирубина, с целью подготовки больного ко второму этапу операции; 2) при технической невозможности канюляции БДС (вклиненный в терминальный отдел ОЖП конкремент, парапапиллярный дивертикул, стриктура терминального отдела ОЖП); 3) перенесенные в прошлом операции, в результате которых доставка эндоскопа к БДС невозможна без применения дополнительных инструментов; 4) тяжелое состояние больного, при котором ЭПСТ и ретроградная литоэкстракция непереносима; 5) анатомические особенности ампулы БДС, при котором проводник или иной манипулятор ретроградно проводится в главный панкреатический проток. Тяжелое состояние больного механической желтухой в результате холедохолитиаза в пожилом или старческом возрасте, страдающего также и сопутствующей патологией является противопоказанием к применению как открытых оперативных вмешательств, так и ЭПСТ с ретроградной литоэкстракцией. В таких случаях в клинике выполняются антеградные дренирующие операции под ультразвуковым и рентгенологическим контролем, при этом, при возможности, необходимо дренаж провести за препятствие в просвет двенадцатиперстной кишки во избежание потери желчи. Таким образом удалось подготовить больных к следующему этапу оперативного лечения – ЭПСТ с ретроградной литоэкстракцией. При невозможности визуализировать БДС в парапапиллярном дивертикуле, дифференцировать вход в БДС удалось только через антеградно проведенный проводник после ЧЧХЛС. В случаях, когда ретроградно провести в просвет ОЖП проводник или иной манипулятор не удалось в виду анатомическими особенностями строения ампулы БДС, при этом выполнить папиллосфинктеротомию с помощью введенного в главный панкреатический проток папиллотомы крайне опасно в связи с неминуемым присоединением острого панкреатита. Провести папиллотому в просвет ОЖП через БДС в таких случаях удалось по проведенному антеградно (чрескожно-чреспеченочно) проводнику. У пациентов, страдающих резидуальным холедохолитиазом и стриктурой терминального отдела ОЖП, манипуляционный катетер проводили через ранее установленный Т-образный дренаж в просвет протока и двенадцатиперстной кишки, по проводнику выполняли ЭПСТ, баллонную дилатацию терминального отдела ОЖП, ретроградную литоэкстракцию. У больных с резидуальным холедохолитиазом, у которых в анамнезе были выполнены операции по поводу рака желудка: субтотальная резекция желудка по Бильрот-II или гастрэктомия,



литоэкстракцию выполняли по разработанной в клинике методике. Эндоскоп пассивно доставлялся к БДС с помощью комбинированных манипуляций. Затем выполняется заключительный этап операции – эндоскопическая ретроградная литоэкстракция и антеградное наружновнутреннее или наружное дренирование желчных протоков. В 7 случаях выполнена конверсия доступа. Несмотря на многочисленные попытки литоэкстракции с помощью вышеуказанной техники, удалить конкременты ретроградно не удалось. У этих больных вторым этапом выполнена лапаротомия и холедохолитотомия. Необходимо отметить, что после чрескожной установки дренажа в желчные протоки и купирования явлений механической желтухи, больные лучше переносят лапаротомию. Кроме того, ранее установленная ЧЧХЛС позволяет ушить холедохотомическое отверстие без дополнительного дренирования внепеченочных желчных протоков. В редких случаях доступ к общему печеночному и желчному протокам ограничен в виду с одной стороны проблемным анатомическим расположением БДС, с другой стороны абсолютно узкими внутривнутрипеченочными желчными протоками. У данных пациентов доступ к терминальному отделу общего желчного протока достигнут через печень, желчный пузырь и пузырный проток с использованием гидрофильных инструментов. Смертность составила 1,36%, умерло 2 пациента. Причина смерти у одного больного вялотекущий перитонит, с которым больной был переведен в клинику после операции по поводу холецистита и холедохолитиаза. Несмотря на восстановленную проходимость внепеченочного протока и декомпрессию последнего, что исключало поступление желчи в брюшную полость, больной скончался на 14-ые сутки от инсульта. Второй больной умер от нарастающей печеночно-почечной недостаточности на фоне высокой билирубинемии. В заключении нужно отметить, что современное развитие хирургии желчных путей направлено на развитие малоинвазивных технологий, благодаря которым в подавляющем большинстве случаев можно выполнить холецистэктомию и литоэкстракцию при холедохолитиазе в стандартных и нестандартных ситуациях.

---

547. Сравнение результатов лечения свищей прямой кишки с охватом более 2/3 волокон наружного сфинктера методом с применением биопластического материала "Коллост" против метода сегментарной проктопластики.

Фролов С.А., Кузьминов А.М., Минбаев Ш.Т., Королик В.Ю., Бородкин А.С. Богормистров И.С.

город Москва

ФГБУ "ГНЦ Колопроктологии им А.Н. Рыжих" МЗ РФ

Актуальность. Лечение экстрасфинктерных и трансфинктерных свищей с охватом значительной порции анального сфинктера сопряжено с высоким риском развития послеоперационной недостаточности анального сфинктера достигающей 63%. Применение биопластических материалов с целью пломбировки свищевого хода позволяют исключить травму наружного сфинктера, однако сопровождаются высоким процентом возврата заболевания до 60%. Цели. Сравнить результаты лечения экстрасфинктерных и трансфинктерных свищей прямой кишки методом сегментарной проктопластики и с применением биопластического материала "Коллост". Материалы и методы. Применение биопластического материала "Коллост" заключается в ликвидации внутреннего свищевого отверстия и пломбировки иссеченного свищевого хода коллагеновым материалом. Метод сегментарной проктопластики заключается в отсепаровывании слизисто-мышечного лоскута, его транспозиции и фиксации отдельными швами к перианальной коже. В период с 2010 по 2014 гг. в ГНЦ Колопроктологии оперированы 160 пациентов с высокими свищами прямой кишки, среди них был 109(68,1%) мужчина и 51(31,9%) женщин, средний возраст 43+-10 лет. В группу включено 24(15,0%) пациентов с трансфинктерными свищами и 136(85,0%) пациентов с экстрасфинктерными свищами. Среди них в 74(46,3%) случаях выполнена операция с применением биопластического материала и в 86(53,7%) сегментарная проктопластика. Результаты. В группе с применением биопластического материала интраоперационных осложнений не было, отторжения импланта не было. В группе сегментарной проктопластики в срок 7-14 дней у 4(4,7%) пациентов отмечена ретракция низведенного лоскута. В срок от 5 месяцев до 4 лет, прослежены 47(63,5%) пациентов группы с применением биопластического материала и 55(63,9%) пациента контрольной группы, медиана наблюдения составила 23 и 21 месяцев соответственно.

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

Рецидив заболевания выявлен у 5(6,8%) пациентов в основной группе и у 3(3,5%) пациентов в группе сравнения. Пациенты были анкетированы с применением шкалы инконтиненции Векснера как в дооперационном периоде, так и спустя 3 месяца после операции. При сравнении данных анкетирования пациентов первой группы результаты не изменились 1,74 до операции и 1,78 после, а в группе с сегментарной проктопластикой до операции 2,31 и 2,42 после. При обследовании с использованием анальной манометрии в до- и послеоперационном периоде, 17(36,1%) пациентов в первой группе и 17(30,9%) в контрольной. При применении биопластического материала отмечается отсутствие прироста пациентов со снижением показателей тонуса и волевой способности анального сфинктера ниже чем дооперационные результаты, а в группе сегментарной проктопластики у 2(11,8%) пациентов отмечено усугубление недостаточности анального сфинктера. Заключение. Применение биопластического материала позволяет минимизировать интраоперационное повреждение анального сфинктера, что максимально снижает риск развития анальной инконтиненции при этом сопровождается незначительным количеством рецидивов, сопоставимым с числом рецидивов в контрольной группе оперированных методом сегментарной проктопластики.

---

548. Тактика « damage control» при лечении повреждений живота у пострадавших с сочетанной травмой

Багдасарова Е.А., Чернооков А.И., Багдасаров В.В.(мл); Симонян О.А., Гавашелашвили Н.О., Багдасаров В.В

Москва

Первый московский государственный медицинский университет им.И.М. Сеченова

Травматические кровотечения во все времена были одной из главных проблем драматической хирургии. Летальность при сочетанных травмах составляет 40-80%. Сложность проблемы лечения тяжелых сочетанных повреждений не может быть решена императивностью хирурга и его виртуозной техникой. В начале 90-х годов XX столетия была апробирована и предложена новая стратегия лечения тяжелой сочетанной травмы. Целью сформулированной стратегии является предупреждение развития необратимых физиологических нарушений путем последовательного выполнения трех этапов лечения: на первом этапе во время операции выполняется остановка кровотечения и предупреждение микробного загрязнения. На втором этапе проводится интенсивная терапия в условиях ОРИТ, направленная на стабилизацию гемодинамических показателей, устранение гипотермии, ацидоза и коагулопатии. На третьем этапе выполняется повторная (запланированная) операция с целью восстановления анатомических взаимоотношений. Цель исследования – патогенетически обосновать тактику и оценить эффективность стратегии этапного хирургического лечения в условиях острой массивной кровопотери при тяжелых сочетанных повреждениях живота. Материалом работы являются результаты лечения 446 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой живота за период 2000-2012г. Из 422 оперированных пострадавших погибли 232 (54,0%). Проспективной частью работы по изучению стратегии «DAMAGE CONTROL» (сокращенная лапаротомия с повторной, запланированной операцией) были результаты исследования у 93 пострадавших, проведенные в период с 2006-2012 годы в ОРИТ. У 48 пострадавших (основная группа) с тяжелыми сочетанными повреждениями живота, сопровождающихся геморрагическим шоком использована стратегия лечения «damage control» – сокращенная лапаротомия с программной (запланированной) операцией, а у 45 пострадавших была использована традиционная хирургическая тактика в полном объеме независимо от тяжести состояния. В основной группе – этапная хирургическая тактика заключалась в следующем: 1) остановка массивного струйного кровотечения, устранение микробного загрязнения брюшной полости, лапаростомия, 2) интенсивное лечение в условиях отделения реанимации; ликвидация ацидоза, коагулопатии, гипотермии; 3) повторная (запланированная) операция, радикальное устранение повреждений с реконструкций нарушенных анатомических взаимоотношений. Приемы этапного хирургического лечения – («сокращенная лапаротомия») позволяют значительно сократить продолжительность неотложной операции и существенно снизить летальность среди пострадавших, с прогностически наиболее неблагоприятными исходами, оперированных по технологии «damage control» (с 86% до 48,8%).

520

549.ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННЫХ СОРБЕНТОВ НА МЕСТНОЕ ТЕЧЕНИЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Корейба К.А.(1),Минабутдинов А.Р (2)

Казань

Корейба К.А.(1,2),Минабутдинов А.Р (2)1) Казанский государственный медицинский университет2) Центр «Диабетическая стопа» г. Казань,

Аннотация. Сахарный диабет – сложнейшая медико-социальная проблема. Синдром диабетической стопы одно из грозных поздних осложнений сахарного диабета. Хирургические инфекции кожи и мягких тканей на фоне сахарного диабета — наиболее частая причина обращения больных за хирургической помощью [3]. В статье рассматривается проблемы местного лечения раневых дефектов при синдроме диабетической стопы. Практически доказана целесообразность и эффективность применения современных сорбентов в лечении данной патологии. Ключевые слова: синдром диабетической стопы, местное лечение синдрома диабетической стопы, сорбенты. Актуальность: проблема эффективного воздействия на гнойную инфекцию и по настоящее время остается нерешенной, несмотря на появление разнообразных антибиотических и антисептических препаратов и их широкое внедрение в клиническую практику. Отсутствие на сегодняшний день универсальных методов местного лечения раневых дефектов при синдроме диабетической стопы, наличие микробной биопленки раны, препятствующей заживлению дефекта мягких тканей [1]. Цель: изучить влияние современных сорбентов на основе поливинилового спирта на течение раневого процесса у больных с синдромом диабетической стопы. Материалы и методы: в настоящее время в современной хирургии имеется значительный арсенал перевязочных средств и методов лечения раневых дефектов. Однако, в отечественной медицине, несмотря на очевидную неэффективность и экономическую нецелесообразность, применяются устаревшие ватно-марлевые перевязочные средства, не обладающих критериями и свойствами, необходимыми для современного ведения раневого процесса у больных синдромом диабетической стопы [4]. На базе Центра «Диабетическая стопа» г.Казани начато клиническое применение и изучение влияния современных сорбентов «АСЕПТИСОРБ» на местное течение раневого процесса у больных синдромом диабетической стопы. Улучшенная сорбционная и дренирующая способность сорбентов способствует уменьшению отека паравульнарных тканей, восстановлению нарушенной нутритивной функции капилляров, что особенно важно у больных синдромом диабетической стопы, так как нарушение этой функции на фоне артериальной недостаточности клинически проявляется ишемическими отеками нижних конечностей, чаще в дистальных отделах. Возникает раневая кахексия, раневой процесс приобретает характер хронического, организм больного теряет через дефект тканей микроэлементы, белки, воду, факторы тканевого роста, иммунокомпетентные клетки через жидкую часть крови, а зачастую и сами эритроциты, при геморрагическом характере раневого отделяемого при метаболическом и/или арозивном поражении стенки кровеносных сосудов [2]. Применение сорбентов нивелирует эти процессы, разрывая цепь патологических местных реакций, и происходит стимуляция вторичного ангиогенеза. Бактерицидные свойства сорбентов препятствуют возникновению микробной биопленки, играющую немаловажную, а зачастую решающую роль в хронизации и замедлении репаративно-регенеративных процессов в ране. Методика применения: Сорбенты «АСЕПТИСОРБ» применялись у больных, соответствующие клиническим группам W1-W3 [5]. Сорбенты накладывались на раневую поверхность небольшим слоем до 1 мм, сверху раны закрывались атрауматичной индифферентной фиксирующей по периферии раневого дефекта повязкой типа «космопор» без содержания фармацевтических препаратов. Перевязки выполнялись у больных, получавших стационарное лечение 1 раз в сутки; у больных, получавших амбулаторное лечение 1 раз в 2-3 дня. У пациентов с выраженным гнойно-воспалительным, некротическим и/или гнойно-некротическим процессом дефекта кожи и мягких тканей производились некрэктомии (механической). В группе сравнения применялось наложение влажно-высыхающих повязок с раствором NaCl 10% + водный раствор хлоргексидина биглюконата 0,05% в соотношении 1:1, а также аппликации с метилурациловой мазью 10%. Проявлений местной или общей аллергической реакции отмечено у больных обеих клинических групп не было. Выводы: комплексное исследование эффективности сорбентов «АСЕПТИСОРБ» при

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

лечения групп больных с синдромом диабетической стопы (Wagner 1-3) показало: 1. Сокращение среднего срока пребывания в стационаре у больных с синдромом диабетической стопы, особенно клинических групп W2 и W3, соответственно примерно, 2. У больных на фоне комплексного лечения с применением сорбентов происходило купирование местного болевого синдрома, наблюдались более продуктивные процессы грануляции и эпителизации кожных дефектов с купированием местной воспалительной реакции, 3. Современные сорбенты в изолированном использовании никак не влияют на местный болевой синдром у больных с синдромом диабетической стопы. Эффективность купирования уровня боли проявляется на фоне применения производных тиоктовой кислоты, габапентинов и, отчасти, НПВС, 4. Высокая эффективность современных сорбентов на раневую микрофлору в комплексном лечении больных с синдромом диабетической стопы клинических групп W1 – W3. Таким образом, современные сорбенты активно влияют на течение местного раневого процесса при синдроме диабетической стопы.

---

550. Наноразмерный биоконкомпозит для лечения остаточных полостей печени в экспериментальных условиях инфицирования

Третьяков А.А., Хижняк И.И., Стадников А.А., Неверов А.Н.

Оренбург

ГБОУ ВПО "Оренбургский государственный медицинский университет"

Остаточные полости в печени (ОПП) возникают в результате хирургического лечения различных кистозных образований, в том числе непаразитарной и паразитарной этиологии (эхинококкоз), опухолей, абсцессов печени и посттравматических образований. Часто образующиеся в результате хирургического лечения очаговых заболеваний печени остаточные полости, таят в себе угрозу развития грозных осложнений. Для ликвидации ОПП, в частности, после эхинококкэктомии, предлагались различные методики. Результаты их применения не могут удовлетворять хирургов, т.к. ни один из них не решает проблемы устранения инфицирования полости и формирования послеоперационных кист. Наноразмерный гидроксоапатитколлагеновый биополимерный композит «ЛитАр» в настоящее время используется для замещения дефектов в челюстно-лицевой хирургии, травматологии и ортопедии, урологии и гинекологии, в пульмонологии. В последние годы в схеме местной антибактериальной терапии при различных гнойно-воспалительных процессах стали вводить антибиотики совместно с окситоцином, целесообразность использования которого обоснована экспериментально-гистологическими исследованиями. Целью исследования явилось экспериментально-гистологическое обоснование возможности использования композитного материала «ЛитАр» для пломбировки и ликвидации инфицированных остаточных полостей в печени, в том числе в условиях местного применения окситоцина. Работа выполнена на животных крысах-самца массой 280-300 г. В первой серии была создана модель ОПП путем имплантации силиконового шарика диаметром 6-9 мм в паренхиму печени на срок 14 сут. Спустя этот срок, шарик извлекали. Во второй серии перед заполнением композитным материалом «ЛитАр» ОПП предварительно инфицировалась культурой *Klebsiellae pneumoniae*. В третьей серии аналогичная полость, инфицированная культурой *Kl.pneumoniae*, пломбировалась «ЛитАром», пропитанным раствором окситоцина (1 МЕ) и в течение 10 дней экзогенно к месту имплантации ежедневно подводился раствор окситоцина (1 МЕ). В четвертой серии опытов инфицированная полость заполнялась композитным материалом «ЛитАр», пропитанным раствором окситоцина (1 МЕ), в течение 10 дней после операции внутримышечно вводился антибиотик цефоперазон 2 раза в сутки по 50 мг/кг и экзогенно к месту пластики подводился раствор окситоцина (по 1 МЕ ежедневно) и цефоперазон. Несмотря на морфологические изменения (зоны некроза), происходящие в ткани печени и в ОПП, визуального отторжения, имплантированного в инфицированную полость композитного материала ни в одном случае не наблюдалось. К 14-м и 30-м суткам участок печени, в который погружался «ЛитАр», визуально имел обычный цвет, мягко-эластическую плотность, без фибринозного налета на поверхности. На разрезе этот участок имел однородную структуру, темно-вишневого цвета, без признаков инфицирования (без очагов скопления гноя). Фрагменты композитного материала отсутствовали. Установлено, что использование окситоцина в условиях инфицирования ОПП лимитирует развитие гнойно-некротических

522

процессов, ограничивает зоны некроза от жизнеспособных тканей, стимулирует репаративные и органотипические потенции тканей печени как в самой ОПП, так и в пограничных с ней зонах органа, приводит к замещению полости органотипическим регенератом. Сочетанное использование окситоцина с антибиотиком существенно потенцирует позитивные ангиоапоптотический и пролифератогенный эффекты, реализуемые паренхиматозными элементами печени. Электронно-микроскопические исследования показали, что гепатоциты имели структурно - функциональную характеристику, свойственную нормальному цитологическому статусу. Таким образом, применение коллагенового композита «ЛитАр» в сочетании с окситоцином и антибиотиком при пломбировке ОПП оказывает максимально позитивное влияние на процессы репаративного гистогенеза в гистоструктурах печени и холангиолах ОПП, в том числе в условиях инфицирования полости, обеспечивая оптимальные условия для активной пролиферации малодифференцированной ткани, регенерационной гипертрофии гепатоцитов в зоне, прилегающей к ОПП, повышения их митотической активности и заполнения остаточной полости как соединительнотканью элементами, так и органотипическими структурами.

---

#### 551. КОМПЛЕКСНАЯ ИНФУЗИОННАЯ ПОДДЕРЖКА В ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЯХ НА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Корейба К.А. Минабутдинов А.Р.

Казань

Корейба К.А.(1,2), Минабутдинов А.Р (2) 1) Казанский государственный медицинский университет 2) Центр «Диабетическая стопа» г. Казань,

Цель. Улучшение результатов васкуляризации после сосудистых реконструкций у больных синдромом диабетической стопы. Материалы и методы. В Центре «Диабетическая стопа» г. Казани с 2011 года на практике применяется комплексное лечение больных с синдромом диабетической стопы. Больным с критической ишемией нижних конечностей выполняются реконструктивные операции на артериях нижних конечностей, которые дополняются комплексной инфузионной терапией. Ангиохирургическую поддержку Центра осуществляет отделение сосудистой хирургии № 1 и отделение рентген-хирургических методов диагностики и лечения РКБ МЗ РТ. Реконструктивные операции проводятся как в плановом, так и в экстренном режимах. В течение 2011-13 годов в Центре «Диабетическая стопа» г. Казани стационарно пролечено 935 больных с различной формой СДС. Из них 143 выполнены реконструктивные операции на артериях нижних конечностей. Дистальная аортоартериография была выполнена всем, по результатам которого 23 больных признаны неоперабельными в связи с тотальной окклюзией дистального сосудистого русла. Они были вновь переведены в отделение гнойно-септической хирургии Центра «Диабетическая стопа», где трем из них была выполнена надколенная ампутация, ампутация на уровне голени выполнена 2 больным, 2 пациента умерло (1 – ТЭЛА, 1 – ОНМК). На амбулаторное лечение после реконструкции выписано 33,65% больных, на оперативное лечение в отделение гнойно-септической хирургии переведено 66,35%. 111 больным сосудистые реконструкции дополнялись комплексной инфузионной терапией, включающей в себя: 1. Препараты простагландинов E1 60 мкг на 250,0 раствора NaCl 0,9% медленно капельно в течение 2-4 часов. Уровень доказательности А, при критической ишемии нижних конечностей уровень доказательности В. Инфузии проводятся в течение 3-5 дней. При наличии достоверного клинического эффекта инфузии продолжают до 10 дней. Инфузии препаратов простагландина E1 при наличии в анамнезе ишемической болезни сердца проводятся строго под наблюдением терапевта. 2. препараты тиоктовой кислоты 600 мг на 200,0 раствора NaCl 0,9% медленно №10-14 с последующим приемом таблетированных форм не менее двух месяцев в дозе 600 мг в сутки. Уровень доказательности А. 3. Водорастворимые витамины В1, В6 по 2,0 в/в на растворе NaCl 0,9% по 20,0. 50 пациентов получали инфузии до операции, 61 – после. При этом при инфузирования в дореконструктивный период после выполнения ангиохирургической операции на амбулаторное лечение переведено 86,7% больных. При в/в введении данных препаратов после вмешательства сосудистого хирурга в отделение гнойно-септической

хирургии переведено для различного вида операций 100% пациентов [1,2]. Выводы: 1. Применение вышеуказанной комплексной инфузионной терапии в периоперационном периоде у больных с синдромом диабетической стопы, подвергшихся реконструктивным сосудистым операциям на нижних конечностях, позволило оптимизировать течение послеоперационного периода, путем перевода больных сразу на амбулаторное лечение, 2. Лучшие результаты достигнуты при применении данных препаратов в комплексном лечении до проведения сосудистых реконструкций, 3. Перевод больных после реконструктивных операций сразу на амбулаторное лечение, не госпитализируя их вновь в Центр «Диабетическая стопа» (отделение гнойно-септической хирургии), позволяет объективно снизить материальные расходы на лечение [3].

---

552. Возможности улучшения результатов лечения острой кишечной непроходимости.

Греясов В.И., Щепкин С.П., Чугуевский В.И., Агапов М.А.

Ессентуки

ГБУЗ СК «Ессентукская центральная городская больница»

Острая кишечная непроходимость (ОКН) занимает третье место в структуре ургентной хирургической патологии. Несмотря на наличие стандартных подходов в выборе тактики обследования и лечения этой группы больных, летальность при данной патологии достигает 8-12%. Поэтому совершенствование методов лечения больных с ОКН сохраняет свою актуальность. Цель исследования: провести ретроспективный анализ лечения больных с различными формами ОКН, для оценки используемых методов диагностики и лечебных мероприятий, а также причин неудовлетворительных результатов. Материалы и методы исследования: изучены результаты лечения 394 пациентов с ОКН, в ГБУЗ СК «Ессентукская центральная городская больница» за период с 2005 по 2014 г.г. Среди пациентов женщин было 237 (59%), мужчин 157 (41%). Возраст больных от 17 до 91 года. Основную массу составили пациенты старше 60 лет 126 (32%). При подозрении на ОКН выполнялся стандартный объем диагностических мероприятий: общеклинические исследования, обзорная рентгенография с последующим исследованием пассажа, оценкой результатов через 3, 6, 12 часов, и ультразвуковое исследование органов брюшной полости (ОБП). Консервативные мероприятия по разрешению кишечной непроходимости, включали инфузионную, спазмолитическую терапию, эвакуацию желудочного содержимого и очистительные клизмы. При отсутствии эффекта от проводимого лечения, в сроки до 12 часов, выставлялись показания для оперативного пособия. Группа больных с подозрением на странгуляционные формы ОКН с имеющимися выраженными явлениями эндогенной интоксикации, подвергалась оперативному лечению после проведения 2-часовой предоперационной подготовки. Результаты исследования: У 87 (22%) больных явления кишечной непроходимости были разрешены консервативными мероприятиями. Оперативное вмешательство было выполнено у 307 (78%) больных. Группа больных с ОКН неопухолевой этиологии составила 184 (60%). Среди них преобладала спаечная ОКН 118 (38,4%), странгуляционная у 31(10%), ОКН при ущемленной грыже 25(8,1%), другие причины (желчные камни, инородные тела, безоары) у 10(3,2%). Толстокишечная обтурационная опухолевая непроходимость выявлена в 123 (40%) случаях. Из них опухоль сигмовидной кишки - 97 (78%), опухоль слепой - 20(16,2%) поперечной ободочной — 5(5,8%). В группе больных с неопухолевой ОКН резекция нежизнеспособного участка кишки выполнена 52 (28,2%) больным. После устранения причины ОКН, проводилась декомпрессия кишечника путем назоинтестинальной интубации (НИИ). Которая была выполнена у 52 (28,2%). Осложнений процедуры НИИ интероперационно и в послеоперационном периоде не наблюдалось. В группе больных с толстокишечной непроходимостью, при неэффективности консервативных мероприятий, применялась тактика двухэтапного лечения. На первом этапе целью вмешательства было разрешение ОКН посредством наложения разгрузочной стомы. Цекостомия произведена у 38(31%), трансверзостомия и сигмостомия 18(14,6%), илеостомия 8(6,5%). Операция Гартмана была выполнена у 18 (14,6%). Гемиколэктомия с первичным наложением межкишечного анастомоза, после успешных консервативных мероприятий, у 40 больных, 23 (18,6%) левосторонняя, в 17 (13,8%) случаях - правосторонняя гемиколэктомия. Послеоперационная летальность в

группе с неопухолевой ОКН составила 3(1,6%). У больных с опухолевой ОКН послеоперационная летальность составила 12 (7,3%) случаев у пациентов на терминальной стадии опухолевого процесса и явлениями полиорганной недостаточности. Заключение. Основная масса пациентов, которым выполнена резекция кишечника, наблюдались осложненные формы толстокишечной непроходимости, были в возрасте старше 60 лет, с необоснованно длительным периодом догоспитального лечения (более 24 часов) или поздним обращением за медицинской помощью. Все случаи летальных исходов наблюдались среди этих больных. Что свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования оказания помощи больным на догоспитальном уровне. На этапе диагностического поиска важную роль, кроме рентгенологического исследования, играет ультразвуковое сканирование внутренних органов, позволяющее, оценить степень расширения петель кишечника, определить уровень обструкции, выявить наличие экссудата, характер перистальтики и состояние кровотока сосудов брыжейки. Так в 12 (3%) случаях УЗИ являлось единственным объективным методом диагностики, т.к. выполнение рентгенографии было не возможно из-за тяжести состояния или конституциональных особенностей пациентов. Данные УЗИ позволяют объективизировать применение НИИ, так при наличии расширенных более 4см петель тонкой кишки, распространенного экссудата брюшной полости, наряду с рецидивным характером спаечного процесса, проведение данной манипуляции является обязательным этапом оперативного вмешательства. У больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью важным является строгое следование принципу этапного лечения, позволяющее, устранив явления непроходимости, провести дальнейшее лечение с соблюдением всех онкологических принципов.

---

#### 553.Современные методы лечения грыж передней брюшной стенки

Греясов В.И., Чугуевский В.М., Иванов С.А.

Ессентуки

ГБУЗ СК «Ессентукская центральная городская больница»

Лечение наружных грыж паховой области остается актуальной проблемой хирургии . До настоящего времени не найдено метода хирургической коррекции в полной мере удовлетворяющих клиницистов. Продолжается активный поиск оптимального оперативного доступа и различных по своему материалу и структуре имплантатов. Цель работы : - оценить возможности и преимущества современных методов лечения грыж передней брюшной стенки перед традиционными. Материалы и методы. В хирургическом отделении №1 ГБУЗ СК «Ессентукская ЦГБ» с февраля 2014г по май 2015г было выполнено 490 оперативных вмешательств по поводу грыж передней брюшной стенки. Из них паховые грыжи 276, вентральные грыжи (послеоперационные, пупочные, параумбиликальные, белой линии, Спигелиевой линии) — 214. Оперативное лечение паховых грыж выполнялось по методике Лихтенштейна - 132, TAPP - 136, TEP — 8. Лапароскопическая пластика по поводу вентральных грыж была произведена в 72 случаях. Для пластики грыжевых ворот мы применяли следующие эндопротезы: 3D Maxx фирмы Bard — протез имеет размеры 10x15см, что позволяет закрыть все слабые места паховой области, обладает эффектом памяти формы, очень прост в установке; ULTRAPRO фирмы ETHICON — частично рассасывающаяся облегченная монофиламентная сетка; Эсфил фирмы Линтекс - классический сетчатый эндопротез из монофиламентного полипропилена. Эндопротезы для пластики вентральных грыж : PHYSIOMESH и PROCEED фирмы ETHICON — данные протезы представлены различными размерами, обладают одно- или двусторонним противоспаечным покрытием, что является обязательным условием для лапароскопической пластики. Методика трансабдоминальной преперитонеальной (TAPP) пластики. По данной методике было выполнено 136 вмешательств. Из них косая паховаягрыжа - 96, прямая паховая грыжа - 24, двусторонняя паховая грыжа - 16, паховая грыжа в сочетании с ЖКБ - 5, в сочетании с послеоперационной вентральной грыжей - 1. Интраоперационные осложнения при выполнении TAPP — герниопластики: ранение нижней надчревной артерии в 1 случае ( лапаротомия — гемостаз ); повреждение семявыносящего протока в 1 случае при пахово-мошоночной грыже; кровотечение из троакарной раны ( гемостаз путем прошивания ). В 6 случаях, после ревизии паховой области, в виду выраженного спаечного процесса после ранее перенесенных

операций на нижнем этаже брюшной полости, была выполнена операция Лихтенштейна. Послеоперационные осложнения : кровотечение из троакарной раны с развитием гемоперитонеума в 1 случае ( релaparоскопия — гемостаз ); отек и гематомы семенного канатика и мошонки в 8 случаях, купированы консервативными мероприятиями, в 1 случае пункция под контролем УЗИ. Метод тотальной экстраперитонеальной (ТЕР) — пластики. По данной методике нами было выполнено 8 оперативных вмешательств, в 2 случаях имела место прямая грыжа и в 6 — косая. К интраоперационным осложнениям, с которыми мы столкнулись можно отнести повреждение целостности брюшины в 1 случае, что потребовало ее ушивания. Послеоперационных осложнений не наблюдалось. Лапароскопические методики по поводу вентральных грыж. В нашем отделении применялись методики IPOM и IPOM+. Отличие данных методик заключается в ушивании грыжевых ворот (IPOM+). IPOM - 3 вмешательства. IPOM+ - 69 вмешательств. Интраоперационные осложнения : ранение тонкой кишки в 1 случае (ушивание дефекта). Переход к открытой пластике в виду множественных грыжевых ворот, площадь которых превышала размеры эндопротеза в 4 случаях. В 1 случае конверсия по поводу невримой послеоперационной вентральной грыжи, при которой содержимым грыжевого мешка являлись интимно спаянные между собой петли тонкого кишечника, в виду опасности повреждения последнего. Послеоперационные осложнения : жидкостное образование передней брюшной стенки ( скопление серозной жидкости в оставленном грыжевом мешке) в 3 случаях после IPOM пластики. Под контролем УЗИ, данные образования пунктированы, при дальнейшем наблюдении за пациентами скопления жидкости не наблюдали. Последующие оперативные вмешательства, считали целесообразным выполнять по методике IPOM+. Заключение. Преимущества лапароскопической герниопластики перед традиционной техникой: отсутствие выраженного болевого синдрома и, как следствие его, минимальный послеоперационный дискомфорт и ранняя реабилитация пациента; высокий косметический эффект; возможность своевременной диагностики и лечение контрлатеральной грыжи без дополнительных разрезов; возможность диагностики других заболеваний органов брюшной полости и проведения симультанных операций; существенное снижение риска развития рецидива грыжи и послеоперационных осложнений.

---

554.Результаты использования диагностической лапароскопии в экстренной хирургии.

Греясов В.И., Сивоконь Н.И., Чугуевский В.М., Щербуняев И.С.

Ессентуки

ГБУЗ СК "Ессентукская центральная городская больница"

Актуальность проблемы. Диагностическая лапароскопия занимает место окончательного исследования в дифференциальной диагностике экстренной хирургической патологии. Так как, применение всего комплекса лабораторных тестов, рентгенологических и эндоскопических исследований, ультразвукового сканирования, компьютерной томографии зачастую не дают окончательного ответа о характере патологических изменений в брюшной полости. Цель данной работы: определить частоту применения и возможности лапароскопии в диагностике острых заболеваний и травм внутренних органов. Материалы и методы. С 2011 по 2014год включительно при неясной клинической картины заболевания выполнено 343 лапароскопических исследований, мужчины составили 168(49%), женщины — 175(51%) человек. Возраст больных до 20лет — 61(18%), от 21 до 40лет — 138(40%), от 41 до 60лет — 74(21.5%), старше 60лет — 70(20.5%) человек. Манипуляции проводились под эндотрахеальным наркозом с использованием набора инструментов фирмы «Karl Storz». Результаты. Острый аппендицит установлен у 125(36%) больных. Острые гинекологические заболевания были выявлены в 56(16%) случаях. Перфоративная язва обнаружена у 23(7%) человек. В 20(6%) случаях, при обнаружении признаков острого панкреатита, панкреонекроза произведена санация и дренирование сальниковой сумки, брюшной полости. Некроз кишечника при мезентериальном тромбозе диагностирован у 21(6%) пациента. Острый деструктивный холецистит выявлен у 21(6%) больного. При закрытых травмах и колото-резанных ранах живота повреждения внутренних органов требующие хирургического вмешательства выявлены у 15(4%) больных. Другие формы патологий органов брюшной полости ( илеит, колит, дивертикул Меккеля, острый гепатит, инвагинация и др.)



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

диагностированы у 28(9%) человек. В 34(10%) случаях патологии в брюшной полости выявлено не было, хирургическое вмешательство ограничивалось осмотром или дренированием брюшной полости. Использование диагностической лапароскопии позволило практически отказаться от эксплоративных лапаротомий, которые применяются при невозможности проведения адекватного осмотра внутренних органов и составляет менее 1% от общего числа вмешательств. Выводы: 1. Использование диагностической лапароскопии позволяет практически реализовать концепцию сберегательного подхода в диагностике и лечении экстренной патологии. 2. Лапароскопическая ревизия брюшной полости позволяет определить безусловные показания к дальнейшему хирургическому лечению и выполнить лапароскопическую или открытую операцию из оптимального доступа.

---

555. Новый метод лечения обширных, послеоперационных ран промежности (NPWT – Negative Pressure Wound Therapy).

Егоркин Михаил Александрович

Москва

Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А. Н. Рыжих

Актуальность: Наибольший интерес в лечении послеоперационных обширных, глубоких и многофигурных ран промежности после перенесенного анаэробного парапроктита и гангрены Фурнье, представляет собой метод воздействия на рану отрицательного давления (NPWT-negative pressure wound therapy). В отечественной литературе данные о применении NPWT в комплексном лечении АП и ГФ не освещены. Что связано с определенными трудностями применения NPWT в промежности, данная анатомическая область имеет подвижные части тела, которые трудно изолировать и зафиксировать специальной самоклеющейся повязкой. Эта область имеет естественные отверстия (анальный канал и уретра). Проблема лечения обширных послеоперационных ран промежности у больных перенесших АП и ГФ актуальна и требует постоянного совершенствования. Цель исследования: Оценить эффективность применения новой методики (NPWT – Negative Pressure Wound Therapy). В лечении обширных, послеоперационных ран промежности у больных перенесших АП и ГФ. Материалы и методы: Нами за весь период наблюдения с 1986 по 2014 гг. Отслежено всего 435 пациента перенесших АП и ГФ. Анализ клинических наблюдений основан на комплексном лечении и изучении результатов применения новой методики NPWT – (Negative Pressure Wound Therapy) у 49 пациентов. Оперированных в отделении хирургии неотложной колопроктологии «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России. На базе ГКБ №15 им О.М. Филатова, в период с 2010 по 2014годы. У 38 пациентов диагностирован анаэробный парапроктит, 11 пациентов с гангреной Фурнье. В 10 случаях выявлено распространение на соседние анатомические области, 6 случаев на переднюю брюшную стенку, 4 случая на внутреннюю поверхность бедер. У 7 пациентов распространение флегмоны на ягодичную области и спину. В большинстве случаев отмечалось сочетанное поражение-45 пациентов. Средний возраст-59,2±3,1лет. В анализируемой группе 35(71,4 %) мужчин, 14 (28,6%) женщин. Средняя площадь раневых дефектов послеоперационных ран при планиметрическом измерении составляла более 1000 см<sup>2</sup>. Эффективность оценки метода (NPWT – Negative Pressure Wound Therapy), проводилась с помощью методики транскутанного измерения кислорода тканей (T<sub>sp</sub> O<sub>2</sub>). Критерием завершенности I этапа лечения, было снижение микробной контаминации до 10<sup>4</sup>к/см<sup>2</sup>, а цитологическая картина соответствовала фазе регенерации раневого процесса. Двукратное уменьшение сроков I фазы раневого процесса (4-6 суток) у всех пациентов, стандартная методика (9-11 сутки) снижения сроков госпитализации в среднем на 7,3 ±3,2 дней. Выводы: NPWT – уменьшает общее количество перевязок и этапных операций, снижает дискомфорт пациента и рабочую нагрузку на медицинский персонал. Заключение: NPWT-эффективный метод лечения обширных послеоперационных ран промежности при анаэробном парапроктите и гангрены Фурнье.

---

556. Первый опыт применения аппарата PICO для лечения хронического воспаления эпителиального копчикового хода.

Егоркин Михаил Александрович, Горбунов Илья Николаевич

Москва

Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А. Н. Рыжих

Актуальность: эпителиальный копчиковый ход — распространенное колопроктологическое заболевание крестцово-копчиковой области. Пациенты, оперированные по поводу хронического воспаления эпителиального копчикового хода, в основном, принадлежат к трудоспособной категории населения. В связи с этим, актуальной является разработка и внедрение методов лечения, направленных на сокращение сроков госпитализации и временной нетрудоспособности этой группы пациентов. Применение системы для лечения ран методом NPWT (negative-pressure wound therapy) позволяет нам выполнить данные требования. В рамках проводимого исследования нами впервые был применен аппарат PICO для лечения ран отрицательным давлением, для однократного применения. Цель работы: уменьшить срок временной нетрудоспособности и койкодня проведенного в стационаре, уменьшение сроков заживления послеоперационной раны у пациентов, оперированных по поводу хронического воспаления эпителиального копчикового хода, используя портативный аппарат вакуумной терапии ран PICO. Материалы и методы: в период с 2014 по 2015 годы в нашей клинике в плановом порядке прооперировано 384 человека с хроническим воспалением эпителиального копчикового хода. В данное исследование включено 30 пациентов в возрасте от 19 до 30 лет, соотношение мужчин и женщин 3:1. Все пациенты исследуемой группы перенесли радикальное иссечение ЭКХ с подшиванием краев раны ко дну с оставлением дренажной полоски. В основной группе 12 пациентам в послеоперационном периоде была выполнена установка портативного аппарата для вакуумной терапии ран PICO (Smith & Nephew, Великобритания). PICO – это инновационная одноразовая система для лечения ран отрицательным давлением (negative-pressure wound therapy), позволяющая обеспечить максимальную портативность за счет малого размера и отсутствия контейнера для сбора экссудата. Система состоит из насоса, работающего от двух литиевых батареек типа AA, соединяющегося с впитывающей самоклеющейся повязкой, обеспечивая создание отрицательного давления в раневом ложе и эвакуацию экссудата, снижение бактериальной обсемененности послеоперационной раны, за счет постоянного удаления раневого отделяемого. Общий срок работы системы составляет до 7 дней. В рамках проводимого исследования смена повязки и контроль состояния раны производились каждые трое суток. Контрольной группе из 18 пациентов проводилась традиционная консервативная терапия послеоперационной раны, включающая ежедневные перевязки с применением растворов антисептиков и комбинированных противомикробных мазей. Результаты: анализ результатов исследования показал, что применение метода вакуумной терапии ран в основной группе пациентов позволило ускорить процесс грануляции раны, уменьшить размеры раны, снизить болевой синдром, сократить сроки временной нетрудоспособности пациентов на 4-7 дней по сравнению с контрольной группой, осуществить значительную экономию перевязочных средств, снизить затраты времени и труда персонала на осуществление послеоперационного ухода за раной. В 2 случаях (16,6%) в основной группе произошла разгерметизация повязки, связанная с нарушением режима и ранней несанкционированной активизацией пациентов. Заключение: использование портативного аппарата для вакуумной терапии ран (negative-pressure wound therapy) PICO позволяет увеличить скорость заживления ран, снизить затраты времени и труда персонала, а также расходных материалов на осуществление ежедневных перевязок, уменьшить послеоперационный болевой синдром. За счет малых размеров и возможности воздействия аппарата на рану до 7 дней без осуществления смены повязки обеспечивается удобство его применения в крестцово-копчиковой области, что создает перспективу для амбулаторного лечения пациентов и сокращения времени пребывания в стационаре и общего времени нетрудоспособности пациентов. Полученные результаты использования метода позволяют рекомендовать его для широкого применения в практике врачей-колопроктологов, хирургов.

557. Возможности малоинвазивной хирургии в лечении холедохолитиаза.

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

Краснодар

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения, краевая клиническая больница №2 (ГБУЗ ККБ №2)

Целью исследования является анализ эффективности комбинированных малоинвазивных способов лечения холедохолитиаза в условиях нашей клиники. Материалы и методы: Мы проанализировали пациентов, проходивших обследование и лечение по поводу холедохолитиаза за 2008-2013 гг. Общее количество пациентов составило 832. В данной группе применялся следующий спектр эндоскопических чреспапиллярных методов: ретроградная холангиопанкреатикография (РХПГ), эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ), эндоскопическая механическая литоэкстракция (ЭМЛЭ) и литотрипсия (ЭМЛТ), эндоскопическая электрогидравлическая литотрипсия (ЭЭГЛТ), назобилиарное дренирование (НБД), эндоскопическое стентирование. Результаты: Больных с холецистолитиазом было 543 пациента (65,3%), после холецистэктомии – 289 (34,7%), мужчин – 253 (30,4%), женщин – 579 (69,6%). По размерам конкрементов больные распределились следующим образом: основное количество пациентов были с камнями до 1,0 см. – 522 (62,7%), пациентов с конкрементами от 1,0 – 2,0 см. – 275 (33,2%), от 2,0 до 3,0 см. – 28 (3,4%), более 3,0 см. – 7 (0,8%). Большая часть больных были с одним конкрементом – 471 (56,6%), больные с единичным холедохолитиазом (до 3-х) – 213 (25,6%), больных с множественным холедохолитиазом (более 3-х) – 148 (17,8%). Мы проанализировали уровень билирубина крови в нашей группе больных. Почти 30% больных (246 (29,6%)) имели нормальные показатели билирубина, т.е. поступали без клинической картины механической желтухи. 338 пациентов (40,6%) имели показатели билирубина от 20 до 100 мкмоль/л. 182 пациента (21,9%) имели показатели билирубина крови от 100-200 мкмоль/л. Высокие показатели билирубина (более 200 мкмоль/л) были выявлены у 66 больных (7,9%). При дуоденоскопии были выявлены следующие изменения со стороны двенадцатиперстной кишки (ДПК) и большого сосочка ДПК (БС ДПК): папиллит – 103 (12,4%), аденома БС ДПК – 76 (9,1%), парапапиллярные дивертикулы ДПК – 104 (12,5%), интрадивертикулярное расположение БС ДПК – 56 (6,7%), холедоходуоденальный свищ – 6, холецисто-дуоденальный свищ – 2, состояние после дистальной резекции желудка (ДРЖ) по Б-1 – 6, состояние после ДРЖ по Б-2 – 11, состояние после гастрэктомии – 1, атипичное расположение БС ДПК (после оперативного лечения, хронический осложненный или острый панкреатит и др.) – 6, опухоль БС ДПК – 2. У 165 пациентов нашей группы (19,8%) эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ) была выполнена в анамнезе. В данной группе больных имели место следующие осложнения эндоскопических вмешательств: кровотечение – у 10 пациентов (1,2%); острый панкреатит – 25 (3%); перфорация – 2 (0,2%). Всего – 37 пациентов (4,4%). У 15 больных наши вмешательства оказались не эффективными, что составило 1,8%. Эффективны наши вмешательства были у 817 пациентов (98,2%). Вывод: Эндоскопические чреспапиллярные методы являются методами выбора в диагностике и лечении больных с холедохолитиазом с высокой степенью эффективности.

---

558. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ

Вафин А.З., Айдемиров А.Н., Машурова Е.В., Маланка М.И., Шушанов П.А., Мнацаканян Э.Г., Абалян А.К.

Ставрополь

Ставропольский государственный университет, кафедра госпитальной хирургии

Следует признать, что после применения любого способа лечения спонтанного пневмоторакса возможны осложнения. Цель работы – сравнительный анализ результатов лечения больных со спонтанным пневмотораксом, находившихся на лечении в клинике в 2009-2014 гг. Материал и методы исследования. Обследованы 282 больных со спонтанным пневмотораксом в возрасте 18-75 лет, мужчин было 239 (85 %), женщин – 43 (15%). Для оценки эффективности применения видеоторакоскопии (ВТС) пациенты разделены на 2 группы: первую (контрольную) составили 90 (31,9%) человек, которым обследование и лечение выполнялось без применения видеоторакоскопии; 2-ю (основную) группу – 85 (30,14%) человек, у которых на этапах диагностики и лечения использовалась видеоторакоскопия. В комплекс инструментальных методов входили рентгенография легких, ультразвуковое исследование плевральной полости, ФВД, мультиспиральная компьютерная томография, лабораторные исследования. Полученные результаты обработаны с использованием компьютерной программы «Excel». Результаты и их обсуждение. На основании рентгенографии буллезная эмфизема легких выявлена у 74 (26,24%) больных, у 175 (66,5%) при мультиспиральной компьютерной томографии органов грудной полости и у 33 (11,7%) патологии органов грудной полости не обнаружено. Благодаря дренированию плевральной полости и проводимым консервативным мероприятиям у 107 (37,9%) пациентов удалось добиться расправления легкого. Открытая торакотомия применялась у 90 (31,9%) пациентов. Во второй группе у 30,14% больных лечение начинали с ВТС. При этом ни разу не было конверсии на открытую торакотомию. Послеоперационные осложнения возникли у 4 (4,7%) пациентов, а при открытой торакотомии у 12,2 %. Повторные хирургические вмешательства в основной группе в виде реторакоскопии выполнены у 1,17% больных по поводу гемоторакса. Выводы. Применение видеоторакоскопии способствует снижению частоты послеоперационных осложнений (с 12,2% до 4,4%), снижению частоты открытой торакотомии (с 31,9 % до 2,7%) и сокращению сроков пребывания больных в стационаре (с 24,2±3,2 до 5,1±2,3 дней).

---

559. Возможности теста Тромбодинамика в оценке антикоагулянтного эффекта новых пероральных антикоагулянтов

Черняков А.В.(1,2), Баландина А.Н.(3), Ступин В.А.(1), Варданян Д.М.(1,2), Овчинников С.В.(2), Григорьев А.С.(1), Полетаев А.В.(3)

Москва

1)ГБОУ ВПО РНИМУ им Н.И. Пирогова Минздрава России, г.Москва 2)ГБУЗ ГКБ №15 им О.М. Филатова ДЗМ, г.Москва 3)ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздравсоцразвития России, г.Москва

Введение. Длительное время стандартная терапия больных с тромбозами глубоких вен (ТГВ) конечностей представляла собой двухкомпонентную схему, включающую гепаринотерапию и варфаринотерапию с достижением целевых значений МНО в границах 2-3. Недостатками терапии варфарином признаны необходимый мониторинг МНО, наличие пациентов с генетической варфаринорезистентностью, развитие «варфариновых» некрозов, соблюдение диеты (исключение из рациона продуктов, содержащих витамин К). С 2013 года в России для лечения пациентов ТГВ разрешен ривароксабан, а с 2014 – дабигатран, которые были объединены в группу «новых оральных антикоагулянтов» (НОАК). Согласно исследованиям (EINSTEIN-DVT, RE-MEDY) НОАК, обладает одинаковой эффективностью и процентом развития осложнений по сравнению со стандартной терапией Преимуществом НОАК является заявленное отсутствие необходимости лабораторного контроля терапии, что делает их более перспективными в рутинной практике. В то же время это заставляет настороженно относиться к приему НОАК в течение длительного срока, т.к. отсутствие контроля эффективности терапии может привести к развитию кровотечений или ретромбозов. Одним из современных методов оценки системы гемостаза является тест Тромбодинамика. В основе теста лежит регистрация роста фибринового сгустка плазме крови больного, которая помещается в кювету и активируется иммобилизованным на поверхности тканевым фактором. Параметры теста – время начала роста сгустка (Tlag) и стационарная скорость роста сгустка (Vst) – хорошо зарекомендовали себя в оценке

530

антикоагулянтного эффекта нефракционированного и низкомолекулярного гепаринов и варфарина. Цель исследования. Оценить возможности теста Тромбодинамика в определении антикоагулянтного эффекта при терапии НОАК (ривароксабан и дабигатран) у пациентов с ТГВ нижних конечностей. Материалы и методы. В исследование включено 30 пациентов, находившихся на лечении в ГКБ №15 им О.М. Филатова г.Москвы в период 2013-2015 гг с подтвержденным ТГВ нижних конечностей идиопатического характера. Из исследования исключались пациенты с онкологическими заболеваниями, низким комплаенсом, постинъекционными венозными тромбозами, верифицированной ТЭЛА. Перед назначением антикоагулянтной терапии пациенту проводился диагностический алгоритм (клинический и биохимический анализы крови, оценка показателей свертываемости крови, оценка клиренса креатинина по формуле Коккрофта-Голта, ультразвуковое ангиосканирование вен нижних конечностей, УЗИ органов брюшной полости, ЭГДС, колоноскопия). Пациенты были разделены на 3 группы по типу терапии: Для группы 1 (N=11, 3 женщин и 8 мужчин, средний возраст 56,6±3,7 лет) в лечении применяли гепаринотерапию с переходом на варфарин (с поддержанием целевого значения МНО). Для группы 2 (N=12, 2 женщины и 10 мужчин, средний возраст 45,8±4,2 лет) в лечении применяли ривароксабан в начальной дозировке 15 мг x 2 р/сут с переходом через 21 день на дозировку 20 мг x 1 р/сут. Для группы 3 (N=7, 3 женщины и 4 мужчины, средний возраст 53,2±5,6 лет) в лечении применяли дабигатран в дозе 150 мг x 2 р/сут. Группы были однородны по количеству тромбоцитов, креатинину и клиренсу креатинина. Срок от начала заболевания до момента поступления в стационар составил 277±81, 234±113 и 156±40 для групп 1, 2 и 3, соответственно. Оперативное вмешательство в виде тромбэктомии проводили только одному пациенту из группы 3 с признаками флотации по УЗАС. Дизайн протокола включал в себя 5 контрольных точек, в которых проводили взятие образцов крови для определения показателей свертываемости крови (АЧТВ, МНО, D-димер) и показателей Тромбодинамики (Plag и Vst)Что это никому не известно и выполнялось УЗАС вен нижних конечностей для оценки динамики тромба. 1 точка – 12 ч с момента поступления до начала антикоагулянтной терапии, 2 точка – 7-14 сутки от момента начала антикоагулянтной терапии (перед выпиской), 3 точка – 1 месяц, 4 точка – 2 месяца и 5 точка –3 месяца от начала терапии. Результаты. В группе 1 в точке 1 (до начала антикоагулянтной терапии): уровень D-димера1 составил 2129±436 мкг/дл (при норме 29 мкм/мин) отмечались у 4 пациентов. На фоне проведения антикоагулянтной терапии отмечалось: снижение уровня D-димера (D-димер2 – 653±92 мкг/дл, D-димер3 – 614±76 мкг/дл, D-димер4 – 385±87 мкг/дл, D-димер5 – 172±13 мкг/дл (p0,05)), увеличение уровня МНО (МНО1-1,04±0,04, МНО2-2,2±0,04, МНО3-2,6±0,3, МНО4-2,4±0,1, МНО5-2,4±0,2 (p0,05)). За время наблюдения в течение 3 месяцев кровотечений, ретромбозов, ТЭЛА, отрицательной динамики со стороны тромба по данным УЗАС не выявлено. В группе 2 в точке 1 уровень D-димера1 составил 1383±576 мкг/дл, АЧТВ1 – 27,9±1,1 сек, МНО1 – 1,07±0,05, Plag1 – 0,94±0,07 сек, Vst1 – 28,09±2,3 мкм/мин. Явления гиперкоагуляции по Vst отмечались у 5 пациентов. На фоне проведения антикоагулянтной терапии отмечалось: снижение уровня D-димера (д-димер2 – 601±161 мкг/дл, д-димер3 – 519±66 мкг/дл, д-димер4 – 184±37 мкг/дл, д-димер5 – 251±22 мкг/дл(p0,05)), удлинение Plag (Plag2 – 1,5±0,2 сек, Plag3 – 1,03±0,03 сек, Plag4 – 2,9±1,1 сек, Plag5 – 2,2±1,5 сек(p0,05)). За время наблюдения в течение 3 месяцев у 1 пациента отмечалось обильное носовое кровотечение на 22й день терапии, не повлекшее прекращения антикоагулянтной терапии. При оценке результатов коагулограммы этого пациента накануне кровотечения Plag составил 2,3 сек, МНО – 1,4. Ретромбозов, ТЭЛА, отрицательной динамики со стороны тромба по данным УЗАС не выявлено. В группе 3 в точке 1: уровень D-димера1 составил 2797±345 мкг/дл, АЧТВ1 – 38,4±0,9 сек, МНО1 – 1,02±0,03, Plag1 – 0,9±0,04 сек, Vst1 – 39,4±1,6 мкм/мин. Явления гиперкоагуляции по Vst отмечались у 3 пациентов. На фоне проведения антикоагулянтной терапии отмечалось: снижение уровня D-димера (д-димер2 – 618±82 мкг/дл, д-димер3 – 603±56 мкг/дл, д-димер4 – 313±56 мкг/дл, д-димер5 – 186±15 мкг/дл(p0,05)), удлинение Plag (Plag2 – 1,2±0,12 сек, Plag3 – 4,0±0,3 сек, Plag4 – 2,6±0,3 сек, Plag5 – 2,5±0,2 сек (p0,05)). За время наблюдения в течение 3 месяцев у 1 пациента отмечалось геморроидальное кровотечение, не потребовавшее прекращения антикоагулянтной терапии (в анализах крови Plag – 6,1 сек, МНО – 1,9). У 1 пациента зафиксировано обильное кровоизлияние в конъюнктиву левого глаза на 30е сутки от момента начала терапии, что потребовало прекращения терапии (в анализах крови Plag – 8,8, МНО – 2,0). Ретромбозов, ТЭЛА, отрицательной динамики со стороны тромба по данным УЗАС не выявлено. Выводы. На фоне проводимой антикоагулянтной терапии во всех группах пациентов отмечается снижение уровня D-димера до нормальных значений и нормализация параметра Vst. В группе 1 на фоне варфаринотерапии закономерно повышается уровень МНО до целевых значений 2-3. Во всех группах уровень АЧТВ не реагирует на проводимую терапию, а значение Plag выходит в область гипокоагуляции. Таким образом, антикоагулянтный эффект варфарина, ривароксабана и дабигатрана отражается в тесте Тромбодинамика по удлинению времени задержки роста сгустка Plag. Повышение Plag более чем в 2 раза от верхней границы нормы у пациентов, принимающих ривароксабан или дабигатран по поводу ТГВ нижних конечностей, может служить предиктором развития кровотечений

#### 560. АНАЛИЗ ПРИЧИН КОНВЕРСИЙ И ОТКАЗОВ ОТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.

Нуждихин А.В., Булгачев К.А., Иванов Г.В., Миренков С.П.

Тула

ГУЗ "Городская больница № 11"

Цель исследования: проанализировать причины конверсий и отказов от лапароскопической холецистэктомии. Материалы и методы: Анализировано 2060 больных с ЖКБ в период с 2009 по 2014 годы, получивших лечение в ГУЗ «ГБ № 11 г. Тулы». ЛХЭ с 2009г. по 2012г. была выполнена в 835 случаях. В период с 2013-2014 годы в 749 случаях. В период с 2009-2012 г. открытая ХЭ была выполнена в 420 случаях, а в период с 2013-2014 годы в 56 случаях, 40 из которых явились конверсиями при выполнении ЛХЭ. С 2009-2012 годы отмечено 29 конверсий. Результаты: В период с 2009-2012 годы зарегистрировано значительно большее количество осознанных отказов хирургов от выполнения ЛХЭ (33,5%). Причинами этого являлись: ранее перенесённые операции на брюшной полости (45 %), признаки деструктивного холецистита (20%), подозрение на проблемы в холедохе (4%), признаки механической желтухи (21 %), ожирение (2 %), имеющиеся (по мнению анестезиологов) противопоказания к наложению карбоксиперитонеума (8%). В период с 2009-2012 годы зафиксировано 29 конверсий (3,5%). Основная доля конверсий была произведена при остром холецистите, 20 (69 %) случаев. Причинами конверсий явились: трудность дифференцировки тканей в 20 случаях (69 %), необходимость выполнения дренирования или ревизии холедоха, установленная интраоперационно в 3 случаях (10,3 %), кровотечения из ложа желчного пузыря и пузырной артерии в 5 случаях (17,3 %), повреждения внепечёчных желчных протоков в 1 случае (3,4 %). Таким образом, в 6 (20,7 %) случаев причинами конверсий явились интраоперационные осложнения, которые не возможно было устранить без лапаротомии. В период с 2013-2014 годы зафиксировано 40 (5,3%) конверсий на 749 ЛХЭ. Причинами конверсий стали: трудность дифференцировки тканей в 25 случаях (62,5%), необходимость выполнения билиодигестивных анастомозов в 8 (20%) случаях (установленная интраоперационно), неудачные попытки ЛХЛТ в 6 (15%) случаях, повреждения внепечёчных желчных протоков в 1 случае (2,5%). Таким образом, в 1 (0,13%) случаев причинами конверсий явились интраоперационные осложнения, которые не возможно было устранить без лапаротомии. Полученные результаты свидетельствуют об изменившихся подходах хирургов как к тактике лечения, так и к технике выполнения операций при ЖКБ, что позволило изменить подходы и показания к конверсии при выполнении ЛХЭ. В настоящий момент мы полностью отказались от выполнения традиционной холецистэктомии, резко уменьшили показания для конверсии при ЛХЭ, расширили спектр выполняемых эндоскопически операций на желчевыводящих путях, что позволило нам минимизировать интраоперационные осложнения и улучшить результаты лечения. Выводы: Разработка чётких показаний для конверсии при ЛХЭ позволило снизить количество интраоперационных осложнений. Изначальный настрой хирурга на лапароскопическую операцию у больных с ЖКБ во многом исключает субъективный фактор в оценке и трактовке клинической картины. Чёткие показания к конверсии при ЛХЭ способствуют значительному уменьшению количества напрасных лапаротомий при ЖКБ.

---

#### 561. ПЛАСТИКА ПИЩЕВОДА

Гандуров С.Г., Мешков А.В.

Хабаровск

Детская краевая клиническая больница имени А.К.Пиотровича

Хирургическое торакальное отделение Детской краевой клинической больницы располагает опытом пластических операций пищевода у 24 детей с врожденными и приобретенными заболеваниями пищевода. Возраст детей составил от 8 месяцев до 13 лет. Перед оперативным вмешательством всем детям проведены: общеклинические, рентгенологические и эндоскопические исследования, суточная рН-метрия пищевода. Оперативное лечение выполнено при следующих заболеваниях: рубцовый стеноз пищевода (13), атрезия пищевода (3), пептический стеноз пищевода (4), врожденный стеноз (1), врожденный стеноз пищевода с удвоением пищевода (1), пищевод Баррета с гастро-эзофагеальным рефлюксом (1), кардиостеноз 4 степени (1). Основной причиной выполнения пластики пищевода в 13(54%) случаях является рубцовый стеноз в сочетании или без пептического стеноза пищевода. На втором месте находится пептический стеноз пищевода 4(16%) случая. До проведения эзофагопластики различные операции были выполнены у 15(71%) больных. Наиболее часто до этапа эзофагопластики проводили гастростомию и эзофагостомию. По нашим данным чаще всего стеноз локализовался в средней и нижней третях пищевода в 21(88%) случаях. В связи с характером химического яда, в основном, протяженность стеноза была более 1,5 см - 18(76%) случаев. Диаметр стриктуры чаще до 4 мм в 19(82%) случаях. Стандартная подготовка к операции включала санацию очагов хронической инфекции, максимально возможную ликвидацию дефицита массы тела, проводили селективную деконтаминацию кишечника. В 8(33%) случаях была выполнена экстирпация пищевода с проведением трансплантата в заднем средостении, 2(8%) случая – без экстирпации. В 8(33%) случаях произведена пластика пищевода без экстирпации последнего, с проведением толстой кишки за грудную клетку. Пластика изоперистальтической желудочной трубкой произведена у 3(12,5%) детей. В 2(8%) случаях выполнена резекция дистального отдела пищевода и кардиального отдела желудка с частичным перемещением последнего в плевральную полость. 1 ребенку (4%) проведена субтотальная резекция желудка с резекцией дистального отдела пищевода. В раннем послеоперационном периоде из 24 оперированных детей, которым выполнена пластика пищевода, умерло 2 детей (летальность 8%). Послеоперационные осложнения отмечены у 7 больных. У 2 детей отмечались стрессовая язва двенадцатиперстной кишки (1), тонкокишечная инвагинация (1). Стеноз анастомоза в 3 случаях; спаечная непроходимость и язва трансплантата по одному случаю. Все 7 детей после купирования послеоперационных осложнений выздоровели, летальных исходов не отмечено. Повторных реконструктивных операций в данной группе больных не выполнялось. При анализе отдаленных результатов отсутствие жалоб, неприятных субъективных ощущений в грудной клетке, рефлюкс-трансплантат отмечены в группе больных, которым была проведена за грудную клетку колоэзофагопластика без экстирпации пищевода.

---

562. Особенности алгоритма диагностики и лечения больных с острым аппендицитом на современном этапе.

Белоконев В.И., Пономарёв О.А., Антропов И.В., Катков С.С., Скупченко С.С., Партин О.И., Старостина А.А., Лосева Г.А.

Самара

ГБОУ ВПО "Самарский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения РФ

На протяжении многих десятилетий в структуре больных, получающих лечение в общехирургических отделениях, пациенты с острым аппендицитом (ОА) занимали первое место. Однако в последние годы ситуация стала заметно меняться. И хотя возможности для диагностики и лечения данной патологии значительно улучшились, однако число больных с запущенными формами аппендицита не уменьшается не только из-за позднего поступления в стационар, но и из-за диагностических ошибок. Цель исследования – улучшить результаты лечения больных с ОА путем соблюдения алгоритма его диагностики и лечения. Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ лечения 3004 больных с ОА, проходивших лечение в двух одинаковых 60-коечных отделениях ГБ №1 г. Тольятти и ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова г. Самары. В первую группу вошло 1900 пациентов, пролеченных в ГБ №1 г. Тольятти с 1996 по 2001 гг., во вторую –

1104 больных, получавших лечение в ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова г. Самары с 2010 по 2015 гг. При лечении пациентов 1 группы был разработан алгоритм диагностики и лечения больных с ОА (Белоконов В.И., Пономарев О.А., 2003 г.). Алгоритм состоит из 3 уровней: 1-ый включает физикальное и лабораторное обследование больного; 2-ой уровень дополняется рентгенографией грудной клетки и брюшной полости, ЭКГ, УЗИ, ФГДС, внутривенной урографией, по показаниям КТ и ФКС (фиброколоноскопия); 3-ий уровень включает диагностическую лапароскопию или лапаротомию, во время которых выполняется и этап хирургического лечения. У пациентов с ОА использовали 3 варианта аппендэктомии: традиционным способом – через точку Мак-Бурнея и разрезом Волковича-Дьяконова; лапароскопическим способом с выполнением всех этапов интракорпорально; комбинированным способом, когда мобилизация аппендикса проводится интракорпорально, а его удаление и погружение в просвет слепой кишки – после ее выведения на кожу через доступ на месте установленного порта. Все операции выполняли либо под эндотрахеальным наркозом, либо под спинальной анестезией. Результаты и их обсуждение. Эффективность предложенного диагностического алгоритма была оценена при обследовании больных 1-ой группы. С диагнозом ОА было доставлено 2735 пациентов, после обследования и операций диагноз подтвержден только у 1900 (69,4%). Хирургические вмешательства до 24 часов были выполнены у 1458 (76,7%) больных, позже 24 часов – у 442 (23,3%). Умерло 5 (0,26%). Из числа умерших у 2 больных имела место позднее обращение за помощью, у 3 отсроченная операция была связана с неясной клинической картиной и поздним применением дополнительных методов обследования. Анализ больных 2-ой группы показал, что в структуре пациентов с хирургической патологией ОА занимал только 2-ое место среди 3-х основных заболеваний (грыжи – 38,3%, ОА – 34,3%, ЖКБ – 28,2%). Соблюдение диагностического алгоритма показало, что среди больных с направительным диагнозом ОА 1-ый уровень обследования позволял подтвердить диагноз у 50,9%, 2-ой уровень – у 42,1% (в том числе и с помощью применения КТ, которая оказалась эффективной у больных с поздними сроками госпитализации), 3-ий – у 7%. Во 2-ой группе из 1104 больных операции выполнены у 1103 (100,09% пациентка умерла в результате отказа от операции). Умерло 4 (0,36%). У всех умерших больных были поздние сроки госпитализации (от 7 до 20 суток от момента заболевания). Выводы 1. Среди больных в общехирургических отделениях пациенты с ОА стали занимать 2-ое место. 2. Соблюдение трехуровневого алгоритма диагностики ОА способствует своевременному выявлению патологии. 3. Сохраняющаяся послеоперационная летальность от 0,26% до 0,36% у больных с ОА обусловлена поздней обращаемостью за специализированной медицинской помощью.

---

#### 563.ПРОБОДНЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.

Рыбачков В.В., Дряженкиов И.Г., Кабанов Е.Н., Аленкин А.Г.

Ярославль.

ГБОУ ВПО «Ярославский Государственный медицинский университет» МЗ РФ

С 2000 по 2012 г. в клинике под наблюдением находилось 97 больных пожилого и старческого возраста с перфорацией желудочных и дуоденальных язв. В возрасте от 60 до 75 лет было 79 (81,5%) больных, среди них мужчин – 58 (59,8%), женщин – 21 (21,7%). Пациентов старше 75 лет было 18 (18,5%), из них мужчин – 2 (2,1%), женщин – 16 (16,4%). Если среди больных пожилого возраста у мужчин перфорация встретилась в 2,7 раза чаще, чем у женщин, то у пациентов старческого возраста картина противоположная. У женщин прободная язва встречалась в 8 раз чаще. В сроки от 2 до 6 часов после перфорации в стационар доставлено 46 (47,4%) пациентов, от 6 до 12 часов – 22 (22,7%), от 12 до 24 часов – 12 (12,3%) и свыше 24 часов – 17 (17,6%) больных. Язвенный анамнез выявлен у 32 (32,9%) больных, из которых лишь 24% состояли на диспансерном учете. У 4 (4,1%) больных в прошлом были проведены операции на желудке (ушивание прободной язвы -3, резекция желудка - 1). Прием нестероидных противовоспалительных препаратов, как фактор ulcerogenezа отмечен у 2 (2,0%) больных. Сопутствующие заболевания наблюдались у 97 (100%) больных. Наиболее часто встречались сердечно-сосудистые – у 88 (90,7%), которые не только осложнили проведение анестезии, но и ограничили действия хирургов. Для диагностики использовали обзорную



рентгенографию органов брюшной полости, при этом свободный газ под куполом диафрагмы обнаружили у 64% больных. При отсутствии свободного газа выполняли ФГДС с повторным рентгенологическим исследованием, в сомнительных случаях прибегали к лапароскопии. В 2-х случаях перфоративная язва оказалась находкой на лапароскопии у больных с подозрением на мезентериальный тромбоз. В 5-и случаях прободная язва была выявлена при аутопсии у пациентов умерших до выполнения хирургического вмешательства. У 64 больных прободная язва локализовалась в желудке, у 33 в двенадцатиперстной кишке. Размер язвенного дефекта был до 0,5 см. у 53 (54,6%), более 0,5 см. у 44 (45,4%) больных. Большинство больных - 76 (78,3%) были оперированы в первые 2-3 часа с момента поступления в клинику. В срок от 3 до 6 часов были оперированы 14 (14,4%) больных. Необходимость предоперационной подготовки, длительное наблюдение в связи с трудностями диагностики из-за наличия прикрытой перфорации, отказа больных от оперативного лечения (2 пациента), стали причинами задержки выполнения операции. Задержка операции от 6 до 12 часов имела место у 5 (5,2%), до 24 часов – у 2 (2,1%). Ушивание прободной язвы, включая тампонаду сальником по Поликарпову в 3-х случаях, выполнено 92 (94,8%) пациентам, резекция желудка 5 (5,2%) больным. Во время операции у 11 (11,3%) больных перитонит не был диагностирован. Местный перитонит обнаружен у 24 (24,8%) больных, распространенный перитонит диагностирован у 62 (63,9%) больных. По характеру экссудата у 32 (37,2%) больных выявлен серозный перитонит, у 35 (40,7%) – фибринозный и у 19 (22,1%) - гнойный. Реактивная фаза перитонита наблюдалась у 53,7%, токсическая – у 40,1%, терминальная – у 6,2% больных. Наличие синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) определено у 62 (64%), полиорганной недостаточности (ПОН) у 24 (24,7%) больных. Повышение ЛИИ было установлено в 68 (70,1%) случаях. Возрастание ЛИИ варьировалось, информируя о легкой степени интоксикации у 24 (35,3%), средней у 22 (32,4%), тяжелой и крайне тяжелой у 10 (14,7%) и 12 (17,6%) больных соответственно. При оценке иммунитета, выполненной у 19 больных, было выявлено существенное снижение фагоцитарной активности нейтрофилов (до 40%). По сравнению с контролем у больных в 2 - раза отмечалось повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). В гуморальном звене иммунитета была установлена тенденция к уменьшению уровня сывороточных иммуноглобулинов класса G (IgG) и наряду с этим повышению уровня иммуноглобулина А. Выявленные сдвиги, по всей видимости, являлись ответом иммунной системы на острый или хронический воспалительно-деструктивный процесс слизистой оболочки гастродуоденальной зоны. Летальные исходы имели место у 38 пациентов (39,1%). После ушивания язвы летальность составила 36,0%, после резекции желудка 3,1% больных. Мужчин умерло 22 (22,6%), женщин 16 (16,4%). В возрасте 60-75 лет скончалось 24 (30,4%) пациента, старше 75 лет 14 (77,8%). Причины высокой летальности, прогрессирующий перитонит и ПОН.

---

#### 564.ОСЛОЖНЕННЫЕ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИЕ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ

В.Н. Старосек (1), У.И. Баснаев (1), А.Г. Бутырский (1), С.А. Шерендак (2), Л.К. Кудрявцев (2)

Симферополь

1) Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», 2) ГБУЗ «КБ СМП №6»

Постнекротическая киста поджелудочной железы (ПКПЖ) - наиболее частая нозологическая форма ее кистозных поражений, составляющая 79,7-92,6% от общего числа. В течение ПНПЖ часто возникают грозные осложнения (перфорация, кровотечение, нагноение, компрессионный синдром), частота которых колеблется в пределах 40-70%, летальность при этом может достигать 15-20%. Несмотря на имеющиеся успехи в экстренной панкреатологии, отсутствует единое мнение относительно тактики лечения подобных больных. Материалы и методы. Нами был проведен анализ историй болезней 57 больных с ПКПЖ, из них 37 мужчин и 20 женщин, в возрасте от 18 до 64 лет, поступивших в экстренном порядке в ГБУЗ РК «Симферопольская КБСМП №6» с 2010 по 2014 год. Результаты и обсуждение. В ходе исследования выявлено: из 57 случаев ПКПЖ было 22 (38,6%) больных с функционально осложненным течением (выраженный болевой и компрессионный синдром с явлениями механической желтухи/острой кишечной

непроходимости) и 35 (61,4%) - с деструктивно-осложненным течением (нагноение - 12 (34,3%); кровотечение - 3 (8,6%); перфорация - 20 (57,1%)). В лечении функционально осложненных ПКПЖ прибегали к следующим методам: эхо-контролируемая чрескожная пункция (ЭКЧП) - 12 больных (54,5%). 7 больным (58,3%) дальнейшее хирургическое вмешательство не требовалось ввиду разрешения болевого синдрома. При сохранении болевого синдрома 3 больным (25%) в дальнейшем проводилось эхо-контролируемое дренирование (ЭКД) ПКПЖ, 1 больному (8,3%) - наружное (открытое) дренирование ПКПЖ. 1 больному (8,3%) при сохраняющемся высоком дебите выделений из кисты была произведена цистодуоденостомия. Во всех случаях исход благоприятный. Эхо-контролируемое чрескожное дренирование ПКПЖ как первичный метод лечения было использовано у 4 больных (18,18%), исход во всех случаях благоприятный. Наружное (открытое) дренирование ПКПЖ, обусловленное трудностями УЗ-контролируемого вмешательства, было произведено у 1 больного (4,5%), исход благоприятный. Цистоеюностомия по Ру при длительном высоком дебите без тенденции к снижению выполнена у 4 больных (18,18%), исход благоприятный. 1 больной прошел курс консервативной терапии, отмечалось улучшение общего состояния, был выписан, однако, через 7 месяцев госпитализирован с нагноением ПКПЖ. Т.о., при функционально осложненных ПКПЖ без связи с протоковой системой оптимальным методом лечения следует признать миниинвазивные УЗ-контролируемые методы, сопряженные с минимальной травматичностью, при одинаковых исходах. Открытым методам лечения следует отдавать предпочтение, если миниинвазивные УЗ-контролируемые методы не доступны или технически не выполнимы (нет акустического окна, выраженный спаечный процесс и пр.). Также надо признать, что консервативные мероприятия при осложненных ПКПЖ не эффективны. Более того, мы считаем, что затягивать с радикальным лечением верифицированных ПКПЖ не следует во избежание развития осложнений. При ПКПЖ, осложненных перитонитом, мы выполнили марсупиализацию и дренирование брюшной полости с последующими хирургическими обработками гнойного очага (ХОГО) у 11 больных (57,9%), у 6 (54,5%) зафиксирован фатальный исход. Наружное открытое дренирование ПКПЖ и брюшной полости как первый этап использовалось у 8 больных (42,1%). 75% из них потребовались многократные ХОГО с дальнейшим благоприятным исходом, у 25% - летальный исход. Т.о., при перитоните мы используем только открытые операции, что соответствует доктрине лечения перитонита. При нагноении ПКПЖ ЭКЧП использовалась у 2 больных (16,7%), все случаи закончились благоприятно. У 5 больных (41,7%) первым методом лечения являлось ЭКД ПКПЖ, все случаи имели благоприятный исход. У 1 больного (8,3%) изначально произведено наружное открытое дренирование ПКПЖ, все исходы благоприятные. Абсцесс сальниковой сумки (4) потребовал первоначально пункционного УЗ-контролируемого, а затем открытого дренирования сумки, в результате у половины (2) - летальный исход. Т.о., при абсцессах сальниковой сумки следует отдавать предпочтение открытым методам дренирования, а при нагноении кист иной локализации - УЗ-контролируемым методам лечения. Кровотечение в ПКПЖ у 1 больного возникло на фоне цистоеюнального свища, в 2 случаях - на фоне перфорации кисты в желудок. В первом случае была произведена резекция сегмента тонкой кишки и наружное дренирование ПКПЖ, исход - летальный. В двух последних случаях была произведена гастротомия, ушивание дефекта желудка, наружное дренирование ПКПЖ. Исход в одном случае благоприятный, хотя послеоперационный период протекал долго и с раневыми осложнениями; во втором случае пациент умер из-за продолжающегося эрозивного кровотечения из стенки желудка. Общая смертность среди наших пациентов составила 8,8%, что сравнимо с данными других авторов - от 5,1 до 9%. Выводы. 1. Наиболее благоприятным течением отличаются функционально осложненные и нагноившиеся ПКПЖ. Методом выбора в их лечении являются миниинвазивные методы (ЭКЧП и ЭКД). При лечении ПКПЖ, осложненных перфорацией и перитонитом, лучшие результаты лечения демонстрирует открытое наружное дренирование ПКПЖ с дальнейшими ХОГО. 2. Эффективность ЭКЧП и ЭКД дает возможность начинать лечение именно с них, у 50% больных они являются окончательным методом лечения. У другой половины пациентов миниинвазивные методы имеют преимущественно диагностическое значение, позволяют оценить наличие связи кисты с протоками ПЖ, провести неотложную декомпрессию, выявить наличие секвестров в полости кисты и выбрать оптимальное оперативное лечение. Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать!

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

Брехов Е.И., Калинин В.В., Коробов М.В., Сычев А.В., Абросов А.Е.

Москва.

ФГБУ ДПО «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ.

Цель: Разработка методов ранней диагностики и прогноза течения острого панкреатита на основании выявленных предикторов развития обширных поражений поджелудочной железы и осложнений со стороны других органов и систем для улучшения результатов лечения данной категории больных. Материалы и методы: За последние 5 лет в нашей клинике находилось на лечении 729 больных с диагнозом острый панкреатит, из них с отечной формой 339 и с деструктивными формами 390. Возраст пациентов 20-86 лет. Женщин – 280, мужчин 449. Разделение по этиологическим факторам: билиарный - 244, алкогольный - 205. Применяемые в клинике схемы лечения соответствуют современным общепринятым стандартам. Базовая консервативная терапия при отечном панкреатите включала: аспиринирование содержимого желудка, местную гипотермию, введение анальгетиков, спазмолитиков, десенсебелезирующих и антисекреторных препаратов, а также инфузионной терапии в объеме 30 мл на 1кг массы тела пациента в сочетании с форсированием диуреза в течение 48-72 часов. Базисный лечебный комплекс при ОДП проводился в отделении реанимации и интенсивной терапии и предусматривал инфузионно-детоксикационную терапию в объеме 40-60 мл на 1 кг массы тела с применением современной антибактериальной терапии. Ряду пациентов, с целью обезболивания и разрешения параза проводилось катетеризация перидурального пространства. По показаниям проводились экстракорпоральные методы детоксикации – гемофильтрация и плазмоферез. Из хирургических методов применялись миниинвазивные, эндоскопические и традиционные «открытые» операции. При этом пункционное дренирование под контролем УЗИ проводилось лишь при ограниченных жидкостных скоплениях, перипанкреатических псевдокистах и абсцессах не содержащих крупных секвестров. Видеолапароскопическая санация и дренирования брюшной полости выполнялось при разлитом ферментативном перитоните. Традиционная операция предусматривала проведение верхне-срединной лапаротомии, некрсеквестрэктомии, дренирование брюшной полости. В ряде случаев выполнялась абдоминализация поджелудочной железы, оментобурсостомии (по показаниям дренирование внепеченочных желчных путей, люмботомия с дренированием забрюшинной клетчатки и пр.). В то же время, благодаря детальному анализу полученных лабораторных показателей и инструментальных методов обследования удалось выявить предикторы развития обширных поражений поджелудочной железы и осложнений со стороны других органов и систем, стало возможным осуществлять терапию «на опережение». По тому же принципу определялся характер и объем выполняемых хирургических вмешательств. Результаты: Применение разработанных нами лечебно-диагностических критериев позволило снизить процент осложнений у данной группы пациентов, за последние 5 лет с 31,2% до 12,5%.

---

566. Антирефлюксные оперативные вмешательства в лечении грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

Колядко В.П., Буторин К.К., Набиуллин И.Р., Сатинов А.В., Габдрахимов А.А., Рыжкова Е.А., Карпачев Г.В., Сатинова Н.П.

Нижевартовск

БУ ХМАО-Югры "Нижевартовская окружная клиническая больница"

За 5 лет (2010-2015гг) в отделении плановой хирургии БУ "Нижевартовская окружная клиническая больница" выполнены различные антирефлюксные вмешательства у 72 (100%) пациентов. Мужчин оперировано 23(32%), женщин 49(68%). Самому молодому пациенту было 29 лет, самому пожилому 72 года. Средний возраст составил 50 лет. Длительность заболевания составила от 5 до 35 лет. Основные жалобы пациентов: изжога, боли за грудиной при прохождении пищи, отрыжка воздухом. У 9 (12,5%) основным проявлением болезни были бронхо-легочные осложнения и нарушение сердечного ритма. Все пациенты

находились на учете у гастроэнтеролога, направлены на оперативное лечение в связи с неудовлетворительными результатами консервативной терапии. Показаниями к оперативному лечению явились наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) 2 степени у 13(18%), 3 степени у 52(72%), наличие пищевода Баррета подтвержденного при биопсии у 7(10%). Стандарт обследования включал в себя помимо общеклинических исследований, ЭГДС, полипозиционную рентгеноскопию пищевода и желудка, биопсию, при подозрении на пищевод Баррета. РН-метрия и внутрипищеводная манометрия выполнена у 35(50%) пациентов, бронхоскопия проводилась по показаниям. Лапароскопическая коррекция ГПОД предпринята у 62(86%) пациентов, верхнесрединная лапаротомия выполнена у 10(14%). Конверсия метода связана с техническими трудностями и возникшими осложнениями, выполнена у 3(4%) пациентов. Структура антирефлюксных оперативных вмешательств: операция Toure - 29 (40%), Forry-Nissen-31(43%), позадипищеводная парциальная Toure-7(10%), операция Dor-4(6%), Collis-1(1 %). Симультанные вмешательства выполнены в 10 (14%) случаях: 8 - лапароскопическая холецистэктомия, 1 - снятие системы Lap Band, 1 - лапароскопическое трансхиатальное иссечение дивертикула нижней трети пищевода. Интраоперационные осложнения составили 4,1% ( ранение селезенки - 2, ранение желудочно-сальниковой вены -1), устранены интраоперационно. В течении 6 месяцев, одного года осмотрено 50 пациентов. Хорошие и удовлетворительные результаты отмечают 46 пациентов. У 2 пациентов сохранялись явления гастростаза, после комплексной терапии в стационаре наступило купирование симптомов. У 1 пациентки сохранялись явления дисфагии после операции Collis1, отмечено возвращение симптомов рефлюкса при отсутствии рецидива ГПОД. Среднее время операции составило 92 минуты. Летальных исходов в группе оперированных больных не было. Заключение: развитие лапароскопических технологий делает хирургические методы лечения ГЭРБ более привлекательными, как для врачей, так и для пациентов. Операция Forry-Nissen надежно профилактирует осложнения и устраняет симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

---

567. Особенности оперативной тактики при лечении больных с ущемленной грыжей.

Белоконев В.И., Афанасенко В.П., Антропов И.В., Николаев А.В., Кашкаров В.А., Овчинников И.В., Смаль Н.В., Галстян Н.Э., Мелентьева О.Н., Вострцов Ю.А.

Самара

ГБОУ ВПО "Самарский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения РФ

Изменения подходов хирургического лечения больных с грыжами, связанные с переходом на технику с использованием синтетических протезов, коснулись и пациентов с ущемленными грыжами (УГ), число которых практически не уменьшается. Цель исследования – выявить и оценить особенности оперативной тактики у больных с ущемленной грыжей различной локализации. Материал и методы. За период с 2011 по 2014 гг. в экстренном порядке было оперировано 112 больных с ущемленными грыжами различной локализации, что составило 27% от общего числа пациентов, оперированных по поводу грыж. Ущемленные паховые грыжи были у 32 (28,6%) пациентов, бедренные – у 9 (8,0%), пупочные и белой линии живота – у 50 (44,6%), послеоперационные вентральные грыжи (ПВГ) – у 21 (18,8%). Доминирующим клиническим признаком ущемленной грыжи был синдром острой кишечной непроходимости (ОКН). Для его выявления и оценки, кроме физикального обследования больных, использовали обзорную рентгенографию, пробу по Напалкову, УЗИ, по показаниям – КТ брюшной полости. В зависимости от локализации грыжи и осложнений ущемления применяли пластику дефектов в брюшной стенке местными тканями, протезирующую ненапряжную пластику комбинированными способами (ПНПКС), а так же временное закрытие брюшной полости путем формирования лапаростомы. Операции выполняли под эндотрахеальным наркозом и перидуральной анестезией. Результаты и их обсуждение. Средний возраст больных с УГ составил 66 лет (у пациентов с паховой грыжей – 66,3 года, с бедренной – 74,4, с пупочной – 59,4, с ПВГ – 66 лет), т.е. это были пациенты пожилого и старческого возраста, страдающие тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Из 32 больных с паховой грыжей после устранения ущемления у 12 выполнена пластика пахового канала местными тканями, у 19 – ПНПКС. У 1 больного выполнена лапаротомия с резекцией

тонкой кишки, выведением концевой илеостомы и закрытием брюшной стенки путем формирования лапаростомы из большого сальника. Летальных исходов не было. Из 9 пациентов с бедренной грыжей после устранения ОКН у 5 выполнена пластика местными тканями, у 2 – комбинированным способом, у 2 ушивание внутреннего отверстия бедренного канала произведено во время лапаротомии. Лапаротомия, во время которой была выполнена резекция ущемленного участка тонкой кишки, потребовалась 4 больным с бедренной грыжей. У 3 пациентов с реактивной стадией ОКН наложен первичный анастомоз, у 1 больной с ОКН II ст. ЭН выведена илеостома, операция завершена формированием лапаростомы (больная умерла от полиорганной недоста-точности). Из 50 пациентов с ущемленной пупочной грыжей после устранения ущемления большого сальника путем его резекции и тонкой кишки без признаков некроза у 25 выполнена пластика местными тканями, у 21 – ПНПКС. Герниолапаротомия потребовалась 4 больным, у 1 выполнена резекция тонкой, у 3 – толстой кишки. Операции завершены выведением кишечных стом и временным закрытием брюшной стенки. Летальных исходов не было. У 21 пациента с ущемленной ПВГ после герниолапаротомии и устранения ущемления органа у 6 проведена пластика дефекта в брюшной стенке местными тканями, у 9 – ПНПКС. Временное закрытие брюшной полости путем формирования лапаростомы потребовалось 6 больным: у 1 после резекции тонкой кишки, у 3 – толстой кишки с выведением кишечных стом, а также у 2 с ОКН II ст. ЭН (из них умер 1 пациент). Всего из 112 больных с ущемленной грыжей умерло 2 (1,78%). Выводы 1. Среди больных с ущемленной грыжей преобладают пациенты с пупочными, паховыми и бедренными грыжами (81,2%). 2. При ущемленных грыжах различной локализации после устранения осложнения у 45,5% пациентов возможна ненатяжная протезирующая пластика комбинированными способами, у 42,8% - пластика местными тканями. У 11,6% больных для профилактики осложнений показано временное закрытие брюшной полости путем формирования лапаростомы. 3. Разработанная оперативная тактика, основанная на дифференцированном подходе к определению объема операции и способу ее завершения с учетом характера осложнений и стадии ОКН, позволяет снизить послеоперационную летальность у больных с ущемленной грыжей до 1,78%.

---

568. УЗИ в руках хирурга при экстренных хирургических заболеваниях органов брюшной полости

Натрошвили А.Г., Шулутко А.М., Насиров Ф.Н.

Москва

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

За последние годы в медицине и хирургии УЗИ постепенно стало продолжением физикального обследования. Это положение верно и в абдоминальной неотложной хирургии, особенно в тех случаях, когда клинический осмотр не позволяет сузить рабочий диагноз до рамок принятия решения о стратегии и тактике хирургического лечения. Традиционно в этих случаях хирург прибегает к помощи специалиста по ультразвуковой диагностике с последующей интерпретацией полученных данных. При этом зачастую хирург не обладает необходимой квалификацией для оценки ультразвуковой картины и основывается на заключении специалиста по ультразвуковой диагностике, а тот, в свою очередь, чаще всего лишен всей полноты оценки клинической картины болезни в динамике, а часто вообще не ориентирован в анамнезе и данных физикального осмотра. Сравнительно недавно, особенно с появлением портативных ультразвуковых сканеров, некоторые хирурги приобрели необходимые навыки и знания для выполнения исследования «у постели больного», стали специалистами по ультразвуковой диагностике, особенно в диагностике заболеваний, обуславливающих развитие синдрома «острого живота». Глубокое знание анатомии, патологических изменений в органах и тканях при различных заболеваниях органов брюшной полости делает выполняемое таким специалистом УЗИ весьма информативным. При проведении исследования, хирург постоянно сопоставляет ультразвуковую картину с данными физикального, лабораторного и других методов обследования больного, постепенно исключая различные заболевания и сужая перечень возможных диагнозов до единственного «рабочего» диагноза, позволяющего определить тактику лечения. В клинически сложных случаях данные динамического физикального исследования и динамического УЗИ позволяют ставить показания к лапароскопии, особенно в ситуациях, когда не только диагностический, но и лечебный

этап осуществим видеолaparоскопически или в сочетании с минилапаротомией. Нами проанализированы результаты диагностики и лечения более 3000 пациентов с абдоминальным болевым синдромом, в алгоритм обследования которых входило УЗИ, выполненное хирургом с соответствующей подготовкой. К настоящему времени мы обладаем большим опытом применения этого метода исследования у больных, госпитализированных с подозрением на острый аппендицит. Применение УЗИ позволяет подтвердить диагноз заболевания или выявить другие причины болей в правой подвздошной области. В то же время необходимо учитывать вероятность ложноотрицательного результата исследования; считаем что отсутствие признаков острого аппендицита при УЗИ не должно влиять на принятие решения о необходимости операции при очевидной клинической картине заболевания. В лечении аппендикулярного инфильтрата особенно важно динамическое исследование для контроля за результатом лечения и при отсутствии эффекта от консервативной терапии - установлению показаний к своевременному оперативному лечению. Лечение аппендикулярных инфильтратов при их абсцедировании с помощью повторных пункций и дренирования под контролем УЗИ оказалось эффективным в большинстве случаев. При прободной язве, особенно при атипичном клиническом течении, комбинация рентгенологических, эндоскопических и ультразвуковых методик помогают установить диагноз, определить распространенность перитонита, показания и противопоказания к малоинвазивному вмешательству. При острой кишечной непроходимости спаечного генеза с помощью УЗИ можно ориентировочно установить уровень непроходимости, определить степень выраженности патологических изменений кишки и поставить показания к малоинвазивному оперативному лечению – путем лапароскопического энтеролиза, в ряде случаев дополненного операцией из минидоступа. В диагностике и лечении острого холецистита возможности УЗИ широко известны и успешно применяются нами в течение многих лет. С его помощью выявляем степень воспалительных изменений желчного пузыря и паравезикального пространства, что позволяет определить оптимальную тактику лечения, прогнозировать сложность предстоящей операции, таким образом определяя оптимальный способ ее выполнения. В сложных случаях считаем нецелесообразным выполнение лапароскопической холецистэктомии, отдавая предпочтение операциям из минилапаротомного доступа. У больных острым панкреатитом применяем динамическое УЗИ с целью диагностики заболевания и его осложнений, контроля эффективности терапии, определении сроков оперативного вмешательства. Пункционные и дренирующие вмешательства под ультразвуковым контролем у больных с осложненным панкреонекрозом неоднократно доказали свою эффективность, хотя, безусловно, не являются панацеей во всех случаях. Динамическое ультразвуковое исследование в сочетании диапевтических вмешательствами показало себя незаменимым инструментом в руках хирурга. Ни в коем случае не умаляя роль специалистов по ультразвуковой диагностике, считаем овладение этой методикой хирургами перспективным путем развития в неотложной абдоминальной хирургии.

---

569.Лапароскопические или робот-ассистированные вмешательства при раке прямой и ободочной кишке. Проблема выбора.

Андрейцев И.Л., Шулаев А.В., Какурин С.Н.

Москва

ГКБ №31

Рак толстой кишки занимает четвертое место в мире в структуре онкологической заболеваемости. В современной литературе, посвященной хирургическому лечению колоректального рака, можно выделить несколько основных направлений: расширение показаний к сфинктеросохраняющим операциям при низких опухолях прямой кишки; оценка эффективности стандартной или расширенной лимфаденэктомии; расширение показаний для комбинированных и циторедуктивных операций; перспективы трансанального удаления ранних форм рака; увеличение лапароскопических вмешательств в колоректальной хирургии. До настоящего времени нет оценки эффективности роботхирургического комплекса DaVinci (РХК) в хирургическом лечении рака ободочной и прямой кишки. В исследование включено 210 пациентов. Лапароскопические вмешательства выполнены 157 больным. В 72 случаях выполнена лапароскопическая

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

передняя резекция прямой кишки (ЛПРПК) в 34 экстирпация (ЛЭПК), в 51 случае лапароскопические резекции ободочной кишки (ЛРОК). Робот-ассистированные вмешательства выполнены – 53. 46 выполнена робот-ассистированная передняя резекция прямой кишки (РАРПК), а в 7 робот-ассистированная экстирпация прямой кишки (РАЭПК). Послеоперационные осложнения возникли у 21 пациента, 7 после робот-ассистированных вмешательств и 14 после лапароскопических. Наибольшее количество осложнений- несостоятельность анастомозов -8. Преимущества РХК: 7 степеней свободы инструментов с искусственными запястьями, имеющими амплитуду движений, большую, чем у человеческой руки, при отсутствии тремора Стереοизображение (3D), обеспечивающее эффект полного присутствия, удобное положение сидя, высочайшая точность при манипулировании в ограниченном пространстве, минимизация кровопотери и операционной травмы, проведение вмешательств, трудновыполнимых или невыполнимых другими способами. Недостатки метода: еще более технически и финансово затратная по сравнению с лапароскопией, отсутствие тактильных ощущений, увеличение длительности операции по сравнению с открытым и лапароскопическим методами, худшая визуализация операционного поля ассистентом, «руки» рабочей консоли создают помехи манипуляциям ассистента, трудность работы на нескольких анатомических областях. Выводы: роботохирургический комплекс DaVinci даёт преимущества хирургу в точности манипуляций при выполнении этапов вмешательств в ограниченном пространстве. Робот-ассистированное вмешательство на прямой кишке должно сочетать в себе лапароскопическую и роботическую технологии, оптимально выполнение робот-ассистированных вмешательств на прямой кишке при опухолях Т2. Для объективной оценки преимуществ роботических вмешательств при раке прямой кишки необходимы проспективные рандомизированные исследования

---

570. Оценка состояния замыкательного аппарата прямой кишки после хирургического лечения свищей прямой кишки

Ильканич А.Я. (1), Слепых Н.В. (2), Краснов Е. А. (2)

Сургут

1) ГОУ ВПО «Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского автономного округа - Югры», кафедра госпитальной хирургии 2) БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница»

Несмотря на, большой выбор методов оперативного вмешательства свищей прямой кишки проблема их лечения не теряет своей актуальности. Нет общепринятых и твердо установленных взглядов относительно тактики лечения этого заболевания. Радикальное хирургическое лечение сопровождается риском развития анальной инконтиненции, частота, которой достигает 54%. Поиск новых методов хирургического лечения заключается в снижении вероятности нарушения целостности замыкательного аппарата при сохраненной радикальности операции. Цель данного исследования: оценить состояние замыкательного аппарата после хирургического лечения свищей прямой кишки. Материалы и методы. Проведен анализ лечения 88 пациентов со свищами прямой кишки, оперированных в период 2011-2014 гг. Из них 19 (21,6%) больных с интрасфинктерными, 58 (65,9%) - с трансфинктерными, 11 (12,5%) - с экстрасфинктерными свищами. Иссечение свища в просвет прямой кишки выполнено 28 (31,8%) пациентам. В 32 (36,4%) наблюдениях выполнено иссечение свища с пластикой анальных сфинктеров. Методом видеоассистированного лечения свищей прямой кишки (VAAFT) оперированы 23 (26,1%) пациента. Перевязка и пересечение свищевого хода в межсфинктерном пространстве (LIFT) применена у 5 (5,7%) больных. Эффективность лечения оценивали по критериям клинической эффективности и функции замыкательного аппарата прямой кишки в послеоперационном периоде. Для этого проведен анализ частоты рецидивов заболевания и дана оценка отдельных параметров замыкательной функции сфинктерного аппарата. Для решения последней задачи использован аппарат для проведения сфинктерометрии (МСМ ПроМедико ГмБХ, Германия). Сфинктерометрия проведена спустя 3 - 6 месяцев после операции: проанализирована величина тонического сокращения анального сфинктера. У пациентов, подвергшихся оперативному лечению, сфинктерометрия до операции не проводилась. Статистический анализ проводился с использованием непараметрического метода исследования, критерия Манна – Уитни. Результаты и их обсуждение. Первым этапом исследования стало

изучение средне-го значения анального статического давления (ARD) и среднего значения максимальной силы сокращения (AMD) анального сфинктера у взрослых для чего обследовано 48 здоровых добровольцев. Данное исследование было проведено в связи с несоответствием полу-чаемых в процессе работы данных и нормами, определенными производителем сфинктерометра, при соблюдении всех требований к исследованию фирмы-производителя. Было определено, что медиана статического анального давления (ARD) у мужчин составляет 175 ммHg (183,59 ± 21,18 ммHg, интерквартильный размах от 170 до 190 ммHg), у женщин 142,5 ммHg (142,38±15,60 ммHg, интерквартильный размах от 129,5 до 156,3 ммHg). Медиана показателя - максимальная сила сокращения анального сфинктера (AMD) - у мужчин равна 218 ммHg (231,47 ± 39,32 ммHg, интерквартильный размах от 201 до 254 ммHg), у женщин – 179 ммHg (180,00 ± 35,74 ммHg, интерквартильный размах от 161 до 201 ммHg). При сравнительном анализе показателей тонуса и силы сокращения анального сфинктера, среди пациентов, оперированных разными методами иссечения свища были получены следующие данные. После иссечения свища в просвет прямой кишки отмечено снижение функции замыкательного аппарата прямой кишки. Так, ARD у мужчин составило – 102,2 ммHg, и, AMD – 151,5 ммHg. У женщин: ARD – 85,8 ммHg, AMD – 127,6 ммHg. При этом клинических данных развития анальной инконтиненции у пациентов отмечено не было. Таким образом, показатели ARD и AMD у пациентов после оперативного лечения оказались снижены по отношению к здоровым пациентам: у мужчин на 41,6%, и, у женщин на 39,8% (ARD). AMD у мужчин снизилось на 30,5%, у женщин на 28,7%. Для вида оперативного вмешательства «Иссечение свища с пластикой анальных сфинктеров» были получены следующие характеристики. Для мужчин: показатель ARD составил 118,3 ммHg, AMD – 177,2 ммHg. Для женщин ARD – 101,3 ммHg, AMD – 148,7 ммHg. При этом показатель ARD у мужчин снизился на 32,4%, и, у женщин – на 28,9%. Уровень AMD у мужчин снизился на 18,7%, у женщин - 16,9%. У 2 (2,3%) пациентов че-рез 3 месяца отмечено недержание газов и каломазание. Для вида оперативного вмешательства «VAAFТ» получены следующие результаты. Для мужчин: показатель ARD – 158,0 ммHg, AMD – 212,3 ммHg. Для женщин ARD – 128,1 ммHg, AMD – 173,1 ммHg. В этой группе рецидив заболевания отмечен у 8 (9,1%) пациентов. При этом, показатели ARD и AMD у пациентов после оперативного лечения изменены незначительно: у мужчин параметр ARD снизился на 9,7% и AMD – на 2,6%. У женщин – на 10,1% и 3,3% соответственно. Учитывая недостаточное количество данных для оценки эффективности операции LIFT, анализ состояния замыкательного аппарата для этой категории больных в отдаленном послеоперационном периоде не проводился. Заключение. При использовании метода видеоассистированного лечения свищей прямой кишки (VAAFТ) тонус и сила максимального сокращения сфинктера анального прохода изменяются незначительно, что является одним из преимуществ данного хирургического вмешательства. При прочих методиках хирургического лечения свищей прямой кишки снижение силы и тонуса замыкательного аппарата страдает в значительной степени и приводит к снижению показателей тонуса и силы сокращения анального сфинктера от 16,9 – 41,6%.

---

571.Инфицированный панкреонекроз, лечение в IВ и II фазы клинического течения заболевания

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

Екатеринбург

Уральский государственный медицинский университет, Свердловская областная клиническая больница №1

Цель исследования – обобщить результаты лечения больных инфицированным панкреонекрозом в зависимости от фазы клинического течения. Материал и методы. Представлены результаты лечения 1159 пациентов с острым панкреатитом средней и тяжелой степени тяжести. У 162 (14,0%) – отмечена IВ фазу, 997 человек - II фаза клинического течения заболевания. Абсцессы и отграниченная септическая секвестрация была у 208 (18,0%), неотграниченная - 789 (68,0%) больных. Средний возраст пациентов составил 42+1,86 лет. Средние сроки формирования перипанкреатических инфильтратов (IВ фаза) - 8 + 0,7 дней. Отграниченная и неотграниченная септическая секвестрация формировалась в 2 раза позднее (P < 0,01). При отграниченном инфицированном панкреонекрозе размеры жидкостных образований у 5 (2,4%) больных не превышали 5 см, а 16 (7,7%) – 7 см. При этом в их полости отсутствовали секвестры. У 187 больных



размеры полостей превышали 7 см, при этом у 157 пациентов в просвете гнойных полостей были обнаружены секвестры, а у 30 жидкостные образования оказались многокамерными и (или) имели нечеткие контуры. Неотграниченная септическая секвестрация у 512 (64,9%) занимала 1-2 квадранта забрюшинного пространства, а у 277 (35,1%) пациентов – 3 - 4. Результаты и обсуждение. Из 23 оперированных в IV фазу умерли 12 (52,2%) пациентов. При этом у 10 больных после разделения рыхлого инфильтрата получено лишь геморрагическое содержимое без явных признаков нагноения, а в 13 наблюдений адекватное дренирование осуществить не удалось из-за плотности инфильтрата и отсутствия дифференцировки тканей. При этом у 7 произошло повреждение стенки желудка, венозных или артериальных сосудов, двенадцатиперстной или ободочной кишки. Из 139, которым проводилось консервативное лечение, выжил 131 пациент. Летальность составила 5,8%. 5 пациентам из 208 (2,4%) небольшие абсцессы (до 5 см в диаметре), не содержавшие секвестров, удалось ликвидировать с помощью однократной навигационной пункции и аспирации содержимого. 16 (7,7%) больным, с абсцессами средних размеров (5-7 см), в которых также не было секвестров, при УЗИ в процессе пункции в гнойную полость были установлены дренажи. 187 больным с более сложными патологическими процессами (полость более 7 см, наличие секвестров, многокамерность) выявленные гнойники дренировали из мини-доступов. Все 208 пациентов выздоровели. 185 пациентов с неотграниченной септической секвестрацией до поступления в нашу клинику перенесли операции из классических широких доступов (лапаротомия, люмботомия), которые нами пришлось использовать для последующих программных санаций. Умерли 53 (28,7%) из 185 человек. Из 604 больных с неотграниченной септической секвестрацией, которых лечили по методике, разработанной нами в 1997 году, не предполагающей использования широких разрезов, поправились 531 человек. Летальность составила 12,1%.

---

572. Сравнительная оценка различных способов лечения больных распространенным гнойным перитонитом

Галимзянов Ф. В., Прудков М. И.

Екатеринбург

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

Цель исследования. Провести сравнительный анализ результатов лечения у больных распространенным гнойным перитонитом при санациях по клиническим показаниям и по программе. Материал и методы. Всего пролечены 132 пациента с распространенным гнойным перитонитом в отделении гнойной хирургии ГБУЗ СО «СОКБ №1» города Екатеринбурга. В первую (контрольную) группу вошли 56 больных, которым проводилось хирургическое лечение, включающее санацию и дренирование брюшной полости («по клиническим показаниям») («по требованию»). Во вторую (основную) группу включены 76 аналогичных пациентов, которым применялся «открытый способ» хирургического лечения перитонита. По этиологии, основным признакам заболевания, по полу и возрасту группы не различались. Средний возраст не превышал  $45.8 \pm 13.7$  лет. Хирургические методы включали лапаротомию, релапаротомию, санацию, дренирование брюшной полости, мини-лапаротомию. При хирургической обработке для санации гнойной раны передней брюшной стенки применяли струю аргоновой плазмы (режим ФУЛЬГУР, аппарат "ФОТЕК ЕА142"). Также производилась ультразвуковая кавитация брюшной полости кавитационным «ФОТЕК АК 100», разработанным и изготовленным компанией ФОТЕК (г. Екатеринбург). Результаты и обсуждение. В день поступления по данным различных шкал («Екатеринбург-2000», SOFA, APACHE II) больные находились в тяжелом состоянии с выраженной полиорганной недостаточностью, риск летального исхода в обеих группах был одинаков. В обеих группах по критериям МИП степень тяжести состояния и вероятность летального исхода была высокой. Длительность нахождения больных в РАО в основной группе была меньше, чем в контрольной группе в 1.4 раза, соответственно  $10.0 \pm 1.4$  (ДИ 7.6 – 12.4) и  $14.0 \pm 1.9$  (ДИ 10.8 – 17.2) дней,  $p < 0.1$ . Длительность лечения пациентов в стационаре в основной группе была на 3,1 дня меньше, чем в контрольной и составляла, соответственно,  $29.2 \pm 0.9$  (ДИ 27.4 – 31.0) дней и –  $32.3 \pm 1.2$  (ДИ 29.9 – 34.7) дней,

$p < 0.01$ ). Снижение абсолютного риска (САР) наступления летального исхода в основной группе - на  $30.7 \pm 4.0\%$  при 95% доверительном интервале (ДИ) 15.5 - 45.9%,  $p$

---

### 573. Лечение перитонита при инфицированном панкреонекрозе

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

Симферополь

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО "КФУ им. В.И. Вернадского", кафедра хирургии №1

В современной научно-медицинской печати не уменьшается число публикаций, посвященных различным аспектам острого панкреатита и панкреонекроза. Это свидетельствует не только об актуальности темы, но и о наличии ряда вопросов не получивших достаточного полного разрешения. Если лечение стерильного панкреонекроза является в большей степени прерогативой специалистов интенсивной терапии, то при наличии инфекционных осложнений вылечить пациента возможно лишь прибегнув к тем или иным методам хирургических вмешательств. Одним из наиболее тяжелых осложнений инфицированного панкреонекроза является перитонит, лечение которого до сих пор представляют собой предмет непрекращающихся дискуссий. По данным литературных источников летальность при распространенном перитоните достигает 42,2%. Сложность лечения перитонита при панкреонекрозе заключается в невозможности полного устранения его источника у большинства больных. Клиника располагает опытом лечения 26 пациентов, у которых течение инфицированного панкреонекроза осложнилось развитием перитонита. Мужчин было 16, женщин - 10, средний возраст  $48,05 \pm 2,28$  лет. Во всех случаях перитонит был распространенным. У 5 больных он был обусловлен инфицированием панкреатогенного выпота брюшной полости, у 10 - гнойно-некротической деструкцией брыжейки поперечной ободочной кишки при забрюшинной флегмоне по центральному типу, у 7 - прорывом панкреатогенного абсцесса, у 2 – перфорацией острой язвы тонкой кишки, у 2 осложнением после пункции жидкостного скопления сальниковой сумки и у 1 прорывом жидкостного скопления. Все больные были разделены на 2 группы – ретроспективную (I) – 11 пациентов, и проспективную – 15 (II). Пациенты были сопоставимы по полу, возрасту и тяжести течения заболевания. В хирургическом лечении перитонита во всех случаях использовались открытые методы, различавшиеся по способу завершения операции. В I группе у 5 больных хирургическое лечение проводилось по методу закрытого лаважа брюшной полости, у 1 – полуоткрытой лапаростомии и у 5 – программированных релапаротомий. В выборе методики первостепенное значение имела интраоперационная картина – тяжесть и распространенность перитонита. Во II группе за основу были приняты тактические подходы, сформулированные в литературе как “damage control” и “source control”. Общим моментом в этих тактиках была изоляция источника перитонита, что достигалось использованием дренажей в сочетании с тампонами при наличии в патологическом очаге неудаляемых во время операции некротических тканей, при полном удалении последних тампонада не применялась. Выбор тактического подхода зависел от нескольких факторов: распространенности перитонита, наличия явлений внутрибрюшной гипертензии, а также тяжесть состояния пациента, определявшаяся по шкалам ТФС и модифицированной системы (МС) АРАСНЕ II [Радиховский А.П. с соавт., 1997]. При этом факторы указанные выше определяли тактику лечения независимо друг от друга. В тех случаях, когда состояние больного было тяжелым, показатели тяжести ТФС и МС АРАСНЕ II – 8-10 и 5-6 баллов, соответственно, использовали тактику “damage control”, 9 больных. Это подразумевало изоляцию источника перитонита и не длительную по времени однократную санацию брюшной полости, наложение лапаростомы. Аналогичная тактика использовалась и при внутрибрюшной гипертензии 2-4 степени – 2 пациента, и распространенном "запущенном" перитоните - 1. При показателях ТФС и МС АРАСНЕ II 4-7 и 2-3 баллов, соответственно, использовалась тактика “source control”, 3 больных. При этом во время хирургического вмешательства устранялась причина перитонита, выполнялась тщательная санация брюшной полости с использованием до 10 литров теплого физиологического раствора с добавлением антисептиков при финальном промывании. Указанная тактика подразумевала наложение глухих послонных швов на хирургический доступ. Если удаление всех некротических тканей было

невозможным, то выполнялась тампонада полости и подведение нескольких дренажей. Последующие санации некротической выполнялись без вхождения в свободную брюшную полость. Показатель летальности в I группе составил 60%, во II - 26,7%. На основании изложенного использование тактики "damage control" и "source control" дифференцировано в зависимости от тяжести течения заболевания, выраженности внутрибрюшной гипертензии позволяет добиться положительного результата лечения и существенного снижения летальности у данной категории больных.

---

#### 574. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВОЗМОЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Иzosимов А.Н., Гумеров А.А., Плечев В.В.

Иzosимов А.Н.(1), Гумеров А.А.,(2) Плечев В.В.(2)1) Тольятти, 2) Уфа

Иzosимов А.Н.(1), Гумеров А.А.,(2) Плечев В.В.(2)1) ГБУЗ СО "ТГДБ №1", 2) БГМУ

Актуальность. Несмотря на огромный прогресс в миниинвазивных хирургических технологиях за последнее десятилетие, острая спаечная непроходимость занимает ведущее место среди других форм непроходимости кишечника у детей, уступая только инвагинации. Серьезной проблемой в абдоминальной хирургии остается послеоперационный парез кишечника и способы его профилактики. Все острые хирургические заболевания органов брюшной полости, которые потенциально могут привести к перитониту, протекают с явлениями пареза кишечника, значительно осложняющими выполнение оперативных вмешательств, особенно эндохирургических. Литературные данные по методологии адекватного хирургического пособия при ОКН весьма разноречивы, что продиктовало необходимость проведения экспериментальных и клинических исследований. Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и лечения острой кишечной непроходимости у детей. Материалы и методы. Экспериментальный раздел работы включал в себя данные, полученные на основании исследования патологоанатомического материала и исследований, выполненных на 61-ом лабораторном животном. На основании проведенных исследований разработан и внедрен в практику лапароскопической хирургии метод пункционной декомпрессии кишечника. Применен способ у 18 пациентов ОГ с перитонитом и острой спаечной кишечной непроходимостью, сопровождающихся выраженным парезом кишечника. Все они были прооперированы эндохирургическим методом. Осложнений не было. Для выполнения декомпрессии кишечника в послеоперационном периоде был экспериментально разработан способ продленной дренажной энтеростомии с применением дренажного устройства типа катетера Малекота. Предлагаемым способом было прооперировано 14 пациентов, поступивших в поздние сроки (12-18 часов) от начала заболевания. Упругость лепестков на конце данного устройства обеспечивала герметичность пункционного отверстия. Дренаж оставался в просвете кишки от 3 до 9 суток. После их удаления рана самостоятельно закрывалась на 3-5 сутки. Для профилактики и лечения пареза кишечника разработан метод послеоперационной пролонгированной электростимуляции желудочно-кишечного тракта при спаечно-паретической непроходимости у детей. Кроме того, разработан в эксперименте способ определения жизнеспособности сегмента кишки, который позволил это сделать путем физиотерапевтической денервации диадинамическими токами симпатических нервных волокон, идущих вдоль непарных висцеральных ветвей брюшной аорты с помощью аппарата «Тонус», генерирующего токи, обладающие характерным анальгезирующим клиническим эффектом. Электроды подводили один к корню брыжейки, другой к противобрыжеечному краю сегмента тонкой кишки. Воздействуя двухполуперидными непрерывными токами, токами короткого и длинного периода – 1-2 минуты визуально оценивали изменение тонуса, окраски, пульсации сосудов и перистальтической активности сегмента кишки. У измененного сегмента кишки отсутствовали перистальтика и пульсация сосудов. При воздействии токами на жизнеспособный сегмент тонкой кишки, через 5-10 секунд появлялась мощная сегментарная перистальтика на участке кровоснабжения данного сосуда, повышался тонус кишечной стенки. Таким образом определялась экономная резекция кишечника при наличии некроза его сегмента. Совместно с инженерной группой специалистов был создан электронный прибор – «Автоматизированная электронная система диагностики инвагинации кишечника у детей на основе объемно-манометрической пробы - АЭСДИ-ОМП-

01» и разработан лечебно-диагностический алгоритм. Результаты сравнительного анализа показали, что продолжительность диагностики составила  $4,1 \pm 1,2$  мин., (группа сравнения -  $15,2 \pm 2,3$  мин.), время консервативной дезинвагинации  $8,1 \pm 3,1$  мин. (группа сравнения -  $65 \pm 4,1$  мин.). Доступность, малая травматичность, отсутствие лучевой нагрузки на пациента, непродолжительность манипуляции, возможность визуального контроля на экране дисплея за адекватностью осуществляемых процедур делают этот метод приоритетным по отношению к другим способам диагностики и консервативного лечения инвагинации кишечника. Выводы. Таким образом, разработанные нами и внедренные в практику методы диагностики и алгоритмы лечения острой кишечной непроходимости у детей позволили стандартизировать основные диагностические и лечебные мероприятия, а также определить тактику ведения детей с ранней спаечно-паретической кишечной непроходимостью и инвагинацией кишечника.

---

#### 575. ФОРМИРОВАНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЁННЫМ ПЕРИТОНИТОМ, ОСЛОЖНЁННЫМ АБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ

ЗЕМЛЯНОЙ В.П. (1), ГУРЖИЙ Д.В. (1), ЛЕРНЕР А.А. (2)

Санкт-Петербург

1) СПбГМУ им И.И. Мечникова, 2) ФГБУЗ Поликлиника №1 РАН (г. Санкт-Петербург)

Введение. Распространенный перитонит является осложнением заболеваний органов брюшной полости с последующим развитием абдоминального сепсиса. Ключевым звеном формирования полиорганной недостаточности при сепсисе является эндотелиальная дисфункция (ЭД). Признанным маркером повреждения эндотелия считается фактор Виллебранда (vWF). Одним из метаболитов оказывающих токсическое воздействие на сосудистый эндотелий является гомоцистеин (ГЦ). Цель работы: оценить изменения активности и уровня фактора Виллебранда при развитии гипергомоцистеинемии у больных с распространённым перитонитом, осложнённым абдоминальным сепсисом. Материалы и методы: в исследование включено 88 пациентов с распространённым перитонитом, осложнённым абдоминальным сепсисом. Пациенты были разделены на две группы: I группа – с нормальным уровнем ГЦ - 21 человек, II группа – с гипергомоцистеинемией (ГЦ) - 67 человек. Уровень ГЦ, активность и уровень (антиген) фактора Виллебранда (Ag:vWF) оценивались в 1-е и 7-е послеоперационные сутки. Результаты: В 1-е сутки в I-ой и II-ой группах больных уровень ГЦ активность vWF и уровень Ag:vWF составили:  $10,3 \pm 2,7$  vs  $21,3 \pm 6,5$  мкмоль/л, р

---

#### 576. Индивидуализированная хирургическая тактика в лечении больных с пострезекционными и постваготомическими язвами, осложненными кровотечением

Чернооков А.И. (1), Карапетян М.М. (2), Белых Е.Н. (1), Горбунов В.Н. (1), Столярчук Е.В. (1), Толибов Ф.Г. (1), Моисеев А.П. (1), Карчевский Е.В. (1)

Москва

1) ГБОУ ВПО "Первый МГМУ им. И.М. Сеченова" 2) ГБУЗ "ГКБ №7 ДЗМ"

Актуальность. Кровотечения из рецидивных язв после резекции желудка и ваготомии отличаются характерными особенностями. Рецидивные язвы часто осложняются тяжелым профузным кровотечением, частота рецидива кровотечения остается высокой, составляя до 40%. Выбор лечебной тактики у таких больных остается сложной проблемой. Цель. Оптимизация тактики лечения больных с пострезекционными язвами (ПРЯ) и постваготомическими язвами (ПВЯ), осложненными кровотечением. Материалы и методы. С 2000 по 2015 г. на базе кафедры Госпитальной хирургии №2 ПМГМУ им. И.М. Сеченова в ГКБ №7 Москвы пролечено 193 больных с кровоточащими ПРЯ и ПВЯ. Мужчин было 165, женщин – 28. Средний возраст-52,4±14,8 лет. Резекцию желудка перенесли 104 больных, ваготомию - 89. При поступлении проводилась оценка степени кровопотери, тяжести состояния по шкалам APACHE II и SOFA. Кровопотеря тяжелой степени имела у 21,7% пациентов, средней степени – 40,2%, тяжелой – 38,1%. По классификации Forrest больные распределились следующим образом: FIa – 13,5 %, FIb – 15 %, FIIa – 33,2 %, FIIb – 22,3%, FIII – 15,5%. Наиболее частой локализацией язвы у больных с ПРЯ были гастроэнтероанастомоз и отводящая петля (96 больных), у пациентов с ПВЯ – двенадцатиперстная кишка (в 68 наблюдениях). Больным с активным кровотечением и с высоким риском рецидива кровотечения выполнялся эндоскопический гемостаз (ЭГ) инъекционным методом, электрокоагуляцией, клипированием, аппликацией фибринового клея, комбинацией методов. После ЭГ проводился эндоскопический мониторинг через 6-12 часов. При необходимости проводился повторный ЭГ. С 2012 года у больных в тяжелом и крайне тяжелом состоянии (> 12 баллов по SOFA, > 20-25 баллов по APACHE II) при высоком риске рецидива кровотечения и рецидиве кровотечения применялась транскатетерная артериальная эмболизация (ТАЭ). Неэффективность ЭГ при продолжающемся кровотечении служила показанием для экстренной операции. Высокий риск рецидива кровотечения при стабилизации состояния (< 7 баллов по SOFA, < 12 баллов по APACHE II) у больных молодого и среднего возраста служит показанием к радикальной операции в срочном порядке (через 2-5 суток от поступления).

---

577. Современный подход в лечение острой интестинальной ишемии с применением эндоваскулярных методов

Чернооков А.И.(1), Багдасаров В.В.(1), Багдасарова Е.А.(1), Ярков С.А.(2), Атаян А.А.(1)

Москва

1)ГБОУ ВПО "Первый МГМУ им. И.М. Сеченова" 2)ГБУЗ "ГКБ №7 ДЗМ"

ЦЕЛЬ: Доказать эффективность применения ренгенэндоваскулярных методов лечения при остром нарушении интестинального кровообращения. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: Материалом исследования являются результаты лечения 27 больных с нарушением мезентериального кровообращения, в период с 2011 по 2014 г. на кафедре госпитальной хирургии №2, Первого МГМУ им. И.М.Сеченова (клиническая база ГКБ №7, отделение ренгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения). Возраст больных колебался от 47 до 91 года. Средний возраст составил 68,5±6,32. Из них мужчин было 15 (55,5%) и 12 женщин (44,5%). Все больные поступали в отделение в срочном порядке, после проведения спиральной компьютерной томографии с контрастным усилением, где предварительно диагностировали острое нарушение интестинального кровообращения. РЕЗУЛЬТАТЫ: Из 27 больных у 21 (77,8%) - диагностирована окклюзия в системе верхней брыжеечной артерии (ВБА), у 6 (22,2%) больных диагностирован критический стеноз ВБА. Больным с острой окклюзией в системе ВБА в 21 наблюдении проведено эндоваскулярное восстановление кровотока в ВБА. Антеградная механическая реканализация проводниками выполнена 21 больным, аспирационная тромбэкстракция выполнена 19 больным, в 13 (68,4%) случаях удалось аспирировать тромботические массы с удовлетворительным результатом. Баллонная ангиопластика выполнена 18 (85,7%) больным, при этом у 5-х (23,8 %) из них с последующей имплантацией стента. В 6 (22,2%) наблюдениях больному с неокклюзионным видом нарушения кровообращения в ВБА, критическим стенозом ВБА. Выполнена баллонная дилатация и имплантация стента, с последующим удовлетворительным ангиографическим результатом. В 4 (14,7%) случаях наблюдалась дистальная эмболизация, после проведенной ангиопластики Технический успех рентгенэндоваскулярных вмешательств у

пациентов с нарушением кровотока в ВБА был достигнут в 85,1 % случаев. В результате лечения больных на стадии ишемии и инфаркта умерло 6 больных, летальность составила 22,2%. В работе всем больным выполняли попытку реваскуляризации ВБА и ее ветвей на всех уровнях окклюзии, при этом ведущее место отдавали рентгенэндоваскулярным методикам восстановления кровотока в ВБА в сочетании с резекцией некротизированного участка кишки. **ВЫВОДЫ:** Полученные нами данные свидетельствуют, о том, что рентгенхирургические методы лечения эффективны и позволяют сохранить жизнеспособность ишемизированного участка кишки, или значительно уменьшить границы резекции. Эндоваскулярное восстановление кровотока является методом выбора (до развития перитонита), позволяющим значительно снизить летальность.

---

#### 578.АНТИОКСИДАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ТЕРМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ

Козка А.А., Олифирова О.С.

Благовещенск

ГБОУ ВПО Амурская ГМА

Цель исследования: анализ результатов применения антиоксидантов в комплексном лечении пациентов с термическими поражениями. Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 61 пациента. Мужчины – 39 (63,9%) и женщины – 22 (36,1%) в возрасте 19 – 72 лет. Структура термических поражений в обеих группах (МКБ-10): термические ожоги I-II ст. (20), термические ожоги III ст. (24), отморожения II-III ст. (7), отморожения III-IV ст. (10). Основную группу (ОГ) составили 30 пациентов, получавших терапию антиоксидантную терапию, а группу клинического сравнения (ГКС) – 31 пациент, им проводилось общепринятое лечение. Длительность течения раневого процесса была от 12 дней до 3 месяцев. В среднем площадь термических ран составляла  $300,1 \pm 9,4$  см<sup>2</sup>. Антиоксидантная терапия включала пероральный прием препарата Лавитол-В и местное применение порошка дигидрохверцетина. Лавитол-В – биологически активная добавка, являющаяся смесью флавоноидов (дигидрохверцетин и арабиногалактан) и обладающая антиоксидантным действием. Пациентам ОГ назначали Лавитол-В по 1 капсуле 2 раза в день в течение 21 дня от начала лечения, а также выполняли перевязки с порошком дигидрохверцетина. Местное применение дигидрохверцетина проводили до самостоятельной эпителизации ран или до и после выполнения аутодермопластики свободным расщепленным кожным лоскутом. Лечение больных ГКС проводили традиционными методами. Результаты анализировали на основании следующих показателей: клинических данных, течения раневого процесса, цитологического исследования, исследования ПОЛ (диеновые конъюгаты – ДК, малоновый диальдегид – МДА) и АОЗ (витамин «Е», церулоплазмин) в первый день и 21-й день лечения. Результаты. Длительность болевого синдрома у больных ОГ составила  $9,1 \pm 0,8$  дня, а температурной реакции –  $8,9 \pm 0,6$  дня, что меньше, чем в ГКС ( $14,1 \pm 0,9$  дня и  $12,3 \pm 1,3$  дня, соответственно). Течение раневого процесса у больных ОГ было более гладким, чем в ГКС. К началу лечения средняя площадь ран у больных в ОГ составляла  $308,1 \pm 9,6$  см<sup>2</sup>, а в ГКС –  $296,5 \pm 11,2$  см<sup>2</sup> ( $p > 0,05$ ). У больных ОГ, получавших антиоксидантную терапию, отмечены значимо более ранние сроки появления активных грануляций ( $12,7 \pm 1,3$  дня), краевой ( $15,6 \pm 1,6$  дня) и полной эпителизации ран ( $23,2 \pm 3,3$  дня), рубцевания ( $30,7 \pm 2,4$  дня) по сравнению с больными ГКС ( $18,2 \pm 1,4$  дня,  $20,7 \pm 3,8$  дня,  $29,4 \pm 2,3$  дня,  $39,5 \pm 3,2$  дня, соответственно). За счет более активного течения раневого процесса сроки предоперационной подготовки у больных ОГ, которым требовалась аутодермопластика, были меньше ( $9,2 \pm 0,7$  дня), чем в ГКС ( $15,3 \pm 1,6$  дня). Применение Лавитола-В не сказалось отрицательно на состоянии периферической крови. Количество эритроцитов, лейкоцитов, лимфоцитов, уровень СОЭ в 1-й и 21-й день лечения не имели значимых различий у больных ОГ и ГКС. Применение в комплексном лечении антиоксидантов у больных ОГ способствовало повышению активности АОЗ и снижению интенсивности процессов ПОЛ. Результаты цитологического исследования показали, что у больных ОГ репаративные процессы в ранах протекали интенсивнее, чем в ГКС. Клеточный состав ран в первый день лечения существенно не отличался у больных обеих групп. На 21-й день лечения у больных ОГ установлены регенераторный и регенераторно-воспалительный типы цитограмм, тогда как у больных ГКС сохранялись

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

воспалительно-регенераторный тип цитограмм. Заключение. В комплексном лечении пациентов с термическими поражениями патогенетически обоснована антиоксидантная терапия. Применение биологически активной добавки «Лавитол-В», содержащей арабиногалактан и дигидрокварцетин, и порошка дигидрокварцетина для местного воздействия способствует коррекции нарушений ПОЛ в общем и локальном гомеостазе, стимулируя и сокращая сроки заживления термических ран. За счет более активного течения репаративных процессов сокращаются сроки самостоятельной эпителизации ран, а также предоперационной подготовки для аутодермопластики свободным расщепленным кожным лоскутом.

---

#### 579. ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОСПАЕЧНОЙ МЕМБРАНЫ КОЛГАРА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ

Олифирова О.С. (1), Брегадзе Е.Ю. (2), Симоненко А.А. (2), Бадасян А.Н. (1), Аратюнян Е.В. (2), Конеева Е.Я. (2), Бырдин Ю.В. (1)

Благовещенск

1) ГБОУ ВПО Амурская ГМА 2) ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница»

Послеоперационные спайки возникают в 50-95% после оперативных вмешательств на органах брюшной полости. По разным данным не менее 30% больных госпитализируют повторно по поводу осложнений, вызванных спайками. Послеоперационные спайки могут вызывать кишечную непроходимость, вторичное женское бесплодие и хроническую боль в животе или малом тазу, значительно осложнить выполнение повторного вмешательства на органах брюшной полости. Цель исследования: применить противоспаечную мембрану (барьер) КолГАРА для профилактики образования спаек в брюшной полости. Материалы и методы. Противоспаечный барьер (мембрана) КолГАРА представляет собой стерильную, рассасывающуюся в организме плёнку. КолГАРА состоит из 100% лошадиного коллагена I типа, получаемого из ахилловых сухожилий животных. КолГАРА предназначена для профилактики спаек в послеоперационном периоде при различных хирургических вмешательствах, включая операции на желудочно-кишечном тракте, гинекологические, урологические и общехирургические вмешательства. КолГАРА накладывается на участки ткани, потенциально склонной к образованию спаек, и на органы брюшной полости и малого таза в качестве временного разделительного барьера между соприкасающимися поверхностями таких тканей. Для удобства укладки мембраны ее смачивают в физиологическом растворе. Мембрану КолГАРА можно использовать как при открытых, так и эндовидеоскопических операциях. КолГАРА применена у 22 больных с различной патологией, получавших лечение в хирургическом, колопроктологическом и гинекологическом отделениях ГАУЗ АО АОКБ. Средний возраст больных  $41,2 \pm 0,7$  года; 12 женщин и 10 мужчин. Результаты. В общехирургической практике КолГАРА применена у 7 больных. Из них 4 были оперированы по поводу больших и гигантских вентральных грыж. Им выполнили грыжесечение, адгезиолизис, ненатяжную герниопластику полипропиленовой сеткой «onlay». Целью наложения КолГАРА являлась профилактика образования спаек между париетальной брюшиной и органами брюшной полости. Мембрану КолГАРА укладывали между париетальной брюшиной передней брюшной стенки и органами брюшной полости (кишечником, сальником, желудком). Мембрану фиксировали к париетальной брюшине. В некоторых случаях мембрану накладывали на десерозированные участки кишечника. Затем выполняли герниопластику полипропиленовой сеткой. Двум больным, оперированным по поводу язвенной болезни желудка, после резекции желудка по Бильрот-I мембрану КолГАРА помещали между передней брюшной стенкой и культи желудка. Одному больному после выполнения продольной панкреатоеюностомии по поводу хронического калькулезного панкреатита мембрану КолГАРА уложили между панкреатоеюноанастомозом и задней стенкой желудка для профилактики сращений в этой зоне. В отделении колопроктологии произведено 3 операции по поводу рака толстой кишки с применением мембраны КолГАРА. Ее использовали для профилактики висцеро-париетальных спаек. В одном случае при выполнении адгезиолизиса, левосторонней гемиколэктомии по типу Гартмана мембрана КолГАРА была наложена на линию швов культи прямой кишки. Второму больному произведена брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. Для профилактики висцеро-париетальных спаек между тазовой брюшиной (зоной ушивания) и петлями

549

кишечника помещена мембрана КолГАРА. В третьем случае после выполнения внутрибрюшной резекции прямой кишки мембрана КолГАРА была уложена вокруг анастомоза, а также между тазовой брюшиной (зоной ушивания) и петлями кишечника. В лечении гинекологической патологии выполнено 12 эндовидеоскопических операций с применением мембраны КолГАРА: ампутации матки, миомэктомии, цистэктомии, адгезиолизис. В каждом случае мембрану помещали в зависимости от вида патологии и объема операции для профилактики спаечного процесса в малом тазу. Чаще мембрану укладывали на культю шейки матки, а также производили оборачивание матки и яичника мембраной. Послеоперационный период у всех больных был гладким. Каких-либо послеоперационных осложнений, связанных с применением мембраны КолГАРА не отмечено. Заключение. Мембрана КолГАРА удобна в использовании, имеет доказанные противоспаечные свойства. Можно предполагать, что применение КолГАРА в хирургической практике позволит снизить в значительной степени число случаев спаечной болезни и улучшит качество жизни после различных операций на брюшной полости.

---

## 580. КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ С ПЕРФОРАТИВНЫМ ДИВЕРТИКУЛОМ 12-И ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Карапыш Д.В.

Тула

Тульский государственный университет

Дуоденальные дивертикулы обычно описывают, как однотипные патологические изменения стенки 12-й перстной кишки. Данные статистики указывают, что дуоденальный дивертикул является довольно частой находкой патологоанатомов от 3 до 13%, тогда как клинические исследования говорят за редкость этого заболевания: от 1,2% до 3,7%. Такое расхождение между результатами объясняется тем, что недостаточно хорошо разработана семиотика дуоденальных дивертикулов. Так, эзофагогастро-дуоденоскопия (ЭФГДС) выявляет заболевание, у 1/3 из числа больных, которым диагноз установлен рентгенологически, для желудка этот показатель еще ниже. Все это ведет к тому, что при забрюшинной перфорации дивертикула 12-й перстной кишки, поставить диагноз вне операционного стола, бывает крайне сложно. Необходимо подчеркнуть, что даже при открытой брюшной полости, если хирург недостаточно информирован, он может не диагностировать перфорацию дивертикула 12-й перстной кишки. Летальность при этой патологии крайне высока 50%. Цель наблюдения: На конкретном клиническом примере определить тактический алгоритм обследования и лечения больных с перфоративным дивертикулосом 12 перстной кишки, с целью улучшения результатов диагностики и лечения этого осложнения в хирургии. Клиническое наблюдение: Больная Г., 77 лет обратилась в хирургическое отделение БСМП г. Тулы в 19.00 с жалобами на постоянную ноющую боль по всему животу умеренной интенсивности, слабость, сухость во рту, ломоту в мышцах нижних конечностей, подъем температуры до 38,5 ГрС. Из анамнеза известно, что около 5,5 часов назад среди полного здоровья отменила сильную боль в верхней половине живота, позже интенсивность боли уменьшилась, приняв постоянный характер, больше по правой половине живота, отмечался подъем температуры до 38,5 ГрС. С целью самолечения больная приняла 2 таблетки но-шпа, без эффекта. Учитывая сохраняющийся болевой синдром и отсутствие эффекта от самолечения, больная, самостоятельно вызвана бригаду СМП. По СМП с диагнозом: «Обострение хронического холецистита», доставлена в приемный покой хирургического отделения БСМП. При осмотре отмечено: среднетяжелое состояние, больная в сознании, относительно активна. В анамнезе хронический калькулезный холецистит, сахарный диабет 2 типа инсулин независимый, среднетяжелого течения, субкомпенсированный (длительностью 3 года), аппендэктомия около 3 лет назад. Язвенный анамнез отрицает. Объективно: Со стороны сердечнососудистой системы и легких отклонений не выявлено. Пульс 74 уд. в 1 мин, ритмичный, хорошего наполнения. АД = 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, симметричен, мягкий, умеренно болезненный при пальпации в правой половине, в нижних отделах справа сомнительный симптом раздражения брюшины. Объемных образований брюшной полости при пальпации не определяется. Печень не увеличена, не пальпируется. В клинических анализах при по-



ступлении отмечался лейкоцитоз  $15 \times 10^9/\text{л}$ , сдвиг формулы влево (пал 12%, сегм 65%), ускорение СОЭ - 30 мм/ч. В анализах мочи значимых отклонений от нормы не выявлено, диастаза мочи - 32 ед. Для исключения патологии со стороны желчного пузыря, поджелудочной железы и органов забрюшинного пространства производилось УЗИ, ЭФГДС, рентгенография органов брюшной полости. На УЗИ органов брюшной полости: детальный осмотр был затруднен из-за пневматоза толстого и тонкого кишечника. Осмотр на УЗИ не выявил изменений со стороны желчного пузыря, поджелудочной железы забрюшинной клетчатки. В брюшной полости жидкости не определялось. ЭФГДС выявил картину субатрофического гастрита. На инфуляцию воздуха в желудок и 12-й перстную кишку болевой синдром не усилился. На рентгенографии органов брюшной полости, отмечен пневматоз толстого кишечника, патологических изменений в свободной брюшной полости и забрюшинном пространстве не определялось. Тактически было принято решение после проведения кратковременной консервативной терапии и оценки динамики состояния, диагностическое лапароскопическое исследование органов брюшной полости. Так в динамике через 2 часа консервативной терапии отмечалось некоторое ухудшение состояния: напряжение мышц передней брюшной стенки в правой половине живота и в нижних отделах, сохранялись сомнительные симптомы раздражения брюшины. На лапароскопии: в брюшной полости скудное количество желтого мутного выпота, в основном в малом тазу справа, там же отмечается умеренная гиперемия париетальной брюшины. Печень гладкая блестящая край заострен, желчный пузырь без видимой патологии. Петли тонкого и толстого кишечника умеренно поддуты, стенка розовая, перистальтика вялая. Селезенка не визуализируется. 3-е: Перитонит. Учитывая анамнестические данные: боли возникли остро, внезапно на фоне полного здоровья, данные общего обследования большого и их динамики (боль в животе нарастала, напряжение мышц передней брюшной стенки, сомнительные симптомы раздражения брюшины). А также руководствуясь результатами лапароскопии 3-е: Перитонит. Были поставлены показания для оперативного лечения из срединного лапаротомного доступа под общим обезболиванием. Планировалась интраоперационная диагностика острого состояния большой и его ликвидация. От момента поступления в стационар до оперативного вмешательства прошло около 4 часов. Интраоперационно: в брюшной полости в боковых отделах и малом тазу скудное количество светлого-желтого выпота, париетальная брюшина в тазу несколько инъецирована сосудами, без налета фибрина. Петли тонкого и толстого кишечника слегка поддуты, серозная оболочка блестящая, кишечная перистальтика не нарушена. Желчный пузырь в размерах не увеличен, не напряжен, сероза блестящая. В просвете желчного пузыря определяются конкременты. При дальнейшей ревизии органов брюшной полости в связки Трейца, тощая кишка сегментарно расширена, брюшина и клетчатка вокруг инфильтрированы и имбибированы зеленым пропитыванием. Заподозрена перфорация забрюшинного отдела 12-й перстной кишки. Произведена мобилизация 12-й перстной кишки по Vautrin-Kocher, для обнажения места перфорации. Тщательным образом произведена ревизия, в результате которой в проекции противобрыжеечного края нижней горизонтальной ветви 12-й перстной кишки обнаружен дивертикул величиной с лесной орех 2-2,5 см на широком основании с инфильтрированными стенками на верхушке которого перфоративное отверстие до 2-3 мм в диаметре. Клетчаточное пространство в проекции дивертикула имбибированно. Учитывая небольшой срок заболевания отсутствие явных явлений перитонита, а также мобильности стенки 12-й перстной кишки, произведена резекция дивертикула у основания с наложением бокового двухрядного шва 12-й перстной кишки. К швам 12-й перстной кишки подведен дренаж. За место ушивания кишки заведен назогастроинтестинальный зонд. Брюшная полость осушена и обработана раствором антисептика, дренирована через отдельную контрапертуру в таз. Послеоперационный период протекал относительно гладко, дренажи были удалены соответственно на 4 и 8 сутки. Швы сняты на 10 сутки, заживление per prima. Больная была выписана в удовлетворительном состоянии на 11 сутки от заболевания. Патогистологическое заключение удаленного материала (дивертикула): полный дивертикул тонкой кишки, дивертикулит, перфоративное отверстие стенки дивертикула. Заключение: Таким образом, в случае дифференциально-диагностического поиска острой хирургической патологии органов брюшной полости, с клиникой включающей перфорацию полого органа в свободную брюшную полость, а также острый холецистит, острый панкреатит, при наличии в анамнезе внезапно возникших острых болей в животе и сомнительными признаками раздражения брюшной полости, необходимо заподозрить, забрюшинную перфорацию полого органа. Дополнительные инструментальные методы диагностики, такие как УЗИ, ЭФГДС, рентгеновское исследование органов брюшной полости не являются абсолютно достоверными, а позволяют при отсутствии учета анамнеза и объективных данных пропустить перфорацию дивертикула 12-й перстной кишки. Только последовательное исключение патологии дающей схожую симптоматику позволяет определиться с дальнейшей тактикой и поставить правильно диагноз. Такой подход позволил нам сократить время обследования и наблюдение за больной и поставить показания к экстренной операции через 4 часа от поступления в стационар и 9,5 часов от перфорации дивертикула.

## 581. ПЛАНОВАЯ РЕЛАПАРОТОМИЯ У БОЛЬНЫХ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫМ ТРОМБОЗОМ

ДЕМЧЕНКО В.И., КУКОШ М.В., КОЛЕСНИКОВ Д.Л.

Нижний Новгород

ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России

Введение. Мезентериальный тромбоз (МТ) остается одной из самых тяжелых форм сосудистой патологии. Наиболее целесообразны в лечении МТ сосудистые операции, но пациенты обычно поступают в стационар в поздние сроки, и хирургу остается лишь выполнить резекцию кишечника или признать случай неоперабельным. Хотя летальность при МТ и достигает 70-95%, но альтернативы хирургическому лечению нет. Цель. Оценить эффективность использования плановой релапаротомии (РЛ) в комплексном лечении пациентов мезентериальным тромбозом. Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 121 пациента с МТ, поступивших в «Городскую клиническую больницу №7» им. Е.Л. Березова г. Нижний Новгород в период с 2005 по 2014 годы. Мужчин было 56 (46,3%), женщин – 65 (53,7%). До 60 лет пациентов было 18 (14,9%), старше 60 лет – 103 (85,1%). В связи с тяжестью состояния и нарастающей полиорганной недостаточностью не оперировано 39 (32,2%) больных, летальность у них составила 100%. Эксплоративная лапаротомия выполнена 19 больным (15,7%). Таким образом, 47,9% пациентов обратились за медицинской помощью слишком поздно. Больные разделены на две группы: контрольную (период с 2005-2006 гг.) и основную (период с 2007-2014 гг.). Не оперированные пациенты не включались в группы сравнения. В контрольной группе применялась резекция кишечника с созданием анастомоза, РЛ выполнялись лишь по требованию. В основной группе, кроме операции резекции кишечника с одномоментным созданием анастомоза, выполнялась резекция с ушиванием концов кишки наглухо и назоинтестинальной декомпрессией приводящего отдела. Данная операция производилась при сомнениях в оценке жизнеспособности кишки и пациентам с полиорганной недостаточностью, когда необходимо было снизить травматизм и длительность операции. После стабилизации состояния пациента, через 24-48 часов, проводилась плановая РЛ. Во время операции оценивалась жизнеспособность кишечника в зоне резекции (при необходимости выполнялась ререзекция) и формировался межкишечный анастомоз. Границы жизнеспособности кишечника оценивали субъективно, на основании общепризнанных критериев. Оценка эффективности плановой РЛ в лечении МТ проведена по показателю послеоперационной летальности. Результаты. За период 2005-2006 годы оперировано 20 человек, умерло 18 (послеоперационная летальность 90%). Эксплоративных лапаротомий выполнено 6, резекций пораженного кишечника с формированием первичного анастомоза – 14. Умерло после резекции кишечника 12 пациентов (послеоперационная летальность – 85,7%). Пациентам, перенесшим резекцию кишки, выполнено 3 «РЛ по требованию», умерло – 2. Во всех трех случаях при РЛ был выявлен продолжающийся тромбоз и перитонит. Одному больному произведена эксплоративная операция, двум другим – ререзекция кишки с анастомозом. За период 2007-2014 годы оперировано 62 пациента, умерло – 38 (послеоперационная летальность 61,3%). Эксплоративных лапаротомий выполнено 13, резекций пораженного кишечника с формированием первичного анастомоза – 30, резекций кишки с ушиванием концов наглухо и назоинтестинальной декомпрессией приводящего отдела – 19. Умерло после резекции кишечника 25 пациентов (послеоперационная летальность – 51,0%). Произведено 19 плановых РЛ: две эксплоративных операции, 17 завершились формированием межкишечного анастомоза (6 из них с ререзекцией кишки). Умерло – 8 пациентов. Всем пациентам плановая РЛ была произведена однократно. Выводы. Плановая релапаротомия с оценкой жизнеспособности кишечника и созданием отсроченного анастомоза является эффективным элементом комплексного лечения больных с мезентериальным тромбозом. Выполнение плановых релапаротомий привело к снижению летальности после резекции кишечника с 85,7 до 51% ( $p=0,01$ ), что позволило снизить послеоперационную летальность в целом (включая летальность после эксплоративной лапаротомии) с 90 до 61,3% ( $p=0,03$ ).

---

582. Опыт лечения грыж у военнослужащих

Панов В.В., Батурин В.С., Грачева Н.М.

Ростов-на-Дону

ФГКУ "1602 ВКГ" МО РФ

Упоминание о грыже можно встретить в трудах Гиппократ, Ибн-Сины и других авторов. Лечение наружных грыж живота в средние века ограничивалось ношением бандажей, однако операции при ущемлении грыжи делали уже А. Цельс, Гелиодор и другие. Наиболее часто в средние века применяли кастрацию, а также рассечение и лигатуру грыжевого мешка с удалением или оставлением его. Оперативное лечение грыжи до 19 века сопровождалось огромной смертностью. В первой половине 19 века были изданы монографии (Э. Купер, Гессельбах, А.Скарпа, П. Заблоцкий и др.) с углубленным описанием грыжи; начинает развиваться специальный раздел хирургии, посвященный изучению грыж. Однако, летальность при грыжесечениях, вплоть до введения антисептики оставалась высокой - 50-80%. Введение антисептики позволило значительно снизить летальность после грыжесечения и разработать Люка-Шампюниери (J. M.M. Lucas-championniere, 1885г), Бассини, 1884г, А.А.Боброву 1982 и др. новые, более совершенные способы операций. В последующем были описаны многочисленные способы оперативного лечения грыжи, дававшие возможность излечивать больных с различной локализацией грыжи. Основным патогенетическим фактором, способствующим развитию грыжи живота, следует считать слабость мышечного и связочного аппарата брюшной стенки, повышение внутрибрюшного давления. Имеет значение также положение брюшной стенки по отношению к лобковой кости: при более переднем положении брюшной стенки и большем ее наклоне она испытывает большее давление со стороны органов брюшной полости. Постоянное давление испытываемое брюшной стенкой, усиливается во время редких и некоординированных сокращений мышц брюшной стенки при натуживании. Указанное давление вызывает постепенное истончение слоев брюшной стенки в области ее слабых мест и выпячивание их. Растягивающиеся ткани брюшной стенки постепенно претерпевают значительные изменения и образуют грыжевые оболочки, выпячивание париетальной брюшины образует грыжевой мешок. Наличие у человека грыжи в большей или меньшей степени нарушает его трудоспособность и представляет опасность развития осложнений. Наиболее частым и опасным среди них является ущемление грыжи, возможно воспаление грыжи, развитие копростаз и кишечной непроходимости, травма грыжи. Еще Ж. Мальгень считал, что грыжи встречаются у 3-4% населения. В РФ, по данным Д.К.Соколова (1964г), грыжесечение производится ежегодно у 180 тыс. больных. По данным П.А.Маценко (1961г), по частоте первое место занимают паховые грыжи (66,8%), далее следуют бедренные (21,7%), пупочные (6%), эпигастральные (4,5%) и наконец все остальные (1%). Паховые грыжи встречаются чаще у мужчин (91,6% по И.М. Щелко, 1957г), а бедренные и особенно пупочные у женщин (74% Л.Н. Кенарская, 1941г). Грыжа не может считаться безопасным заболеванием, т.к. у 19,4% больных (В.И.Стручков, 1958г) она подвергается ущемлению. Больные не могут выполнять тяжелой физической работы и должны считаться лицами с ограниченной трудоспособностью. Наличие грыжи ограничивает и спортивные занятия. Результаты оперативного лечения неосложненных грыж вполне благоприятны. Смертельные исходы после операций, производимых при неосложненных грыжах крайне редки ( 0,04% по Н. И. Краковскому, 1963г). Число послеоперационных осложнений 4,8% (А.И.Миронов, 1954г), а нагноение раны 0,2% (М.П. Смородина). Наши наблюдения основываются на опыте лечения 952 больных грыжами различной локализации, за период с 2008г. по 2014г.г. По категориям больные распределились по следующим группам: пенсионеры МО составили 45%, члены семей военнослужащих по призыву 7% больных, наибольшее число составили больные среднего и пожилого возраста 85%. По частоте первое место заняли паховые грыжи 80,7%, далее следовали вентральные грыжи 7,8%, далее пупочные грыжи 7,4%, грыжи белой линии живота 2,9%, бедренные грыжи 0,7%. По возрастным категориям больные распределились следующим образом: 18-22года 14,9% больных, 23-55лет 40,1% больных, 56-85 лет 45,0% больных. Из паховых грыж: косые грыжи составили 35%, прямые грыжи 65%, рецидивные 5,8%. С 2005г. мы применением полипропиленовые трансплантаты, с применением которых оперировано 498 (68,8%) больных. До 2005г при паховых грыжах выполняли паховое грыжесечение с пластикой дефекта передней брюшной стенки по Постемпскому. Существенное внимание уделяли натяжению местных тканей, тщательно ушивали внутреннее паховое отверстие, подшивали

апоневроз наружной косой мышцы живота к лонному бугорку. При выборе пластики пахового канала опирались не только на установки, но и на опыт хирурга, позволяющий оценить состояние тканей. При вентральных грыжах использовали пластики местными тканями. С 2005г в отделении стали применять ненапряжную пластику, с применением полипропиленовых сетчатых трансплантатов. При паховых грыжах операции в основном выполняли под местной анестезией, пластика задней стенки пахового канала выполнялась полипропиленовым трансплантатом по Лихтенштейну, обязательно дренировали рану резиновым выпускником, который удаляли на вторые сутки. При вентральных грыжах операции выполнялись под общей анестезией, с пластикой передней брюшной стенки местными тканями и полипропиленовым трансплантатом, с обязательным дренированием послеоперационной раны ПВХ трубками через отдельные разрезы, а также в течении 4-6 дней назначались антибиотики. Всего с применением полипропиленовых трансплантатов оперировано 498 больных, из них рецидив отмечен у двух больных с паховыми грыжами, два нагноения отмечено у больных с вентральными грыжами. Летальных исходов не было. Выводы: 1. При проведении операций по поводу паховых грыж в молодом возрасте отдаем предпочтение пластике задней стенки пахового канала по Постемпскому. 2. При проведении операций по поводу паховых грыж у пожилых больных, рецидивных грыж, вентральных грыж, выполняем грыжесечение с пластикой передней брюшной стенки местными тканями с полипропиленовым сетчатым трансплантатом. 3. Для профилактики гнойных осложнений включаем предоперационную и послеоперационную антибиотико-профилактику.

---

### 583.ВНУТРЕННЯЯ ОПТИЧЕСКАЯ УРЕТРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ СТРИКТУР УРЕТРЫ У МУЖЧИН

Тимченко С.А., Ан Ф.Н., Фионов С.А., Абаев С.Г.

Ростов-на-Дону

ФГКУ "1602 ВКГ" МО РФ

Лечение стриктур уретры остается одной из самых сложных проблем в реконструктивно–восстановительной урологии. В последнее время в связи с ростом травматизма, широким внедрением в клиническую практику эндоскопических методов обследования и лечения заболеваний предстательной железы и мочевого пузыря отмечается увеличение частоты развития стриктур уретры у мужчин. Цель: оценить эффективность внутренней оптической уретротомии в лечении стриктур мочеиспускательного канала у мужчин. Материал и методы. Проанализирован опыт хирургического лечения 86 пациентов со стриктурой уретры. Возраст пациентов составил от 19 до 77 лет. Из них 12 имели функционирующую цистостому. Сроки образования стриктур были от 1 месяца до 7 лет после перенесенных травмы, эндоуретральной операции или манипуляции. Причиной образования стриктуры у 5 (62,8%) больных была травма мочеиспускательного канала, у 26 (30,3%) – перенесенные операции и у 6 (6,9%) в анамнезе имелись хронические воспалительные заболевания мочеиспускательного канала. В зависимости от локализации стриктуры больные распределились следующим образом: висячая часть – 10 (11,6%), промежностная часть – 26 (30,2%), перепончатая часть – 18 (20,9%), простатическая часть – 24 (27,9%), шейка мочевого пузыря – 8 (9,3%). Протяженность стриктур составляла от 0,5 до 4,0 см. В 5 случаях у больных имелась облитерация мочеиспускательного канала с локализацией в 2 (4,7%) наблюдениях в промежностной части и в 3 (3,45%) в простатической. Показаниями к хирургическому лечению считали затрудненное и болезненное мочеиспускание с урофлоуметрическим индексом менее 5 мл/с или отсутствие самостоятельного мочеиспускания при облитерации уретры, наличие остаточной мочи, хронической уроинфекции, мочекаменной болезни и других заболеваний мочевыводящих путей. В 3 наблюдениях эндоскопическая реконструкция выполнялась по неотложным показаниям в связи в обструкцией конкрементом в месте сужения мочеиспускательного канала. При выборе метода хирургического вмешательства учитывали причину развития стриктуры, ее протяженность, выраженность периуретрального фиброза, определяемого пальпаторно и путем ультрасонографии. Результаты. Всем пациентам выполнена внутренняя оптическая уретротомия. Операция проводилась по стандартной методике при помощи уретротомы № 21 Fr. В случаях протяженных стриктур, значительного сужения просвета предварительно выполняли введение

мочеточникового катетера, используя его в качестве ориентира для выполнения холодной уретротомии. При облитерациях нами использовалось последовательное рассечение уретры по направлению «на движение» металлического бужа, введенного антеградно через цистостомический свищ до препятствия и под контролем пальца, введенного в прямую кишку. Восстановить проходимость уретры удалось в 100% случаев. В послеоперационном периоде осуществляли дренирование мочевого пузыря по уретре катетером Фоли № 18 Fr в течение 7-8 суток. После удаления катетера у всех больных восстановилось адекватное мочеиспускание. Контрольную урофлоуметрию с целью оценки эффективности хирургического лечения выполняли не ранее 8 суток после операции. В период освоения методики мы имели 3 интраоперационных осложнения внутренней оптической уретротомии: перфорация уретры с образованием затека ирригационной жидкости – 2, кровотечение после перфорации простатической уретры – 1. Все осложнения купированы консервативно. Ни одним из пациентов, перенесших хирургическое лечение, не было отмечено эректильной дисфункции. 14 (16,3%) больных в послеоперационном периоде потребовалось периодическое бужирование до 4 раз в год с последующим уменьшением обструктивной симптоматики в течение года. Лишь у 4 (4,7%) пациентов в отдаленном послеоперационном периоде развился рецидив стриктуры, обусловленный большой протяженностью (более 1,5 см) и выраженным периуретральным фиброзом, что потребовало повторного оперативного вмешательства. Выводы. Таким образом, внутренняя оптическая уретротомия по эффективности и безопасности является альтернативой традиционным методам уретропластики при непротяженных (до 1,5см) стриктурах и облитерациях мочеиспускательного канала.

---

#### 584.ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ СКЛЕРОТЕРАПИЯ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Любимов А.С. (1), Гарбузенко Д.В. (1, 2), Михайлова С.А. (1, 2), Тимофеев Д.В. (1)

Челябинск

1) ГБУЗ "Областная клиническая больница № 2", 2) ГБОУ ВПО "Южно-Уральский государственный медицинский университет"

В настоящее время эндоскопические методы гемостаза у больных с кровотечением из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода, наряду с назначением вазоактивных препаратов, рекомендуется выполнять в ближайшие часы после поступления. В дальнейшем они могут быть успешно применены и с профилактической целью. Цель. Оценить эффективность профилактической эндоскопической склеротерапии (ЭС) ВРВ пищевода у больных циррозом печени. Пациенты и методы. 29 больным (20 мужчин и 9 женщин), страдающим циррозом печени, с целью профилактики рецидивов кровотечений из ВРВ пищевода было выполнено 116 сеансов ЭС. 27 из них она была проведена в плановом порядке, двум - в ближайшие сутки после консервативной остановки кровотечения из ВРВ пищевода. Каждый перенёс от 2 до 6 сеансов, во время которых склерозировались 2-3 вены. Как правило, процедура осуществлялась под местной анестезией р-ром лидокаина. Склерозант (наиболее часто - 1-3 % р-р этоксисклерола, реже – 3 % р-р фибровейна) в количестве 2 мл вводили как интра-, так и паравазально. В 17 случаях возникшее кровотечение из места пункции было успешно остановлено зондом Блэкмора. Результаты. Двум пациентам, которым ЭС была применена в экстренном порядке, в дальнейшем поступали на повторные курсы, не имея при этом рецидивов кровотечения. Из 27 плановых больных 12 получали неоднократные сеансы ЭС, 5 - после одной процедуры затем не обращались и судьба их неизвестна. У 8 пациентов при использовании 3 % р-ра этоксисклерола эффект был отмечен "на игле": вены спались практически сразу после введения в них препарата. Сроки госпитализаций для повторных сеансов ЭС составляли 2-6 месяцев. Причём эффективность оказалась выше при более коротком интервале. Например, при обращении через 2 месяца рецидивов кровотечения из ВРВ пищевода не было отмечено ни у кого. В трёх случаях имел место их регресс ВРВ пищевода с 3 ст. до 2 ст., в одном - после 5 курсов ЭС крупные варикозные узлы трансформировались в сеть слегка расширенных стволов. У 3 больных возникшее изъязвление слизистой оболочки пищевода было эффективно излечено посредством противоязвенной терапии. Повторные кровотечения не поддающиеся ЭС наблюдались у 3 пациентов, у двух из которых ВРВ распространились на

желудок. Это послужило показанием к парциальному мезентерикокавальному шунтированию в двух случаях и дистальному спленоренальному шунтированию в одном. Выводы. ЭС является эффективным методом профилактики рецидивов кровотечений из ВРВ пищевода у больных циррозом печени.

---

#### 585.НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ: ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ.

Воленко А.В.

Москва

РМАПО, Клинический госпиталь МСЧ МВД РФ по г. Москве

Наш материал включает 442 больных с резекцией ободочной и прямой кишки и формированием первичных анастомозов, при 327 плановых и 115 экстренных операциях. Несостоятельность толстокишечных анастомозов возникла у 24 больных, что составило 5,4%. Наиболее часто несостоятельность анастомозов отмечена после резекции сигмовидной кишки (7) и левосторонней гемиколонэктомии (7), с летальностью 50%. При подозрении на несостоятельность швов толстой кишки и отсутствии перитонита, в сроки до 7 суток после операции, от ирригоскопии старались воздержаться. При наличии дренажей, особенно в зоне колоректоанастомоза, предпочтение отдавали фистулографии через дренаж стоящий у анастомоза. В сроки более 7 дней после операции, у описанной выше группы больных, помимо фистулографии выполняли ирригоскопию, заполняя толстую кишку только несколько выше анастомоза. В сроки до 10 - 14 суток после операции от колоноскопии воздерживались. При несостоятельности астомоза, в сроки до 7 суток после операции, и наличии местных или разлитых явлений перитонита выполняли экстренную релапаротомию. Коло-колоанастомоз в таких условиях экономно резецировали, а оба конца кишки выводили в виде концевых стом. При неподатливости отводящей петли ее ушивали наглухо. Несостоятельный колоректоанастомоз никогда не разобщали. При релапаротомии мы всегда дополнительно дренировали трубками ТММК – 33 малый таз и зону несостоятельного анастомоза, и выполняли его полное отключение, путем пересечения поперечноободочной кишки с ушиванием наглухо ее дистальной культы. Проксимальную культю выводили на переднюю брюшную стенку в виде концевой трансверзостомы. При несостоятельности низких колоректальных анастомозов, без явлений перитонита, релапаротомию не выполняли. Ограничивались консервативной терапией, включающей: голод, холод на живот, прием вазелинового масла per os, антибактериальную и дезинтоксикационную терапию, введение в прямую кишку трансанально дренажной трубку оригинальной конструкции для длительной декомпрессии. Таким образом, хирургическая тактика при несостоятельности толстокишечных анастомозов должна быть индивидуальной и зависеть от сроков послеоперационного периода, наличия разлитого послеоперационного перитонита, отграниченности зоны несостоятельности от брюшной полости. При необходимости отключения из пассажа несостоятельного анастомоза, операцией выбора должно быть полное пересечение вышележащих отделов ободочной кишки с формированием концевой колостомы

---

#### 586.МДД-ТЕСТ В ДИАГНОСТИКЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Лисунов А.Ю(2), Федоров В.Э.(1) Харитонов Б.С. (1)

(1) г.Саратов(2)г. Ртищево Саратовской области

(1) Саратовский Государственный медицинский университет, кафедра факультетской хирургии и онкологии, (2) центральная районная больница г. Ртищево МЗ Саратовской области

До настоящего времени более 26% аппендэктомий все еще выполняются по поводу катарального аппендицита (Копылов А.А. с соавт., 2011). С широким внедрением лапароскопии, которая позволяет увеличить точность постановки диагноза до 95–99%, установить правильный диагноз при остром аппендиците и своевременно определить показания к экстренной операции стало легче. Однако уже давно известно, что лапароскопия имеет свои ограничения и осложнения, частота которых составляет 0,8–2% (В.С.Фомин с соавт., 2014). Таким образом, вопросы диагностики острого аппендицита окончательно не решены. Целью данного исследования является повышение качества диагностики острого аппендицита. Для ее достижения поставлены следующие задачи: 1. Анализ клинического материала у больных с острым аппендицитом. 2. Проведение анализа по информативности различных диагностических методов при остром аппендиците. 3. Характеристика значимости симптомов острого аппендицита в сочетании с данными лапароскопической диагностики. Проанализированы результаты диагностики и лечения 651 больного острым аппендицитом за период с 2006 по 2014 годы, которым была выполнена аппендэктомия в центральной районной больнице г. Ртищево Саратовской области. В период 2006 – 2009 годы диагноз устанавливался традиционно: в экстренном порядке на основании клинической картины и лабораторных методов исследования. Оперированы 345 больных. При гистологическом исследовании у 63 больных выявлен катаральный аппендицит, что составило 18,3%. На основании дисперсионного анализа симптоматики по историям болезни были выявлены наиболее значимые 13 признаков острого аппендицита. Они получили количественную оценку в виде весового значения каждого из симптомов. После этого был создан клинический математический дифференциально–диагностический тест (МДД-тест). С 2010 по 2014 годы с внедрением лапароскопии в ЦРБ стали учитывать как клинические, так и эндоскопические признаки деструктивных изменений червеобразного отростка. Это привело к изменению МДД-теста. Он стал сложнее, но давал более точный и дифференцированный результат. При получении суммы весовых значений признаков более 20 производилась экстренная операция, при значениях 20 и менее и при отрицательном значении проводилось динамическое наблюдение для исключения других заболеваний органов брюшной полости. При получении отрицательного результата по таблице и наличии перитонеальных симптомов производилось лапароскопическое исследование, которое позволяло окончательно установить диагноз. Совершенствование МДД-теста позволило улучшить результаты диагностики аппендицита. Среди 306 пациентов, обследованных по данной методике, а затем прооперированных по поводу острого аппендицита, катаральная форма изменений в червеобразном отростке выявлена гистологически только у 14 человек, что составило 0,45%. Полученные результаты позволяют сделать заключение, что применение усовершенствованного МДД-теста для диагностики, в котором учитываются клинические данные в совокупности с лапароскопическим исследованием, даёт возможность избежать неоправданных операций и снизить количество операций по поводу катарального аппендицита. Поэтому можно рекомендовать данный тест для применения в повседневной хирургической практике.

---

587. Лапароскопическая герниопластика пупочных и послеоперационных вентральных грыж

Алибегов Р.А., Мелконян С.С.

Смоленск

Смоленский государственный медицинский университет ОГБУЗ «Клиническая больница №1», г. Смоленск

Появление лапароскопии в герниологии позволило практически полностью нивелировать раневые осложнения, уменьшить число рецидивов и сократить сроки послеоперационного пребывания в стационаре. Цель: Оценить результаты лапароскопической герниопластики в лечении пупочных и послеоперационных вентральных грыж. Материалы и методы: За период 2013-2015 гг. оперировано 34 пациента с неосложненными пупочными и послеоперационными вентральными грыжами. Среди оперированных больных с пупочной грыжей было 19 (56%), пациентов с послеоперационной вентральной грыжей 15 (44%).

557

Возрастной интервал составил от 29 до 74 лет. Размеры грыжевых ворот при пупочных грыжах составили в среднем около 2-6 см (малые, средние и большие, EHS, 2009) и 3-12 см при послеоперационных вентральных грыжах (W1-3, Chevrel-Rath, 2000). Результаты Интраоперационных осложнений не наблюдалось. Все операции выполнены из лапароскопического доступа, случаев конверсии также не наблюдалось. Средний срок госпитализации составил 7-8 суток, хотя необходимо отметить, что пациенты уже 2-3 день не нуждались в сильных анальгетиках и могли быть выписаны. Выраженность послеоперационного болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) составила 2-3 балла. Из послеоперационных осложнений отмечалось 2 случая образования сером лапароскопических проколов. Отдаленные результаты наблюдали в сроки от 1 до 2 лет. Рецидивов не выявлено. Достоверного снижения качества жизни больных по комбинации опросников SF-36 и GIQLI не выявлено. Выводы Лапароскопическая герниопластика является технически сложным и дорогим оперативным вмешательством и требует длительного периода обучения. К достоинствам этого метода следует отнести минимальный послеоперационный болевой синдром, низкий показатель местных раневых осложнений, короткий период госпитализации и нетрудоспособности, возможность осуществления симультанных операций.

---

588. Особенности течения острого аппендицита у населения, проживающего в сельской местности.

Бородулин С.В., Баранов О.А., Лебедев М.М., Дададжанов А.Р., Белоконев В.И.

Самарская область, с. Сергиевск

ГБУЗ СО "Сергиевская ЦРБ"

Данные литературы показывают, что за последние годы увеличилось число больных с запущенными формами острого аппендицита (ОА), что и определяет высокую частоту летальных исходов. В этой связи анализ больных с ОА, проживающих в сельской местности, приобретает важное практическое значение. Цель исследования - провести анализ частоты ОА в структуре больных с острыми хирургическими заболеваниями и выявить особенности течения ОА у больных, проживающих в сельской местности. Материал и методы. За период с 2010 по 2014 годы проведен анализ лечения 279 больных с ОА. Мужчин было 127(45,2%), женщин - 152(54,8%). Возраст больных колебался от 14 до 88 лет. Диагностика острого аппендицита базировалась на данных анамнеза, физикального обследования, лабораторных и биохимических исследований, а также по показаниям с использованием инструментальных методов обследования (обзорная рентгенография и УЗИ органов брюшной полости). Все больные с ОА оперированы под эндотрахеальным наркозом, через точку Мак-Бурнея, разрезом Волковича-Дьяконова, по показаниям выполняли средне- и нижнесрединную лапаротомию. Результаты и их обсуждения. С диагнозом ОА в 2010 году было оперировано 63 пациента, в 2011 - 62, в 2012 году - 51, в 2013 году - 48, в 2014 году - 55 человек. В структуре больных хирургическими заболеваниями, пролеченных в ЦРБ, ОА составил 39,2%. До 12 часов с момента заболевания было госпитализировано 35(12,5%) больных, от 12 до 24 часов - 79(28,3%), от 24 до 48 часов - 98(35,1%), более 48 часов - 67(24%). Острый катаральный аппендицит был обнаружен у 35 (12,5%), острый флегмонозный - у 177 (63,4%), острый гангренозный - у 67(24%) пациентов. Следовательно, деструктивные формы ОА составили 87,4%. Релапаротомий и летальных исходов у больных после выполнения аппендэктомии не было. Анализ полученных данных показывает, что результаты лечения больных с ОА хорошие, однако подавляющее большинство больных (59,1%) были оперированы в сроки более 24 часов с момента заболевания (от 24 до 48 часов - 35,1%, более 48 часов - 24%) и это при том, что у 87,4% пациентов были деструктивные формы ОА. В Сергиевском районе с максимальной удаленностью от больницы 50 км на 2015 год компактно проживает 46070 человек. В районе хорошо развита сеть автомобильных дорог практически во всех населенных пунктах, имеется 100% телефонизация. ЦРБ является травмоцентром второго уровня, обеспечена санитарным транспортом, укомплектована квалифицированным персоналом, имеет полноценную диагностическую базу (рентген, УЗИ, КТ, аппаратуру для лабораторных исследований, сохранена сеть ФАП). Все это позволяет сделать заключение о недостаточном понимании населения возможности развития острого аппендицита и другой хирургической патологии в органах брюшной полости и необходимости обращения за помощью при появлении болей в животе. Выводы



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

1. Среди больных проживающих в сельской местности, деструктивные формы ОА составляют 87,4%. 2. Подавляющее число больных сельской местности (59,1%) с клиникой острого аппендицита обращаются за помощью в сроки более 24 часов от начала заболевания. 3. В профилактике осложнений ОА ведущее место приобретает санитарно-просветительская работа среди населения.

---

589. Первичные и реконструктивные вмешательства при осложненном течении дивертикулярной болезни ободочной кишки в общехирургическом стационаре

Колядко В.П., Набиуллин И.Р., Сатинов А.В., Буторин К.К., Габдрахимов А.А., Карпачев Г.В., Мамакаев В.В., Каракулов Д.Б., Козлов А.Е.

Нижневартовск

БУ ХМАО-Югры "Нижневартовская окружная клиническая больница"

Количество пациентов в общехирургических стационарах с осложненным течением дивертикулярной болезни неуклонно растет. Вопросы тактики, сроков и объемов оперативного вмешательства по-прежнему являются актуальными. В течении 5 лет (2010-2015 гг.) в отделении неотложной и плановой хирургии оперированы 44 (100%) пациента. Мужчин 19 (43%), женщин 25 (57%). Средний возраст - составил 51 год. Самому молодому было 32 года, самому пожилому 72 года. В плановом порядке оперировано 14 (32%) больных. В эту группу вошли пациенты с рецидивирующим дивертикулитом (Hansen-Stock 3). У 3 пациентов из этой группы диагностированы свищи: сигмо-мочепузырные - 2, на коже паховой области - 1. Выполнены следующие оперативные вмешательства: "Гемиколэктомия слева" - 8 (57%), "Гемиколэктомия с протективной илеостомией" - 2 (14%), "Видеоассистированная резекция сигмовидной кишки" - 4 (29%). Расширение объема операции до гемиколэктомии связано с особенностями архитектоники сосудистых аркад и рубцовым укорочением брыжейки ободочной кишки. У 3 пациентов перенесших гемиколэктомию, выполнены симультанные вмешательства. В 2 случаях пластика передней брюшной стенки сетчатым протезом в режиме Inlay, в 1 случае операция Ramirez. В экстренном порядке оперировано 30 (68%) пациентов. Прикрытая перфорация и параколические абсцессы (Hansen-Stock 2b) выявлены у 12 (40%). Перфорация в свободную брюшную полость и перитонит (Hansen-Stock 2c) у 18 (60%) пациентов. Выполнены следующие оперативные вмешательства: "Резекция сегмента сигмовидной кишки с одноствольной сигмостомией" - 17 (57%), "Гемиколэктомия слева с трансверзостомией" - 6 (20%), "Резекция сигмы с десцендостомией" - 3 (10%), "Субтотальная колэктомия" - 1 (3%), "Колостомия по Майдлю" - 3 (10%). Реконструктивно-восстановительные операции предприняты у 30 пациентов с толстокишечными стомами в сроки от 3 до 12 месяцев, и у 2 пациентов с протективными илеостомами в сроки 4-6 недель. Технические трудности при восстановлении непрерывности кишечной трубки возникли практически у половины пациентов - 14, причина - массивный рубцово-спаечный процесс в брюшной полости. У 3 пациентов диагностирован так называемый «панцирный» живот, что заставило отказаться от восстановительной операции. Повторная попытка предпринята через один год, у 2 пациентов оказалась успешной. В одном случае операция так и не завершена реконструкцией. Формирование толстокишечного анастомоза у 20 пациентов дополнено: резекцией сигмовидной кишки - 17, гемиколэктомией - 3. Видеоассистированное снятие сигмостомы и восстановление непрерывности ободочной кишки выполнено у 3 (10%) больных. Трансректальный циркулярный степплерный шов применен у 22 (69%) пациентов, различные варианты ручного шва осуществлены у 10 (31%) пациентов. Среднее время операции составило 118 (+60) минут. Послеоперационный период осложнился у 7 (16%) пациентов, из них нагноение послеоперационной раны - 4, пневмония - 2. В одном случае (2%) у пациента 66 лет, после трансверзоректостомии в условиях массивного рубцово-спаечного процесса, наступила несостоятельность кишечного анастомоза, на 5 сутки после операции. Развился каловый перитонит, эвентерация, флегмона передней брюшной стенки. Летальный исход на 24 сутки. Заключение: лечение осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки является сложной и актуальной проблемой. Существуют многочисленные способы проведения срочного хирургического вмешательства при остром дивертикулите и

его осложнениях. Правильный выбор объема резекции толстой кишки при дивертикулярной болезни – ведущий фактор достижения хороших результатов лечения.

---

## 590.ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

А.Г. Хасанов (1), И.Ф. Суфияров (1), С.Х. Бакиров (2), А.Р.Мусин (2)

Уфа

1. Башкирский государственный медицинский университет 2. ГКБ № 8 г.Уфа

Актуальность. Несмотря на совершенствование средств и методов лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений, в том числе использование эндоскопических методов остановки кровотечения, уровень летальности остается высоким и составляет от 10-14% до 30% (1,2). До 40% в структуре больных с гастродуоденальными кровотечениями занимают лица пожилого и старческого возраста (3,4,6). При этом до 20% больных поступают позже 24 часов от начала заболевания, что существенно отягощает течение заболевания. В настоящее время у хирургов нет единого мнения в определении прогностических критериев риска рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений, определяющих тактическое решение хирурга, хотя именно рецидивирующие кровотечения в прогностическом отношении наиболее неблагоприятны (2,5,7). Поиск оптимальных методов прогноза рецидива кровотечения, разработка методов профилактики и разработка способов хирургического лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений, являются на сегодняшний день актуальной проблемой хирургической гастроэнтерологии. Цель исследования: разработать прогностический алгоритм выявления рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений для их профилактики в условиях хирургического стационара. Материал и методы. Работа основана на анализе 160 клинических наблюдений за больными, находившимися на лечении по поводу язвенных гастродуоденальных кровотечений в ГКБ № 8 за период 2008 - 2010 гг. Возраст пациентов был от 25 до 83 лет, средний возраст  $39,1 \pm 16,1$  лет. Мужчин - 103 (64%), женщин было 57 (36 %) (соотношение 1,8 : 1). При поступлении в стационар пациентам производили эндоскопические исследования. По степени устойчивости гемостаза пациенты распределились следующим образом: со степенью устойчивости гемостаза F II - 120 (75%), F III - 24 (15%), F I - 16 (10%). Эндоскопические признаки неустойчивого гемостаза имели 30 (38,4%) пациентов с язвой желудка и 42 (48%) - с язвой двенадцатиперстной кишки. Для воздействия на источник кровотечения через эндоскоп применяли термические (монополярная и биполярная электрокоагуляция), инъекционные (1,0 мл 0,1% раствора адреналина и 50 мл 0,5% раствора новокаина), аппликационные (обработка 5% раствором гамма аминокaproновой кислоты), механические (клипирование, наложение лигатур) методы гемостаза. Выбор метода гемостаза осуществлялся в соответствии с характеристиками источника язвенного кровотечения. Пациенты, оперированные в период с 2008 - 2009гг. (73 больных) составили контрольную группу. В данной группе оценка хирургического риска проводилась на основании изучения историй болезней и амбулаторных карт. Пациенты, находящиеся на лечении с 2009г. по 2010г. (87 больных), составили основную группу. В данной группе оценка факторов риска рецидива кровотечения проводилась в ходе предоперационной подготовки и в динамике раннего послеоперационного периода, при этом лечащим врачом давались конкретные рекомендации о вероятности развития риска кровотечения. Результаты и обсуждение. Для прогноза рецидива кровотечения нами был взят индекс рецидива кровотечения (ИРК), разработанный Лебедевым Н.В., Климовым А.Е. (2009). Данный индекс получают путем умножения величины шокового индекса (ШИ) на балл эндоскопической оценки по Форрест (Ф) и балл размера язвы (Р):  $ИРК = ШИ * Ф * Р$ . Для определения величины кровопотери используем шоковый индекс (отношение частоты сердечных сокращений к систолическому давлению), предложенный в 1976 г. М. Алльговерым. Данная методика определения величины кровопотери проста и доступна каждому врачу. Оценка язвенного кровотечения по Форрест ранжирована по баллам следующим образом: Ф1а – 5, Ф1в – 4, Ф2а – 3, Ф2в – 2, Ф2с – 1. Размер язвы определяется с помощью эндоскопической линейки во время гастродуоденоскопии и ранжируется в следующем порядке: до 5 мм – 1 балл, от 5 до 14 мм – 2 балла, от 15 до 24 мм – 3 балла, 25 мм и более – 4 балла. При умножении каждого признака выявляется целостная

картина рецидива кровотечения. Дополнительно нами введены 2 балла за локализацию язвы в опасных зонах (язва по малой кривизне желудка, язва по задней стенке луковицы 12 перстной кишки). При увеличении ИРК прогрессивно увеличивается риск рецидива кровотечения. Если балл ИРК 2 и менее вероятность рецидива кровотечения составляет 5,1%, 2-8 балла - 20%, 8-13 балла – 30%, 13-19 – 60-80% и при 20 и выше рецидив кровотечения отмечается у всех больных (100%). Срок действия прогноза - в первые 7 суток с момента поступления больного в стационар. Для определения тактики введения больного производилась ориентировочная оценка риска рецидива кровотечения у конкретного больного с учетом клинической картины. При сумме баллов ИРК от 1 до 12 производилось консервативное лечение, от 13 до 16 баллов велось динамическое наблюдение, показания к оперативному лечению выставлялись при сумме баллов 17 и более. Данные каждого больного проспективной группы обрабатывались согласно предложенному индексу ИРК и выбирался оптимальный вариант лечения (только медикаментозное лечение, выжидательная тактика, срочная операция, отсроченная операция после подготовки). Срочная операция при остановившемся кровотечении выполнялась в течение суток от поступления или в ближайшие часы (при продолжающемся кровотечении), отсроченная при достижении необходимого уровня компенсации. Главным опорным пунктом является выявление необходимости экстренной операции. Если она необходима (более 17 баллов ИРК), сравнивается риск экстренной операции и медикаментозного лечения. Если риск экстренной операции превышает риск медикаментозного лечения, то принимается решение о выжидательной тактике. В зависимости от прогноза возможности рецидива кровотечения можно выделить две основные группы: больные с неблагоприятным прогнозом рецидива кровотечения и больные, у которых вероятность рецидива кровотечения невелика. Иными словами, прогноз рецидива кровотечения является интегральным критерием, дающим возможность обоснованно определять сроки оперативного вмешательства. Выводы 1. Оптимальная тактика введения больных с ЖКК определяется тяжестью состояния, вида эндоскопического гемостаза и прогнозом рецидива кровотечения в первые часы поступления больного в хирургический стационар 2. Хирургическое лечение выполняется по строгим показаниям при неэффективности эндоскопического гемостаза, а также при высоком риске рецидива кровотечения (ИРК более 17 баллов).

---

## 591.ЛЕЧЕБНО - ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Хасанов А.Г.<sup>1</sup>, Суфияров И.Ф.<sup>1</sup>, Мусин А.Р.<sup>2</sup>, Бакиров С.Х. <sup>2</sup>, Бадретдинов А.Ф.<sup>1</sup>

Уфа

1. Башкирский государственный медицинский университет2. ГКБ № 8 г.Уфа

Актуальность. В последние десятилетие отмечается неуклонный рост числа операций, выполненных на органах брюшной полости. Вместе с тем растет число оперативных пособий, выполняемых по экстренным показаниям. В связи с этим все большее значение приобретает вопрос развития и внедрения новых малоинвазивных технологий в неотложной хирургии [1,3]. Одним из таких способов оперативных вмешательств является видеолапароскопия. В начальный период внедрения лапароскопии в экстренную хирургию более 70% всех операций составляли диагностические лапароскопии при аппендиците и тупой травме живота, что определяло в дальнейшем тактику и характер оперативного пособия. В настоящий момент это соотношение резко изменилось в сторону выполнения таких операций, как холецистэктомия, аппендэктомия, ушивание перфоративной язвы, ушивание кровоточащих язв, адгезиолизис. Объем операций, выполняемых из лапароскопического доступа, расширяется с каждым годом, экстренные хирургические заболевания все чаще могут быть разрешены без открытой лапаротомии [2,4]. В ГКБ №8 г.Уфы (кафедра хирургических болезней БГМУ) лапароскопические методы диагностики и лечения используются более 20 лет при различных острых и хронических заболеваниях органов брюшной полости, травмах. Целью данной работы был анализ структуры хирургической патологии в случаях выполнения лапароскопических вмешательств у больных, поступавших в хирургическое отделение с острыми процессами и травмами брюшной полости. Материал и методы Видеоэндохирургические вмешательства

выполнены у 1641 пациента с неотложными хирургическими заболеваниями в период с 1999 по 2012 г.г. Возраст пациентов был от 15 до 86 лет, средний возраст составлял  $39,1 \pm 16,1$  лет. При этом мужчин было 976 (59%), женщин – 665 (51%). На сегодняшний день в нашей клинике активно применяются лапароскопические методы: холецистэктомии, аппендэктомии, ушивания прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, устранение острой спаечной кишечной непроходимости, санация и дренирование поджелудочной железы при панкреонекрозе, программируемые санации при перитоните, устранение заворотов кишечника, ушивание кровоточащих язв, ушивание ножевых ранений органов брюшной полости, остановка кровотечений из паренхиматозных органов, гинекологические операции на органах малого таза. Наибольшее количество видеолaparоскопии 935 выполнено с диагностической целью. Видеолaparоскопия позволила избежать выполнения лапаротомии у 205 (22%) пациентов с подозрением на острый аппендицит. Наиболее часто при диагностической лапароскопии выявлялся мезаденит, пельвиоперитонит, кисты желтого тела. Использование видеолaparоскопии при закрытой травме живота позволяет своевременно выявлять повреждения органов брюшной полости. Показанием к диагностической лапароскопии при повреждениях живота считаем клинические проявления перитонита, повреждение таза, травмы почек, мочевого пузыря. При подтверждении диагноза острого аппендицита во время выполнения диагностической лапароскопии производим видеолaparоскопическую аппендэктомию. Противопоказанием к лапароскопической аппендэктомии считаем распространенный гнойный перитонит, аппендикулярный инфильтрат, выраженный спаечный конгломерат в области слепой кишки. Лапароскопическая аппендэктомия выполнена у 184 больных с различными формами острого деструктивного аппендицита. Формирование культи червеобразного отростка осуществлялось лигатурным способом. Осложнений в раннем послеоперационном не отмечено. В послеоперационном периоде больные после видеолaparоскопической аппендэктомии в обезболивающих препаратах нуждались значительно реже, чем после традиционной аппендэктомии, что значительно повышает физическую активность пациентов в раннем послеоперационном периоде. У пациентов с острым холециститом выполнено 328 срочных холецистэктомий. При этом в 14-х случаях произведен переход на лапаротомию в связи с необходимостью ревизии общего желчного протока. Видеолaparоскопия выполнена у 52 больных с острой кишечной непроходимостью (ОКН). Спаечная непроходимость выявлена в 31, заворот сигмовидной кишки – в 11, заворот тонкой кишки в -7, ущемлении внутренних грыж живота – в 3 случаях. В экстренном порядке оперированы 32 (62%) больных, остальные – после предоперационной подготовки. Среди пациентов со спаечной кишечной непроходимостью у 12 в анамнезе были неоднократные вмешательства на органах брюшной полости. Переход на лапаротомию осуществлен у 6 (12%) больных по разным причинам: ввиду массивного спаечного процесса у 2 больных, резкого вздутия петель кишечника у 3, из-за некроза кишки у 1 больного. Отработка показаний и противопоказаний применения видеолaparоскопии при ОКН продолжает совершенствоваться. С целью определения возможности проведения лапароскопического вмешательства, профилактики осложнений необходимо анализировать данные рентгенографии органов брюшной полости, ультразвукового сканирования висцеропариетальных сращений. Введение первого троакара считаем оптимальным после проведения открытой лапароскопии и пальцевой ревизии брюшной полости, при этом стилет не используется, что значительно снижает риск перфорации полого органа. Противопоказанием для проведения лапароскопии считаем интимное сращение органов с париетальной брюшиной, выраженность спаечного процесса 4 степени по А.Блинникову, при перфорации и кровотечении из полого органа на фоне ОКН. Для интраоперационной профилактики спаечной болезни брюшины в конце операции вводили дезагреганты, раствор Реамберина. Эндохирургически оперировано 96 больных с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Мужчин было 52, женщин 4. Возраст пациентов составлял от 19 до 70 лет. Ушивание перфоративной язвы на передней стенке двенадцатиперстной кишки проведено в 47 случаях, а язвы желудка в 9 случаях. По экстренным показаниям поступили в стационар через 1-6 часов после начала заболевания 36 больных, через 6-12 часов – 14 больных, через 12-24 часа – 6 больных. Всем больным до операции выполнялась фиброгастроуденоскопия под анестезией для определения размера и локализации язвы. Размеры перфорационного отверстия составили от 2 до 5 мм. Ушивание проводилось через все слои в один ряд с наложением интракорпоральных узловых швов. При прорезывании или сомнении в герметичности швов накладывали дополнительно зет-образный шов. Затем проводится адекватная санация брюшной полости с удалением фибриновых пленок. Ушивание прободной язвы выполняется в основном лапароскопически. Однако при больших язвах выполняется санация брюшной полости, затем минилапаротомным доступом выполняется иссечение язвенного дефекта и ушивание однорядным швом. Несостоятельность швов развилась в 3-х случаях, что потребовало выполнение лапаротомии. Видеолaparоскопия активно применяется для диагностики ранних послеоперационных осложнений. В ближайшем послеоперационном периоде лапароскопия выполнена у 25 больных, с подозрением на перитонит или внутрибрюшное кровотечение. В 9 случаях диагностирован распространенный перитонит, что послужило выполнением экстренной лапаротомии. У 12 больных при

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

лапароскопии был выявлен местный перитонит, что позволило произвести лапароскопическую санацию и избежать релапаротомии. При развитии ранней спаечной кишечной непроходимости у 8 больных произведен лапароскопический адгезиолизис. В 5 случаях при развитии желчного перитонита после холецистэктомии выполнена лапароскопическая диатермокоагуляция ложа желчного пузыря. У 2 —х больных при несостоятельности культи пузырного протока после холецистэктомии повторно наложены клипсы, произведена лапароскопическая санация брюшной полости. Результаты. При анализе результатов применения видеолапароскопии установлено, что средняя длительность пребывания в стационаре больных с острым холециститом составила 7,6 дня, острым аппендицитом 5,2 дня, прободной язвой желудка 7,3 дня, панкреонекрозом 12,3 дня. Заключение. Видеолапароскопия является высокоэффективным, безопасным, малотравматичным способом хирургического лечения, дающая наименьшее количество послеоперационных осложнений и способствующая более ранней активизации больных. Постоянное повышение квалификации эндохирурга, адекватный отбор больных и тщательное соблюдение техники вмешательства позволяет свести к минимуму риск экстренного хирургического вмешательства.

---

## 592. ПРИМЕНЕНИЕ ФИБРОХОЛЕДОХОСКОПИИ В МИНИЛАПАРОТОМНОМ ДОСТУПЕ ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

Хасанов А.Г.1, Суфияров И.Ф. 1, Бакиров С.Х.2, Насырова С.Р.2

Уфа

1. Башкирский государственный медицинский университет 2. ГКБ № 8 г. Уфа

Цель исследования: изучить возможности и показания к применению фиброхоледохоскопии при операциях на желчных путях из минидоступа. Материалы и методы исследования: В ГКБ № 8 с 1995 года применяется при операциях на желчевыводящих путях интраоперационная фиброхоледохоскопия аппаратом фирмы "Olympus". За период с 1995 по 2010 гг. произведено 654 фиброхоледохоскопии во время оперативных вмешательств по поводу холедохолитиаза. Показаниями для проведения холедохоскопии являлись признаки гипертензии в желчных протоках выявленные при предоперационном обследовании больных (гипербилирубинемия с преобладанием прямой фракции билирубин, повышение показателей щелочной фосфатазы, наличие желтухи, расширение внутрипеченочных протоков и холедоха больше 8 мм по данным УЗИ), а так же по данным визуального осмотра холедоха во время операции. Холедохоскопию начинали с ревизии дистального отдела холедоха и затем производили осмотр проксимальных отделов гепатобилиарной системы. Производили оценку фатерова соска: проходимость, наличие изменений слизистой, конкрементов, замазки. У 236 больных были выявлены конкременты в дистальном отделе холедоха, часть из которых располагались пристеночно, у 32 больных сочетание внутрипеченочного литиаза с конкрементами в холедохе и у 37 больных выявлен стеноз Фатерова соска без холедохолитиаза. Извлечение конкрементов производилось с помощью корзинок Dormia. У 12 больных были выявлены стриктуры холедоха. В 25 случаях были проведены релапаротомии в виду оставшихся конкрементов в желчных путях. Обусловлено данное осложнение заносом током жидкости мелких конкрементов, осколков желчных камней в печеночные протоки, осмотр которых затруднен из-за их более мелкого калибра и непроходимости для фиброхоледохоскопа. В 22 случаях сложности извлечения конкрементов были связаны плотным прилежанием камней в холедохе по типу горошин в стручке, при нерасширенном холедохе обход конкрементов для литоэкстрактора не представлялся возможным. Часть камней было удалено методом «выдаивания» камней из общего желчного протока. Во всех случаях операции закончены наружным дренированием холедоха по Керу или Вишневному. Обсуждение: Течение послеоперационного периода характеризовалось отсутствием выраженного болевого синдрома, пареза кишечника, нарушением функции внешнего дыхания. Больные хорошо переносили подобную операцию. Активизировались в конце 1-х суток. Послеоперационный койко-день не превышал 6 суток. Дренаж холедоха как правило, удалялся на 10-14-и сутки после операции. Выводы: В отличие от рентгеновских методов диагностики холедохоскопия позволяет детально обследовать не только холедох, но и проксимальные отделы гепатобилиарной системы, выявлять внутрипеченочный литиаз, оценивать состояние слизистой протоков, выраженность холангита,

563

при необходимости дает возможность взять биопсию с непосредственно измененного участка. Одним из преимуществ фиброхоледохоскопии является возможность использовать ее не только с диагностической целью, но и с лечебной. Применение интраоперационной фиброхоледохоскопии при операциях на желчных путях является неотъемлемой частью оперативного лечения, позволяющая сократить объемы и время операции, качественно улучшить состояние больных в послеоперационном периоде.

---

593. Роль эндоскопических технологий при операциях на пищеводно-желудочном сегменте.

Бабин И.Е., Халиков И.Д., Антоненко И.В., Казимиров И.С., Семенов Е.В., Макаров С.В.

Салехард, ЯНАО

Салехардская окружная клиническая больница

Операции по поводу ГЭРБ болезни занимает второе место среди эндоскопических операций, проводимых в Центре эндоскопических технологий на Ямале, на базе отделения хирургии Салехардской окружной клинической больницы. Показаниями к оперативному лечению послужили – осложненное течение ГЭРБ (эрозивный эзофагит, стриктуры,) – 49 пациентов (67%), внепищеводная симптоматика (одышка, кашель) – 12 человек (16%), большие размеры грыжи – 8 пациентов (12%), ГЭРБ без наличия грыжи (мучительная изжога, настойчивое желание пациента) – 4 человека (5%). За период 2008-2014 года выполнено 73 операции, из них: операция Ниссена - 41, Тупе – 21, Дору – 11. В 8 случаях выполнялись симультанные операции: ЛХЭ в 8 случаях, грыжесечение по поводу вентральной грыжи - 2 случая, пилоропластика - 1 случай. Во всех случаях выполнялась задняя крурорафия. Среди оперированных мужчин 29, женщин- 44. Возрастной состав преимущественно представлен трудоспособным возрастом: 20-30 лет (4 чел.) – 5,5%, 30-40 лет (12 чел.) – 16%, 40-50 лет (27 чел.) – 37%, 50-60 лет (26) – 36%, 60-70 лет (4 чел.) – 5,5%. По поводу ахалазии кардии за этот период времени выполнено 8 эндоскопических операций (Операция Геллера). Из 81 эндоскопической операции конверсии выполнены в 1 случае (1,2%). Осложнения интраоперационные зафиксированы в 7 случаях: ранение синуса – 3 (выполнено дренирование плевральной полости после операции), кровотечение из коротких сосудов селезенки – 4 (2 остановлено лапароскопически, в 2-х случаях выполнена спленэктомия (одна из них лапароскопически). Релапароскопия на 2-е сутки послеоперационного периода выполнена в одном случае. (подозрение на дислокацию манжетки) – без патологии, выздоровление. В ближайшем послеоперационном периоде в 95% случаев отмечена регрессия клинической симптоматики. Повторных операций за этот период времени по поводу рецидива не было.

---

594. Эндопротезирование и стентирование в практике многопрофильной областной больницы.

Макаров С.В., Бабин И.Е., Халиков И.Д., Мартынюк И.Н., Антоненко И.В., Зверев Я.Г.

Салехард, ЯНАО

Салехардская окружная клиническая больница

В отделении эндоскопии Салехардской окружной клинической больницы с 2007 года проводится стентирование наружных желчных протоков, как при осложнениях ЖКБ, так и при опухолевом и ятрогенном поражении внепеченочных и внутрипеченочных протоков. За период 2007-2015 гг. выполнено

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

76 эндопротезирований, из них по поводу стеноза н/3 холедоха -25 наблюдений, рака головки поджелудочной железы – 21, опухоль БДС – 6, стеноз холедоха в области ворот печени, включая опухоль Клацкина – 14, множественный холедохолитиаз - 5 (пожилые пациенты, с выраженной сопутствующей патологией, которые не подлежат оперативному лечению), стеноз левого печеночного протока – 1, парапапиллярный дивертикул ДПК – 1, несостоятельность швов холедоха – 1, наружный желчный свищ – 1, киста холедоха – 1. Для стентирования применялись пластиковые стенты фирм OLYMPUS(Япония), COOK(США), MTW(Германия), а так же металлические саморасширяющиеся непокрытые Z стенты COOK. За весь период отмечено три осложнения: миграция стента в просвет холедоха – 1 случай, миграция стента в просвет ДПК - 2 случая. С 2010 года в отделении проводится стентирование пищевода желудка ДПК и толстой кишки, пациентам, с неоперабельной онкопатологией. Выполнено 46 стентирований. Локализация опухолевого процесса была представлена: рак н/3 пищевода – 18 случаев, рак с/3 пищевода – 11, рак в/3 пищевода – 1, рак выходного отдела желудка – 3, опухолевый стеноз ДПК – 4, несостоятельность эзофагогастроанастомоза – 1, рак сигмовидной кишки – 3, постлучевой стеноз прямой кишки – 1, Стеноз прямой кишки за счет сдавления просвета опухолью шейки матки – 1, ахалазия кардии – 1, экспираторный стеноз трахеи IV ст. - 1 (стентирование трахеи), постожоговая протяженная стриктура с/3 пищевода - 1 (одними из первых в России был установлен биодеградебельный стент). Зафиксированы 2 осложнения в виде миграции стентов в просвет желудка. Стентирование желчных протоков и протезирование полых органов желудочно-кишечного тракта позволяет в ряде случаев эффективно подготовить больного к оперативному лечению, при неоперабельности - обеспечить приемлемое качество жизни, избегая открытых операций.

---

595.Микрохирургические пищеводно-желудочные анастомозы при резекции пищевода и кардии желудка

Самойлов П.В., Третьяков А.А., Каган И.И.

Оренбург

ГБОУ ВПО "Оренбургский государственный медицинский университет"

Задачи исследования. Улучшить непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения рака грудного отдела пищевода и кардии желудка. Материалы и методы. Клинический материал исследования основан на анализе результатов хирургического лечения 56 пациентов с раком грудного отдела пищевода и кардиоэзофагеального перехода за период 2009 - 2012 гг. Возраст пациентов колебался от 35 до 79 лет и в среднем составил 62,5+13,7 года. Мужчин оперировано 46 (82,1%), женщин – 10 (17,9%). Соотношение мужчин к женщинам составило 4,6:1. Хирургическое вмешательство по поводу рака грудного отдела пищевода выполнено 37 пациентам, что составило 66,1%. С кардиоэзофагеальным раком прооперировано 19 (33,9%) пациентов. Основным видом хирургического вмешательства при раке грудного отдела пищевода и кардиоэзофагеального перехода являлась операция типа Льюиса. Формирование микрохирургического пищеводно-желудочного анастомоза выполняли под 6-ти кратном оптическим увеличением бинокулярной лупы с использованием набора микрохирургических инструментов и шовного материала PDS II 6/0. Суть способа заключалась в следующем: формировали анастомоз по типу конец пищевода на переднюю стенку желудка путем наложения однорядного непрерывного микрохирургического шва без захвата слизистой оболочки с последующим укрытием соустья передней стенкой желудка отдельными серозно-мышечными. Оценка состояния и функционирования пищеводно-желудочных анастомозов проводилась всем пациентам на основании данных эндоскопического, рентгенологического обследования и пробы на желудочно-пищеводный рефлюкс в положении Тренделенбурга на 14 сутки и через 3, 6, 12 месяцев после операции. Оценивалась проходимость анастомоза, сроки эпителизации, антирефлюксные свойства, ранние и поздние осложнения. Результаты. Оценка результатов хирургического лечения пациентов, оперированных с применением микрохирургической техники, выявила значительное снижение количества послеоперационных осложнений, как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периоде. Не отмечено ни одного случая таких грозных ранних послеоперационных осложнений, как несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза и некроз желудочного трансплантата. Отмечено снижение не только

565

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

ранних, но поздних послеоперационных осложнений, напрямую влияющих на качество жизни пациентов перенесших операцию типа Льюиса. Количество рефлюкс-эзофагитов отмечено у 3 пациентов (5,4%), рубцовых стенозов у 1 (1,8%). Выводы. Клиническое использование микрохирургических пищеводно-желудочных анастомозов позволило значительно улучшить результаты операции, избежать развития серьезных осложнений, как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периоде. Созданные безопасные, функционально активные пищеводно-желудочные соустья обеспечивают высокое качество жизни пациентам.

---

596. Роль малоинвазивных лапароскопических вмешательств при остром панкреатите в ранние сроки заболевания

Резниченко А.М., Татарчук П.А.

Симферополь

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

Актуальность проблемы обусловлена ростом числа больных с данной патологией и значительной тяжестью течения заболевания, особенно при возникновении осложнений. В настоящее время тактика лечения пациентов с данной нозологией достаточно унифицирована и на начальном этапе заключается с проведении интенсивной терапии. Однако, несмотря на проводимое консервативное лечение, в 20-25% случаев течение острого панкреатита осложняется деструктивными изменениями в ткани поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, развитием панкреатогенной токсемии, полиорганной недостаточности, присоединением инфекции с образованием абсцессов и флегмон забрюшинного пространства и перитонита. При современном уровне развития диагностической базы, считаем вполне возможным в течение первых нескольких суток пребывания пациентов в стационаре определить показания к внутрибрюшным малоинвазивным оперативным вмешательствам. Хирургическую тактику начального периода лечения строим, опираясь на результаты неинвазивных методов исследования (ультразвуковое исследование, компьютерная томография брюшной полости и забрюшинного пространства), позволяющих определить наличие выпота в брюшной полости, признаки билиарной гипертензии (при наличии камней в желчном пузыре и желчных протоках или без них). При наличии свободного или локализованного выпота в брюшной полости считаем показанным выполнение санационной видеолапароскопии с обязательным дренированием брюшной полости как для оценки состояния поджелудочной железы и окружающих ее органов, так и для купирования ферментативного перитонита. Еще одним важным аспектом, требующим принятия решения во время данной операции, является необходимость во вмешательстве на желчном пузыре и внепеченочных желчных путях. При билиарной причине острого панкреатита, остром и хроническом калькулезном холецистите выполнение холецистэктомии считаем показанным, тем более что лапароскопическое удаление желчного пузыря является достаточно щадящей операцией. При отсутствии клинических и лабораторно-инструментальных признаков билиарной гипертензии считаем возможным отказаться от наружного дренирования общего желчного протока, однако увеличение в размерах и напряжение желчного пузыря, расширение внепеченочных желчных протоков, даже при отсутствии видимой механической причины холестаза, делают наружное дренирование внепеченочных желчных протоков обязательным. Таким образом выполнение малоинвазивных лапароскопических вмешательств при остром панкреатите в ранние сроки течения заболевания считаем показанным. Дренирующие оперативные вмешательства выполняем с целью удаления из брюшной полости ферментативного выпота, что уменьшает как явления панкреатогенной токсемии, так и вероятность присоединения инфекции. Расширенные операции при остром панкреатите, связанные с удалением желчного пузыря и наружном дренировании внепеченочных желчных протоков, выполняем с целью устранения билиарной гипертензии, как одного из ведущих факторов развития острого панкреатита.

---



#### 597. ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПРИТОКОВОЙ ФОРМОЙ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Чернооков А.И. (1), Ларионов А.А. (2), Подколзин Е.В. (1), Сильчук Е.С. (2), Толибов Ф.Г. (1), Атаян А.А. (1), Черноокова А.А. (2), Долгов С.И. (1)

Москва

1) ГБОУ ВПО Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова Минздрава РФ, кафедра госпитальной хирургии №22) ЗАО «Центр Флебологии»

Актуальность. Широкий выбор методов лечения варикозной болезни нижних конечностей в условиях отсутствия четких показаний к их применению и склонность заболевания к рецидивам обуславливают постоянный интерес к данному вопросу. Дифференцированный подход к устранению венозного рефлюкса с учетом диаметра варикозных вен является важнейшим аспектом проблемы лечения варикозной болезни. Цель. Улучшение результатов лечения пациентов с варикозной болезнью. Материалы и методы. С 2008 по 2012 годы на клинических базах кафедры госпитальной хирургии №2 Первого МГМУ имени И.М. Сеченова находилось на лечении 73 больных с притоковой формой варикозной болезни. Для исследования сформировали три группы. В группу 1А вошли 27 больных с диаметром варикозных притоков менее 5 мм, в группу 1Б — 21 больной с диаметром варикозных вен более 5 мм. У пациентов групп 1А и 1Б выполнили флебосклерооблитерацию. Группа 2 была представлена 25 пациентами с диаметром вен более 5 мм, которым выполнили минифлебэктомию под местной анестезией. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Результаты и обсуждение. После выполнения флебосклерооблитерации у пациентов с диаметром вен до 5 мм (группа 1А) гиперпигментация развилась у 6 (22,2%) больных, у пациентов с диаметром вен более 5 мм (группа 1Б) — в 11 (52,4%) случаях ( $p=0,0320$ ). Гиперпигментацию, которая сохранялась более 12 месяцев, у больных группы 1А не отметили, у больных группы 1Б осложнение развилось в 2 (9,5%) случаях ( $p=0,1862$ ). Тромбофлебит облитерированных вен у больных группы 1А и 1Б отметили в 2 (7,4%) и в 7 (33,3%) случаях ( $p=0,0306$ ) соответственно. Вторичные телеангиоэктазии отметили у 3 (11,1%) и у 4 (19,0%) пациентов соответственно ( $p=0,6830$ ). Восходящий тромбофлебит большой подкожной вены у пациентов группы 1Б отметили в 1 (4,8%) случае, сегментарный тромбоз суральных вен также в 1 (4,8%) случае ( $p=0,4375$ ). Отдаленные результаты флебосклерооблитерации изучили в течение 3 лет у 23 и 17 пациентов групп 1А и 1Б соответственно. Реканализацию облитерированных вен различной протяженности у больных группы 1А выявили в 3 (13,0%) случаях, у больных группы 1Б — в 7 (41,2%) случаях соответственно ( $p=0,0663$ ). После минифлебэктомии у всех пациентов группы 2 отметили появление экхимозов. Отдаленные результаты изучили в течение 3 лет у 23 больных. При этом рецидив отметили у 2 (8,7%) пациентов. В первом случае рецидив был обусловлен резидуальными сегментами вен, которые располагались глубоко в подкожной клетчатке, во втором случае отметили несостоятельность клапанов перфорантной вены, ранее связанной с удаленным притоком и другими подкожными венами. На момент проведения операции размер перфоранта составил 2,9 мм. Статистическую значимость различий выявили при сравнении результатов группы 1Б и группы 2 ( $p=0,0231$ ). Выводы. Таким образом, флебосклерооблитерация — это безоперационная методика, которая отличается малой болезненностью, отсутствием специальной подготовки пациента, при этом нет необходимости сдавать анализы. Однако у больных с диаметром вен более 5 мм статистически значимо увеличивается частота образования гиперпигментации и тромбофлебита облитерированных вен по сравнению с пациентами, где диаметр варикозных вен не превышает 5 мм. Также возрастает риск реканализации склерозированных вен, поэтому в данной ситуации целесообразно выполнение минифлебэктомии, поскольку рецидив после нее отметили у 2 (8,7%) пациентов, против 7 (41,2%) перенесших флебосклерооблитерацию.

---

#### 598. АЛГОРИТМ ПОКАЗАНИЙ И ВЫБОРА СПОСОБОВ ИССЕЧЕНИЯ И ПЛАСТИКИ ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

567

Нишанов М.Ф., Нишанов Ф.Н., Отакузиев А.З., Хожиметов Д.Ш., Ботиров Ж.А.

Андижан, Республика Узбекистан

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. Перфорация язвы - одно из наиболее тяжелых и опасных осложнений язвенной болезни (ЯБ). Частота ее по отношению ко всем случаям ЯБ колеблется в довольно широких пределах и составляет от 1% до 32%. Последние годы характеризуются повышением летальности от прободных язв (от 2-8% до 13,5%), что связано с рядом причин, зачастую не зависящих от хирургов. Цель исследования. Улучшить результаты оперативных вмешательств при перфоративных дуоденальных язвах. Материалы и методы. На базе кафедры хирургических болезней Андижанского медицинского института за период с 2009 по 2014-е годы по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), с осложненными перфорацией находились 103 больных (мужчин-94(91,2%), женщин-9 (8,8%)) в возрасте от 17 до 73 лет. Чаще всего прободение дуоденальных язв наблюдалось у мужчин молодого и среднего возраста. Всем больным в приемном отделении также проводилось УЗИ - установление свободной жидкости в брюшной полости, при наличии соответствующих клинико-анамнестических данных ставилось показание к экстренной операции. При сомнении - по показаниям диагностическая лапароскопия или ФЭГДС. При ФЭГДС, установления дефекта в стенке желудка и/или двенадцатиперстной кишки (ДПК) - ставилось показание к экстренной операции. Сущность предложенного алгоритма сводится к следующему: при ЯБДПК, осложненной перфорацией при сроках до 12 часов с момента перфорации, диаметре прободной язвы до 2 см, местном и диффузном перитоните, не зависимо от возраста, при отсутствии признаков суб- и декомпенсированного стеноза привратника и хронического нарушения дуоденальной проходимости (ХНДП) ставим показание к иссечению прободной дуоденальной язвы, дуоденопластика с однорядным швом. При интактности пилорического жома выполняется пилородилатация с дуоденопластикой по «методики клиники». При вовлечении пилорического жома – пилородуоденопластика по Джадду-Танаке. Во всех случаях в послеоперационном периоде с иссечением перфоративной дуоденальной язвы с дуоденопластикой следует продолжать противорецидивное медикаментозное лечение, которое включает в себя антисекреторный и анти- Helicobacter Pylori терапии. Результаты и их обсуждения. Предложенный алгоритм позволяет уточнить показания к операции иссечения перфоративных дуоденальных язв, а также оптимизировать выбор той или иной её модификации. Также рекомендуют противорецидивное лечение в обязательном порядке. Придерживаясь данного алгоритма можно, несомненно, улучшить результаты данного оперативного вмешательства при перфоративных дуоденальных язвах. Выводы. Таким образом, придерживаясь предложенного алгоритма мы оптимизировали выбор метода операции и способа его завершения с внесением корректив при техническом исполнении иссечения прободной язвы с дуоденопластикой.

---

#### 599. ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНОГО АЛГОРИТМА ПОСЛЕ ЭХИНОКОККОЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ

Отакузиев А.З., Нишанов Ф.Н., Абдуллажонов Б.Р., Нишанов М.Ф., Галатов А.А.

Андижан, Республика Узбекистан

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени во многом зависят от эффективности послеоперационного лечения больных. Хирургические вмешательства, применяемые при эхинококкозе печени, в свою очередь, имеют своеобразную специфику, обусловленную частым (до 54%) развитием ряда серьезных осложнений, таких как желчные свищи, кровотечение, секвестрация фиброзной оболочки, нагноение остаточной полости, образование неспецифических кист и абсцессов, а также рецидивы эхинококкоза сопровождаются множественными повторными оперативными вмешательствами и приводят к стойкой инвалидизации больных. Цель исследования. Улучшить результаты хирургического

лечения осложнений после эхинококкэктомии печени. Материалы и методы. За период с 1998 по 2014 годы на базе кафедры хирургии АГМИ прооперированы 1094 больных перенесших оперативные вмешательства по поводу эхинококкоза печени. Из 1094 больных пункционно-дренажному методу лечения подвергнуты 76 (7%) пациентов у которых в послеоперационном периоде было диагностировано скопление жидкости в остаточной полости (желчь, гной или другие патологические жидкости). Необходимо отметить, что только 25 (33%) пациентов ранее были оперированы на базе кафедры, а остальные 51 (67%) больных свою первичную операцию перенесли в других лечебных учреждениях Ферганской долины. Результаты и их обсуждения: По мере накопления опыта работы нами разработан алгоритм, согласно которому, после оперативного вмешательства во всех случаях проводили профилактическую послеоперационную химиотерапию (альбендазол, мебендазол, зентел, метронидазол, фуразолидон под контролем биохимических анализов крови), в сочетании с гепатопротекторами, иммунологической коррекцией и лазеротерапией. Регулярный контроль за динамикой размеров, объема, характера остаточной полости печени осуществляли посредством УЗИ. При наличии дренажной трубки проводилось промывание остаточной полости растворами фурациллина, гипертоническим раствором хлорида натрия (20%) с экспозицией 7-10 минут, диоксида (1%), раствором метрогила. Изучение причин возникновения нагноения или скопления жидкости (серозный, геморрагический, желчный) в остаточной полости (ОП) показало: что причиной служило, позднее обращение больных и позднее выявление эхинококкоза с осложненными формами, утолщенная и плотная фиброзная капсула, оставление в полости незамеченных желчных свищей, неполная остановка кровотечения из краев раны фиброзной капсулы во время операции, наличие воспаления на внутренней поверхности фиброзной капсулы, в результате неадекватного дренирования остаточной полости. При УЗИ жидкостное образование в остаточной полости размером от 3 - 5 см отмечено у 47 больного, густая масса размером 6-10 см у 17 больных, гомогенное образование более 10 см у 12 больных. При скоплении жидкости в остаточной полости (желчный свищ, кровотечение) и абсцессе проводили чрескожное чреспеченочное дренирование по методике PAIR под контролем УЗИ и рентгенотелевидения. В случаях неэффективности дренирования на фоне продолжающегося кровотечения и желчеистечения выполняли релапаротомию. Развитие рецидива и/или диссеминации в результате неудачного предыдущего оперативного вмешательства считаем показанием к повторной операции. Выводы. Разработанный алгоритм позволит оптимизировать выбор хирургической тактики при осложнениях после эхинококкэктомии печени.

---

## 600.ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТАЧАЩИХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

Нишанов Ф.Н., Нишанов М.Ф., Отакузиев А.З., Шерматов А.А., Рустамжанов А.Б.

Андижан, Республика Узбекистан

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: Желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) из дуоденальных язв являются наиболее тяжелым осложнением этого заболевания и по данным литературы составляют 15-20 % больных с данной патологией. Высокая общая (10,8-13,5%) и послеоперационная летальность (14,7-19,3%) при ЖКК у этих больных не имеют тенденцию к снижению, а при рецидивной кровопотери и выполнения «операции отчаяния», летальность достигает 30-40% и более. Цель исследования: Улучшение результатов лечения больных с дуоденальными кровотечениями язвенного генеза. Материалы и методы. На базе кафедры хирургических болезней Андижанского медицинского института за период с 2009 по 2014-е годы по поводу ЯБДПК, с осложнениями кровотечения находились на стационарном лечении 163 больных. При поступлении пациентов с острым язвенным кровотечением в наше хирургическое отделение начиная с приемного покоя, проводилась оценка тяжести кровопотери (В.Г.Вебрицкий и соавт., 2004). Больных с легкой степенью кровопотери было 58 (35,5%), с средней степенью кровопотери было 72 (44,2%), с тяжелой степенью кровопотери было 27 (16,6%) и больных с крайне тяжелой степенью кровопотери было 6 (3,7%). Пациентам с легкой и средней степенью кровопотери эзофагогастроэнтерокопическое исследование

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

(ЭФГДС) проводили сразу после поступления в приемном отделении, при более тяжелой кровопотери вначале после госпитализации в палату интенсивной терапии осуществляли инфузионную, гемостатическую терапию, вливали кровозаменители и по показаниям проводили гемотрансфузию. После стабилизации состояния пациентов проводили ЭФГДС. С первых часов поступления в стационар, а также больным с клинико-эндоскопической картиной продолжающегося кровотечения проводилась системная гемостатическая терапия, в том числе инфузии 5% раствора эpsilon-аминокапроновой кислоты, раствор дицинона (до 1,0 г/сутки), раствор 10% кальция хлорида, а также эррадикационная терапия препаратами блокаторов H<sub>2</sub> – рецепторов, с парентеральным введением препаратов ингибиторов протонной помпы (ИПП) и метронидазола. Вливали кровозаменители и по показаниям проводили гемотрансфузию. При отсутствии ожидаемого эффекта консервативных методов лечения, переходили к оперативным методам лечения. К выбору метода операции у каждого конкретного больного мы подходили индивидуально. При «трудности» удаления язвы и для выхода из сложившейся ситуации производили мобилизацию ДПК по Кохеру. РЖ в модификации Габерер-Финнея в вышеперечисленных ситуациях являются незаменимыми, расширяя показания к наложению анастомоза с сохранением естественного пассажа пищи. При локализации кровоточащей язвы в ДПК, иссечение язвы с ДП производили при интактности пилорического жома, отсутствии суб- и декомпенсированного ПДС, а также отсутствии «трудных» ДЯ. Вывод. Таким образом, в процессе работы, было выявлено что, оперативные методы лечения по поводу ЯБДПК осложненного кровотечения являются радикальным методом лечения. Выбор метода хирургического лечения зависит от локализации язв, характера сочетанных осложнений, возраста больных, от анатомических изменений вокруг ДЯ, обнаруженных во время операции.

---

#### 601. ПРИНЦИПЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Нишанов М.Ф., Нишанов Ф.Н., Абдуллажанов Б.Р., Отакузиев А.З., Хожиметов Д.Ш.

Андижан, Республика Узбекистан

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. Несмотря на прогресс в изучении вопросов этиологии, патогенеза и лечения, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки по-прежнему остается чрезвычайно значимой медицинской, социальной и экономической проблемой. Появление, апробирование и широкое внедрение новых консервативных противорецидивных схем терапии и хирургических методов коррекции кислото-пептической агрессии существенно снизило процент осложнений язвенной болезни (ЯБ), однако кровотечение, перфорация, пенетрация и стеноз по-прежнему, в ряде случаев, могут приводить к летальному исходу. Не менее важным является индивидуализированный подход к выбору реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде. Цель исследования. Оптимизация послеоперационного ведения больных после операций по поводу ЯБДПК. Методы послеоперационного ведения. Нами разработан комплекс мероприятий ведения больных в раннем послеоперационном периоде после оперативных вмешательств по поводу ЯБДПК. При этом мы уделяли особое внимание ранней активизации пациентов: полупостельный режим с упражнениями в положении лёжа назначался пациентам на следующие сутки после операции, что способствовало улучшению вентиляционных показателей органов дыхания. С целью своевременного восстановления моторно-эвакуаторной функции желудка и кишечника на вторые сутки после операции больному назначается первый сеанс стимуляции кишечника (постоянная декомпрессия культи желудка и области анастомоза, ректальные суппозитории-бисокадил). Однако, учитывая, что всасывающая функция кишечника в 1-2 сутки оказывается сохраненной лишь в отношении ингредиентов солевых растворов, зондовое энтеральное питание в эти сроки осуществляли за счет 2-2,5 литров полиионных растворов. После нормализации процессов переваривания и всасывания на фоне стимуляции кишечника (1-2 раза в день) на 2-3 сутки переходим к энтеральному введению полусубстратных растворов-гидролизатов белков и смесей натуральных продуктов. Для подавления желудочной секреции применяли антациды (альмагель, фасфагель, альмацид), современных антисекреторных препаратов (H<sub>2</sub>-

гистамино блокаторы-рантак, ультран, ранитидин, кваматель), блокаторы протонной помпы (омепразол, пантопрозол, рабепразол). Антибактериальная терапия должна носить превентивный и комплексный характер. В качестве антибиотика использовали препарат Клафоран в дозировке 1.0 x 2 раза в сутки. Инъекционную форму препарата на 3 сутки, после восстановления функции ЖКТ, заменяли таблетированной формой 0,5 x 2 раза в течении 6 дней. Результаты и их обсуждения. Подводя итоги проделанной работы, необходимо отметить, что внедрение вышеуказанных методик комплексной послеоперационной ведение больных, значительно снизило процент ранних послеоперационных осложнений. Оперативное вмешательство на ранних этапах снизилось до 10% наблюдений. Послеоперационные осложнения снизились на 6,8%, а летальность до 4,2%. Вывод. Таким образом, использование разработанного комплекса мероприятий ведения больных в раннем послеоперационном периоде после оперативных вмешательств по поводу ЯБДПК позволяет существенно улучшить исход оперативного вмешательства. Лекарственная терапия и щадящая диета обеспечивали достижение следующих целей (при устойчивом гемостазе): обеспечение стойкого гемостаза, ликвидацию болевого синдрома и диспептических проявлений, снятие периульцерозной воспалительной инфильтрации и устранение признаков анастомозита, гастрита и дуоденита.

---

602. Лечение отрицательным давлением синдрома диабетической стопы, осложненной флегмоной

Штильман М.Ю.(1), Чумбуридзе И.П.(1), Явруян О.А.(1), Федуненко В.Г.(1), Задыханов Э.Р.(1), Дуков С.В.(2)

Ростов-на-Дону

1) Ростовский государственный медицинский университет 2) Областная клиническая больница №2

В настоящее время наблюдается повсеместный рост заболеваемости сахарным диабетом (СД). По данным ВОЗ, каждые 15 лет количество больных СД удваивается (2). Синдром диабетической стопы (СДС) является одним из наиболее тяжелых поздних осложнений сахарного диабета. СДС встречается в различной форме у 30-80% больных сахарным диабетом [2,3]. Гнойно - некротический процесс при СД имеет свои особенности и сопровождается иммунологическими нарушениями регуляции репаративного процесса. За последние годы достигнуты революционные изменения в понимании регуляции механизмов регуляции раневого процесса. При этом, важная роль отводится цитокинам [1,5]. Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с гнойно-некротическими осложнениями СДС путем применения локальной вакуум терапии. Материал и методы. Нами проведен анализ результатов лечения 51 больных в возрасте от 49 до 67 лет с флегмоной стопы, различной локализации на фоне СДС. У всех больных имелся ИНСД. У 27 больных (52%) диагностирована нейропатическая форма СДС. Больные в зависимости от получаемой терапии были распределены на две группы: 1- контрольная (n 24 ) и 2-основная (n 27). Пациенты контрольной группы получали традиционную общепринятую терапию, а в комплекс лечения основной была включена локальная вакуум терапия аппаратом Vivano NPWT System фирмы Hartmann. Режим прибора непрерывный - 125 мм.рт.ст. Все больные были оперированы по неотложным показаниям. В качестве критериев оценки эффективности лечения служили анализ клинических результатов и исследование концентрации тромбоцитарного фактора роста (PDGF), а так же фактора роста фибробластов (FGF) в отделяемом из послеоперационной раны. Для характеристики состояния раневого процесса мы использовали ведение документации по системе MEASURE [4]. Концентрации PDGF и FGF определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа наборами фирмы DSL (США). При подсчете результатов использовали многофункциональный фотометр Victor(Wallac, Финляндия). Результаты и обсуждение: У больных 1 группы, получавших только стандартную терапию, длительность отека стопы наблюдалось до 9,2±0,4 суток. Гиперемии стопы - до 8,6±0,3 суток; появление грануляционной ткани отмечено к 13,1±0,4 суткам; очищение раны наступало на 11,4±0,4 сутки; гранулирование всей поверхности раны на 23,5±0,5 сутки, полная эпителизация – на 26,3±0,5 сутки. У пациентов 2 группы длительность отека стопы сохранялась до 6,7±0,4 суток (индекс ускорении 4,9); гиперемия наблюдалась до 5,3±0,3 суток (индекс ускорения 4,5);

появление грануляций было отмечено на 7,1±0,4 сутки (индекс ускорения 4,5); очищение раны наступало к 8,4±0,2 суткам (индекс ускорения 5,3); гранулирование на 13,7±0,3сутки ( индекс ускорения 7,3), эпителизация раны – на 16,2±0,3сутки (индекс ускорения 7,2). Изучение динамики содержания факторов роста показало, что на фоне вакуум терапии отмечалось более раннее их появление в тканях, а в дальнейшем и более интенсивное нарастание их концентрации. При применении цитокинотерапии у больных 2 группы уже с 4-х суток отмечалось появление факторов роста (FGF-9,3±1,4пг/мл, PDGF 3,5±1,2пг/мл), которые отсутствовали у больных 1 группы. Концентрация фактора роста фибробластов и тромбоцитарного фактора роста значительно увеличивалась при использовании местной цитокинотерапии. У больных исследуемой группы концентрация FGF и PDGF (23,7±2,2пг/мл и 13,1±1,2пг/мл) на 9 сутки была больше в 2,5 раза и в 2,7 раз, чем у пациентов контрольной группы (11,2±1,1пг/мл и 3,6±1,2пг/мл). К 16 суткам концентрация этих факторов у больных 2 группы значительно превышала показатели у пациентов 1 группы: в 2,3 раз и 5,7 раз, соответственно (2 группа: FGF -53,4 ±3,3пг/млг, PDGF-48,2±8,4пг/млг; 1 группа: FGF-22,3±3,1пг/мл,PDGF-8,7±3,2пг/млг). Выводы. Применение методики локальной вакуум терапии позволяет улучшить результаты лечения данной категории больных, что выразилось в ускорении течения раневого процесса, в уменьшении сроков стационарного лечения.

---

### 603. ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОЧАГОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Алибегов Р.А.,Сергеев О.А.,Прохоренко Т.И.,Жвितिшвили И.Д.

Смоленск

СГМУ, Клиническая больница № 1

Количество выполняемых резекций печени неуклонно увеличивается, при этом непосредственная летальность после операции составляет 0 – 7%, осложнения – 23 – 56%. Цель исследования. Изучить результаты резекций печени при различных очаговых поражениях. Материал и методы. Анализируются результаты 79 резекций печени выполненных по поводу опухолевых поражений печени. Мужчин – 36, женщин – 43, в возрасте 35 – 74 лет. Результаты. Анатомические резекции печени произведены у 56 больных: правосторонняя гемигепатэктомия - 19, расширенная правосторонняя гемигепатэктомия - 12, левосторонняя гемигепатэктомия – 23, расширенная левосторонняя гемигепатэктомия – 2. Экономные резекции печени (от одного до 3 сегментов) выполнены у 15 пациентов. Лапароскопические операции сделаны у 8 больных, из них у 2 – левосторонняя гемигепатэктомия, у 3 – экономные резекции печени еще у 3 - фенестрация кист. Наиболее часто резекция печени выполнялась по поводу колоректальных метастазов – 55, неколоректальных – 3. Метахронные метастазы наблюдались у 33 больных, синхронные – у 25. Альвеококк печени послужил причиной резекции печени у 6 пациентов, гемангиома печени – у 6, первичный рак печени – у 5, кистозная опухоль – у 1. В ближайшем послеоперационном периоде осложнения отмечены в 35% случаях. Наиболее частыми осложнениями после больших резекций печени были реактивные плевриты, потребовавшие повторные пункции (16%), длительное желчеистечение из раневой поверхности печени по улавливающим дренажам (12%). В одном наблюдении отмечалось кровотечение из раневой поверхности печени, потребовавшее выполнение релапаротомии, в другом – острая перфорация тонкого кишечника. Летальных исходов не было. Одногодичная выживаемость при колоректальных метастазах составила - 81%, трехлетняя – 43%, пятилетняя – 28%. Выводы. Резекция печени является эффективным методом в лечении очаговых поражений печени с благоприятными непосредственными и приемлемыми отдаленными результатами лечения. Лапароскопическая технология позволяет значительно снизить травматичность вмешательств, добиться выраженного снижения болевого синдрома после операции, скорейшего восстановления и укорочения послеоперационного койко-дня, добиться максимального косметического эффекта.

#### 604. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ И УСЛОВИЯ ИХ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ.

Нуждихин А.В., Булгачев К.А., Иванов Г.В., Миренков С.П.

Тула

ГУЗ "Городская больница № 11 города Тулы"

Цель исследования: оценить эффективность лапароскопических операций и условия их выполнения при остром холецистите. Материалы и методы: Анализировано 2060 больных с ЖКБ в период с 2009 по 2014 годы, получивших лечение в ГУЗ «ГБ № 11 г. Тулы». Из них больных с острым холециститом было 501 (24,3 %). В период с 2009 по 2012 годы больных с острым холециститом было 330, а в период с 2013-2014 годы-171. Этим больным ЛХЭ с 2009г. по 2012г. была выполнена в 68 (20,6 %) случаях. В период с 2013-2014 годы в 160 (93,6 %) случаях. В период с 2009-2012 г. открытая ХЭ была выполнена в 250 (75,8 %) случаях, а в период с 2013-2014 годы в 11 (6,4 %) случаях, которые явились конверсиями при выполнении ЛХЭ. Результаты и их обсуждение: Ежегодное количество случаев острого холецистита остаётся относительно стабильным. В период с 2009-2012 годы зарегистрировано значительно большее количество осознанных отказов хирургов от выполнения ЛХЭ при остром холецистите -221 (67 %). Причинами этого являлись: признаки деструктивного холецистита и предполагаемые трудности при ЛХЭ (61%), ранее перенесённые операции на брюшной полости (15 %), признаки механической желтухи (12 %), имеющиеся (по мнению анестезиологов) противопоказания к наложению карбоксиперитонеума (6%), подозрение на конкременты в холедохе (4 %), ожирение (2 %). В период с 2009-2012 годы зафиксировано 20 конверсий (22,7 %). Причинами конверсий явились: трудность дифференцировки тканей в 11 случаях (55 %), необходимость выполнения дренирования или ревизии холедоха, установленная интраоперационно в 3 случаях (15 %), кровотечения из ложа желчного пузыря и пузырной артерии в 5 случаях (25 %), повреждения внепечёночных желчных протоков в 1 случае (5 %). Таким образом, в 6 (30 %) случаев причинами конверсий явились интраоперационные осложнения, которые не возможно было устранить без лапаротомии. В период с 2013-2014 годы зафиксировано 11 (6,4 %) конверсий при ЛХЭ, предпринятой по поводу острого холецистита. Причинами конверсий стали: трудность дифференцировки тканей в 8 случаях (72,7 %), неудачные попытки ЛХЛТ в 3 (27,3 %) случаях. Причём, во всех случаях при трудной дифференцировке тканей, выполнить открытую холецистэктомию удалось только ото дна. Интраоперационных осложнений, которые бы могли стать причинами конверсий и которые не возможно было бы устранить без лапаротомии не было. Полученные результаты свидетельствуют об изменившихся приоритетах хирургов как к тактике лечения, так и к технике выполнения операций при остром холецистите, что позволило изменить подходы и показания к конверсии при выполнении ЛХЭ. В настоящий момент мы полностью отказались от выполнения традиционной холецистэктомии, резко уменьшили показания для конверсии при ЛХЭ, расширили спектр выполняемых эндоскопически операций на желчевыводящих путях, не считаем противопоказанием ожирение и перенесённые операции на органах брюшной полости. При имеющихся анестезиологических противопоказаниях для наложения карбоксиперитонеума, считаем, что оперативное лечение под наркозом вообще не показано, и возможны только чрезкожные вмешательства под УЗИ контролем. У больных с признаками механической желтухи на первом этапе выполняем РПХГ+ЭПСТ, не удавшиеся попытки которых не считаем причиной отказа от ЛХЭ с ИОХГ и определением дальнейшего хода операции. Решение о конверсии, в настоящий момент, принимается только совместно с заведующим отделением и с его непосредственным участием в операции. Положительные результаты работы позволили нам придерживаться мнения, что если холецистэктомию можно сделать от шейки, то её можно сделать лапароскопически. Это позволило нам минимизировать интраоперационные осложнения и улучшить результаты лечения. Выводы: Изначальный настрой хирурга и анестезиолога на лапароскопическую операцию у больных с острым холециститом во многом исключает субъективный фактор в оценке и трактовке клинической картины. Чёткие показания к конверсии при ЛХЭ способствуют значительному уменьшению количества напрасных лапаротомий при остром холецистите. В большинстве случаев имеющиеся осложнения ЖКБ в сочетании с острым холециститом можно устранить эндоскопически.

605. Оптимизация методов лечения гнойно - воспалительных осложнений у больных после ампутации нижних конечностей по поводу диабетической ангиопатии

Измайлов А.Г.(1), Доброквашин С.В.(1), Волков Д.Е.(1), Пырков В.А.(2), Закиров Р.Ф.(2), Давлет - Кильдеев Ш.А.(2)

Казань

1) ГБОУ ВПО "Казанский ГМУ" Минздрава России 2) ГАУЗ "Госпиталь для ветеранов войн"

Сахарный диабет остается одной из наиболее важных медико – социальных проблем современного здравоохранения, приводя к ранней инвалидизации и летальности больных. В хирургических отделениях число больных с сопутствующим сахарным диабетом достигает до 20%, при этом гнойные осложнения в данной группе больных встречаются в среднем в 20 раз чаще. Частота послеоперационных раневых осложнений при ампутации бедра составляет от 23,1 до 41,8 % и на протяжении многих лет не имеют тенденции к снижению. Предрасположенность больных сахарным диабетом к инфекции обусловлена двумя причинами. Первая это нарушение иммунных сил организма и вторая причина – вторичные нарушения органов и систем, которые подтверждаются наличием нейро- и ангиопатий. Инфицирование у больных сахарным диабетом может возникнуть после незначительных травм, но чаще воротами инфекции являются трофические язвы. При инфицировании язвы могут развиваться: остеомиелит плюсневых и фаланговых костей, некротическая гангрена стопы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 49 больных в возрасте от 52 до 82 лет с диабетической ангиопатией, у которых имелись гнойные осложнения мягких тканей за период с 2011 по декабрь 2014 года, по материалам хирургического отделения ГАУЗ "Госпиталь для ветеранов войн" г. Казани. Среди них женщин составило 31 (63,3%) и мужчин 18 (36,7%). Средняя длительность заболевания сахарным диабетом составило 12,4 лет. При оказании помощи таким больным мы придерживаемся комплексного подхода к лечению. Цель хирургического лечения направлено на органосохраняющие операции и заключалось: вскрытие гнойников, адекватная некрэктомия, очищение раны механическим путем при помощи скальпеля. Обязательным обследованием больных с диабетической ангиопатией было ультразвуковое доплерографическое исследование сосудов (УЗДГ), консультация ангиохирурга и эндокринолога. Большое значение придается местному лечению раны, в зависимости от фазы раневого процесса: в начале используется энзиматическое очищение раны, повязки на основе полиэтиленгликоля (левомиколь, левосин), клеевые лечебно – профилактические композиции и клеевые пасты на основе препарата ксимедона в зависимости от фазы раневого процесса (патенты на изобретение РФ №2361388, №2348396, №2343922, №2354379). Антибактериальная терапия с использованием препаратов широкого спектра действия. Нами широко используются следующие комбинации антибиотиков (цефалоспорины II – III поколения с метронидазол в/в, ципрофлоксацин в/в). Проводилась сосудистая терапия, рациональная инсулинотерапия, контроль глюкозы крови, своевременная коррекция и профилактика других осложнений диабета. По УЗДГ артерий нижних конечностей имелся высокий уровень окклюзии магистральных артерий, поэтому ампутацию у 4 (8,2%) больных проводили на уровне верхней трети бедра. Во время операции для обработки раневой поверхности перед ушиванием послеоперационной раны, нами использовано разработанное устройство (патент РФ № 21877972), которое содержит в себе хвостовик и головину с абразивным покрытием, отличающееся тем, что абразивное покрытие выполнено из лекарственного средства ксимедона, а хвостовик выполнен для закрепления в патроне хирургической электродрели. Устройство работает следующим образом. В зависимости от площади и рельефа обрабатываемой раневой поверхности выбирают нужные размеры и формы головки. Далее хвостовик зажимают в патрон хирургической дрели и устройству придают вращательное движение. Рану обрабатывают поверхностью устройства, на которой нанесен абразивный материал. Скорость вращения данного устройства составила 1450 оборотов в минуту. В качестве абразивного материала использовался 10% водный раствор ксимедона. Обработку раневой поверхности прекращали при появлении слабого кровотечения из тканей послеоперационной раны. С 2011 по 2014 года произведено 4 (8,2%) ампутации бедра по поводу некротической гангрены, в 45 (91,8%) случае ограничились ампутацией пальцев стопы.



606. Применение озонотерапии в лечение пациентов с нелактационным маститом

Закиров Р.Ф.(1), Дружков Б.К.(1), Пырков В.А.(1), Измайлов А.Г.(2), Волков Д.Е.(2)

Казань

1)ГАУЗ "Госпиталь для ветеранов войн", 2)ГБОУ ВПО "Казанский ГМУ" Минздрава России

Понятие "нелактационный мастит" включает в себя ряд неспецифических асептических и бактериальных воспалений в молочной железе вне периода беременности и лактации. В подавляющем числе случаев больные нелактационным маститом – женщины в возрасте от 15 до 45 лет. Многие исследователи связывают это с увеличением интенсивности лимфо и кровообращения в железе в пубертатном периоде, а также возникновением и развитием в органе дисгормональных гиперпластических и дегенеративных изменений у женщин репродуктивного возраста. Предрасполагающим фактором в развитии нелактационного мастита считается наличие в организме женщины длительно существующих очагов гнойной инфекции. Таких, как хронические воспалительные заболевания ротовой полости, ЛОР – органов, пищеварительного тракта, мочеполовой системы, которые в свою очередь являются эндогенными источниками патогенных микроорганизмов. Эндогенная инфекция проникает и распространяется в молочной железе гематогенными и лимфогенными путями. Мы полагаем, что в возникновение не лактационного мастита в подавляющем большинстве случаев является экзогенное проникновение инфекции через наружное отверстие млечных протоков в их русло. Благоприятным для его развития является наличие секрета из соска молочной железы, который оказывается хорошей питательной средой для развития и роста микроорганизмов. Существенное значение в возникновении мастита имеют изменения в иммунной системе организма больной. Основной особенностью клиники нелактационного мастита является подострое течение заболевания. Это обусловлено тем, что в начале своем воспалительный процесс ограничен лишь протоковым руслом и обозначается, как галактофорит (галактофор – млечный проток). Наиболее частыми возбудителями галактофорита являются стафилококк в монокультуре и в ассоциации с другими патогенными микроорганизмами (стрептококки, кишечной палочкой, протеем). Развитию острого нелактационного мастита способствует переохлаждение, длительный застой патологического (инфицированного) секрета молочной железы, что приводит к десквамации протокового эпителия, повышение проницаемости его стенок и выхода воспалительного процесса в перидуктальную клетчатку. Лечение начинали с момента обращения пациентки в клинику, как правило это были пациентки с начальной серозно инфильтративной формой патологического процесса, который характеризовался субфебрильной температурой, гиперемией кожных покровов и наличием плотного болезненного инфильтрата в теле молочной железы. Клиническую картину нелактационного мастита подтверждали сонографическими данными. Обычная лечебная тактика, применяемая для лечения больных с неабсцедировавшим маститом, оказалась эффективной только у 23 больных. У 47 больных полную резорбцию инфильтрата удалось добиться после выполнения ретромаммарной блокады с антибиотиком обычно цефалоспорином 1 поколения. Блокада выполнялась в количестве двух трех с интервалом в несколько дней до полного стихания воспалительного процесса. Пациентам с поливалентной аллергией выполняли ретромаммарное введение озонированного физиологического раствора в концентрации от 0,85 до 1,0 мг на 1 мл раствора один раз в неделю в количестве 20 – 30 мл но не более трех раз. Выраженный терапевтический эффект озонотерапии заставил нас пересмотреть тактику консервативного лечения и в настоящее время терапию начинаем с ретромаммарного введения озон – кислородной смеси, при сохранение очага уплотнения лечение дополняем блокадой с антибиотиками. Данная методика применена нами в лечение 65 женщин с положительным и стойким терапевтическим эффектом.

---

607. РАЦИОНАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В УРГЕНТНОЙ ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

575

Боско О.Ю.(1), Панов В.В.(2), Салимов Д.Ш.(1), Котрунова Е.В (1).

Волгоград2) Ростов-на-Дону

1)ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ2)ФГКУ «1602 ВКГ» Минобороны России

Необходимость применения новых технических средств вообще и в торакальной хирургии, в частности, не вызывает сомнений. Однако осмысление технической и экономической возможности и, прежде всего, клинической эффективности этих вмешательств вызывает необходимость формулировки рациональных показаний к их применению. В ходе внедрения видеоторакоскопии (ВТС) в лечебных учреждениях Волгоградской области можно выделить 3 периода: В первый период (2000 – 2010 гг) происходило освоение методики, ВТС применялась в нескольких больницах города нерегулярно, с целью экстренной диагностики и дренирования плевральной полости, при необходимости манипуляций в плевральной полости выполнялась торакотомия. Небольшая серия из 26 видеоассистированных атипичных резекций легкого при спонтанных пневмотораксах, выполненная в торакальном отделении ВОКБ №1 в 2000-01гг помогла отработать технику минидоступа, выполнения плевродеза, но не получила развития из-за отсутствия своего оборудования. Второй период 2010–11гг связан с приобретением ВТС оборудования в торакальное отделение ВОКБ №1 и началом специализированного лечения торакальной группы больных на базе Волгоградского военного госпиталя (филиала №1 «ФБУ 1602 ОВКГ» МО РФ). Если в других лечебных учреждениях региона объем выполняемых торакоскопических операций оставался прежним, то в названных учреждениях показания, как к срочным, так и к отсроченным ВТС вмешательствам был расширен: стали выполняться ручной и аппаратный шов легкого, остановка кровотечения из сосудов грудной стенки, фиксация переломов ребер, удаление застарелого гемоторакса. Вместе с тем, стало ясно, что лечебная торакоскопия не является рутинным вмешательством и выявляет свои преимущества только при условии её выполнения специализированной бригадой, а диагностическая торакоскопия не имеет преимуществ перед другими методами. Экстренное выполнение торакоскопии в большинстве случаев может быть заменено правильно выполненным дренированием, а лечебная торакоскопия должна выполняться по четко сформулированным показаниям в срочном порядке. Третий период характеризуется использованием для определения показаний к ВТС прогностической шкалы ВПХ-ЭХ. Целенаправленный отбор больных из других лечебных учреждений для ВТС позволил избежать летальных исходов при выполнении 65 операций, сократить средний дооперационный койко – день до 2,3, а послеоперационный до 8,0, оправдать экономические затраты. Перспектива развития ВТС видится в применении современных ультразвуковых и электрохирургических инструментов с бесшовным разделением тканей.

---

608.Осложнения вторичного острого медиастинита

Чикинев Ю.В., Дробязгин Е.А., Колесникова Т.С., Кутепов А.В.

Новосибирск

НГМУ

Цель. Изучить структуру осложнений вторичного острого медиастинита. Материалы и методы. С 2007 по июнь 2015гг. в отделении торакальной хирургии ОКБ находилось 45 пациентов с вторичным острым медиастинитом. Из них женщин – 15 (33,3%), мужчин – 30 (66,7%). Первое место в структуре причин развития вторичного острого медиастинита занимали глубокие флегмоны шеи и дна полости рта одонтогенной этиологии – 57,8% (26 пациентов), второе место – аденофлегмоны шеи и дна полости рта - 17,8% (8 пациентов), третье место – тонзиллогенные флегмоны (2 пациента) и абсцессы надгортанника (2 пациента). У 19 пациентов (42,2%) был задний тотальный медиастинит, у 9 (20%) – панмедиастинит, у 13 (28,9%) воспалительный процесс локализовался в заднем верхнем средостении, у остальных пациентов (4)

был диагностирован задний верхний и передний верхний медиастинит (2), передний тотальный медиастинит (1), задний тотальный и передний верхний медиастинит (1). Оперативное лечение было выполнено на 1-7 сутки от начала заболевания (выявления флегмоны или абсцесса). Оперативное вмешательство выполнялось по принятой в клинике методике: сочетанное внеплевральное дренирование. При локализации процесса в верхнем этаже средостения выполнялся чрезшейный доступ по Разумовскому; в нижнем этаже заднего средостения – по Савиных-Розанову; в переднем средостении - субксифоидальным внебрюшным доступом по Каньшину-Кюну. Результаты. Длительность пребывания пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии составила в среднем  $11 \pm 7,97$  суток. Всем пациентам в дополнение к стандартной схеме лечения проводился лаваж средостения 0,9% раствором натрия хлорида. Для исключения развития прогрессирования воспалительного процесса, оценки адекватности дренирования и оценки динамики заболевания всем пациентам проводились рентгенография или компьютерная томография органов грудной клетки. Применяя вышеизложенную тактику, в раннем послеоперационном периоде у 33 пациентов (73,3%) получены удовлетворительные результаты лечения. У 28 пациентов (62,2%) в послеоперационном периоде развились осложнения. У 15 (33,3%) развился сепсис, полиорганная недостаточность, у 9 (20%) – полисегментарная пневмония, у 3 (6,7%) – плеврит в сочетании с перикардитом, у 5 (11,1%) – аррозионное кровотечение из сосудов средостения, у 3 (6,7%) возникли различные осложнения со стороны брюшной полости (парез кишечника, распространенный гнойный перитонит, спаечная тонкокишечная непроходимость), которые потребовали оперативного вмешательства. Тромбоэмболические осложнения (ТЭЛА мелких ветвей легочной артерии, окклюзивный тромбоз яремной и подключичной вен, илеофеморальный тромбоз) возникли у 3 пациентов (6,7%). ДВС-синдром развился у 3 пациентов (6,7%). Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта с кровотечением из язв желудка было у 3 пациентов (6,7%). У 4 пациентов (8,9%) при санации трахеобронхиального дерева был выявлен гнойный эндобронхит. Свищи различных локализаций (эзофаго-бронхиальный - 1, медиастино-плевральный - 1, эзофаго-медиастинальный - 1, эзогаомедиастинокожный - 1, эзофаго-трахеальный - 1, трахео-медиастинальный - 2) были диагностированы у 7 пациентов (15,6%). Повторная ревизия ран, редренирование средостения в связи с прогрессированием и распространением воспалительного процесса в средостении была выполнена 5 пациентам (11,1%).

---

609. Опыт использования озонированного 0,9% раствора натрия хлорида в лечении пациентов с вторичным острым медиастинитом

Чикинев Ю.В., Дробязгин Е.А., Колесникова Т.С., Кутепов А.В.

Новосибирск

НГМУ

Цель. Оценить результаты лечения пациентов с вторичным острым медиастинитом при использовании озонированного раствора. Материалы и методы. 10 пациентов с диагнозом вторичный острый медиастинит. Из них мужчин – 6 (60%), женщин – 4 (40%). Средний возраст пациентов составил 46,8 лет. Причиной медиастинита у 7 пациентов (70%) были одонтогенные флегмоны, у 1 – аденофлегмона глубоких клетчаточных пространств шеи, 1 – тонзиллогенная флегмона, 1 – абсцесс надгортанника. У 5 пациентов был задний тотальный медиастинит, у 4 - задний верхний, у 1 – задний верхний и передний верхний. Оперативное вмешательство всем пациентам выполнялось по принятой в клинике методике сочетанного внеплеврального дренирования. В послеоперационном периоде в дополнение к стандартной схеме лечения проводился лаваж средостения озонированным 0,9% раствором натрия хлорида. Озонотерапия осуществлялась путем барботирования 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида озono-кислородной газовой смесью в течение 15 минут с концентрацией озона 1000мг/л. После озонации раствора проводили лаваж средостения через верхний дренаж со скоростью 15 капель в минуту. Количество озонаций раствора составило 3 процедуры в сутки. Курс озонотерапии проводился в течение всего времени нахождения дренажа в средостении. Результаты. Длительность пребывания пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии составила в среднем 9,8 сут. Что на 2 суток меньше в группе пациентов, которым. У 5

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

пациентов развились осложнения: сепсис – 3 (33,3%), аррозийное кровотечение (10%) и трахеомедиастинальный свищ (10%) – 1, пневмония – 1 (10%). Повторной ревизии ран и редренирования средостения не потребовалось. Выводы. Первое место среди причин возникновения медиастинита занимают флегмоны шеи одонтогенного происхождения. Используемая методика лаважа средостения озонированным 0,9% раствором натрия хлорида позволила добиться удовлетворительных результатов лечения у 70% пациентов. Длительность пребывания в ОРИТ сократилась на 2 суток. В структуре осложнений по сравнению с пациентами, которым лаваж средостения проводился неозонированным раствором, значительно меньше процент развития свищей. Процент сепсиса достоверно не различается. Таким образом, данная методика может применяться в лечении пациентов с вторичным острым медиастинитом. Однако, учитывая малое количество пациентов, данная методика подлежит дальнейшему изучению.

---

610. Хронический панкреатит и очаговая патология поджелудочной железы - особенности организации высокотехнологичной и специализированной помощи в условиях Крайнего Севера.

Антоненко И.В., Зверев Я.Г., Казимиров И.С., Семенов Е.В., Савин О.В., Макаров С.В., Сафьянов А.И., Авдеев В.С., Бабин И.Е., Халиков И.Д.

Салехард, ЯНАО

Салехардская окружная клиническая больница

Необъятные территории и сложные коммуникационные условия оказания медицинской помощи жителям Крайнего Севера, при стойком дефиците кадров, требует концентрации сил и средств для оказания хирургической помощи, пациентам, страдающим хроническим панкреатитом и очаговой патологией поджелудочной железы. Хирургическая служба Салехардской окружной клинической больницы определена Центром оказания этого вида помощи, что связано не только с развитием хирургии, но и с успешной работой реанимации и анестезиологии, эндоскопии, рентген службы и функциональной диагностики. В период с 2004 по 2015 года на базе хирургического отделения пролечено 68 пациентов, страдающих осложнениями хронического панкреатита и очаговой патологией поджелудочной железы, которым выполнено 75 операций. В структуре операций резекционные методики составили 25%. За этот период времени выполнено 9 панкреатодуоденальных резекций, 17 операций по формированию цистознтероанастомозов, 10 операций - панкреатикоюноанастомозы, марсупиализации и дренирование кист – 18, операция Дю Вали – 2, операция Фрея-Беггера – 2, дистальные резекции поджелудочной железы со спленэктомией – 4, гепатикоюноанастомозы – 5, ХДА – 2, гастродуоденостомы – 1, симультанных операций на органах брюшной полости - 5. Средний возраст оперированных пациентов – 44 года, в 47 случаях – мужчины. Формирование цистознтеро, гепатикоюно – панкреатикоюноанастомозов в 95% случаев выполнялось на выключенной по Ру 60 см тонкой кишке. Средний диаметр цистознтероанастомозов - 5,2 см., средняя длина панкреатикоюноанастомоза – 3,8 см. Предпочтение отдается 2-подреберному доступу, формирование анастомозов - прецизионно. Средний размер кисты поджелудочной железы подлежащей операции – 10,7 см. Из 75 выполненных операций осложнения развились в 3 случаях (4%), по поводу чего выполнено 2 релапаротомии, с последующим выздоровлением. Среди осложнений - 1 несостоятельность анастомоза при ПДР (тактика консервативная), 2 кровотечения, после дистальной резекции поджелудочной железы и ПДР. Случаев послеоперационной летальности не было. Из 9 выполненных ПДР, 2 пациентов живут более 5 лет. Дренирующие операции в 25 наблюдениях - избавили пациентов от болевого синдрома, из 27 выполненных операций в 2 случаях ожидаемого эффекта не получено. Дальнейшее развитие этого раздела хирургии связываем с успехами внутрипросветной эндоскопической хирургии, формированием дублирующих составов специалистов, концентрацией пациентов в Центре хирургии печени и поджелудочной железы Ямала.

611. Планирование повторных вмешательств в экстренной хирургии: концептуальный аспект.

Быков А.В

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Планирование повторных вмешательств в экстренной хирургии используется довольно часто. Так, например, широко внедрена в практику хирургии повреждений тактика «Damag Control». Применение тактики «Damag Control» в абдоминальной хирургии привело к появлению так называемой «прерванной» операции, когда радикальный этап откладывается из-за тяжести состояния больного. Ко второй группе планируемых операций, решающих иные задачи, относятся программируемые или программные санации брюшной полости при распространенном перитоните, некрсеквестрэктомии при гнойном панкреатите, санации обширных гнойных ран и т.п.. Наконец, существует третья группа вмешательств, имеющих скорее диагностическую направленность (динамические эндоскопии, лапароскопии и т.п.). Очевидно, что ключевым признаком, объединяющим все эти группы вмешательств, является то, что они планируются в условиях экстренной хирургии, однако разнородность, отсутствие целостной концепции использования в ургентной практике исключают возможность их сравнительного изучения как отдельной своеобразной категории операций, имеющих очень важное практическое значение. Первым этапом на этом пути может быть обсуждение рабочей классификации планируемых вмешательств, которые, по нашему мнению, целесообразно разделить в зависимости от задач на : 1. Завершающие ( Damag Control, «прерванные» операции, этапные операции при осложненном холецистите у больных с высоким операционным риском и т.п.) 2. Санационные (релапароскопии, релапаротомии при перитоните, некрсеквестрэктомии при панкреонекрозе и т.п.). 3. Диагностические ( динамическая эндоскопия, лапароскопия, программный эндоскопический гемостаз и т.п.) Наш опыт планирования повторных вмешательств касается двух видов острой хирургической патологии: распространенного перитонита и язвенного кровотечения. Результаты отражены в диссертационных исследованиях сотрудников клиники А.А. Климентова (2010) и Е.О. Захаровой (2012). У больных с перитонитом (635 наблюдений) в течение 5 лет благодаря использованию программных санаций у наиболее тяжелых из них (74 пациента) удалось снизить летальность с 26 до 19%, а при язвенном кровотечении (281 больной) программный эндоскопический гемостаз, как окончательный метод остановки кровотечения, позволил снизить хирургическую активность с 68% до 11% и общую летальность до 4 %. Резюмируя полученные данные, мы пришли к заключению, что главными преимуществами планируемых вмешательств по сравнению с вынужденными являются: во – первых, значительное улучшение диагностики за счет прямого визуального динамического наблюдения за состоянием патологического очага независимо от его вида (брюшная полость, кровоточащая дуоденальная язва), а во - вторых, упреждающий характер самого вмешательства, позволяющий остановить прогрессирование патологического процесса. Таким образом, достигается гораздо более высокий уровень контролируемого управления патологическим процессом и исключается отрицательное влияние на него такого мощного негативного фактора, как запаздывание оперативного вмешательства. Изложенная точка зрения свидетельствует, на наш взгляд, о необходимости дальнейшего и целенаправленного изучения и обсуждения проблемы планирования повторных вмешательств в экстренной хирургии, исследования их особенностей, уточнения показаний в зависимости от характера патологии, факторов риска, других параметров и оптимальных тактических алгоритмов. Это в итоге позволит создать целостную картину и концепцию отдельного эффективного подхода к диагностике и лечению больных с самой различной тяжелой острой хирургической патологией.

---

612. Опыт диагностики и лечения тромбоза лёгочной артерии в многопрофильном стационаре скорой медицинской помощи.

579

Быков А.В. (1,2), Назарук А.С. (1,2), Орешкин А.Ю.(1,2), Сердюков Д.Е.(2), Лищук О.Г.(2)

Волгоград

1) ВолгГМУ, 2) ГУЗ КБСМП №15

В общей структуре внезапной смерти тромбоэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА) занимает третье место после инфаркта миокарда и инсульта. Статистические сведения о частоте эмболических поражений легочных артерий пока нельзя признать истинными, так как частота бессимптомных ТЭЛА по данным литературы весьма высока (до 40-60%). Прижизненная ТЭЛА выявляется при компьютерной томографии (КТ), проводимой, в том числе и по поводу другой патологии, например, в процессе онкопоиска и т.п. Наиболее опасными, в плане развития эмболических осложнений являются, глубокие флеботромбозы. Дефекты диагностики субклинической формы ТЭЛА приводят к прогрессированию процесса, её рецидивам, развитию массивного тромбоза лёгочного русла и летальному исходу. Даже при условии выживания таких больных у многих из них развивается тяжелая хроническая постэмболическая лёгочная гипертензия и сердечная недостаточность. За два года (2013-2014 гг.) в реанимационном отделении клиники проведено лечение ТЭЛА, а также обследование при подозрении на неё у 67 пациентов в возрасте от 25 до 88 лет, средний возраст 63,4±13,8 г.; мужчин - 33 (61,5±14,8 г.); женщин - 34 (62,2±12,7 г.). В основном пациенты госпитализировались из приемного покоя - 35,8%, хирургического отделения - 37,3%, реже из травматологии, терапии кардиологии, нейрохирургии. Ранее диагноз ТЭЛА зачастую основывался на клинических симптомах и косвенных признаках полученных в результате инструментальной диагностики – ЭКГ рентгенографии грудной клетки, эхокардиографии. Сравнительный анализ эффективности такового диагностического подхода показал, что он очевидно недостаточен, прежде всего, из-за наличия «немых» форм ТЭЛА, при которых характерные клиничко-инструментальные признаки могут быть не выражены даже при окклюзии долевых сегментов лёгочной артерии. С появлением в клинике мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с контрастированием лёгочной артерии, которая позволяет получить такую же информацию, что и ангиопульмонография, верификация ТЭЛА проводится только с помощью этого метода. Исследование проводилось на мультиспиральном 16 срезовом компьютерном томографе Somatom Edition 16 «Simens» путём болюсного введения йодосодержащего контрастного средства (Ультравист 370, Омнипак 350 и др.) в объёме 100 мл в периферическую (кубитальную) вену с помощью автоматического инжектора со скоростью 4мл/сек. Протокол обследования включал на-тивную, артериальную и отсроченную (венозную) фазы. В процессе диагностических мероприятий диагноз ТЭЛА был верифицирован у 57 из 67 пациентов (85%). Причиной тромбоэмболии у 49 пациентов был тромбоз вен бассейна нижней полой вены, в четырёх случаях причиной тромбоэмболии явился тромбоз правого предсердия и ещё в четырёх - источника эмболии выявлено не было. При этом из 57 случаев диагностированной тромбоэмболии (по результатам МСКТ) у 15 пациентов обнаружена массивная ТЭЛА, у 20 больных - субмассивная и в 22 случаях выявлена тромбоэмболия мелких ветвей лёгочной артерии. Проведение антикоагулянтной терапии начиналось с болюсного внутривенного введения 10 тыс. ед. гепарина с последующим его введением через дозатор под контролем времени свёртываемости и АЧТВ, назначения дезагрегантов и необходимой синдромной терапии. Важным звеном ведения пациентов являлся постоянный УЗ контроль за состоянием источника тромбоэмболии. Ультразвуковое исследование венозного русла бассейна нижней полой вены выполнялось аппаратом «Sonos 4500» с использованием низкочастотных датчиков с частотой 5-10 МГц., исследование полостей сердца - с использованием датчиков с частотой 3,5 МГц. и ниже. Интервал между осмотрами не превышал 24 часов. Сроки лечения их в реанимации колебались от 1 до 15 суток в зависимости от тяжести ТЭЛА и состояния больных. Лечение всех пациентов было консервативным. Показаний к экстренной операции для профилактики рецидивов ТЭЛА не были выставлены ни у одного больного. Результаты лечения оказались следующими. Умерло 9 больных (13,4%) с массивной ТЭЛА, источником которой в 7 случаях явились тромбозы глубоких вен нижних конечностей: в одном случае тромбоз правых отделов сердца, ещё в одном наблюдении источник не был обнаружен. Причиной смерти стала нарастающая острая сердечная недостаточность. Прогрессирования тромботического процесса в глубоких венах не выявлено. Остальные 58 (86,6%) пациентов переведены в кардиологическое, терапевтическое и другие отделения и в дальнейшем выписаны. Всем рекомендовано наблюдение у кардиолога, терапевта, флеболога и обследование с целью выявления тромбофилии. Показательно сравнение, что в 2010-11 годах, при эпизодическом использовании МСКТ было выявлено лишь 10 случаев (в 6 раз меньше) ТЭЛА и ее последствий. Таким образом, широкое внедрение МСКТ значительно приближает нас к реальной оценке истинной распространённости ТЭЛА среди больных, госпитализированных в многопрофильный стационар. Расширение показаний к МСКТ как обязательного метода в алгоритм распознавания при подозрении на ТЭЛА резко увеличивает скорость диагностики и

позволяет раньше начать лечение улучшив его результаты. Выводы: 1.Широкое внедрение МСКТ привело к значительному возрастанию частоты обнаружения ТЭЛА. 2.МСКТ с контрастированием лёгочной артерии является основным методом верификации ТЭЛА и должна применяться как можно более широко у больших групп риска (венозные тромбозы, кардиальная патология, послеоперационный период и т.д.). 3.Ранняя диагностика и своевременно начатое консервативное лечение позволяют избежать летальности даже при тяжёлых формах ТЭЛА

---

### 613.Хирургическое лечение пациентов с парадуоденальным панкреатитом

Кригер А.Г., Смирнов А.В., Калинин Д.В., Карельская Н.А.

Москва

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» МЗ РФ

Введение. Парадуоденальный панкреатит (ПП) – отдельная форма хронического панкреатита, при которой воспалительный процесс локализуется преимущественно в стенке двенадцатиперстной кишки (ДПК) или около нее. Термин был предложен в 2004 году N. V. Adsay и G. Zamboni для объединения ряда заболеваний со схожими характеристиками: дуоденальная дистрофия, «бороздчатый» панкреатит, панкреатическая гамартома стенки ДПК, миоаденоматоз стенки ДПК, парадуоденальные кисты стенки ДПК. Обозначенные заболевания схожи по своим клиническим проявлениям, ультразвуковым и рентгенологическим признакам, морфологической картине. Принципиальное их отличие заключается в источнике воспалительного процесса. При дуоденальной дистрофии воспаление локализуется в участке эктопированной в стенку ДПК панкреатической ткани, тогда как при бороздчатом панкреатите поражена зона, ограниченная дорсокраниальной частью головки поджелудочной железы (ПЖ), стенкой ДПК и общего желчного протока. При этом судить о том, что же конкретно является субстратом воспалительного процесса до морфологического исследования не возможно. Учитывая низкую распространенность данного заболевания, полноценное его изучение затруднительно, а оптимальная лечебно-диагностическая тактика не определена. Материал и методы. В Институте хирургии им. А.В. Вишневского за период 2004 - 2014 годов оперировано около 470 пациентов с хроническим панкреатитом, из них у 65 (13,8%) пациентов установлен диагноз «парадуоденальный панкреатит» и изучены непосредственные результаты хирургического лечения. Диагноз установлен по данным КТ, эндоУЗИ и МРТ. Показаниями к оперативному лечению были: болевой синдром у 63 больных (97%), стеноз ДПК (подтвержденный рентгенологически) у 10 (15,4%), билиарная гипертензия у 23 (35,4%), невозможность исключить злокачественную опухоль у 8 (12,3%). При этом сочетание двух и более показаний отмечено у 39 больных (60%). Панкреатодуоденальная резекция выполнена 32 пациентам с сочетанным поражением паренхимы головки ПЖ и кистозной трансформацией стенки ДПК. Органосохраняющие резекции ДПК выполнены у 20 больных при локализации патологических изменений преимущественно в стенке ДПК и минимальном изменении паренхимы ПЖ. Из них у 13 больных выполнена тотальная резекция головки поджелудочной железы с циркулярной резекцией нисходящей части ДПК, у 3 - резекция нисходящей части ДПК с дуоденопластикой с реимплантацией большого сосочка ДПК, у 2 - циркулярная резекция ДПК с резекцией части головки поджелудочной железы и у 2 - панкреосохраняющая субтотальная резекция ДПК. При преимущественном поражении головки ПЖ у 8 больных произведена резекция этой части железы. Формировать обходные анастомозы без резекционного вмешательства пришлось у 3 больных с проявлениями острого панкреатита в стадии инфильтрата. Иссечение кисты ДПК выполнено у 2 пациентов. Результаты. Послеоперационные осложнения развились у 25 больных (38,5%), летальность составила 1,5% (умер один больной после резекции нисходящей части ДПК, дуоденопластики с реимплантацией большого сосочка ДПК). При этом осложнения класса I–II по Clavien-Dindo после органосохраняющих резекций ДПК развились у 45% больных, а класса III-IV у 25%. После ПДР осложнения класса I–II развились у 16,7% больных, у такого же количества (16,7%) пациентов отмечались осложнения класса III-IV. Осложнений после резекционных вмешательств на головке ПЖ, иссечений кист ДПК и формирования обходных анастомозов не было. При гистологическом исследовании во всех случаях была найдена хроническая воспалительная инфильтрация стенок ДПК, при этом

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

гетеротопированная ткань поджелудочной железы в стенку ДПК найдена в 16 из 52 макропрепаратов (30,8%). Фокусы интраэпителиальной панкреатической неоплазии (PanIN, облигатный предрак) были найдены у 9 больных (14%), причем в одном случае установлена дисплазия III степени, соответствующая раку ПЖ *in situ*. Признаки хронического панкреатита отсутствовали у 4 пациентов (6,2%) и только у одного из них при этом была найдена гетеротопированная панкреатическая ткань в стенке ДПК. Таким образом, диагноз «дуоденальная дистрофия» установлен у 16 пациентов, у остальных больных имелся бороздчатый панкреатит. Заключение. Распространенность парадюоденального панкреатита выше, чем считалось ранее. На дооперационном этапе, при определении показаний к хирургическому лечению целесообразно использовать собирательный термин «парадюоденальный панкреатит». Хирургическое лечение показано при развитии осложненных вариантов парадюоденального панкреатита (дуоденальный стеноз, механическая желтуха), при наличии стойкого болевого синдрома, не поддающегося терапии анальгетиками, а также выраженных воспалительно-инфильтративных изменениях из-за возможности наличия фокусов малигнизации. Операцией выбора должна быть ПДР. Панкреосохраняющие операции сопряжены с высоким риском послеоперационных осложнений и не могут быть рекомендованы к широкому применению.

---

#### 614. Диагностика и хирургическое лечение органического гиперинсулинизма

Кригер А.Г., А.В.Смирнов, С.В.Берелавичус, Д.С.Горин, А.Н.Лебедева, Н.А. Карельская, А.Р. Калдаров, А.С. Зверева

Москва

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» МЗ РФ

Введение. Органический гиперинсулинизм может быть обусловлен спорадической инсулин-секретирующей опухолью (инсулиномой), синдромом множественной эндокринной неоплазии I типа (МЭН-I) или гиперсекрецией инсулина островковыми клетками (незидиобластоз). Перечисленные заболевания встречаются не часто, поэтому многие врачи о них не достаточно осведомлены. В результате правильный диагноз на протяжении года после первого обращения к врачу устанавливается лишь в 30%. Следствием поздней диагностики являются потеря трудоспособности, прогрессирующее поражение головного мозга, обусловленное персистирующей гипогликемией, инвалидизация. Смертность пациентов с гипогликемическими состояниями в стационарах по некоторым данным достигает 40%. Материал и методы. В Институте хирургии им. А.В. Вишневского за период с января 2011г. по апрель 2015 года находилось на обследовании и лечении 32 пациента с диагнозом «органический гиперинсулинизм», женщин было 26, мужчин - 6. Средний возраст составил 45,8+/-13,14 лет. Средняя продолжительность заболевания от момента возникновения до поступления в клинику была 44,7 месяца (от 3 до 132 месяцев, медиана 36 месяцев). При этом 13 пациентов длительное время наблюдались у невролога или психиатра, получали специфическую терапию без эффекта. У 11 больных была установлена гипогликемия, однако ее генез до обращения в Институт не был установлен. Трое пациентов в течение длительного времени не придавали серьезного значения своему состоянию и за медицинской помощью не обращались. Диагноз «органический гиперинсулинизм» основывался на характерной клинической картине (триада Уиппла), положительной пробе с голоданием и данных лабораторных исследований (гипогликемия в сочетании с повышенным уровнем инсулина и С-пептида в крови). Топическая инструментальная диагностика включала КТ, МРТ и ЭндоУЗИ. Для подтверждения панкреатогенного характера гиперинсулинизма и окончательной топической диагностики проводилась ангиография с артериально-стимулированным забором крови (АСЗК). Окончательная локализация опухоли обеспечивалась интраоперационным УЗИ. У всех пациентов с целью исключения синдрома МЭН- I проводилось определение уровня ионизированного кальция и паратиреоидного гормона, а так же УЗИ щитовидной железы и МРТ головного мозга. На дооперационном этапе проводился круглосуточный мониторинг уровня глюкозы крови, в т.ч. с целью обеспечения безопасного гликемического контроля проводилось определение уровня глюкозы в тканях устройством суточного мониторинга Guardian Real Time (Медтроник). Все пациенты были оперированы. Энуклеация

582



опухоли произведена 9 больным, резекция головки поджелудочной железы с панкреатоеюноанастомозом - 1, дистальная резекция поджелудочной железы - 6, корпорокаудальная резекция поджелудочной железы - 5, срединная резекция поджелудочной железы - 4, панкреатодуоденальная резекция -4, при множественном характере поражения поджелудочной железы у 3 больных потребовалась тотальная панкреатодуоденэктомия. Робот-ассистированным способом оперировано 14 больных, лапароскопическим - 2, традиционным открытым способом -16. Результаты. На дооперационном этапе у 14 пациентов был установлен диагноз спорадической инсулиномы поджелудочной железы, у 13 пациентов инсулинома сочеталась с наличием синдрома МЭН-I и у 5 пациентов заподозрен незидиобластоз (в 2 наблюдениях незидиобластоз сочетался с инсулиномой). У 26 пациентов выявлены солитарные опухолевые образования и у 3 пациентов с синдромом МЭН-1 опухоли были множественными. В случае солитарных инсулином, 11 (42%) локализовались в головке поджелудочной железы, 8 (30,8%) в хвосте, 5 (19%) в теле и 2 (7,7%) в перешейке. КТ с внутривенным контрастированием было выполнено у всех пациентов, при этом ее чувствительность составила 93,75% (в двух наблюдениях имевшаяся опухоль выявлена не была). МРТ выполнена у 22 больных, чувствительность составила 95,5%. ЭндоУЗИ выполнено у 10 пациентов, чувствительность составила 100%. У 17 больных выполнен артериально-стимулированный забор крови (АСЗК), который в 100% наблюдений подтвердил панкреатогенный характер гиперинсулярной гипогликемии, а у 14 больных (82,35%) позволил локализовать опухолевое образование. Во всех случаях при интраоперационном УЗИ локализация опухоли совпала с данными предоперационного обследования. У всех больных, оперированных по поводу инсулин-секретирующих опухолевых образований, достигнут стойкий клинический эффект в виде отсутствия эпизодов гипогликемии за время нахождения в стационаре. Такого же эффекта удалось достигнуть у четырех пациентов, оперированных по поводу незидиобластоза. Лишь у одного пациента, которому была выполнена корпорокаудальная резекция поджелудочной железы по поводу незидиобластоза, через 30 дней от момента операции в связи с сохранившимся тяжелым течением синдрома органического гиперинсулинизма потребовалось выполнение экстирпации головки ПЖ. В ближайшем послеоперационном периоде у этого же пациента вновь была зарегистрирована гиперинсулярная гипогликемия, что свидетельствовало о наличии экстрапанкреатического источника секреции инсулина, который при проведении КТ с контрастным усилением выявить не удалось. Послеоперационные осложнения отмечены у 4 больных (12,5%), во всех наблюдениях осложнения отнесены к I-II классу по Clavien-Dindo. Панкреатические свищи сформировались у 12 больных (37,5%), тип А по ISGPS у 10 больных и тип В у 2. Послеоперационный койко-день в среднем 18,7 (5-54). При гистологическом исследовании во всех случаях диагноз совпал с установленным на дооперационном этапе. Заключение. Диагностика органического гиперинсулинизма трудна и требует участия команды высококвалифицированных специалистов различного профиля. Диагностика и лечение должно проводиться только на базе специализированных центров. Операции могут быть успешно выполнены миниинвазивными способами.

---

615. Тактика миниинвазивного хирургического лечения гастроинтестинальной стромальной опухоли

Калдаров А.Р., Горин Д.С., Берелавичус С.В., Смирнов А.В., Сон А.И.

Москва

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» МЗ РФ

Введение Гастроинтестинальная стромальная опухоль (ГИСО) является удачным объектом для миниинвазивных операций. Отсутствие склонности к лимфогенному метастазированию, наличие капсулы позволяют успешно выполнять органосохраняющие операции без обширной лимфодиссекции. В абдоминальном отделе Института хирургии им. А.В. Вишневского с 2008 по 2015 годы проведено исследование, посвященное хирургическому лечению ГИСО различной локализации с использованием лапароскопической и робот-ассистированной методик. Цель работы Определение оптимальных точек приложения лапароскопической и робот-ассистированной методик в хирургическом лечении ГИСО. Материал и методы Проведено ретроспективное исследование результатов лечения 28 больных с ГИСО,

находившихся на лечении в абдоминальном отделении (зав. – Кригер А.Г.) Института хирургии им.А.В.Вишневого. У пациентов были солитарные опухоли без отдаленных метастазов. Размер опухоли не превышал 84 см в наибольшем измерении; признаки прорастания капсулы отсутствовали, что подтверждено морфологическим исследованием. Женщин было 22(78,6%), мужчин – 6 (21,4%). Средний возраст составил 60,8±10,6 лет. Лапароскопические операции (ЛСО) выполнены 11 (39,3%) больным, робот-ассистированные (РАО) – 17 (60,7%). Большой сальник резецировали у 2 больных с ГИСО диаметром 62 и 70 см и экстраорганным ростом. В зависимости от локализации ГИСО и связанной с этим сложностью выполнения операции больные разделены на 2 группы: случаи технически сложные для удаления (13 больных) и простые (15 больных). Под технически сложными локализациями подразумевалось расположение опухоли в малых анатомических пространствах, объем которых ограничен малоподвижными анатомическими структурами (диафрагма, ворота печени, элементы гепатодуоденальной связки, поджелудочная железа). В подобных случаях, требовалась обязательная мобилизация органа, несущего опухоль, работа в непосредственной близости от крупных сосудов. В эту группу вошли больные с ГИСО, расположенными в кардиальном отделе, малой кривизне и задней стенке желудка, двенадцатиперстной кишке, дуоденоюнальном переходе. В группу технически простых локализаций отнесены случаи, когда удаление опухоли можно было выполнить без мобилизации органа - большая кривизна и передняя стенка желудка, тонкая и слепая кишки. Результаты. Всем пациентам выполнено радикальное удаление опухоли в объеме R0. Средняя длительность РАО составила 155,6±63,3 мин, ЛСО - 172,1±51,9. Интраоперационная кровопотеря составила в среднем 96,7±52,1 мл и 111,3±35,4 мл соответственно. Интраоперационных осложнений, конверсий не было. В случаях технически сложного расположения ГИСО, чаще выполнялись РАО - 73,4%. При простых локализациях опухолей, приоритет оставался за ЛСО - 64,6%. РАО выполнялись у пациентов со средним размером опухоли - 51,9±17,1 мм, что превосходило аналогичный параметр при ЛСО - 37,1±15,6 мм. Осложнений во время и после операций не было в обеих группах. Местного рецидива, а также метастазирования, при оценке отдаленных результатов у 13 больных не выявлено. Выводы ЛСО показаны при технически простых локализациях опухолей. РАО целесообразно выполнять в случаях, когда ГИСО располагается таким образом, что ее удаление является технически сложной задачей, так как требует мобилизации органа или несет опасность повреждения соседних органов или магистральных сосудов. Большой сальник следует резецировать в случаях, когда имеется экстраорганный рост опухоли и подозрение на прорастание опухолью серозного покрова.

---

#### 616.Миниинвазивные операции при неорганных забрюшинных опухолях

Сон А.И., Берелавичус С.В., Калинин Д.В., Кригер А.Г.

Москва

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневого» МЗ РФ

Введение. При традиционном (открытом) хирургическом доступе для удаления даже небольшой неорганной забрюшинной опухоли (НЗО) необходимо выполнение широкого разреза брюшной стенки. Миниинвазивные вмешательства (в лапароскопическом или робот-ассистированном вариантах) являются альтернативными методами удаления НЗО. В литературе описаны единичные случаи выполнения робот-ассистированных и лапароскопических операций при НЗО. Цель исследования: определение возможности и целесообразности миниинвазивных операций при удалении НЗО. Материал и методы. В 2009 - 2014 годах по поводу НЗО оперировано 58 больных. Робот-ассистированные операции выполнены 26 больным, лапароскопические – 12, открытые – 20. Средний размер НЗО – 102,85±42,2 мм. Группы были сравнимы по следующим показателям (p>0,05): половому составу, наличию клинической симптоматики, количеству и тяжести сопутствующих заболеваний (с использованием шкалы ASA), по наличию сдавления и прорастания окружающих органов, размеру опухолей и индексу массы тела (ИМТ). Отмечались статистически значимы различия в возрастном составе сравниваемых групп (p

617. Тактика хирургического лечения тонкокишечных свищей

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

Москва

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» МЗ РФ

Введение Возникновение кишечного свища после операций на органах брюшной полости является тяжелым осложнением, несущим реальную угрозу для жизни больного. Правильное тактическое решение при определении действий, направленных на устранение этой патологии, во многом определяет успех лечения. Каждый больной требует индивидуального решения возникшей проблемы, однако, существуют и общие принципы лечения. Цель работы: улучшить результаты лечения больных с кишечными свищами. Материал и методы Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 35 больных с тонкокишечными свищами. Несформировавшиеся тонкокишечные свищи были у 10 больных. В гнойную (брюшную) полость свищи открывались у 5 больных, из них флегмона передней брюшной стенки была у 3; в гранулирующую рану свищи открывались у 2 больных. Сформировавшиеся свищи были у 25 больных. При поступлении больных объем потерь кишечного содержимого по свищу составлял от 50 до 7000 мл, но в большинстве случаев (26 больных) потери составляли около 900 мл в сутки. В основу предоперационного обследования входило рентгенологическое исследование кишечника. При исследовании оценивали длину кишки от дуоденоеюнального перехода до свища и протяженность отводящей части кишки. Целенаправленно оценивали возможность наличия внутренних патологических соустьев тонкой кишки с другими полыми органами. При подготовке больных к операции проводили полное парентеральное питание с коррекцией водно-электролитного баланса и белкового обмена. За счет полного исключения перорального приема пищи и жидкости объем потерь кишечного содержимого сокращался в среднем до  $330,2 \pm 286,7$  мл в сутки. Местное лечение раны базировалось на активной аспирации кишечного отделяемого в комбинации с мерами, направленными на защиту кожи. Результаты Радикальное одномоментное хирургическое лечение произведено 30 больным; двухэтапное хирургическое лечение - 3 больным. Всем больным произведена пластика дефектов брюшной стенки. Не удалось устранить несформировавшиеся свищи, открывавшиеся в гранулирующую рану у 2 больных. Среднее время оперативных вмешательств составило  $173,9 \pm 118,9$  минут. При этом интраоперационная кровопотеря была  $242,59 \pm 387,23$  мл. Средний койко – день был  $28 \pm 19$  суток. Послеоперационные осложнения возникли у 10 больных, из них 7 пациентам потребовалось повторное оперативное вмешательство (по поводу частичной несостоятельности швов анастомозов у 3). Летальных исходов не было. Выводы В большинстве случаев кишечные свищи возникают после экстренных операций, выполненных по поводу острой спаечной кишечной непроходимости или перитонита.

---

618. Тактика хирургического лечения нейроэндокринных неоплазий поджелудочной железы

Кригер А.Г., Горин Д.С., Берелавичус С.В., Калдаров А.Р., Карельская Н.А., Ветшева Н.Н.

Москва

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» МЗ РФ

Введение Нейроэндокринные неоплазии (НЭН) - группа новообразований, происходящих из клеток диффузной нейроэндокринной системы. НЭН могут исходить из многих органов, но чаще локализуются в поджелудочной железе (ПЖ). В 10-30% НЭН являются компонентом синдромов множественной эндокринной неоплазии (синдром Вермера, фон Гиппеля- Линдау, фон Реклингхаузена). НЭН ПЖ

подразделяются на две группы: функционирующие, которые ассоциированы с симптомами, вызванными эктопической секрецией гормонов; и нефункционирующие, которые либо не секретируют биологически активные вещества, либо секретируют их, не вызывая клиническую симптоматику. Количество нефункционирующих НЭН составляет 50-60%. В диагностике функционирующих НЭН основной задачей является установление локализации опухоли, размер которой редко превышает 10 мм. При нефункционирующей НЭН G3 (нейроэндокринный рак) на первый план выходит дифференциальная диагностика с протоковой аденокарциномой. Основным методом лечения НЭН является хирургическое вмешательство. Цель работы: улучшить результаты лечения больных НЭН. Материал и методы Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 69 больных с НЭН. Нефункционирующие НЭН были у 33, функционирующие – у 36 больных. Женщин было 53 (76,8%). Средний возраст больных составил 50,9±13,4 лет. У 24 (34,8%) пациентов имелось поражение гипофиза, либо щитовидной и паращитовидной желез - синдром множественной эндокринной неоплазии I типа. Дистальная резекция ПЖ выполнена в 27 наблюдениях (в робот-ассистированном варианте - 9, лапароскопически – 2), при этом в 16 случаях операция произведена с сохранением селезенки. Пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция произведена 17 больным (в робот-ассистированным способом -1, лапароскопически- -1). В 13 наблюдениях осуществлена энуклеация опухоли головки поджелудочной железы (в робот- ассистированном варианте -8, лапароскопически- 1), в 7 - срединная резекций ( робот-ассистированная -5). Тотальную дуоденумпанкреатэктомию были вынуждены произвести 4 больным с множественным поражением ПЖ. В одном наблюдении выполнена тотальная резекция головки ПЖ. Результаты В традиционном варианте выполнено 42 вмешательства, с использованием миниинвазивных технологий (робот-ассистированных, лапароскопических) - 27. Миниинвазивные операции выполнялись при функционирующих НЭН и опухолях размером 2-3 см. Среднее время хирургического вмешательства при традиционных операциях составило 269,1±132,4 (65-615) минут, при миниинвазивных - 208,6±67,2 (75-600) минут; интраоперационная кровопотеря - 441,9±387,5мл и 130,45±107,3мл. Послеоперационный койко- день составил 21,2±13,9 суток у больных с традиционными операциями и 14±11,3 ст - миниинвазивными. В группе миниинвазивных вмешательств в послеоперационном периоде наружные панкреатические свищи сформировались у 11 больных (40,7%): тип А (ISGPS) -8 (72,7%), тип В - 3 (37,3%). В 1 наблюдении имел место послеоперационный гастростаз (тип В по ISGPS), эпизодов кровотечения в группе миниинвазивных вмешательств не было, летальных исходов в группе миниинвазивных вмешательств не было. После традиционных вмешательств наружные панкреатические свищи возникли у 20 больных (47,6%): тип А -13 (65%), тип В - 7 (35%). В 4 наблюдениях имел место послеоперационный гастростаз (тип В), аррозийные кровотечения (тип С, ISGPS) возникли у 5 больных, все потребовали повторных вмешательств. В одном наблюдении имелась несостоятельность гепатикоюноанастомоза с разлитым желчным перитонитом. Умерло 2 больных вследствие послеоперационного панкреонекроза. Выводы Хирургическое лечение НЭН требует избирательного подхода при выборе тактики и объёма оперативного вмешательства в зависимости от размеров опухоли, её локализации и агрессивности. При НЭН G1-G2 размером до 5-6 см целесообразно выполнение операций лапароскопическим методом или с использованием роботического комплекса. Применение миниинвазивных методик не позволяет избежать послеоперационного панкреатита. При нейроэндокринном раке с наличием отдаленных метастазов оправданы циторедуктивные операции с удалением первичной опухоли.

---

619. Хирургическое лечение хронического панкреатита

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

Москва

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» МЗ РФ

Введение: хронический панкреатит (ХП) – рецидивирующее воспалительное заболевание поджелудочной железы (ПЖ). Основными методами хирургического лечения осложнений ХП являются резекционные операции на ПЖ. Частота послеоперационных осложнений колеблется от 1,9 до 70%. Цель исследования:

анализ послеоперационных осложнений после хирургического лечения хронического панкреатита. Материал и методы: в Институте хирургии им. А.В. Вишневского в 2012 и 2013 годах оперировано 80 пациентов ХП. Из них – мужчин – 47 (58,8%), женщин – 33 (41,2%). Изучены непосредственные результаты хирургического лечения хронического панкреатита. Диагноз установлен по данным УЗИ, КТ, эндоУЗИ и МРТ органов брюшной полости. Показаниями к оперативному лечению были: болевой синдром у 68 больных (85%), стеноз ДПК (подтвержденный рентгенологически) у 4 (5%), биллиарная гипертензия у 6 (7,5%), невозможность исключить злокачественную опухоль у 2 (2,5%). При этом сочетание двух и более показаний отмечено у 51 больного (63,8%). Панкреатодуоденальная резекция выполнена 16 пациентам (20%); панкреатосохраняющие резекции ДПК выполнены у 10 больных (12,5%) при локализации патологических изменений в стенке ДПК. При преимущественном поражении головки поджелудочной железы у 48 больных (60%) произведена резекция этой части железы. Дистальная резекция ПЖ выполнена 3 больным (3,75%). Формировать обходные анастомозы пришлось у 2 больных (2,5%) с проявлениями острого панкреатита в стадии инфильтрата и у 1 больного (1,25%) операция закончилась диагностической лапаротомией. Результаты: послеоперационный панкреатит развился у 29 пациентов (36,3%). Из них легкая степень – 20 (69,3%) пациентов; средняя – 6 (20,7%) больных; тяжелая – 3 (10%) пациентов. Несостоятельность панкреатоэнтероанастомоза - 7 пациентов. Несостоятельность гепатикоэнтероанастомоза встречалась у 4 больных. Несостоятельность культи ПЖ после дистальной резекции ПЖ наблюдалась у 1 ( ) больного. Из 29 больных с ПП специфические осложнения развились у 13 (44,8%) больных. Из них НПС у 10 (34,5%) пациентов, у 2-х (6,9%) больных отмечено сочетание НПС и АК и у 1-го (3,4%) больного АК без НПС. Тип А НПС был у 7 ( ) пациентов, тип В – 4 ( ) пациента, тип С – 1 ( ) пациент. АК встречались у 3-х больных. Из них кровотечений типа А и С не было, тип В – 3 (100%) больных. Из 80 больных малоинвазивные методы лечения – 17 (21,3%) пациентов: эндоваскулярный гемостаз – 2 (2,5%) пациента: ЭГДС выполнили у 2 (2,5%) больных; УЗИ и необходимость пункции и/или дренирования потребовалось в 13 (16,3%) случаях. Выводы: частота возникновения осложнений после хирургического лечения хронического панкреатита остается высокой. Хирургическое лечение показано при развитии осложненных вариантов хронического панкреатита (дуоденальный стеноз, механическая желтуха, выраженный болевой синдром более 6 баллов по визуально-аналоговой шкале), а также выраженных воспалительно-инфильтративных изменениях из-за возможности наличия фокусов малигнизации. Оптимальный вариант хирургического лечения при ХП определяется индивидуально и зависит от характера и локализации поражения ПЖ. Панкреатосохраняющие операции резекцией ДПК сопряжены с высоким риском послеоперационных осложнений и не могут быть рекомендованы к широкому применению.

---

## 620. ОПЕРАЦИИ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РОБОТИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА

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

Москва

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» МЗ РФ

Введение Роботический комплекс da Vinci при операциях на поджелудочной железе (ПЖ) используется в единичных клиниках мира. Целесообразность его применения является предметом обсуждения на страницах журналов и специализированных конференциях. Приводим результаты робот-ассистированных операций на ПЖ, выполненных в ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского». Цель работы: Создание концепции адекватного применения роботического комплекса в хирургии ПЖ. Материал и методы Проведено ретроспективное исследование результатов РА операций у 61 больного. Принцип выполнения роботических операций не отличался от таковых в открытом варианте, но имел технические особенности. Протоковая аденокарцинома была у 14 больных, нейроэндокринные опухоли – 20, кистозные опухоли у 11, солидная псевдопапиллярная опухоль у 8, незидиобластоз – 2, метастазы почечноклеточного рака – 1, доброкачественные опухоли и хронический панкреатит у 5 больных. Дистальная резекция ПЖ выполнена у 32 больных, энуклеация опухоли – 12, ПДР - 11, срединная резекция - 5. Тотальная

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

дуоденумпанкреатэктомия произведена 1 больной. Результаты Длительность РА пПДР колебалась от 305 до 670 минут и составила в среднем  $463,1 \pm 111,1$  минут. Интраоперационных осложнений, конверсий не было. Интраоперационная кровопотеря составила в среднем  $400 \pm 267,3$  мл. Средний послеоперационный койко – день был  $17,63 \pm 9,27$ . Количество удаленных лимфоузлов составило  $18 \pm 3,54$  как и при традиционной ПДР. Длительность дистальной резекции составила  $218,0 \pm 68,2$  минут, средняя интраоперационная кровопотеря  $270 \pm 122,54$  мл. Послеоперационный период у 11 больных сопровождался наличием наружных панкреатических свищей типа А или В (ISGPS). Средняя продолжительность энуклеаций опухоли и срединной резекции составила  $150,0 \pm 49,0$  и  $253,0 \pm 37,7$  и сопровождалась минимальной кровопотерей от 50 до 150 мл. Выводы Показаниями к РА операциям являются аденокарциномы головки ПЖ, большого сосочка двенадцатиперстной кишки, терминального отдела холедоха, нейроэндокринные неоплазии и кистозные опухоли головки ПЖ, стадируемые как T1-2, а также доброкачественные и опухоли ПЖ с низким потенциалом злокачественности диаметром 4-5 см. РА операции обеспечивают прецизионность удаления лимфатических узлов и формирования анастомозов. За счет минимальной травматизации тканей послеоперационный период протекает для больных более комфортно. Применение робототехники в хирургии ПЖ позволяет уменьшить количество инфекционных осложнений и сократить пребывание больных в стационаре, но не способствует уменьшению вероятности возникновения послеоперационного панкреатита.

---

621.Робот-ассистированная адреналэктомия

Сон А.И., Берелавичус С.В., Кригер А.Г., Калдаров А.Р.

Москва

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» МЗ РФ

Введение Хирургическое вмешательство является единственным радикальным способом лечения опухолей надпочечников. Лапароскопическая адреналэктомия впервые была описана Gagner в 1992 году, первая адреналэктомия с использованием роботического хирургического комплекса Да Винчи была выполнена в 2001 году. Приводим опыт абдоминального отделения ФГБУ «Институт хирургии им. А.В.Вишневского» робот-ассистированного удаления опухолей надпочечников. Цель исследования: создание концепции эффективного использования роботизированного хирургического комплекса при удалении опухолей надпочечников. Материал и методы. Робот-ассистированное удаление опухолей надпочечников выполнено 17 пациентам: справа у 10 пациентов, слева – у 7. Размер опухоли колебался от 35 до 115 мм. Мужчин было 4, женщин - 13. Возраст больных колебался от 20 до 75 лет. Индекс массы тела (ИМТ) пациентов в среднем составил  $25,47 \pm 4,91$  кг/м<sup>2</sup> (от 19 кг/м<sup>2</sup>, до – 35 кг/м<sup>2</sup>). Сопутствующие заболевания выявлены у 76,47% пациентов. По классификации ASA ко 2 классу относилось 10 пациентов, к 3 классу - 7. Клинические проявления имелись у 10 пациентов (повышение АД, тахикардия, болевой синдром, похудание, слабость, дизурические и неврологические расстройства, наличие отеков). уровня гормонов в крови наблюдалось у 4 пациентов. Пальпаторно ни у одного из пациентов опухоль не определялась. Комплексное предоперационное обследование включало лабораторные исследования, УЗИ с дуплексным сканированием, компьютерную и магнитно-резонансную томографии. Результаты. Общее время операции составило в среднем  $187,06 \pm 68,85$  мин, медиана (Me) 170 мин. Среднее время докинга составило  $16 \pm 8,3$  мин, Me 14 минут. Средняя длительность работы консоли (консольное время) составило  $118 \pm 55,8$  мин. Длительность мобилизации опухоли составила  $118,53 \pm 54,71$  мин. Средний объем кровопотери  $198,72 \pm 292,72$  мл (Me 50 мл). В 2 случаях требовалась конверсия: в 1 случае из-за кровотечения, в 1 из-за высокой вероятности повреждения капсулы опухоли. Послеоперационные осложнения отмечались у 2 пациентов: послеоперационное кровотечение - 1 (потребовалась лапаротомия, гемостаз), жидкостное скопление в ложе удаленного надпочечника – 1 (выполнено дренирование скопления под УЗ-контролем). Длительность дренирования составила  $3,71 \pm 2,52$  дня. Средний послеоперационный койко-день составил  $6,94 \pm 2,68$  дня. Светлоклеточная кортикальная аденома была у 3 пациентов, светло-темноклеточная кортикальная аденома – 3, лимфангиома – 3, аденокортикальный рак – 3, псевдокиста надпочечника – 2, миелолипома -1,

588

капиллярная гемангиома -1, феохромоцитома -1. Выводы Робот-ассистированное удаление опухолей может успешно выполняться с использованием роботического комплекса при размере опухоли не более 120 мм.

---

## 622. РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЛОЖНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ ВИСЦЕРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Цыганков В.Н., Кригер А.Г., Варава А.Б., Францевич А.М.

Москва

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» МЗ РФ

Цель: оценить эффективность рентгеноэндоваскулярных методов при лечении пациентов с аневризмами висцеральных артерий (АВА). Материалы и методы: С 2004 по 2015 годы в ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» проведено лечение 63 пациентов в возрасте от 26 до 76 лет с АВА. Пациентов мужского пола было 36, женского – 27. Больных с истинными АВА было 24 человека (38,01%), с ложными – 39 человек (61,99%). Из 39 больных с ложными аневризмами посттравматических было 4 (10,25%), панкреатогенных 1 типа – 23 (58,97%), панкреатогенных 2 типа – 12 (30,76%). АВА были следующей локализации: селезёночная артерия – 33, левая желудочная артерия – 1, общая печеночная артерия – 4, правая печёночная артерия – 1, левая печёночная артерия – 1, верхняя брыжеечная артерия – 5, желудочно-двенадцатиперстная артерия – 11, панкреато-дуоденальная артерия – 7. При лечении АВА разных локализации нами были использованы различные методы эндоваскулярного лечения: эндопротезирование артерий как самораскрывающимися – 6 (9,52%), так и баллонорасширяемыми стент-графтами – 8 случая (12,69%). Эмболизация спиралью в различных модификациях выполнялась в 31 случаях (49,20%). Эмболизация артерии окклюдерами была применена 8 раз (12,69%). Другими эмболизирующие агенты использовались в 5 случаях (7,93%). Также в двух случаях наблюдался спонтанный тромбоз (4,3%). Результаты: В пяти случаях (9,93%) рентгенохирургическое вмешательство ограничилось диагностической ангиографией, в 58 случаях (92,06%) была выполнена рентгенохирургическая изоляция аневризмы от кровотока. В 100% случаев достигнут хороший ангиографический результат. В экстренном порядке прооперировано 8 пациентов (12,7%). Во всех случаях при панкреатогенных аневризмах I типа после эндоваскулярного этапа выполнялись в 22 случаях (95,65%) открытые полостные операции, в 1 случае (4,35%) лапароскопическая дренирующая операция. Выводы: Применение эндоваскулярных методов лечения позволяет надежно изолировать АВА из кровотока. У пациентов с ложными панкреатогенными аневризмами I типа эндоваскулярные вмешательства являются подготовительным этапом перед открытым хирургическим лечением. У пациентов с истинными и ложными АВА II типа эндоваскулярные методы могут применяться как окончательный этап лечения.

---

## 623. ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЙ ГЕМОСТАЗ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Варава А.Б., Цыганков В.Н., Кригер А.Г., Францевич А.М.

Москва

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» МЗ РФ

Цель: оценить эффективность рентгеноэндоваскулярных методов при лечении пациентов с кровотечениями из висцеральных сосудов и почечных артерий. Материалы и методы: С 2010 по 2015 годы в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» было оперировано 29 пациентов в возрасте от 31 до 72 лет с кровотечениями из висцеральных сосудов и почечных артерий. 15 пациентов ранее были оперированы: 13 пациентов оперированы на органах гепатобилиарной системы, двоим была выполнена резекция почки. У 8 пациентов с ложными аневризмами висцеральных артерий I типа, кровотечения носили рецидивирующий характер. Семь пациентов оперированы по поводу кровотечения из распадающихся опухолей различной локализации. Один пациент ранее перенес чрескожную чреспеченочную холангиостомию. У 5(17,24%) пациентов при диагностической ангиографии не было выявлено источников продолжающегося кровотечения, двум из них выполнена эмболизация ветвей с косвенными признаками (выраженный спазм и обрыв артерии) «артерии источника кровотечения», после эмболизации рецидива кровотечения не было. При лечении кровотечений из висцеральных и почечных артерий нами были использованы различные методы эндоваскулярного лечения: эндопротезирование артерий как самораскрывающимися и баллонорасширяемыми стент-графтами – 8 случая (27,58%). Эмболизация спиралью в различных модификациях выполнялась в 5 случаях (17,24%). Эмболизация артерии окклюдерами была применена 6 раз (20,68%). Другие эмболизирующие агенты использовались в 7 случаях (21,13%), в том числе клей (цианоакрилат) – 4(13,79%) раза и 3(10,34%) раза цилиндрические и сферические эмболы. Результаты: В 3 случаях (10,34%) рентгенохирургическое вмешательство ограничилось диагностической ангиографией, источника кровотечения выявлено не было. В 26 случаях (89,65%) была выполнена эмболизация. В 100% после эмболизации достигнут хороший ангиографический результат. Рецидивы кровотечения были у 5 больных, трое из которых были оперированы открыто, двум другим выполнена повторная эмболизация, после чего рецидивов кровотечения не было. Во всех случаях при панкреатогенных аневризмах I типа после эндоваскулярного этапа выполнялись дренирующие вмешательства. Выводы: Применение эмболизации при кровотечениях из висцеральных сосудов и почечных артерий, при выявленной артерии источника кровотечения, позволяет надежно выполнить гемостаз. У пациентов с ложными панкреатогенными аневризмами I типа эндоваскулярные вмешательства являются подготовительным этапом перед открытым хирургическим лечением. Целесообразно выполнять компьютерную томографию с внутривенным болюсным контрастированием для выявления источника кровотечения и планирования эндоваскулярного вмешательства.

---

#### 624.НОВАЯ МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Акимов В.П., Назаренко А.А., Баталов И.Х.

Санкт-Петербург

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова Кафедра хирургии имени Н.Д. Монастырского

В настоящее время в герниологии ведущую роль занимает безнатяжная герниопластика с использованием сетчатого протеза. При гигантских вентральных грыжах некоторые авторы использовали так называемый способ IPom (intra peritoneal onlay mesh). Отрицательной стороной метода IPom является риск развития спаечного процесса в брюшной полости и других интраабдоминальных осложнений при контакте эндопротеза с органами брюшной полости. Поэтому, в настоящее время считается обязательным условием изоляция эндопротеза от органов брюшной полости брюшиной для профилактики спаечной кишечной непроходимости. В последние годы появились работы о возможности интраабдоминальной постановки сетчатого импланта (непосредственно в брюшную полость), при этом используются специальные композитные эндопротезы с антиадгезивной висцеральной поверхностью. Однако необходимо отметить высокую стоимость данных композитных эндопротезов, что ограничивает их использование. Цель исследования. Показать возможность нового метода интраабдоминальной пластики грыжевых ворот с использованием антиадгезивного барьера для ограничения полипропиленового сетчатого импланта от органов брюшной полости. Материалы и методы. Нами проанализированы результаты лечения 4 больных (2



мужчин и 2 женщины) с вентральными грыжами, находившихся на лечении на клинических базах кафедры хирургии им. Н.Д. Монастырского с ноября 2014 года. Все пациенты прошли комплексное обследование, включавшее традиционные клинические, биохимические и инструментальные методы исследования согласно стандартам, больные были оперированы в плановом порядке. При устранении вентральной грыжи через грыжевые ворота в брюшную полость имплантировалась и фиксировалась по флангам стерильная рассасывающаяся коллагеновая мембрана Collaguard 30x30 см для отграничения эндопротеза от органов брюшной полости, затем выполнялась пластика грыжевых ворот полипропиленовым сетчатым имплантом. Мембрана Collaguard состоит из коллагена 1 типа, полный распад которого происходит за 3-6 недель. Результаты. В послеоперационном периоде на седьмые сутки осуществлялся ультразвуковой контроль: данных за ограниченные жидкостные скопления не получено, осложнений со стороны органов брюшной полости и послеоперационной раны также не было. Пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии. Амбулаторный контрольный осмотр через 2 месяца осложнений не выявил. Заключение. Таким образом, предложенная методика интраабдоминальной пластики брюшной стенки при гигантских вентральных грыжах синтетическим эндопротезом с противоадгезивным барьером (коллагеновая мембрана) представляет собой простой и надежный метод хирургического лечения грыж. При наличии обширных дефектов брюшной стенки и брюшины, а также отсутствии достаточной длины большого сальника после ранее перенесенных операций, отграничение сетчатого импланта рассасывающейся коллагеновой мембраной Collaguard представляется нам хорошей альтернативой дорогим композитным имплантам.

---

#### 625. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ АНТИОКСИДАНТОВ В ПРОЦЕССЕ СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Бадасян А.Н., Олифирова О.С.

Благовещенск

ГБОУ ВПО Амурская ГМА

Избыточное спайкообразование в брюшной полости после полостных операции, зачастую приводящее к острой спаечной кишечной непроходимости, остается недостаточно решенной проблемой. В последнее время одной из причин развития воспалительных заболеваний, в том числе и спаечного процесса, считают нарушения в про- и антиоксидантом балансе организма. Цель исследования: сравнительная оценка течения спаечного процесса в брюшной полости после моделирования спаечной болезни при воздействии разных антиоксидантов в условиях эксперимента. Материалы и методы. Для изучения влияния на процесс спайкообразования в брюшной полости были использованы препараты эмоксипин и мексидол, обладающие антиоксидантными и антигипоксическими свойствами. Экспериментальное исследование проведено на 60 белых, половозрелых, беспородных, взрослых крысах массой 180-200 г (4 группы по 15 животных). Для моделирования спаечной болезни выполняли лапаротомию, десерозирование висцеральной брюшины тонкой кишки 1x0,5см на 2 см выше илеоцекального угла, затем ушивали рану. В трех группах животных после моделирования спаечной болезни проводили внутрибрюшное введение различных препаратов. Первой группе животных (15) внутрибрюшинно вводили раствор эмоксипина (60 мг/кг) один раз в течение 7 суток. Животным 2-й группы (15) внутрибрюшинно вводили раствор мексидола (60 мг/кг) 1 раз в течение 7 суток. Животным 3-й группы (15) проводили внутрибрюшинное введение 2 мл 0,9% р-ра NaCl в объеме 2 мл один раз в течение 7 суток. 4-й группе (интактной) не проводилось моделирование спаечной болезни и введение препаратов. Через 14 дней после начала эксперимента животные были выведены из эксперимента путем передозировки эфирного наркоза. Для уточнения влияния антиоксидантов на течение спаечного процесса в брюшной полости и регенерацию мезотелиальных клеток на поврежденных участках брюшины проводились макроскопические, биохимические и гистологические исследования. При макроскопическом исследовании оценивалось количество и характер выявляемых спаек в брюшной полости, которые выражались в баллах. Активность антиоксидантной защиты (АОЗ) оценивали по содержанию в сыворотке крови витамина Е и церулоплазмину, перекисного окисления липидов (ПОЛ) – диеновых конъюгатов, гидроперекисей липидов и малонового диальдегида. Морфологическая оценка десерозированных участков

брюшины проводилась путем световой микроскопии с морфометрией. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Statistica 6. Результаты. При сравнительной оценке оказалось, что у животных, получавших мексидол, отмечалось наименьшее количество спаечных сращений в брюшной полости ( $1,9 \pm 0,5$  балла), чем у животных, получавших эмоксипин ( $2,6 \pm 0,4$  балла). Наибольшая интенсивность спаечного процесса ( $3,6 \pm 0,4$  балла) наблюдалась в группе животных, которым проводилось введение 0,9% р-ра NaCl в брюшную полость. По данным биохимического исследования в группах животных, получавших антиоксиданты, показатели уровня АОЗ (витамин Е, церулоплазмин) были выше, а содержание продуктов ПОЛ ниже, чем у животных, которым вводили 0,9% р-р NaCl. Показатели ПОЛ и АОЗ в 1-й и 2-й группах не имели значимых различий с аналогичными показателями 4-й группы здоровых животных, которым не проводилось моделирование спаечной болезни. При гистологических исследованиях десерозированных участков висцеральной брюшины кишечника в 3-й группе животных мезотелиальная выстилка отсутствовала на протяжении 52%. На этих же участках отмечались участки рыхлой соединительной ткани с лимфогистоцитарной инфильтрацией и утолщение стенки кишечника. В 1-й группе животных, получивших эмоксипин, мезотелиальная выстилка присутствовала прерывистыми участками на протяжении 74%, а на участках с отсутствием мезотелиальных клеток наблюдались очаги коллагенообразования с тенденцией к образованию соединительной ткани. У животных (2 группа), получивших мексидол, мезотелиальные покровы были на протяжении 84%, отмечались единичные очаги лимфогистоцитарной инфильтрации. Заключение. В результате экспериментального исследования установлено, что после моделирования спаечного процесса в брюшной полости внутрибрюшное применение мексидола способствовало меньшему спайкообразованию по сравнению с группой животных, получавших эмоксипин и р-р 0,9% NaCl. Кроме того, введение мексидола сопровождалось в большей степени регенерацией мезотелиальных клеток на поврежденных участках брюшины, чем у животных в других группах.

---

#### 626. Особенности лечения синдрома кишечной недостаточности у больных с острым панкреатитом

Климович И.Н., Маскин С.С., Левченко С.А.

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Пациенты с острым панкреатитом (ОП) всегда относились к категории трудных. В немалой степени это связано с синдромом кишечной недостаточности (СКН), который формируется в самом начале заболевания. Парез кишечника и нарушения транзита кишечного содержимого резко изменяют количество и качество внутрипросветной и пристеночной микрофлоры, нарушают барьерную функцию кишки. Желудочно-кишечный тракт при СКН становится мощным дополнительным источником эндогенной интоксикации бактериальной и дисметаболической природы, обуславливающим тяжелые полиорганные нарушения. Цель исследования. Улучшить результаты лечения СКН у больных с острым панкреатитом. Материалы и методы. Материалом для клинических исследований послужили 182 больных с острым панкреатитом, из них с тяжелой формой (оперированные) – 65(35,7%) и легкой (абортивные) 117(64,3%). Основную группу составляли 84(46,2%) пациентов, группу сравнения 99(53,8%). В основной группе у 30(35,7%) больных, через 36-48 часов от начала заболевания, регистрировалось развитие СКН, в группе сравнения у 34(34,3%). СКН диагностировали на основании клинической картины, сонографии тонкой кишки, электрогастроэнтерографии, бактериологического и микроскопического исследования кала. Степень эндотоксикоза в крови определяли по стандартным методикам, затем по модульной формуле рассчитывали суммарный индекс эндотоксикоза (СИЭ). Основной целью программы лечения СКН являлось, воздействие на ведущие пусковые звенья патогенеза СКН, это многофакторная стимуляция моторно-эвакуаторных функций кишечного тракта и нормализация микрофлоры кишечника. Мероприятия выполнялись на фоне стабилизации витальных функций организма. Всем больным из основной группы в комплекс стандартной терапии включили пресакральную многокомпонентную новокаиновую блокаду /200 мл – 0,25% раствора новокаина + 1,0 г антибиотика (цефобид и т.п.) + 40 мг клексана/ (Пат. №2269345). Пациентам с легкими

формами ОП блокады осуществлялись сразу в день поступления, однократно, далее ежедневно, вплоть до восстановления моторно-эвакуаторных функций кишечника (обычно 1-3 блокады), у больных с тяжелыми формами до операции и после операции. Новокаин, достигнув брыжейки тонкой кишки, устраняет болевой синдром, что способствует повышению электрической активности мышц стенки кишки. Клексан в крови, оттекающей от кишечника, нивелирует изменения гемостаза соответствующие Ia-б стадии ДВС-синдрома, этим предупреждает его генерализацию в периферическом кровотоке. Антибиотик служит профилактикой энтерогенных гнойно-септических осложнений. После обрыва острого процесса аутолиза в поджелудочной железе, пациентам вводили в желудок по зонду стимулятор моторики ЖКТ - цизаприд по 30 мг x 4 раза в день. Препарат хорошо всасывается и стимулирует ацетилхолин и серотонин в нейронах мышечных (ауэрбаховских) сплетений пищеварительного тракта на всем его протяжении. Его эффективность значительно выше гастродуоденокинетики метоклопрамида и его аналогов, действующих на допаминовые рецепторы (Тропская Н.С., 2009). Обязательным условием приема этого препарата является применение блокаторов H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов (квamatел) для угнетения выработки соляной кислоты, а не ингибиторов протонной помпы (лосек и т.п.). Одновременно с началом кормления больные получали Эубикор по 6 г 3 раза в день. За счет содержания в нем большого количества натуральных пищевых волокон, происходит стимуляция пропульсивной способности кишечника, параллельно препарат нормализует микрофлору кишечника, так как содержит в себе, инактивированные клетки специально селективированного штамма лечебных дрожжей - *Saccharomyces cerevisiae* (vini) и продукты их метаболизма (Бутова Е.Н., 2010). Одновременно больные получали пробиотики: линекс и хилак-форте в стандартных дозировках. Результаты. Формирование СКН повышает системную эндоксемию, а его этиопатогенетическая коррекция достоверно снижает СИЭ, что подтверждается тесной прямой корреляционной связью ( $r$  в пределах 0.718 – 0.934). Применение обновленной программы лечения СКН, позволило у 20(66,7%) пациентов из основной группы, на 2-3 суток раньше восстановить пропульсивную способность кишечника, нормализовать кишечную микрофлору и блокировать дегенеративные процессы в слизистой кишечника (слущивание покровного кишечного цилиндрического эпителия). Заключение. Лечение СКН, основанное на блокаде болевых импульсов непосредственно в брыжейке кишечника, улучшении микроциркуляции в кишечной стенке, многопозиционной стимуляции моторики ЖКТ и нормализации его микробиоценоза, позволяет достоверно (Р

---

627. Применение «ЛитАр» для закрытия остаточной полости плевры в эксперименте

Третьяков А.А., Шевлюк Н.Н., Мухаммедов Х.Б.М.

Оренбург

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России

Целью исследования явилось экспериментально-морфологическое обоснование возможности использования композитного материала «ЛитАр» для ликвидации остаточной полости плевры в условиях применения окситоцина. Объектом исследования были 39 белые крысы – самцы линии Вистар массой 280-300 г. Выполнено 3 серии опытов. В первой серии опытов на 9 животных создавали модель асептической ограниченной полости в правой половине грудной клетки путем имплантации в нее латексного шарика. На них изучали структурно-функциональные особенности формирования остаточной. Во 2-ой серии полость, сформированная по вышеописанной методике, на стадии 20 суток эксперимента заполнялась композитом «ЛитАр», другого лечения не проводилось. В 3-й серии опытов сформированная таким же образом полость, на стадии 20 суток опыта заполнялась композитом «ЛитАр» пропитанным раствором окситоцина (1 МЕ), при этом после пломбировки в течение 10 дней экзогенно (пункционно) к месту имплантации ежедневно подводился раствор окситоцина (1МЕ). Через 3 сут эксперимента по краю имплантированного шарика формировался выраженный демаркационно-некротический вал. Зона некротических изменений нарастает к 7 сут и является пролонгированным «раздражителем», обеспечивающим воспалительные реакции в плевре, вплоть до 14 сут. опыта. К концу первой недели происходило формирование соединительнотканной капсулы вокруг латексного шарика. Наиболее активно процессы фибриллогенеза в формирующейся капсуле

отмечались в течение 2-й и 3-й недель. К концу 4-й недели вокруг латексного шарика была сформирована хорошо выраженная соединительнотканная фиброзная капсула. Композит оптимизирует соединительнотканые взаимоотношения в полости, а концу первой недели в пространстве заполненным композитным материалом «ЛитАр» обнаруживаются врастающие кровеносные сосуды и мигрирующие клеточные элементы соединительной ткани. На фоне формирования соединительной ткани отмечается биодеградация композитного материала «ЛитАр», которая полностью завершается к концу первого месяца. При добавлении окситоцина пролиферативная активность малодифференцированных клеточных элементов соединительной ткани отмечается в течение более длительных сроков. То есть, процесс дифференцировки клеточных элементов фибробластического дифферона соединительной ткани отодвигается в этом случае на более длительные сроки. Также при использовании окситоцина в формирующейся соединительной ткани более длительное время наблюдается процесс активного васкулогенеза, вследствие чего количество сосудов микроциркуляторного русла на единицу площади соединительной ткани в этом случае превышает таковое при формировании соединительной ткани в зоне введения «ЛитАра» без использования окситоцина.

---

## 628. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Романенков С.Н., Сучков В.С., Логинов Е.В.

Нефтеюганск

БУ Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.И.Яцкив

Введение. Авторами проведен анализ результатов лечения пациентов с механической желтухой. С целью диагностики причин, вызвавших механическую желтуху, и их лечения применены внутрисветовая и внутрисветовая эндоскопия и чрескожные вмешательства под ультразвуковым и рентгеновским контролем. Использование эндовидеохирургических и навигационных технологий позволили значительно улучшить результаты лечения. Цель. Показать эффективность малоинвазивных методов диагностики и лечения заболеваний гепатобилиарной зоны, осложненных механической желтухой (МЖ). Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 847 пациентов с МЖ. Средний возраст пациентов 59±7,1 лет. Причиной МЖ у 233 (27,5%) пациента был холедохолитиаз, у 166 (19,7%) – папиллит, у 88 (10,4%) – опухоли головки или терминального отдела холедоха, у 59 (6,9%) – стриктуры терминального отдела холедоха. Транзиторные желтухи на фоне желчнокаменной болезни, острого холецистита и печеночной колики были у 301 (35,5%) пациента. Диагностика МЖ базировалась на данных анамнеза, клинических проявлений, лабораторных показателях, данных ультразвуковой сонографии органов брюшной полости (УЗИ), эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ), чрескожного чреспеченочного дренирования желчных протоков под УЗИ-контролем с холангиографией (ЧЧДЖП) и компьютерной томографии (КТ). Результаты и их обсуждение. Диагностический поиск в 100% случаев начинался с УЗИ органов брюшной полости. Следующим этапом было выполнение ЭРХПГ, по данным которой причина механической желтухи установлена в 98% случаев. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), как лечебная манипуляция, выполнена в 460 (54,3%) случаях у пациентов с холедохолитиазом, папиллитом, стриктурой терминального отдела холедоха. Механическая экстракция конкрементов (МЭК) проведена 181 (21,4%) пациентам, причем для 59 (6,9%) пациентов пожилого и старческого возраста - это явилось основным методом лечения, а для остальных ЭРХПГ с МЭК в предоперационном периоде позволило выполнить лапароскопическую холецистэктомию. Лечение начинали с проведения дезинтоксикационной терапии, которая включала экстракорпоральные методы детоксикации (плазмаферез). Оперативное лечение проведено 609 (71,9%) пациенту. Из них у 518 (61,2%) пациентов лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) после ЭРХПГ и МЭК в предоперационном периоде. Традиционная холецистэктомия в сочетании с холедохолитотомией выполнена у 91 пациентов (10,7%) с деструктивными изменениями стенки желчного пузыря, явлениями перитонита, крупными конкрементами холедоха. Операция заканчивалась дренированием холедоха или наложением билиодигестивных анастомозов. Из 88 (10,4%) пациентов с МЖ опухолевого генеза ЭПСТ, как лечебная манипуляция выполнена в 59 случаях. У 51 (6,0%) пациентов с опухолью терминального отдела холедоха или головки поджелудочной железы удалась при ЭРХПГ

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

выполнить эндостентирование холедоха. ЧЧДЖП выполнено 23 (2,7%) пациентам. Холецистостомия под УЗИ-наведением, как первый этап декомпрессии, выполнена 8 (0,9%) пациентам. Однако, при неэффективном функционировании холецистостомы в 4 случаях выполнено ЧЧДЖП (в 1 случае - раздельное дренирование правого и левого протоков). В 9 (1,1%) наблюдениях на первом этапе для купирования МЖ выполнены паллиативные операции (билиодигестивные анастомозы). В 8 случаях 2-м этапом выполнено чрескожное чреспеченочное стентирование гепатикохоледоха с проведением стента в двенадцатиперстную кишку. Осложнения после ЭРХПГ с ЭПСТ зафиксированы в 12 (1,4%) случаях: в 4 (0,5%) - кровотечение из папиллотомной раны, в 6 (0,7%) - развился панкреонекроз (интенсивное консервативное и оперативное лечение), в 2 (0,2%) – перфорация ДПК (оперативное лечение). После холецистэктомии осложнения отмечены в 6 (0,7%) наблюдениях. Летальных исходов 8 (0,9%). Выводы. 1. Внутрисветовая эндоскопическая коррекция механической желтухи выполнена у 54,3% больных, в 21,4% случаев в сочетании с механической экстракцией конкрементов. 2. Оперировано 71,9 % пациентов, при этом у 61,2% выполнена лапароскопическая холецистэктомия. 3. Эндоскопическое стентирование и чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков под УЗИ-наведением привели к купированию механической желтухи опухолевого генеза в 88,9% случаев.

---

629. Организация хирургической помощи раненым в вооруженных конфликтах последних десятилетий

Ефименко Н.А.

Москва

Главное военно-медицинское управление Министерства обороны Российской Федерации

Медицинская помощь раненым и пострадавшим во время войны осуществляется в соответствии с военно-медицинской доктриной, формирование которой по праву можно считать основным достижением военной медицины периода Великой отечественной войны. Сформулированная Е.И. Смирновым его советниками - главным хирургом Красной Армии Н.Н. Бурденко, профессорами В.Н. Шаповым, С.С. Гирголавым, В.С. Левитом на V Пленуме УМС ГВСУ в 1942 году, она провозгласила принципы единства, последовательности и преемственности лечебных и эвакуационных мероприятий на основе единой теории боевой патологии, единства взглядов на возникновение, течение и лечение боевых повреждений. Основу военно-медицинской доктрины составляет разработанная В.А. Оппелем в 1916 г. система этапного лечения раненых с эвакуацией по назначению. Именно этот блестящий хирург возглавил в 1931 году первую в мире кафедру и клинику военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии. Чёткая и правильная организация оказания хирургической помощи раненым на этапах медицинской эвакуации немислима без единого подхода, который определяет военно-полевая хирургическая доктрина, сформированная в нашей стране благодаря усилиям Н.И. Пирогова, В.А. Оппеля, Н.Н. Бурденко и сыгравшая исключительно важную роль в формировании единых взглядов на лечение огнестрельных ранений. Не смотря на важность и незыблемость основных положений доктрины, анализ по оказанию хирургической помощи раненым в войнах и вооруженных конфликтах последних трех десятилетий показал, что концепция военно-полевой хирургии требует постоянного совершенствования, внесения в неё дополнений по мере накопления и обобщения опыта. Так, опыт оказания медицинской помощи в период десятилетней войны в Афганистане (1979 – 1989 гг.), с учётом имевшихся на этот период сил и средств медицинской службы, характера и условий ведения боевых действий, привел к изменению и дополнению существующей военно-полевой хирургической доктрины рядом важных положений, которые были сформулированы в 1992 г. главным хирургом МО СССР П.Г. Брюсовым. Важнейшими из этих положений являются: - максимально возможное сокращение многоэтапности и использование возможности для одновременного оказания исчерпывающей хирургической помощи раненым; - широкая специализация хирургической помощи, придание первостепенного значения неотложной специализированной помощи; - приближение неотложной специализированной хирургической помощи к лечебным учреждениям армейского и войскового районов. Опыт медицинского обеспечения последующих военных конфликтов и, особенно, контртеррористических операций на Северном Кавказе показал необходимость внесения изменений и дополнений в организацию

595

оказания хирургической помощи раненым. В результате анализа и обобщения полученного опыта военно-полевая хирургическая доктрина пополнилась рядом важнейших положений и первое из них - на организацию хирургической помощи раненым в условиях современных локальных войн и вооруженных конфликтов решающее значение оказывает возможность ранней авиамедицинской эвакуации раненых непосредственно из боевых порядков войск на этап оказания специализированной хирургической помощи. Так, удельный вес вертолётной эвакуации раненых из войск в госпитали I-го эшелона специализированной медицинской помощи достигал в период первых событий на Северном Кавказе (1994-1996) 30%, в период вторых - 50%, а в отдельные периоды (октябрь - декабрь 1999 г.) - 70%. Благодаря широкому использованию вертолётной эвакуации стало возможным максимально сократить многоэтапность и уменьшить сроки оказания СХП. Проведенный анализ показал, что оптимальным является сокращение лечения до двухэтапных вариантов: оказание раненым доврачебной или первой врачебной помощи с последующей эвакуацией на этап специализированной хирургической помощи. При этих вариантах летальность среди пострадавших находилась в пределах 5%, а частота развития осложнений не превышала 35%. Увеличение числа этапов оказания хирургической помощи приводило к существенному росту летальности и осложнений. При этом, чем раньше раненый поступал на этап оказания специализированной медицинской помощи и получал исчерпывающую хирургическую помощь, тем лучше были исходы лечения. Так сроки поступления раненых в госпитали I-го эшелона специализированной медицинской помощи (Моздок, Владикавказ, Буйнакск) не превышали 4 часа. В результате летальность среди раненых снизилась до 1,5-2,0%, 83% не потеряли годности к военной службе, инвалидность получили 5,5% от числа всех пострадавших. Следующее положение современной военно-полевой хирургической доктрины вооруженных конфликтов последних десятилетий касается организации и содержанию мероприятий медицинской помощи раненым. Изменились роль, значение, объем и содержание отдельных видов медицинской помощи и этапов медицинской эвакуации. Первая помощь, быстро и правильно оказанная, остается основным средством спасения жизни раненых от жизнеугрожающих последствий боевой травмы прежде всего от кровотечения и острой асфиксии. Исходы этапного лечения раненых на Северном Кавказе в период 1999-2002 гг. показали, что летальность среди раненых, которым оказывалась первая помощь, была почти в 3 раза ниже, чем среди тех, кому эта помощь не оказывалась. В 50-70% случаев она являлась последним этапом подготовки раненых перед их вертолетной эвакуацией в специализированные многопрофильные ВГ I-го эшелона. Роль квалифицированной хирургической помощи в сегодняшней ситуации локальных войн и вооруженных конфликтов потеряла свою значимость, являлась вынужденным мероприятием и организовывалась на тех направлениях, где отсутствовала возможность постоянной вертолетной эвакуации. Основным объемом квалифицированной медицинской помощи в омеДБ и МОСНах в случаях оказания её силами штатного медицинского персонала чаще всего была и должна быть - первая врачебная помощь по неотложным показаниям. Специализированная хирургическая помощь на Северном Кавказе оказывалась в лечебных учреждениях, рассредоточенных в 3-и эшелона. 1-й эшелон - местные многопрофильные ВГ (Моздок, Владикавказ, Буйнакск), усиленные специализированными группами; 2-й эшелон - госпитали округов; 3-й эшелон - госпитали центра, ВМедА. Опыт второй чеченской компании показал, что оптимальным является приближение специализированной хирургической помощи к раненым путём формирования многопрофильных специализированных военных госпиталей в непосредственной близости к театру военных действий (госпитали I-го эшелона). Такой вариант развертывания многопрофильных госпиталей с одновременным усилением их специализированными группами способствовал реализации концепции ранней специализированной помощи. Следующее положение современной военно-полевой хирургической доктрины - лечебно-эвакуационное обеспечение локальных войн и вооруженных конфликтов подтверждает необходимость хирургического усиления этапов медицинской эвакуации. Так было во время афганской войны, так было и в период контртеррористических операций на Северном Кавказе. Необходимость усиления связана: - с увеличением числа раненых со сложной боевой травмой на этапах медицинской эвакуации; - с недостаточностью имеющихся на этих этапах штатных сил и средств для оказания адекватного объёма медицинской помощи раненым с тяжелой боевой патологией. Опыт войн и вооруженных конфликтов показывает, что результаты в оказании медицинской помощи раненым напрямую зависят от уровня медицинского оснащения этапов эвакуации. Сегодня мы обладаем большим арсеналом современных средств для выноса и вывоза пострадавших, оказания им медицинской помощи на всех этапах, начиная с поля боя и заканчивая лечебными учреждениями центра, и работа в этом направлении является приоритетной для всей военно-медицинской службы.

630. Диагностика рака яичников в условиях многопрофильного стационара

Тишакова В.Э., Абашин В.Г.

Москва

МУНКЦ им. П.В. Мандрыка МО РФ

Рак яичника остается одной из основных причин смерти среди злокачественных новообразований женских половых органов. По данным Международного агентства по изучению рака, ежегодно в мире регистрируется более 200 тыс. новых случаев рака яичника, и более 100 тыс. женщин погибают от злокачественных новообразований яичника. Несмотря на успехи современной медицины уровень заболеваемости и смертности не имеет тенденции к снижению. Однако одной из особенностей злокачественных новообразований яичников является отсутствие клинических проявлений заболевания и их бессимптомное течение в начальных стадиях патологического процесса. Так, до 70-80% больных с наличием злокачественных новообразований яичников обращаются за медицинской помощью уже при наличии III-IV стадии заболевания. Из них до 80% обращаются с неспецифическими жалобами (слабость, снижение работоспособности, увеличение объема живота и др.), а в 10-20% случаях наличие опухолевого процесса определяется при профилактических осмотрах или как «случайная находка». Наиболее распространенным методом инструментальной диагностики злокачественных новообразований яичников на амбулаторном этапе является УЗИ-исследование малого таза, особенно с применением трансвагинального датчика. Данный метод позволяет уточнить топический диагноз у 80-95% больных и определить структуру образования в 87%. Метод определения онкомаркера Са-125 также является высокоинформативным в диагностике и мониторинге рака яичников. Однако, некоторые авторы считают использование маркера Са-125 для скрининговых исследований малоперспективным, т.к. увеличение его уровня при ранних стадиях заболевания раком яичников отмечено только у 12-15% больных. В стационарных условиях одним из достоверных методов ранней диагностики злокачественных новообразований яичников является лапароскопия. Данный метод позволяет не только визуально оценить наличие и распространенность опухолевого процесса, но и получить клеточный материал для гистологического и/или цитологического исследования. Кроме того, обязательным является выполнение комплекса обследования по зонам наиболее вероятного распространения злокачественного процесса (ректороманоскопия, УЗИ органов брюшной полости, цистоскопия, рентгеновское исследование легких и т.д.). Результатом диагностического процесса является получение ответов на основные вопросы: - Имеется ли новообразование или его нет; - Если новообразование имеется, то какое его морфологическое строение; - При морфологически подтвержденном злокачественном новообразовании оценивается степень его распространенности. Целью нашего исследования явилось определение распространенности опухолевого процесса яичников при его первичной диагностике в условиях многопрофильного стационара. Материалом для исследования послужили ретроспективные данные комплексного обследования 87 пациенток, проведенного в Медицинском учебно-научном клиническом центре имени П.В. Мандрыка и филиале № 1 Центра – Клинике неотложные и прерорбидных состояний с 2003 по 2013 гг. Предварительный диагноз рака яичников или опухолевого процесса в области придатков матки в значительной степени был итогом клинического анализа косвенных признаков опухолевого процесса (анамнестических, мануальных, данных инструментальной и лучевой диагностики). В обследовании больных использован комплекс объективных, клинических, биохимических, эндоскопических (ректороманоскопия, гастроскопия, цистоскопия), рентгенологических (рентгенография легких), лучевых (УЗИ, КТ, МРТ) и инструментальных (лапароскопия) исследований. Данный комплекс позволял провести диагностику заболевания, оценить объективное состояние больных перед хирургическим лечением, в процессе операции и наркоза, в послеоперационном периоде и в процессе дальнейшего лечения. Полученные данные говорят о том, что не смотря на развитие методов диагностики выявление рака яичников до 76% случаев происходит в «запущенных» стадиях, что значительно снижает эффективность комплексного лечения. До 20-25% поздней диагностики злокачественных новообразований яичников происходит по вине больных, когда они не обращаются к врачу при появлении первых симптомов заболевания. Вместе с тем, в 30-50% поздняя диагностика заболевания обусловлена врачебными ошибками и, прежде всего, отсутствием онконастороженности. Агрессивные биологические свойства злокачественных новообразований яичников проявляются в способности к раннему, быстрому и обширному метастазированию. В пределах брюшной полости опухоль распространяется путем эксфолиации опухолевых клеток с поверхности пораженного яичника и переноса с током внутрибрюшинной жидкости по всей поверхности брюшины. Этот фактор играет существенное значение в клинических проявлениях

заболевания - значительное распространение мелких метастазов опухоли в большинстве случаев является бессимптомным. Низкий уровень диагностики I-II стадии (24%) онкологического процесса говорит об агрессивности опухоли и быстром ее распространении при наличии опухолевых клеток в свободной брюшной полости. Таким образом, ранняя диагностика рака яичников (в пределах I-II стадии) затруднена в результате отсутствия манифестных и специфических симптомов заболевания и, вследствие этого, поздней обращаемости пациентки к врачу, отсутствием онконастороженности врачей (длительное наблюдение при наличии придатковых образований) и сложностью морфологической диагностики процесса без выполнения инвазивных методов исследований. Таким образом, для ранней диагностики злокачественных новообразований яичников важно применение ряда основных принципов: 1. Профилактические осмотры женщин должны проводиться не реже 2 раз в год. 2. Патологические (или диагностически неясные) образования области придатков матки (малого таза) должны наблюдаться не более 1-2 месяцев. Итогом наблюдения должно стать или снятие диагноза или направление на углубленное обследование (в т.ч. диагностическую лапароскопию). 3. Наличие патологических (или диагностически неясных) образований в области придатков матки (малого таза) является показанием к выполнению оперативного вмешательства (диагностическая лапароскопия).

---

#### 631. ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЗАВОРОТЕ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

Нишинов Ф.Н., Абдуллажонов Б.Р., Бозоров Н.Э., Отакузиев А.З., Нишанов М.Ф.

Андижан, Республика Узбекистан

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. Заворот сигмовидной кишки (ЗСК) в условиях ургентной хирургии по сей день является одним из наиболее тяжёлых заболеваний сопровождающейся послеоперационной летальностью в 15,5-25% случаев. Количество осложнений раннего послеоперационного периода, в целом составляют 40-60% и не имеют тенденции к снижению. Цель исследования: Установить причины релапаротомий при ЗСК. Разработать пути их профилактики. Материал, методы и результаты исследования: В 3 хирургическом отделении клиники Андижанского медицинского института с 2000 по 2010 годы было произведено – 6002 оперативных вмешательства по поводу абдоминальной патологии, с общим числом релапаротомий - 52. Из них 27 релапаротомий произведено при ЯБДПК и некоторых заболеваниях толстой кишки (контрольная группа). С 2011 по 2014 годы было произведено – 2600 оперативных вмешательств по поводу абдоминальной патологии, с общим числом релапаротомий – 14. Из них 8 релапаротомий произведено при ЯБДПК и некоторых заболеваниях толстой кишки (исследуемая группа). Всем больным наряду с общеклиническими, проводились современные методы инструментального исследования. При завороте сигмовидной кишки в контрольной группе релапаротомии подлежали 5 (3,6%) больных. Проведя анализ их причин мы разработали ряд мероприятий позволяющих улучшить результаты лечения. В исследуемой группе больных мы внесли ряд корректив на всех этапах лечения. Тем не менее у 2 (1,2%) больных с ЗСК в результате несостоятельности швов межкишечных соустьев потребовались релапаротомии. Во всех случаях наступило выздоровление. В исследуемой группе больных при завороте сигмовидной кишки, коррекция сопутствующей патологии до операции уменьшила вероятность осложнений в послеоперационном периоде. Антибактериальная профилактика позволила минимизировать число гнойно-инфекционных осложнений, а профилактика тромбоэмболических осложнений – их развитие. Выводы. Придерживаясь определенной последовательности в диагностической программе и интраоперационных мероприятий - применение способа инвагинационного анастомоза с однорядными швами; современное электрооборудование; дренирование по типу «проточной системы»; способа внутрикишечного дренирования; привентивной антибиотикотерапии, профилактики тромбоэмболических осложнений, в целом, способствовали уменьшению числа релапаротомий с 5 (3,6%) до 2 (2,3%) и предотвращали летальные исходы.



### 632. К ВОПРОСУ О ПОНЯТИИ "ТРУДНОУДАЛИМЫЕ ЯЗВЫ"

Нишанов М.Ф., Отакузиев А.З., Ходжиметов Д.Ш., Ботиров Ж.А., Рустамжанов А.Б.

Андижан, Республика Узбекистан

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. Как известно, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является одним из распространенных заболеваний. Ею страдают от 2% до 10% взрослого населения, промышленно развитых стран (В.Г. Ивашкин и соавт., 2005; Lassen et al., 2006). Цель исследования. Дать наиболее близкий смысл так называемым трудноудаляемым язвам. Материалы и методы исследования. За период с 2009 по 2014 годы на базе кафедры хирургических болезней Андижанского мединститута по поводу ЯБДПК в плановом порядке оперированы 222 больных. Из них «трудноудаляемые» дуоденальные язвы диагностированы у 43 (19,4%) больных. С 2009 по 2011 годы было произведено – 138 оперативных вмешательств по поводу ЯБДПК, из них «трудноудаляемые» дуоденальные язвы диагностированы у 21 больного, что составило 15,2%. Так как этот контингент больных подлежал ретроспективному анализу, они составили контрольную группу. С 2011 по 2013 годы было произведено – 84 оперативных вмешательства по поводу ЯБДПК, из них «трудноудаляемые» дуоденальные язвы диагностированы у 22 больных, что составило 26,2%. Так как этот контингент больных подлежал собственному исследованию и анализу, они составили основную группу. Всем больным наряду с общеклиническими, проводились современные методы инструментального исследования. Результаты и их обсуждения. Во время оперативного вмешательства по поводу ЯБДПК хирурги нередко сталкиваются со значительными техническими трудностями, связанными с удалением ДЯ. Такие ситуации обычно возникают при постбульбарных, каллезных, гигантских, пенетрирующих и «зеркальных» язвах ДПК. При этом, отмечается высокая частота повреждения жизненно важных окружающих органов и, соответственно, осложнений и летальности. Такие язвы исследователи именуют «трудноудаляемыми», «неудобными» или «трудными». На наш взгляд наиболее удачное определение «трудным» ДЯ дано Ю.И.Калиш с соавт. (1996) и А.И.Тухтакуловым (2001). Однако по сей день в хирургической литературе сохраняются разногласия при определении «трудных» дуоденальных язв. Исходя из вышесказанного, «трудноудаляемыми» ДЯ следует считать: гигантские (более 2 см в диаметре) и/или каллезные язвы переднебоковых и задней стенок луковицы и постбульбарного отдела ДПК (ниже сфинктера Капанаджи), сопровождающиеся деформацией кишки и воспалительным процессом при сочетании их с осложнениями язвенной болезни. Выводы. Четкое представление о «трудноудаляемых» дуоденальных язвах позволяют практическим хирургам более скрупулезно относиться к выбору метода операции и избежать его осложнений.

---

### 633. ПРИНЦИПАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Нишанов М.Ф., Нишонов Ф.Н., Абдуллажонов Б.Р., Отакузиев А.З., Ботиров Ж.А.

Андижан, Республика Узбекистан

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время серьезную проблему в хирургической гастроэнтерологии представляют «трудные» дуоденальные язвы, составляющие от 1% до 7% всех язв (Лобжанидзе Г.В., 1989; Мыш Г.Д., 1983; Курбонов К.М., 1990; Бойко В.В. и соавт., 2002., Курбонов К.М. и соавт. 2004;). Несмотря на широкое

внедрение в клиническую практику современных эффективных методов медикаментозного лечения язвенной болезни, частота осложненных форм язвенной болезни возрастает. Цель исследования. Оптимизировать выбора метода хирургического лечения при «трудных» дуоденальных язвах. Материал и методы исследования. С 2009 по 2011 годы было произведено-138 оперативных вмешательств по поводу ЯБДПК, из них «трудноудаляемые» дуоденальные язвы диагностированы у 21 больного, что составило 15,2%. Так как этот контингент больных подлежал ретроспективному анализу, они составили контрольную группу. С 2012 по 2014 годы было произведено-84 оперативных вмешательств по поводу ЯБДПК, из них «трудноудаляемые» дуоденальные язвы диагностированы у 22 больных, что составило 26,2%. Так как этот контингент больных подлежал собственному исследованию и анализу, они составили основную группу. Как видно, на фоне продолжительного консервативного лечения в связи с появлением современных противоязвенных препаратов, имеется тенденция к росту числа больных с «трудноудаляемыми» дуоденальными язвами. Результаты и их обсуждения. В контрольной и основной группах больных ЯБДПК при «трудноудаляемых» язвах выполнены только различные модификации РЖ по Бильрот-II. При этом, у данной группы больных наиболее часто выполнялись РЖ по Гофмейстер-Финстереру - 36 (53,7%). Вместе с тем, у 22 (32,8%) больных выполнена РЖ по Бальфур-Майнготу и у 9 (13,5%) - по Ру. В контрольной группе модификации резекции желудка по первому способу Бильрот выполнены у 13 (61,9%) больных. Из них у 4 (19,1%) - РЖ по Габереру, у 8 (38,0%) - РЖ с термино-латеральным анастомозом по Габерер-Финнею и у 1 (4,8%) - по Л.Г.Хачиеву. При этом модификации резекции желудка по второму способу Бильрот выполнены у 8 (38,0%). Из них в модификации Гофмейстер-Финстерер – 7 (33,3%) и по Ру с инвагинационным анастомозом – у 1 (4,8%) больного. Следует отметить, что в основной группе модификации резекции желудка по первому способу Бильрот выполнены у 20 (90,9%) больных. Из них у 7 (31,8%) - РЖ по Габереру, у 9 (40,9%) - РЖ с термино-латеральным анастомозом по Габерер-Финнею и у 4 (18,2%) - по Л.Г.Хачиеву. При этом резекция желудка по второму способу Бильрот в модификации Гофмейстер-Финстерер выполнены лишь у 2 (9,1%) больных. Выводы. Разработанные и внедренные модифицированные технические приемы у исследуемых больных позволяют в 90,9% случаях выполнить РЖ в модификациях первого способа Бильрот. Наиболее оптимальны терминолатеральные анастомозы по Л.Г.Хачиеву и Габерер-Финнею. При постбульбарной локализации ДЯ операцией выбора должна быть РЖ для «выключения» язвы.

#### 634.ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПРИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Нишанов М.Ф., Абдуллажонов Б.Р., Отакузиев А.З., Мамарасулов М.М., Ботиров Ж.А.

Андижан, Республика Узбекистан

Андижанский Государственный медицинский институт

Цель исследования. Определить особенности клинического течения язвенной болезни при «трудных» дуоденальных язвах (ДЯ). Материал, методы и результаты исследования. За последние 5 лет в з хирургическом отделении Клиники АГМИ по поводу ЯБДПК в плановом порядке оперированы 222 больных. Из них «трудноудаляемые» ДЯ диагностированы у 43 (19,4%) больных. Всем больным наряду с общеклиническими, проводились современные методы инструментального исследования. При сравнительной оценке больных ЯБДПК с неосложненным течением и при «трудноудаляемых» ДЯ нами установлено, что при неосложненном течении заболевания в 24,5% случаях болезнь диагностирована у женщин реже по соотношению к мужчинам, составив 3:1. Тогда как у больных с «трудными» ДЯ лишь в 8,6% случаях болезнь диагностирована у женщин, по соотношению к мужчинам составив 10:1. Возрастной состав больных с неосложненным течением ЯБДПК в 167 (93,3%) случаев заболевание диагностировано в юношеском и молодом возрасте, т.е. в 15-44 года. У больных с «трудноудаляемыми» ДЯ установлено, что и в молодом возрасте частота диагностирования «трудноудаляемых» язв относительно велика. Так, возраст у 14 (32,5%) - составил 15-19 лет, у 15 (34,9%) - 20-44 лет. У них «трудность» ДЯ, в основном, определялась локализацией в постбульбарном отделе, по задней стенке луковицы ДПК с пенетрацией в окружающие органы. У 11 (25,6 %) больных возраст составил 45-59 лет и у 3 (6,0%) - старше 60 лет. У них ДЯ была

гигантских размеров (более 2 см) с охватом более половины диаметра ДПК. Нередко ДЯ была каллезной, пенетрирующей в окружающие органы и локализовалась по переднебоковым, задним стенкам кишки и в постбульбарном отделе ДПК. У больных с неосложненным течением ЯБДПК в 81,0% случаев длительность язвенного анамнеза не превышала 5 лет. У больных с «трудноудаляемыми» ДЯ при длительности язвенного анамнеза 6 - 10 лет частота «трудноудаляемых» ДЯ диагностирована в 16 (37,2%) случаев, в 11 - 15 лет - у 13 (30,2%), в 16 - 20 лет – у 7 (16,3%) и более 20 лет – у 3 (7,0%) больных. Следует отметить, что лишь у 4(9,3%) больных этой группы, длительность анамнеза заболевания составило до 6 лет. Однако, «трудноудаляемые» ДЯ могут диагностироваться и у больных с анамнезом болезни до 6 лет (9,3%), а также более 20 лет (7,0%). Выводы. «Трудноудаляемые» ДЯ значительно чаще диагностируются у лиц мужского пола, болезнь имела частое и непрерывно-рецидивирующее течение, диагностирован «гиперсекреторный» синдром, а также стойкий и выраженный болевой синдром, ДЯ длительное время (более 6 месяцев) не поддавалась комплексному противоязвенному лечению.

---

635.Результаты модифицированной внутрибрюшной сакрокольпопексии при лечении тазового пролапса у женщин

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Братищева Н.Н., Сторожилов Д.А., Наумов А.В., Кривчикова А.П.

Белгород

Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Белгородский национальный исследовательский университет

Актуальность. Ввиду большого количества рецидивов и неудовлетворительных функциональных результатов проблема оперативного лечения опущения органов малого таза и тазового дна у женщин является актуальной. Цель исследования. Улучшение анатомических и функциональных результатов комплексного хирургического лечения выпадения прямой кишки и матки. Материалы и методы. Наблюдалось 25 женщин с полным выпадением прямой кишки и матки и ректоцеле (IV степень по POP-Q). У всех больных данной группы имелось опущение промежности и недостаточность сфинктера заднего прохода. У 10 больных отмечалось недержание мочи при напряжении I-III степени, у остальных 15 больных имело место затрудненное мочеиспускание. Всем больным произведена внутрибрюшная сакрокольпопексия с укреплением передней и задней стенок влагалища на большом протяжении, практически до промежности, и с укреплением передней стенки прямой кишки сеткой. Для коррекции недержания мочи при напряжении или профилактики его развития в послеоперационном периоде выполняли кольпосуспензию по Burch. Средний возраст больных составил  $67,6 \pm 6,9$  лет. Результаты лечения оценивались по следующим критериям: частота воспалительных осложнений, эрозий и гранулем, развитие диспареунии в послеоперационном периоде, анатомическая коррекция пролапса и функциональных нарушений по данным УЗИ, МРТ, дефекографии, функциональных исследований с использованием аппарата Poligraf ID. Результаты. Существенных интраоперационных осложнений не отмечено ни у одной больной. Гнойно-воспалительные осложнения, которые удалось купировать консервативными мероприятиями, отмечены у 3 больных. Анатомической коррекции пролапса удалось достичь у всех пациенток. Аноректальная граница поднялась по отношению к лонокопчиковой линии, в среднем, на  $1,9 \pm 0,8$  см. Проктогенный запор ликвидирован у 16 больных. Аноректальный угол уменьшился на  $7,1 \pm 1,4^\circ$  в покое и на  $16,9 \pm 2,8^\circ$  при натуживании, сократилась длительность натуживания, уменьшилось количество оставшегося контраста после освобождения прямой кишки от бария (с  $22,2 \pm 1,6\%$  до операции до  $15,3 \pm 0,9\%$  после операции) и увеличилась скорость его эвакуации с  $17,6 \pm 1,3$  г/сек до операции и до  $7,8 \pm 0,8$  г/сек после операции. 15 из 25 больных удалось вытолкнуть баллон, объемом 150 мл, без чрезмерного напряжения. По результатам аноректального функционального теста отмечена частичная нормализация остаточного внутрипросветного давления, амплитуды и длительности ректоанального ингибиторного рефлекса: амплитуда его составила  $27,7 \pm 2,3$  mmHg и  $23,4 \pm 3,2$  mmHg (P0,05), что связано с прекращением его перерастяжения. Выводы: Модифицированная сакрокольпопексия с использованием синтетических имплантов, выделением и фиксацией стенок влагалища на большом протяжении с одновременной фиксацией прямой кишки позволяет

максимально устранить все имеющиеся анатомические дефекты при сочетанном тазовом пролапсе и улучшить функциональные результаты лечения этой категории больных.

---

### 636.ВНУТРИБРЮШНАЯ САКРОКОЛЬПОПЕКИЯ У БОЛЬНЫХ РЕКТОЦЕЛЕ С СИНДРОМОМ ОПУЩЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТИ

Братищева Н.Н., Олейник Н.В., Куликовский В.Ф., Сторожилов Д.А., Наумов А.В., Кривчикова А.П.

Белгород

Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Белгородский национальный исследовательский университет

Актуальность. Классические методы коррекции ректоцеле, такие как кольпорафия, леваторопластика, а также укрепление ректовагинальной перегородки различными имплантатами не позволяют достичь коррекции положения промежности у пациенток с ее опущением. Использование сетчатых имплантов больших размеров позволяет добиться коррекции положения промежности, в связи с созданием неофасции, однако связано с большим количеством ранних и поздних осложнений послеоперационного периода. Цель исследования. Оценка эффективности внутрибрюшной сакрокольпопексии в лечении больных ректоцеле на фоне опущения промежности. Материалы и методы. Основную группу составили 52 пациентки, которым по поводу ректоцеле III степени на фоне опущения промежности выполнена внутрибрюшная сакрокольпопексия. Особенностью метода заключалась в выделении задней стенки влагалища вплоть до прикрепления мышц-леваторов. Для фиксации влагалища и шейки матки к крестцу использовалась проленовая сетка Gynecare Soft. Для оценки результатов лечения, помимо клинических методов, использовались УЗИ, МРТ, дефекография, функциональные исследования тазового дна с использованием компьютерной системы Poligraf ID. Результаты. Интраоперационных осложнений не отмечено ни у одной больной. Величина кровопотери, в среднем, составила  $268,7 \pm 21,3$  мл, что связано с выделением влагалища на большом протяжении. У всех больных послеоперационный период протекал без осложнений. У большинства больных достигнуты положительные анатомические и функциональные результаты, что подтверждено объективными данными. Проведенные через 6-12 месяцев после операции УЗИ, МРТ, дефекография показали коррекцию ректоцеле и положения промежности у всех больных: аноректальная граница поднялась по отношению к лонокопчиковой линии, в среднем, на  $2,4 \pm 0,6$  см. Симптом обструктивной дефекации ликвидирован у 34 больных. Аноректальный угол уменьшился на  $6,2 \pm 1,3^\circ$  в покое и на  $18,1 \pm 3,9^\circ$  при натуживании. У всех больных отмечено уменьшение времени натуживания, процента оставшегося контраста после освобождения прямой кишки от бария: с  $23,1 \pm 1,5\%$  до операции до  $16,2 \pm 0,8\%$  после операции и увеличение скорости его эвакуации: с  $18,1 \pm 1,4$  г/сек до операции и до  $7,3 \pm 0,9$  г/сек после операции. 37 больным удалось вытолкнуть баллон, объемом 150 мл, без чрезмерного напряжения. Отмечена частичная нормализация остаточного внутрипросветного давления, амплитуды и длительности ректоанального ингибиторного рефлекса: амплитуда его составила  $27,7 \pm 2,3$  mmHg и  $23,4 \pm 3,2$  mmHg (P

---

637.Очаговая и паразитарная патология печени в условиях Крайнего Севера – методы и результаты оперативного лечения.

Антоненко И.В.,Зверев Я.Г., Макаров С.В., Бабин И.Е., Халиков И.Д., Тадибе А.В., Казимиров И.С., Семенов Е.В., Авдеев В.С.,Савин О.В., Сафьянов А.И., Сотникова Е.Ю.

Салехард, ЯНАО

Салехардская окружная клиническая больница

Эхинококкоз печени является основной нозологической формой очагового поражения печени среди коренного населения Ямала, ведущего традиционный образ жизни. Сложные коммуникационные условия оказания медицинской помощи жителям Крайнего Севера, обеспечение возможности для коренного населения Ямала получать специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь по месту жительства определило формирование Центра хирургии печени и поджелудочной железы на базе хирургической службы Салехардской окружной клинической больницы. В период с 2004 по 2015 года на базе хирургического отделения оперировано 73 пациента, из них 33(44%) с паразитарной патологией печени (эхинококкоз-32, альвеококкоз - 2), с непаразитарными кистами печени – 11 (15%), опухолевое поражение печени, включая метастазы колоректального рака – 10 (14%), с поражением внепеченочных желчных протоков опухолевого, воспалительного и ятрогенного характера – 16 больных (22%), врожденной патологией желчных протоков (киста холедоха) – 3 человека. Среди оперированных пациентов 23 (31,5%) мужчины, 50 – женщины. Средний возраст оперированных пациентов – 52 года, а в случаях с эхинококкозом печени – 39 лет. Преимуществ резекционных методик, включая перикистэктомии, перед эхинококкэктомиями не видим. По поводу эхинококкоза печени выполнено 30 операций, среди них эхинококкэктомий – 18, перикистэктомий – 9, сегментэктомий и атипичных резекций печени – 3. По поводу альвеококкоза печени выполнено 2 гемигепатэктомии (правосторонняя и левосторонняя кавальная). Предпочтение отдается поперечным доступам, всегда используются ранорасширители Сигала и выполняется полноценная мобилизация печени. Из 30 выполненных операций по поводу эхинококкоза печени в 2 случаях во время операции развился анафилактический шок при работе с живыми паразитами, расположенными внутripеченочно в медиальном секторе печени. В обоих случаях шок купирован. Паразит обрабатывается глицерином, при выписке рекомендуется медикаментозная профилактика. Из 30 выполненных эхинококкэктомий рецидив зафиксирован в 1 случае (3,3%), потребовавший повторной операции через 3 года. Из 30 эхинококкэктомий только в 1 случае во время операции диагностирован цистобилиарный свищ. Из 32 операций (включая 2 гемигепатэктомии по поводу альвеококкоза) по поводу паразитарного поражения печени релапаротомии выполнены в 3 случаях (9,3%), что было связано с желчным перитонитом в 1 случае и кровотечениями в 2 случаях. Все пациенты выздоровели, летальность, в том числе послеоперационная – 0. Широко в хирургической технологии используется РЧА (Хабиб электрод), биполярные и УЗИ ножницы, аргон, современные гемостатические губки. По поводу опухолевого поражения печени выполнено 5 правосторонних гемигепатэктомий и 5 атипичных резекций с использованием РЧА и аргон усиленной коагуляции. В 1 из 5 случаев правосторонняя гемигепатэктомия выполнена по поводу туберкулезного поражения правой доли печени (диагноз поставлен после гистологического исследования удаленного операционного материала). При резекциях печени по поводу опухолевого поражения релапаротомий не было, летальность-0. Билиодигистивные анастомозы в основном представлены гепатикоеюноанастомозами (13) и ХДА (3). Из 13 выполненных гепатикоеюноанастомозов в 3 случаях операции выполнялись по поводу ятрогенной патологии. При наличии желтухи, первым этапом всегда выполнялось стентирование холедоха с использованием эндоскопических технологий и чрезкожных пункционных методов дренирования желчных протоков. Из 13 выполненных гепатикоеюноанастомозов в 1 случае (7,6%) развилась несостоятельность, разрешенная на дренажах, с последующим выздоровлением, но развитием рубцового стеноза анастомоза через 9 месяцев (повторная операция, выздоровление). Анастомозы выполнялись прецизионно, 1 рядно. Средняя длина анастомоза – 21 мм. По поводу кист холедоха (3), в 2 случаях выполнялся гепатикоеюноанастомоз, в 1 - пластика холедоха. Из 73 оперированных больных летальных случаев не было.

---

#### 638.ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ С ТУБОВАРИАЛЬНЫМ АБСЦЕССОМ

Чурилов А.В., Кушнир С.В., Джеломанова С.А.

Донецк, ДНР

Институт неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака, кафедра акушерства и гинекологии Донецкого национального медицинского университета им.М.Горького.

Тромбоземболия легочной артерии (ТЭЛА) занимает первое место как причина смерти в послеоперационном периоде у больных с тубовариальными абсцессами. Сложная экономическая ситуация и трудности с медикаментозным обеспечением в ДНР заставили нас обратить внимание на метод профилактики ТЭЛА с помощью кава-фильтра. Одним из противопоказаний для установки кава-фильтра является наличие септического состояния. Нами была разработана методика подготовки к имплантации отечественного кава-фильтра «ОСОТ» у больных с осложненными формами гнойных воспалительных заболеваний придатков матки. Цель работы: оценить эффективность разработанной методики подготовки к имплантации кава-фильтра, включающей прямую длительную антибактериальную терапию, в гнойной гинекологии. Материалы и методы: За период с 2014 по 2015 год нами был пролечен 15 больной с осложненными формами гнойных воспалительных заболеваний придатков матки и высоким риском развития ТЭЛА в послеоперационном периоде. Катетеризацию эфферентного лимфатического сосуда осуществляли по общепринятой методике на бедре. Эндолимфатическое введение антибактериальных препаратов производили пассивным капельным способом, без использования специальных электро-механических дозирующих устройств, что делало методику более доступной и надежной. Для инфузии использовали растворы антибактериальных препаратов широкого спектра действия. Объем вводимого лекарственного препарата составлял от 30 до 100 мл. Инфузию производили один раз в сутки. Количество инфузий составляла от 5 до 7 раз. Имплантацию кава-фильтра производили на 4-5 сутки проведения эндолимфальной антибактериальной терапии после нормализации клинико-лабораторных показателей антеградным способом через бедренные вены. Методика имплантации кава-фильтра не отличалась от общепринятой. После установки кава-фильтра производилось хирургическое лечение. В послеоперационном периоде больные продолжали получать как эндолимфально, так и внутривенно антибактериальные препараты. Результаты: Всем 15 больным в предоперационном периоде на 4-5 сутки нахождения в стационаре был установлен кава-фильтр «ОСОТ». Осложнений связанных с установкой кава-фильтра и катетеризацией лимфатического сосуда отмечено не было. У 4-х больных в послеоперационном периоде тромб задержан фильтром и был в последствии извлечен. Все больные выписаны на 10-14 сутки послеоперационного периода без осложнений. Выводы: Кава-фильтр является высокоэффективным методом профилактики ТЭЛА в гнойной гинекологии, а предложенная методика применения прямой длительной эндолимфальной антибактериальной терапии позволяет создать условия для его имплантации.

---

639. Методы профилактики гнойно - воспалительных раневых осложнений после оперативных вмешательств по поводу ущемленных послеоперационных вентральных грыжах у больных с сахарным диабетом

Измайлов А.Г.(1), Доброквашин С.В.(1), Волков Д.Е.(1), Пырков В.А.(2), Закиров Р.Ф.(2), Давлет - Кильдеев Ш.А.(2), Ахметзянов Р.Ф.(2)

Казань

1) ГБОУ ВПО "Казанский ГМУ" Минздрава России 2) ГАУЗ "Госпиталь для ветеранов войн"

Прогнозирование, профилактика и лечение гнойно-септических осложнений остается одной из актуальных проблем в современной хирургии. Несмотря на достижения определенного успеха в борьбе с хирургической инфекцией, гнойно-септические осложнения после хирургических вмешательств до сих пор относятся к числу ведущих причин летальности и увеличения длительности пребывания больного в стационаре. Особая роль отводится проблеме послеоперационной раневой инфекции у больных с сахарным диабетом, так как эта группа больных вследствие известных причин наиболее склонна к инфекции. Проведен анализ результатов лечения 68 больных в возрасте от 48 до 86 лет, которым проводилось оперативное лечение по

поводу ущемленной послеоперационной вентральной грыжи, за период с 2004 по 2014 года, по материалам хирургического отделения ГАУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» г. Казани. В анамнезе у всех больных имелся сахарный диабет II типа. Проводилась рациональная инсулинотерапия, контроль глюкозы крови, своевременная коррекция и профилактика других осложнений диабета. Кроме этого все пациенты были склонны или страдали ожирением различной степени. Мужчин было 39 (57,3%), 29 (42,7%) женщин. Из общего числа у 16 (23,5%) больных имелись большие и гигантские грыжи. С целью профилактики послеоперационных раневых осложнений всем больным проводили антибиотикопрофилактику, которая заключалась в применении цефалоспоринов 3 - поколения (цефтриаксон, цефобол) по 1 – 2 г за 30 – 40 минут до операции внутривенно. При необходимости введение антибиотиков продолжали во время операции и в послеоперационном периоде. Профилактика венозных тромбозов и тромбоэмболий легочной артерии проводилась у всех больных путем применения эластического бинтования нижней конечностей, назначением по разработанным схемам антикоагулянтной терапии, а именно фраксипарина или фрагмина в течении 7 – 10 суток. У 19 (27,9%) больных закрытие дефекта передней брюшной стенки выполнено собственными тканями, у 49 (72,1%) больных герниопластика произведена с применением полипропиленового сетчатого эндопротеза фирмы «Линтекс» с totally макропористой структурой. В большинстве случаев эндопротез располагали под или между мышечно – апоневротическими структурами. Исключение составили больные с гигантскими грыжами. В этих случаях применяли истинно ненапряжную герниопластику с подшиванием протеза в край дефекта. С целью дренирования послеоперационной раны и профилактики гнойно – воспалительных осложнений применялось дренажное устройство разработанное в нашей клинике и представляет собой однопросветную трубку с гофрированной поверхностью, которую промывали 30 – 50% раствором гидрохлорида ксимедона (патент РФ №2261699). Во время ушивания послеоперационной раны устанавливали дренажное устройство на всем протяжении. Дренажное устройство не вызывало сдавление контактирующих тканей, принимало форму соответственно конфигурации дренируемой полости, длительно сохраняло свою основную функцию, что обусловлено его конструктивными особенностями. Установку трубчатого дренажа проводили в нисходящем направлении в нижней точке дренируемой полости в качестве пассивного коллектора. При таком расположении дренажа обеспечивается пассивный отток серозной жидкости по принципу силы его тяжести и капиллярности. Послеоперационную рану через отводящий конец устройства промывали 30 – 50% водным раствором гидрохлорида ксимедона. Дренажное устройство удаляли при отсутствии отделяемого, на 1 – 3 сутки. У 36 (52,9%) пациентов, у которых применялись традиционные методы профилактики гнойно – воспалительных осложнений и дренирования послеоперационной раны, серомы отмечены, соответственно у 5 (13,8 %), инфильтраты послеоперационных ран у 10 (27,7%) больных. В 1 (2,7%) случаи имелись признаки нагноения раны, которые успешно удалось разрешить консервативными методами. У 32 (47,1%) пациентов, которым применяли разработанные методы профилактики и дренирования послеоперационной раны, серома отмечена в 2 случаях (6,3%), наличие инфильтрата установлено у 4 (12,5%) пациентов. Нагноения послеоперационных ран не наблюдали.

---

#### 640. АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ НАРУЖНЫХ ГРЫЖАХ ЖИВОТА

Мухин А.С., Отдельнов Л.А.

Нижний Новгород

НижГМА Минздрава России

Цель исследования: проанализировать структуру летальности при ущемленных наружных грыжах живота (УНГЖ), выявить основные факторы неблагоприятного прогноза и предложить возможные пути их профилактики. Материалы и методы: произведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с УНГЖ, оперированных в клинике за период с 2001 по 2010 гг. Всего были оперированы 712 больных, из них: 31.6% – с паховыми грыжами, 31.5% – с параумбиликальными, 29.9% – с послеоперационными вентральными грыжами (ПОВГ) и 7% – с бедренными грыжами. Умерло 34 пациента (4.8%), среди которых

было 30 женщин и 4 мужчины. Результаты и обсуждение: в структуре умерших (n=34) преобладали больные пожилого (n=13) и старческого (n=18) возраста. Все пациенты имели тяжелую сопутствующую патологию. Из 34 больных обратились за медицинской помощью позднее суток с момента начала заболевания – 21, в сроки от 6 до 24 часов – 10 больных. Ущемление ПОВГ (в т.ч. рецидивной – у 8 пациентов) диагностировано у 17 больных (из них: с некрозом кишки – n=5, с распространенным перитонитом – n=3), параумбиликальной – у 11 (с некрозом кишки – n=5, с перитонитом – n=3), паховой – у 4 (с некрозом кишки – n=2, с перитонитом – n=1) и бедренных – у 2 больных (в обоих случаях – с некрозом кишки и распространенным перитонитом). Все больные оперированы: в сроки до 3 часов – n=18, до 6 часов – n=12 и позднее 6 часов – n=4. Резекция кишки выполнена 18 пациентам. Пластика грыжевых ворот включала различные методики, предусматривающие как использование местных тканей (в т.ч. модификации способов Б.А. Буровкина, применение дубликатурного шва, аутодермального трансплантата по В.Н. Янову), так и применение синтетических эксплантатов. Релапаротомии выполнены 6 пациентам (в т.ч. в одном случае - при ущемлении кишки между швами, фиксирующими сетчатый эндопротез). Непосредственными причинами летальных исходов стали: полиорганная недостаточность (n=17), продолжающийся перитонит (n=7), нозокомиальные пневмонии (n=2) и тромбэмболические осложнения (ТЭЛА – у 3 больных, инфаркт миокарда – у 3, ОНМК – у 1 и мезентериальный тромбоз – у 1). Выводы: поздняя обращаемость за медицинской помощью и преобладание больных пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией – важнейшие факторы, утяжеляющие прогноз при УНГЖ. Наиболее сложную группу представляют больные с ущемленными ПОВГ. Улучшить результаты лечения позволит: строгое соблюдение «канонов» ургентной хирургии (своевременная операция, тщательная ревизия, правила резекции, контроль внутрибрюшного давления, программируемые релапаротомии) и активная профилактика послеоперационных осложнений (тромбэмболических, нозокомиальных пневмоний, синдрома острого повреждения желудка).

---

641. Причины неэффективности эндоскопического гемостаза при язвенных кровотечениях.

Баглаенко М.В., В.А.Ступин, Р.Р.Мударисов

Москва

РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Вступление: язвенные кровотечения из верхних отделов ЖКТ продолжают оставаться, серьезной проблемой, сопровождающейся высокой летальностью 6-25%. Основным методом лечения язвенных кровотечений является консервативный с использованием эндоскопического гемостаза. Цель исследования: определить причины неэффективности эндоскопического гемостаза и возможные факторы риска. Материал и методы: в ретроспективное исследование за период 2012-2013 гг включены 378 пациентов с язвенными кровотечениями, среди них мужчин 241 (63.7%), женщин – 137 (36.3%). Первоначально с язвенными кровотечениями госпитализировано 296 (78.3%) пациентов, у 82 (21.7%) эпизод язвенного кровотечения развился во время пребывания в стационаре по поводу других заболеваний. При серологическом исследовании положительные результаты на определение *Helicobacter Pylori* обнаружены у 73.2% пациентов. Результаты: эндоскопический гемостаз всего выполнен 242 (64%) пациентам. Среди них явления геморрагического шока отмечены у 95 (39.3%) пациентов. Распределение пациентов с выполненным эндоскопическим гемостазом: F1a – 28 (11.6%), F1b – 72 (29.7%), F1a – 85 (35.1%), F1b – 42 (17.4%), F1c – 15 (6.2%). В последующем всем пациентам проводилась терапия с внутривенным назначением ингибиторов протонной помпы в течение 3-х суток с последующим переходом на пероральные формы. Распределение пациентов в зависимости от вида выполненного эндоскопического гемостаза: инфильтрационный – 51 (21.1%), термический – 132 (54.5%), механический (клипирование) – 13 (5.4%), комбинированный – 46 (19%). После выполненного гемостаза рецидивы язвенных кровотечений отмечены у 29 (12%) пациентов, у 6 (2.5%) пациентов – более 2 рецидивов кровотечения. Среди пациентов с выполненным эндоскопическим гемостазом общая летальность составила 11.6%, в группе с рецидивирующим характером кровотечения – 11 (37.9%). Хирургическое вмешательство выполнено 20 (8.3%) пациентам: по поводу рецидива оперировано



12 (5%), неостанавливающееся кровотечение – 6 (2.5%), в связи с высоким риском рецидива – 2 (0.8%). Среди оперированных у 3 (15%) выявлена пенетрация язвы, явления геморрагического шока при поступлении у 12 (60%) и размеры язвенного дефекта >2 см – у 6 (30%) пациентов. Заключение: неэффективность консервативной тактики с использованием эндоскопического гемостаза, потребовавшая хирургического лечения наблюдалась у 8.3% пациентов. К факторам, ограничивающим эффективность эндоскопического гемостаза, можно отнести – размеры язвенного дефекта >2 см, пенетрирующий характер язвы и геморрагический шок при поступлении.

---

#### 642. Хирургическая реабилитация стомированных больных

Ильканич А.Я.(1), Дарвин В.В.(1), Краснов Е.А.(2), Васильев В.В.(2), Барбашинов Н.А.(2), Воронин Ю.С.(1)

Сургут

1) ГОУ ВПО «Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского автономного округа - Югры», кафедра госпитальной хирургии 2) БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница»

Лапароскопические реконструктивно-восстановительные операции относятся к операциям высокой степени риска. Частота осложнений лапароскопического восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта у стомированных больных, по данным различных зарубежных и отечественных источников, колеблется от 6 до 24%. Наиболее часто встречающееся из них и представляющее опасность для жизни пациента – это несостоятельность межкишечного анастомоза. На данном этапе развития лапароскопических технологий актуальным остается вопрос о снижении числа послеоперационных осложнений. Цель исследования: оценить возможность применения лапароскопического восстановления непрерывности пищеварительного тракта у стомированных больных. Материал и методы исследования: проведен анализ лечения стомированных пациентов, пролеченных в хирургическом отделении Сургутской окружной клинической больницы в период с января 2014г. по июнь 2015г. Исследование включало 24 пациента, среди них 10 (41,7%) мужчин и 14 (58,3%) женщин. Средний возраст пациентов составил 57,05±9,92 года. В анализируемой группе основным заболеванием, ставшим причиной наложения стомы было наличие злокачественной опухоли у 19 (79,2%) больных, повреждение инородным телом (костью) - у 1 (4,2%), осложнение дивертикулярной болезни - у 2 (8,3%), повреждение инородным телом (костью) - у 1 (4,2%). Длительность ношения стомы составила от 4 до 6 месяцев у 6 (25%) пациентов, от 6 до 12 месяцев - 9 человек (37,5%), более 12 месяцев - у 8 (33,3%). Максимальный срок при этом составил 11 лет, минимальный – 4 месяца. Параколомостомические осложнения отмечены у 6 пациентов (25%): стеноз устья выведенной стомы - у 4 (66,7%), параколомостомическая грыжа - у 1 (16,7%) и ретракция стомы – у 1 (16,7%). Сопутствующие заболевания были выявлены у 100% оперированных больных, в том числе отмечено сочетание нескольких заболеваний у одного пациента. Наиболее часто отмечается наличие гипертонической болезни – 7 (29,2%), сахарного диабета – 6 (25%). Алиментарным ожирением различной степени в анализируемой группе страдали 5 (20,8%) пациентов. Все пациенты оперированы в плановом порядке. Обследование больных перед операцией включало в себя общеклиническое исследование, фиброколоноскопию, прокто- и иригоскопию, компьютерную томографию, УЗИ и пр. Подготовка к операции осуществлялась препаратами полиэтиленгликоля. Антибиотикопрофилактика применена у всех оперированных. При этом в большинстве наблюдений использован цефтриаксон в сочетании с метронидазолом (83,3%), амписид (8,3%), амикацин (8,3%). Профилактика тромбозов осложненных осуществлена использованием низкомолекулярных антикоагулянтов. Средняя длина культи кишки составила 21 ± 5,4 см. Результаты и их обсуждение: Выбор хирургического вмешательства определялся характером первичного заболевания, типом стомы, видом парастомических осложнений. Лапароскопическое восстановление непрерывности желудочно-кишечного тракта начато у всех 24 больных. В 10 случаях (41,7%) выполнена конверсия, что у 8 (33,3%) пациентов было связано с обширным спаечным процессом в брюшной полости. В большинстве наблюдений применен аппаратный шов – у 22 (91,7%) оперированных. В раннем послеоперационном периоде в группе оперированных через лапаротомный доступ - у 2 (8,3%) больных развилась несостоятельность толстокишечного анастомоза. При сравнительном

анализе течения послеоперационного периода отмечено более гладкое течение послеоперационного периода у пациентов, которым выполнено видеолaparоскопическое восстановление непрерывности пищеварительного тракта. У пациентов, оперированных лапароскопически активация перистальтики кишечника происходила на  $2,8 \pm 0,83$  день, а в группе оперированных открытым способом –  $4,4 \pm 1,1$  дня. Средний койко-день у пациентов после малоинвазивного вмешательства составил  $9,6 \pm 0,57$ , тогда как пациенты, оперированные лапаротомно находились в стационаре в среднем  $17,1 \pm 14,5$  дней. Таким образом, видеолaparоскопическое восстановление непрерывности пищеварительного тракта – эффективный способ хирургической реабилитации стомированных пациентов.

---

#### 643. ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Луценко Ю.Г., Пилюгин Г.Г., Осипов А.Г.

Донецк

Кафедра хирургии ФИПО Донецкого национального медицинского ун-та им.М.Горького

Актуальность. Проблема заживления трофических язв на фоне сахарного диабета (СД) в хирургии на сегодняшний день остается актуальной, так как продолжается рост этой патологии. Поэтому большое значение имеет поиск новых методов лечения трофических язв в данной категории больных. Цель исследования: оценить эффективность применения комбинированного лазерного облучения в комплексном лечении трофических язв у больных сахарным диабетом. Материал и методы. Под наблюдением находилось 40 больных, страдающих СД. Среди больных преобладали женщины (70%) в возрасте от 45 до 70 лет. Инсулинозависимый диабет диагностирован у 16 больных, инсулинонезависимый – у 24 больных. Диабет тяжелой формы выявлен у 12 больных, средней степени тяжести – у 19, легкой – у 9. Все больные с СД получали лазеротерапию (ЛТ). В комплексном лечении использованы высокоэнергетический лазер «Ромашка-1», низкоинтенсивные лазеры – «АМЛТ», «Узор», АФЛ-2 «Ярозит». Контрольную группу составили 30 больных с аналогичной патологией, леченных по традиционной методике. Применение предложенной методики больным СД осуществлялось с учетом стадии патологического процесса, иммунного статуса, макро- и микрогемодинамики, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования. Методика лечения состояла в следующем. Наряду с медикаментозными препаратами для улучшения дренажной функции лимфатической системы ног аппаратами «АМЛТ» и «УЗОР» проводилось чрезкожное облучение сосудистого пучка из трех точек по 4 мин. или 256с. соответственно. Курс лечения – 12-14 процедур. При иммунных нарушениях, отмеченных у 34 (85%) больных СД, использовали «АМЛТ» и «Узор» на проекцию печени и селезенки. С целью удаления некротических масс с поверхности язвы последнюю обрабатывали сфокусированным высокоэнергетическим лазерным лучом и накладывали повязку с антисептиками и протеолитическими ферментами. В дальнейшем раневая поверхность обрабатывалась гелий-неоновым лазером АФЛ-2 «Ярозит» с длиной волны 0,63 мкм, длительностью экспозиции – 20 мин. Результаты и их обсуждение. Положительный эффект проявлялся в уменьшении болей после первой процедуры у 37 (92,5%) больных СД. У 27 (67,5%) пациентов с трофическими язвами, наряду с ликвидацией отека отмечалось быстрое уменьшение объема и характера отделяемого из раны с эпителизацией язвы. В основной группе заживление язвы происходило на 7-10 суток раньше. В результате отмечено повышение иммунокомпетентных клеток уже после первого сеанса, с максимумом после 5-7 сеансов. Этот эффект удерживался на протяжении 3 недель. Общее количество лимфоцитов возрастало в 1,5 раза после первого сеанса и в 2 раза после окончания курса лечения. Изменение Т-лимфоцитов носило аналогичный характер. Изменения гуморального иммунитета также проявлялось в повышении В-лимфоцитов в 3,8 и уменьшении содержания иммунокомплексов в 1,5 раза. В контрольной группе больных улучшении иммунологического статуса не отмечено. При чрезкожном измерении уровня рО<sub>2</sub> в тканях у больных СД выявили снижение напряжения кислорода до 46-48 мм рт.ст. (норма – 57 мм рт.ст.). После проведенного лечения парциальное напряжение кислорода в основной группе больных СД повысилось до 44-46 мм.рт.ст. В контрольной группе соответственно уровень рО<sub>2</sub> составил 38-40 мм.рт.ст. По данным

лазерной доплеровской флоуметрии после проведенной комбинированной ЛТ перфузия кожи в основной группе составила  $75,3 \pm 14,9$  ПЕ (норма  $65,5 \pm 8,2$ ), в контрольной группе без существенных изменений. Выводы. На фоне комбинированной ЛТ улучшилась микрогемо- и лимфоциркуляция, быстрее уменьшились боли и отек и на 7-10 суток быстрее происходила эпителизация трофических язв. Учитывая стимулирующее действие ЛТ на раневой процесс, целесообразно использовать данный метод в комплексном лечении трофических язв у больных СД на фоне комплексного лечения.

---

644. Профилактика образования острых гастродуоденальных язв у больных острым деструктивным панкреатитом

Андриенко И.Б., Луценко Ю.Г., Осипов А.Г.

Донецк

Кафедра хирургии ФИПО Донецкого государственного медицинского университета им. М.Горького

Возникновение острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных острым деструктивным панкреатитом является грозным осложнением основного заболевания. При осложненных острых язвах общая летальность достигает 40-50%. Целью исследования явилось изучение эффективности применения низкоэнергетических лазеров в профилактике образования острых язв желудка и кишечника у больных острым деструктивным панкреатитом. Традиционную терапию острого деструктивного панкреатита у 23 пациентов дополнили курсом внутрижелудочного лазерного облучения, состоящим из применения низкоэнергетического лазера «АФЛ-2» с мощностью лазерного излучения на выходе 10-20 мВт и длиной волны 632,8 нм. Для подачи лазерного излучения на слизистую оболочку использовался кварц-полимерный моноволоконный световод диаметром 2,5 мм, длиной 1,5 м. Облучение стенок желудка и двенадцатиперстной кишки гелий-неоновым лазером проводилось специальным зондом, который представляет собой полихлорвиниловую трубку диаметром 0,5-0,7 см с наличием на конце оливы-рассеивателя из кварцевого стекла. Процедура начиналась после введения кварцевого моноволоконного световода в просвет зонда до соприкосновения с оливой-рассеивателем. Продолжительность процедуры составляла 20 мин ежедневно в течение 6-8 дней. При поступлении всем больным было произведено эндоскопическое обследование желудка и двенадцатиперстной кишки, при котором язвенной болезни не было обнаружено. Всем пациентам измерялась кислотность желудочного сока. Результаты сопоставлялись с контрольной группой (30) больных, получавших общепринятое лечение. При эндоскопическом исследовании у 17 пациентов контрольной группы выявлены острые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, из них у 11 больных язвы локализовались в желудке, у 6 - в двенадцатиперстной кишке. У 5 больных на 3-5 сутки возникло желудочно-кишечное кровотечение, из них - 2-е умерло. В основной группе острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки не обнаружено. После первого сеанса внутрижелудочного лазерного облучения выявлены изменения показателей pH желудочного сока от  $2,6 \pm 0,2$  до  $4,7 \pm 0,4$ . На 5-е сутки в основной группе кислотность составила  $4,9 \pm 0,1$ , в контрольной  $-2,9 \pm 0,2$ . Опыт применения внутрижелудочного облучения гелий-неоновым лазером показал его эффективность: в основной группе у 19 пациентов болевой синдром купировался на 4-5 сутки, на 2-3 сутки восстанавливалась перистальтика кишечника у 20 больных, понижалась температура тела, сроки лечения больных сокращались на 5-7 койко-дней (с 26,38 до 21,1). Таким образом, на фоне внутрижелудочного лазерного облучения показатели pH желудочного сока изменялись от  $2,6 \pm 0,2$  и до  $4,7 \pm 0,4$ , что является фактором предупреждения образования острых эрозий и язв пищеварительного тракта, улучшает результаты лечения основного заболевания, уменьшает количество осложнений и летальность.

---

645. СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА ГРУДИ И ЖИВОТА: ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ.

Познанский С.В.

Иваново

Ивановская государственная медицинская академия

Необоснованные открытые операции при сочетанных повреждениях груди и живота выполняются в 45–62% случаев, усугубляя течение шока и травматической болезни. Альтернативой выступают минимально инвазивные технологии, объединившие диагностику и лечение в единый цикл. Видеоторакоскопия (ВТС) и видеолaparоскопия (ВЛС) выполнены нами у 177 пострадавших с закрытой сочетанной травмой, поступивших в Региональный травмоцентр I уровня Ивановской ОКБ. Среди обстоятельств травмы ДТП составили 72,7% случаев, падение с высоты – 13,9%, насильственные действия – 9,3%, сдавления – 3,6%, удар животного рогом – 0,5%. ВТС в различные сроки произведена 68 пациентам, при этом установлены либо подтверждены: ранение сердца (1), разрыв легкого (14), повреждение грудной стенки (7), разрыв диафрагмы (4), разрыв грудного протока (1), флотирующие переломы ребер (17), свернувшийся гемоторакс (18); организованный плеврит (2); посттравматическая эмпиема плевры (4). Показания к конверсии выявлены у 7 (10,3%) пациентов, которым после торакотомии выполняли ушивание правого предсердия, лобэктомии (2), ушивание внутригрудной артерии, ликвидацию тотального организованного гемоторакса, аллопластику разрыва диафрагмы III степени по Мооге, наложение гемостатических швов при размождении легкого (в качестве I ступени «damage control»). Вмешательство завершено с минимальной инвазией в 61 (89,7%) случае. При этом у 19 пострадавших выполнялись электрокоагуляционный гемостаз, интракорпоральный шов раны легкого и диафрагмы, резекция лёгкого эндостеплером, пликация фибринколагеновой субстанции, клипирование грудного протока, медиастинотомия (при пневмомедиастинуме). В 22 случаях эндовидеохирургическая операция проводилась по поводу поздних осложнений (свернувшийся гемоторакс, бронхиальный свищ, фиброторакс). У 4 пациентов с посттравматической деструктивной пневмонией и эмпиемой плевры производилась ВТС с секвестрэктомией и частичной плеврэктомией в сочетании с фибробронхоскопической окклюзией свищей. У 16 пациентов под контролем ВТС осуществлена минимально инвазивная фиксация флотирующих переломов ребер спицами, при этом во всех случаях первоначально устранялись внутриплевральные осложнения. ВЛС выполнялась у 87 пациентов с предварительным диагнозом повреждения органа брюшной полости. Дальнейшая конверсия потребовалась в 33 (37,9%) случаях при выявленных повреждениях селезенки и печени II-V степени по Е.Мооге (повреждение II степени – 1 случай), разрыве диафрагмы III степени по Мооге, разрывах полых органов (ДПК, тонкий и толстый кишечник, мочевого пузыря). Необходимо выделить 5 пострадавших, у которых при ВЛС диагностирован массивный гемоперитонеум с картиной «томатного супа», а при последующей лапаротомии определены повреждения печени и селезенки IV-V степени по Мооге. Дальнейшая тактика соответствовала «damage control surgery», при этом выжили 3 пациента. Эндоскопически вмешательство завершено у 54 (62,1%) пациентов. При этом в 9 случаях при повреждениях селезенки и печени I-II степени по Мооге производилась электрокоагуляция разрывов, пликация «Тахокомб» (в двух случаях коррекция не потребовалась), в 1 – ушивание разрыва диафрагмы II степени по Мооге. У 17 пострадавших выявлен гемоперитонеум объемом менее 250 мл без установленных повреждений органов и структур брюшной полости (у 11 из них обнаружены пред- и забрюшинные гематомы), у 2 – разрывы париетальной брюшины небольших размеров, у 1 – асцит. У 24 больных при ВЛС патологии не выявлено. Отдельно рассмотрены 22 пациента, у которых ВТС и ВЛС применялись в сочетании. Очерёдность и сроки выполнения манипуляций зависели от результатов неинвазивной диагностики согласно классификации тяжести повреждений Коллегии травматологов Американского общества хирургов. В результате точной диагностики конверсия к выполнению торакотомии и лапаротомии проведена у 4 (18,2%) пациентов. У 11 (50,0%) человек, используя эндоскопическую технику, удалось избежать сочетания открытых вмешательств. При этом только торакотомия выполнялась у 3 (13,6%) пострадавших, только лапаротомия – у 8 (36,4%). У остальных 7 (31,8%) больных различные вмешательства выполнены в полном объеме при ВТС и ВЛС. При ВТС и ВЛС точный тактический диагноз установлен в 174 (98,3%) случаях, а одновременные эндовидеохирургические вмешательства были окончательными у 122 (68,9%) пострадавшего. Минимально инвазивное вмешательство является достаточным для большинства вариантов повреждения органов и структур грудной клетки, а так же при травме паренхиматозных органов живота I-II степени по Мооге, брюшины, сальника, внесосудистой зоны брыжейки. При наличии показаний к сочетанному применению эндовидеохирургических методик видеоторакоскопию следует выполнять в

первую очередь в случае большого или среднего гемоторакса. При этом малотравматичность и быстрота эндоскопических операций незаменимы в случаях травматического шока, позволяя избежать необоснованных открытых вмешательств у 2 из каждых 3 пострадавших. Эндовидеохирургические технологии необходимо широко использовать при сочетанной травме в учреждениях, оказывающих помощь этой тяжелой группе больных.

---

#### 646.ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Гривенко С.Г.(1,2), Бугаенко О.А.(2), Умеров Э.Э.(1)

Симферополь

1)Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», 2)ГБ УЗРК «Симферопольская центральная районная клиническая больница»

На сегодняшний день одним из наиболее актуальных подходов к патологии соединительной ткани и ее роли в патогенезе многих самостоятельных заболеваний является концепция недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ). Частота НДСТ в последние годы заметно увеличивается и по данным различных авторов составляет от 25 до 86%. При НДСТ имеются структурные изменения артерий и вен различной локализации, что может приводить к формированию геморроя – наиболее частой патологии в амбулаторной практике проктолога. При этом отсутствие алгоритмов ведения и разработанных подходов к коррекции НДСТ вызывает серьезную обеспокоенность врачей (Л.Б. Ким, 2010). Цель: разработка и внедрение в клиническую практику способа фармакологической коррекции нарушений метаболизма соединительной ткани у больных геморроем при их амбулаторном лечении. Материал и методы. С 2014 года в амбулаторной практике у больных геморроем при назначении базисной терапии, а именно препаратов диосминового ряда и местного лечения, дополнительно в качестве модулятора восстановления структуры соединительной ткани начали использовать препараты органического магния (Патент Украины №88729). За это время в проктологическом кабинете на базе Симферопольской ЦРКБ пролечено 113 пациентов с геморроем, в возрасте от 17 до 80 лет. Средний возраст составил  $42,12 \pm 1,58$  лет. Их них мужчин было 59,3% (67), а женщин 40,7% (46). Первая стадия хронического геморроя была у 14 (21,5%) больных, II – у 28 (43,1%), III – у 21 (32,3%), IV – у 2 (3,1%). Острый тромбоз наружных геморроидальных узлов диагностирован у 48 (42,78%) пациентов. У всех пациентов в качестве препарата органического магния использовался оротат магния в дозировке 1000 мг 3 раза в сутки на протяжении 7 дней, в дальнейшем – по 500 мг 2-3 раза ежедневно. Продолжительность курса составила не менее 4-6 недель. Исходя из состояния больного, проводились назначения повторных курсов лечения. Оценку эффективности предлагаемой фармакологической коррекции проводили на основании осмотра до назначенного лечения и во время контрольных посещений. Окончательные результаты оценивали как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Хорошим результатом лечения считалось отсутствие жалоб больного, удовлетворительным – положительная динамика лечения заболевания, частичное исчезновение каких-либо симптомов геморроя, неудовлетворительным – сохранение жалоб в прежнем объеме или исключение больного из исследования по разным причинам. Больные с IV стадией хронического геморроя изначально были исключены из исследования и направлены на оперативное лечение в стационарных условиях. Результаты и обсуждение. За время наблюдения побочных эффектов препарата не выявлено. Полное отсутствие симптомов заболевания на фоне лечения отмечено у 14 (12,6%) пациентов. Удовлетворительный результат зафиксирован у 95 (85,6%), неудовлетворительный – у 2 (1,8%) пациентов с острым тромбозом наружного геморроидального узла. Этим двум больным было рекомендовано и произведено хирургическое лечение – удаление тромбированных узлов в амбулаторных условиях. Выводы. Использование препаратов органического магния для восстановления структуры соединительной ткани у больных геморроем является перспективным направлением патогенетической терапии этого заболевания и может быть рекомендовано к применению в амбулаторной проктологической практике.

647.Эффекты дистантного ишемического и фармакологического прекондиционирования при острой ишемии конечности в эксперименте.

Колесник И.М.

Курск

Курский государственный медицинский университет

Цель исследования: определить влияние дистантного ишемического прекондиционирования и фармакологического прекондиционирования рекомбинантным эритропоэтином в субэритропоэтической дозе на неоангиогенез в ишемизированных мышцах голени крысы. Материалы и методы: Опыты проведены на 100 половозрелых самках белых крыс линии Wistar, массой 220-250 г. Острую ишемию мышц голени воспроизводили оперативным удалением участка магистральных сосудов, включающего бедренную, подколенную, переднюю и заднюю большеберцовые артерии правой задней конечности на вторые сутки эксперимента. Дистантное ишемическое прекондиционирование (ДИП) проводили 10-минутным пережатием левой бедренной артерии, в первые семь суток эксперимента каждые 48 часов. Рекомбинантный эритропоэтин (ЕРО) вводили внутривенно в субэритропоэтической дозе 2,5 МЕ/кг по той же схеме. Состояния микроциркуляторного русла в мышце оценивали по уровню микроциркуляции в ней и данным морфологического исследования. Уровень микроциркуляции в мышцах голени определяли при помощи оборудования производства компании Viopac systems: полиграфа MP100 с модулем лазерной доплеровской флоуметрии LDF100C и инвазивного игольчатого датчика TSD144. Регистрацию и обработку результатов лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) производили с помощью программы AcqKnowledge версии 4.2, значения микроциркуляции выражались в перфузионных единицах (ПЕ). Статистический анализ полученных данных осуществляли в программе Microsoft Excel версии 10.0. Статистически значимыми считали различия при значениях двустороннего р

---

648.Эффективность эндоваскулярной ангиопластики у больных с синдромом диабетической стопы

Минаева Н.К.(1), Гончаров А.В.(1), Раевский А.В.(2), Штеюк Е.И.(1)

Сыктывкар

1)Коми филиал КГМА, 2)КРБ

Актуальность.Одним из опасных осложнений сахарного диабета (СД)является поражение артерий нижних конечностей (НК), встречающееся в 3-5 раз чаще, чем у других групп больных, при этом развитие критической ишемии (КИ)в 5 раз выше, большие ампутации в 11 раз чаще.Учитывая преимущественно дистальный тип поражения НК при СД, важное значение в реваскуляризации и сохранении НК имеют эндоваскулярные методы лечения. Цель: оценка эффективности эндоваскулярных методов лечения синдрома диабетической стопы (СДС). Материал и методы. Проведен анализ лечения 18 больных с СДС на базе отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения Коми республиканской больницы. Средний возраст больных 64,7года(min-46,max-83), мужчин-6, женщин-12. Средний стаж диабета 20,8лет(min-2, max-46 лет). СД I типа-2, СД II-16 б-х. Поражение берцового сегмента имели 18 больных,окклюзию одной из берцовых артерий имели все больные, окклюзию 3-х берцовых артерий 2 б-х;

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

окклюзию бедренно-подколенного сегмента -8, стеноз -5. По Рутерфорду 4 степень ХАН была у 9 и 5 степень у 9 б-х. По глубине поражения тканей I степень раневых дефектов по Вагнеру у 9 больных. Подготовка к операции включала общеклиническое обследование, ультразвуковое ангиосканирование (12 б-х), ангиографию (18 больных). Результаты. Транслюминальная баллонная ангиопластика выполнена 13 пациентам, субинтимальная баллонная ангиопластика - 5. Технический успех был достигнут в 17 случаях (восстановление кровотока), клинический - в 18 случаях. Заметное улучшение самочувствия у всех 18 больных. Малые интра- и ранние послеоперационные осложнения: диссекция сосуда -1, гематомы -6. Среднее число проведенных койко-дней в хирургическом отделении 5. Отмечена положительная динамика со стороны раневого дефекта, сохранение конечности, сохранение опороспособности конечности. Выводы. Эндovasкулярные вмешательства на артериях нижних конечностей у больных СДС являются эффективным, малоинвазивным методом лечения критической ишемии нижних конечностей.

---

649. Вопросы лимфообращения в абдоминальной патологии при перитоните

Салахов Е.К.

Набережные Челны

ГАУЗ "Менделеевская ЦРБ" Главный врач Сабаев О.В.

Не смотря на наличие довольно многочисленных литературных данных о гемодинамических сдвигах при распространенном перитоните, вопросы лимфообращения при этой патологии, изучены крайне редко. Лимфатическая система являясь «третьим» компонентом сосудистой системы и основные нарушения гемодинамики могут быть перенесены и к лимфоциркуляции. Физические силы управляющие током жидкости в лимфатических сосудах, артериях, венах тесно взаимосвязаны друг с другом и жидкостью интерстициального пространства. Патологические изменения на каком нибудь из этих участков будут отражены изменениями на других участках направленных на восстановление гомеостаза. Для выяснения роли лимфообращения в патогенезе воспалительного процесса в брюшной полости, произведен опыт на 37 беспородистых собаках, изучали течение экспериментального перитонита в условиях перевязки и дренажа грудного лимфатического протока через 3,6,12, 24, 48, 72 часа от начала заболевания. В опытах с перевязкой левого грудного протока у места впадения в венозный угол наибольшая летальность от перитонита наблюдалась в группе животных у которых экспериментальный перитонит был вызван в тот же день или через 1-2 суток после перевязки им грудного протока, тогда как через 3 и более суток после перевязки грудного протока летальность от перитонита у животных обеих групп существенно не отличалась. Одной из причин большой летальности животных, у которых экспериментальный перитонит был вызван в тот же день или через 1-2 суток после перевязки грудного протока, является застой лимфы в паренхиме органов брюшной полости. На поздних сроках после операции – перевязки грудного протока (3 и более суток), отток лимфы осуществлялся через лимфо - венозные анастомозы в брюшной полости и в лимфатических узлах, так и через анастомозы между лимфатическими сосудами левого и правого грудных протоков. Результаты исследований динамики лимфотока при экспериментальном перитоните у собак приведены нами ниже. Развитие воспалительного процесса в брюшной полости преимущественно наблюдаются фазовые изменения в скорости лимфотока в грудном протоке. Таким образом, при распространенном перитоните в условиях «депонирования» большого количества богатого белком жидкости и белками в брюшной полости и интерстициальном пространстве, происходит усиление процессов лимфоциркуляции, направленное на восстановление гомеостаза. Состояние и функционирование лимфатической системы у больных с распространенным перитонитом в условиях эндогенной интоксикации играет большую роль в развитии хирургического токсикоза, и заслуживает более детального рассмотрения.

---

650. Экспериментальное обоснование возможности применения ресвератрола для стимуляции неоангиогенеза при острой ишемии конечности.

Колесник И.М.

Курск

Курский государственный медицинский университет

Цель исследования: определить влияние ресвератрола на неоангиогенез в ишемизированных мышцах голени крысы. Материалы и методы: Опыты проведены на 70 половозрелых самках белых крыс линии Wistar, массой 220-250 г. Острую ишемию мышц голени моделировали оперативным удалением участка магистральных сосудов, включающего бедренную, подколенную, переднюю и заднюю большеберцовые артерии правой задней конечности на вторые сутки эксперимента. Ресвератрол вводили внутривенно в суточной дозе 2,0 мг/кг каждые 48 часов первые 7 суток эксперимента. Состояние микроциркуляторного русла в мышце оценивали по уровню микроциркуляции в ней и данным морфологического и иммуногистохимического исследования. Уровень микроциркуляции в мышцах голени определяли при помощи оборудования производства компании Biopac systems: полиграфа MP100 с модулем лазерной доплеровской флоуметрии LDF100C и инвазивного игольчатого датчика TSD144. Регистрацию и обработку результатов лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) производили с помощью программы AcqKnowledge версии 4.2, значения микроциркуляции выражали в перфузионных единицах (ПЕ). Статистический анализ полученных данных осуществляли в программе Microsoft Excel версии 10.0. Статистически значимыми считали различия при значениях двустороннего р

---

651. Послеоперационные анатомо-функциональные изменения стоп у больных сахарным диабетом

Рисман Б.В.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия (нач. каф. - д.м.н. проф. С.Я.Ивануса)

Нами изучены и проанализированы результаты лечения 180 больных с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы (СДС). Изучение биомеханики стопы (педография) проводилось на программно-аппаратном комплексе «emed-AT 25/E» (Novel, Германия). Исследование выполнялось у всех пациентов в отдаленном послеоперационном периоде (от 12 месяцев до 5 лет). Программа обследования заключалась в снятии биомеханических характеристик ходьбы исследуемого, определение распределения пикового давления под стопами, определение графиков суммарной нагрузки на стопу в динамике, силу и площадь соприкосновения, а также определяли проекцию траектории общего центра давления. Характеристика биомеханики стопы при нейропатической форме СДС заключается в создании условного треугольника с увеличением нагрузки на 5-й плюснефаланговые суставы, а также пяточную область. При ишемической форме СДС происходит смещение пикового давления на область пятки и первый плюснефаланговый сустав. Однако, возможно другие варианты распределения давления под стопой при отсутствии какого-либо из пальцев. У пациентов с нейроишемической формой максимальные цифры пикового давления приходятся на пяточную область и 5-й плюснефаланговый сустав, что связано с перераспределением опоры в латеральный отдел стопы, для снижения болевого синдрома и травматизации пальцев. Риск развития рецидива гнойно-некротических осложнений стоп у больных, перенесших «малую» ампутацию достаточно высок. Это связано с тем, что деформированная в результате операции стопа имеет



как существенные изменения биомеханики стопы, так и перераспределение пиковых нагрузок. После ампутации развитие гнойно-некротических осложнений отмечается в соседних отделах стопы, которые принимают на себя основную нагрузку при ходьбе, приходившуюся на ранее удаленный сегмент. Пациенты, которым производилась ампутация 1-го пальца с резекцией головки первой плюсневой кости, происходит перераспределение давления в пределах стопы виде компенсаторное смещения опоры в сторону оставшихся пальцев, а при отсутствии 5-го пальца, когда нет переката, для сохранения равновесия походки присоединяется и пяточная область. Пиковое давление составляет 1165 кПа (норма до 400 кПа) и занимает по распространенности весь передний отдел стопы и пяточную область, что связано с равномерным распределением нагрузки на стопу у пациента с отсутствующей одной из точек опоры. Анализируя распределение пикового давления под стопой контралатеральной конечности необходимо отметить перегрузку (685 кПа) в пяточной зоне, передних отдела с сохраненной структурой распределения, что, по-видимому, связано с увеличением силы и времени контакта во время переката в относительно здоровой конечности. У пациентов, у которых удалены все пальцы на стопе, отсутствует «классический» перекат. Они вынуждены формировать опору на пяточную область с пиковым давлением 415 кПа. Максимальные пиковые нагрузки приходятся на пяточную область и головок плюсневых костей равномерно, что может быть связано с формированием «опорной площадки» для ходьбы. Противоположная конечность, как правило, уже имеет послеампутиационную деформацию, и перекат тоже изменен. У пациентов, повергшихся ампутации 2-го пальца стопы, компенсаторно имеется Hallux valgus с деформацией 1-го пальца и образование натоптыша в области 1-го и 3-го плюснефаланговых суставов с пиковым давлением 900 кПа. Плантарное пиковое давление контралатеральной стопы составляет 460 кПа и перераспределено в область переднего отдела стопы. В связи с сохранностью условного треугольника опоры в контралатеральной конечности изменения минимальны, но перекат стопы изменен с акцентом на передний отдел. Все больные после трансметатарсальной ампутацией имели типичное перераспределения пиковых нагрузок, в виде развития язв на латеральных и медиальных частях дистального отдела культи с повышением плантарного давления до 510 кПа. Только «опорная» функция такой стопы приводит к переносу основной нагрузки на «относительно здоровую» вторую ногу, происходит существенное повышение подошвенного давления (525 кПа) на передний отдел стопы, с образованием натоптышей и язв. Таким образом, степень выраженности трофических расстройств на контралатеральной конечности зависит от объема, локализации ампутированного сегмента, а также от наличия или отсутствия ортопедической коррекции послеоперационной деформации стопы. Анализируя данные педографии можно определить другие области повышенного давления, оценить биомеханические последствия ампутаций в пределах стопы, выявить вторичные изменения на контралатеральной конечности, ведущие к рецидивам гнойно-некротическим осложнениям. Оценка результатов перераспределения пикового давления должно использоваться при подборе лечебно-профилактических стелек, а также мониторинга выявления предвестников образования язв. Выполнение органосохраняющей ампутации в пределах стопы приводит к изменению ее анатомии и биомеханики, с появлением атипичных пиковых нагрузок, увеличивающих риск гнойно-некротических осложнений для обеих конечностей. Нарушение биомеханики оперированной стопы приводит к перераспределению нагрузки на противоположной конечности и требует ортопедической коррекции.

---

## 652.ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ «Фолликулярной Опухоли» Щитовидной Железы

Олифирова О.С., Кналян С.В.

Благовещенск

ГБОУ ВПО Амурская ГМА

В регионе природного йододефицита Российского Дальнего Востока узловые заболевания являются распространенной патологией щитовидной железы (ЩЖ). Вопросы дифференциальной диагностики особенно актуальны в случаях дооперационного «неопределенного» цитологического диагноза, которым является «фолликулярная опухоль» ЩЖ. Известно, что лишь 20-30% узлов ЩЖ с цитологической картиной

Фолликулярной опухоли являются высокодифференцированным раком ЩЖ, который диагностируют только при послеоперационном гистологическом исследовании. В этой связи выбор рациональной хирургической тактики на дооперационном этапе представляет определенные трудности, так как объем оперативного вмешательства при доброкачественных и злокачественных заболеваниях ЩЖ различен. Цель исследования: оценить эффективность лечебно-диагностического алгоритма с определением онкомаркеров при неопределенном цитологическом диагнозе «фолликулярная опухоль» ЩЖ. Материалы и методы. Проведен анализ результатов обследования и оперативного лечения 68 больных с дооперационным цитологическим диагнозом «фолликулярная опухоль» ЩЖ. Из них женщин – 65, мужчин – 3. Средний возраст –  $55,1 \pm 1,8$  лет. При послеоперационном гистологическом исследовании узловой коллоидный зоб установлен у 15 больных, фолликулярные аденомы ЩЖ – у 26, высокодифференцированный рак ЩЖ (ВДРЩЖ) – у 27, аутоиммунный тиреоидит (АИТ) – у 3. Всем больным проводили стандартное обследование, включающее исследование гормонов (ТТГ, свТ4), УЗИ ЩЖ, тонкоигольную аспирационную биопсию (ТАБ) с цитологическим исследованием, рентгенографию пищевода (по показаниям), КТ и МРТ (по показаниям). Из общего числа больных были выделены две группы. Основную группу (ОГ) составили больные (34), которым был применен лечебно-диагностический алгоритм с использованием онкомаркеров. В группу клинического сравнения (ГКС) вошли больные, получавшие стандартное обследование и лечение. Обе группы больных сопоставимы по полу, возрасту, структуре патологии ЩЖ. Больных ВДРЩЖ со стадиями Т4 или любой Т с установленными метастазами не включали в исследование. Исследование онкомаркеров проводили методом ИФА с помощью автоматизированного анализатора «Multiscan EX» (Финляндия): галектина-3 (в сыворотке крови и смыве аспирата ЩЖ), тиреоглобулина (в смыве аспирата ЩЖ) и раково-эмбриональный антиген (в сыворотке крови). Галектин-3 определяли иммуноферментным набором human Galectin-3 ELISA фирмы Bender MedSystems; тиреоглобулин (ТГ) – набором ТироидИФА-ТГ; раково-эмбриональный антиген (РЭА) – набором ОнкоИФА - РЭА. Математическую обработку результатов проводили с помощью пакета прикладных программ STATISTICA v6.0 (StatSoft Inc.) и Microsoft Office Excel 2007. Степень отличий считали значимой при  $p < 0,05$ ; ТГ смыв аспирата ЩЖ  $> 355,5$  нг/мл; РЭА сыворотки крови  $> 2,0$  нг/мл устанавливали диагноз ВДРЩЖ. При уровнях онкомаркеров ниже диагностического порога считали вероятным доброкачественное заболевание ЩЖ. III-й этап предполагал выбор объема операции. Больным с ВДРЩЖ выполняли экстрафасциальную тиреоидэктомию с лимфодиссекцией (по показаниям). При доброкачественных солитарных образованиях производили гемитиреоидэктомию, а при многоузловых образованиях – тиреоидэктомию или предельно-субтотальную резекцию ЩЖ. Как показало исследование, у больных ОГ с ВДРЩЖ содержание галектина-3 было значительно выше в сыворотке крови ( $1,9 [1,5; 3,0]$  нг/мл) и смыве аспирата ЩЖ ( $7,3 [1,8; 11,9]$  нг/мл), чем при доброкачественных заболеваниях –  $0,6 [0; 0,9]$  нг/мл и  $0,6 [0,1; 1,0]$  нг/мл, соответственно ( $p < 0,05$ ).

---

653. Компенсированная гипоксия при тканевом растяжении как способ стимуляции процессов репаративной регенерации

Бесчастнов В.В., Измайлов С.Г., Рябков М.Г., Багрязцев М.В.

Нижний Новгород

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №30»

В исследовании проверялась гипотеза о положительном влиянии на заживление инфицированных ран компенсированной циркуляторной локальной гипоксии, возникающей при растяжении тканей во время дозированной дермотензии. Материалы и методы. Объектом исследования явилась инфицированная рана мягких тканей на этапе ее закрытия при помощи дозированной спицевой дермотензии. При проведении экспериментальных исследований использовали 18 белых беспородных крыс-самцов массой 250-300 г. Для создания локальной циркуляторной гипоксии в дистрагируемом лоскуте разработано специальное устройство, предназначенное для моделирования дозированной дермотензии в эксперименте на мелких млекопитающих. Устройство оставляли на ране на 5 суток. В контрольной группе (9 животных) после нанесения раны никаких дополнительных методов воздействия на раневой процесс не применяли. В

основной группе (9 животных) осуществляли дермотензию при помощи предложенного устройства. Состояние кожных краев в области растяжения контролировали при помощи оксиметрии и лазерной доплеровской флоуметрии (аппарат ЛАКК-02). Для моделирования компенсированной циркуляторной гипоксии добивались снижения показателя микроциркуляции на 50% по данным аппарата ЛАКК-02. Критерием, позволяющим оценить правильность гипотезы, явились скорость заживления раны, сроки эпителизации, данные гистологического и иммуногистохимического исследования. Материалом для исследования явились образцы кожных покровов крыс из области сформированной раны и дистрагируемого между спицами кожного лоскута околораневой области. Результаты исследований. При изучении образцов ткани, взятых у животных основной и контрольной групп из области раневого дефекта, установлено, что через 3-е суток дермотензии в грануляционной ткани животных основной группы доля Ki-67-иммунопозитивных клеток составила (Me) 57%, а в контрольной – 34% ( $p=0,016$ ). На 5-е сутки моделирования локальной циркуляторной гипоксии сохранялись статистически значимые различия по этому признаку – 61% в основной группе, против 42% в контрольной ( $p=0,032$ ). Таким образом, сравнительное морфометрическое исследование грануляционной ткани ран животных основной и контрольной групп показало, что локальная компенсированная гипоксия околораневой области изменяет динамику процессов репаративной регенерации в ткани раневого дефекта, что при макроскопическом исследовании проявляется в увеличении скорости заживления раны. По данным морфометрического анализа иммуногистохимических препаратов кожи области дистрагируемого лоскута индекс пролиферации (Ki-67) на 3-и сутки в основной группе составил 52% (48;54), в контрольной – 46% (44;52) ( $p=0,028$ ). На 5-е сутки доля иммунопозитивных пролиферирующих клеток увеличивалась в основной группе до 65% (60;67) и до 57% (53;60) в контрольной ( $p=0,032$ ). Таким образом, с помощью иммуногистохимического анализа установлено, что при дозированной дермотензии в условиях локальной компенсированной циркуляторной гипоксии существенно усиливается пролиферативная активность в тканях дистрагируемого лоскута. Результатом проведенных исследований явилось создание нового устройства для лечения обширных ран, в конструкции которого заложен принцип стимуляции процессов репаративной регенерации при дозированном растяжении покровных тканей (патент РФ на изобретение № 2455951 от 20.07.2012 г.). При помощи разработанного способа закрыты раневые поверхности шириной от 7 до 22 см и после наложения вторичных швов получено заживление раны по типу первичного у 40 пациентов из 48 (83 %). У 8 больных (17 %) из 48 после проведения аппаратного растяжения покровных тканей оставались раневые поверхности площадью 25-40 см<sup>2</sup>, для закрытия которых использовалась свободная кожная пластика расщепленным лоскутом.

---

654. Особенности антибиотикотерапии при использовании тканевого растяжения для закрытия ран мягких тканей

Бесчастнов В.В., Тишкова С.К., Кулов Р.М., Бухтояров В.И., Багрянцев М.В.

Нижний Новгород

ГБОУ ВПО "Нижегородская государственная медицинская академия" Минздрава РФ

Больные с открытыми ранами мягких тканей, требующими активного вмешательства, по-прежнему составляют значительную часть пациентов хирургических стационаров. Вместе с тем другой актуальной проблемой является госпитальное суперинфицирование, увеличивающее риск местных инфекционных осложнений и, тем самым, ухудшающее функциональные и косметические результаты лечения. Целью представленного исследования явилось: анализ микробиологического пейзажа обширных инфицированных ран и выявление клинически значимых факторов, влияющих на выбор групп препаратов для проведения антибиотикотерапии при тканевом растяжении. Материалы и методы Проанализированы результаты лечения и динамика микробиологического пейзажа 148 больных с обширными инфицированными ранами мягких тканей, у которых в процессе лечения использовался метод дозированного растяжения покровных тканей. Больные были разделены на две группы: в основной группе (76 пациентов) применялась разработанная система антибиотикотерапии при дермотензии – на период проведения дермотензии всем

пациентам, находившимся в стационаре более 7 суток, назначали антибиотики резерва, действующие на грамотрицательные микроорганизмы, в комплексном лечении всегда использовали препараты с антианаэробной активностью. В контрольной (72 пациента) применялась стандартная схема антибиотикотерапии – при появлении клинических признаков инфекции в качестве стартовой терапии использовались цефалоспорины III поколения. Посевы на питательную среду проводились в ходе первичной операции, в дальнейшем на 3, 5, 7, 10, 15 сутки. Субстратом динамического бактериологического исследования являлось раневое отделяемое. Результаты исследования В процессе лечения 148 больных проанализировано 682 результата микробиологических исследований, не отмечено роста микрофлоры в 134 случаях (19,6%), в 124 (18,2%) посевах получены ассоциации микроорганизмов, в 424 (62,2%) – монокультуры. Поскольку в ассоциациях было выделено от 2 до 3 составляющих, то всего выделено и проанализировано 760 штаммов микроорганизмов. Выявленные характерные особенности микрофлоры, длительно вегетирующей в обширной длительно существующей ране, свидетельствуют о преобладании в этом случае полирезистентных госпитальных штаммов, преобладает грамотрицательная флора. Полученные данные микробиологических исследований позволили выработать тактику назначения антибактериальных препаратов при лечении обширных ран при помощи дермотензии. Клинически наиболее частым местным инфекционным осложнением была спицевая инфекция, то есть воспалительные изменения мягких тканей в области проведения спиц – у 11 пациентов из 76 в основной группе и у 18 из 72 в контрольной ( $p=0,14$ ). В этом случае производили перекалывание спиц, на тактику лечения эти осложнения не влияли. Количество местных раневых осложнений, требующих временного прекращения дермотензии, составило в основной группе 7 случаев (9,2%). В контрольной группе общее количество местных инфекционных осложнений составило 16 случаев (22%), из которых 10 – нагноение, 6 – локальный некроз. Разница между группами по признаку местных инфекционных осложнений статистически значима ( $p=0,04$ ). Таким образом, разработанная на основе анализа особенностей микрофлоры ран и особенностей хирургической техники в основной группе программа антибактериальной терапии позволила минимизировать местные и системные проявления воспалительной реакции и тем самым сократить сроки лечения данной категории больных на  $4,1 \pm 0,4$  суток. Выводы 1. Клинически значимыми факторами, которые необходимо учитывать при планировании антибиотикотерапии при закрытии обширных ран мягких тканей методом дозированной дермотензии являются: разрушение барьера между внутренней средой организма и микрофлорой раны, которая представлена госпитальными штаммами, наличие гипоксии и инородных тел (спицы, иглы, шовный материал) в тканях околораневой области. 2. При проведении дозированной дермотензии целесообразно использовать антибиотики резерва с преимущественным действием на грамотрицательную флору и препараты с антианаэробной активностью.

---

655. Перспективы расширения показаний и дифференцированный подход к методам малоинвазивного лечения геморроя.

Грошилин В.С., Мирзоев Л.А., Бадалянц Д.А.

Ростов-на-Дону

ГАУ РО «Областной консультативно-диагностический центр», г. Ростов-на-Дону, Россия

Геморрой — заболевание, занимающее в структуре болезней прямой и ободочной кишки первое место, наиболее распространенное среди пациентов, преимущественно мужчин, среднего и пожилого возраста. Заболеваемость геморроем составляет около 120 случаев на 1000 человек взрослого населения. Несмотря на существующие многочисленные клинические разработки и исследования, посвященные лечению и выбору хирургической тактики при геморрое, повышение эффективности лечения данной патологии по-прежнему остается одной из актуальных проблем колопроктологии. В настоящее время, наряду с традиционными радикальными способами операции, наиболее часто нашли применение следующие малоинвазивные методы лечения геморроя: - лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами; - диатермокоагуляция; - ультразвуковая кавитация со склерозированием; - дезартеризация внутренних геморроидальных узлов со склерозированием, либо лифтингом слизистой. Известные противопоказания в

настоящее время подвержены коррекции и недостаточно четко сформулированы. По мнению большинства авторов, к противопоказаниям применения малоинвазивных методов относятся сочетание геморроя с анальной трещиной, свищом прямой кишки, воспалительные заболевания анального канала и промежности, острый геморрой. Независимо от предложенной методики возможно проявление осложнений и побочных эффектов, таких как интенсивный послеоперационный болевой синдром, кровотечение, тромбоз узлов, острая задержка мочи, рефлекторные нарушения стула. Учитывая вышеизложенное, представляется актуальным и важным провести коррекцию показаний для использования малоинвазивного хирургического лечения геморроя, выявить основные причины развития осложнений, определить пути их профилактики. Цель исследования. Целью исследования является улучшение результатов лечения хронического геморроя с использованием малоинвазивных методов, снизить вероятность развития геморрагических и воспалительных осложнений, за счет индивидуального подхода к технике операции. Материал и методы. В ГАУ РО «ОКДЦ» в период с 2011г по 2014г проведено лечение 300 пациентов с II-III стадией хронического геморроя. Структура выполненных операций включала: - диатермокоагуляция – 44 пациента (14,66%) - лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами – 86 пациента (28,67%) - ультразвуковая кавитация со склерозированием 65 пациентов (21,67%) - дезартеризация внутренних геморроидальных узлов со склерозированием, либо лифтингом слизистой – 105 пациентов (35%) 240 пациентов прооперированы амбулаторно, 60 пациентов в стационаре одного дня. Все вмешательства выполнены под местной параректальной блокадой и анестезией сфинктера. Алгоритм предоперационной подготовки включал: аноскопию, ректоскопию, при необходимости колоноскопию (ректальные кровотечения) и лабораторное обследование согласно установленным действующим стандартам. Контрольный осмотр с мониторингом состояния больных и оценкой локального статуса в зоне вмешательства проводился на 1,3,7,14 сутки послеоперационного периода. У больных при осложненном течении послеоперационного периода коррекция схемы лечения и сроков мониторинга проводилась индивидуально. Результаты и обсуждение. Анализ результатов показал, что у 40 пациентов (14%) появились жалобы на дискомфорт в области заднего прохода, анальный зуд. У 18 пациентов (6%) отметились осложнения в виде тромбоза, некроза геморроидальных узлов, кровотечения и появления умеренного болевого синдрома. Данные жалобы в полном объеме большинство авторов не относят к осложнениям, однако, подобные проявления значительно влияли на качество жизни пациентов и вели к увеличению сроков реабилитации. Применение венотоников (детралекс, флебодиа), миотропных спазмолитиков (дицетел, бускопан), топических препаратов (мази на водорастворимой основе, содержащие анальгетики, НПВС, кортикостероиды) позволило купировать вышеперечисленные жалобы в сроки до 3-х суток у 22 пациентов, до 7-ми суток у 30 пациентов. У всех пациентов исследуемых групп соблюдались меры направленные на регуляцию стула, частоты и ритма дефекации. Считаем применение комплексной фармакотерапии и коррекции стула необходимым этапом в схеме малоинвазивного лечения геморроя. В результате получены следующие данные: хороший результат – 80,6%; удовлетворительный при сохранении отдельных жалоб в послеоперационном периоде до 3-х суток – 7,3%, до 7-ми суток – 10%; неудовлетворительный (при наличии осложнений, неэффективности применения методик лечения) – 6%. Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что: 1. Индивидуальный подход позволяет улучшить результаты лечения, снизить удельный вес осложнений. 2. Причины выявленных осложнений и неудовлетворительных исходов лечения считаем настолько погрешность в оперативной технике, сколько ошибки при выборе способа и определения показаний к их применению. 3. Наилучшие результаты при геморрое III стадии получены при комбинировании методик дезартеризации со склеротерапией, либо с лифтингом слизистой в предложенной нами модификации. Однако данные методы не являются универсальными, а их техника требует индивидуальной коррекции.

---

656. Сравнительный анализ результатов оперативного лечения больных с эпителиальными копчиковыми ходами.

Магомедова З.К., Грошинин В.С., Узунян Л.В., Дмитриев А.В.

Ростов-на-Дону

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность темы: Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) является распространенным проктологическим заболеванием, встречающимся у 3-5% трудоспособного населения. В подавляющем большинстве случаев, первым его проявлением является возникновение нагноения ЭКХ с последующим формированием свищей. Единственным способом радикального лечения данного заболевания является хирургический. Результаты хирургического лечения нельзя назвать полностью удовлетворительными в связи с высокой частотой рецидивов заболевания (от 2 -11 до 30 - 40%) и послеоперационных осложнений от (5 до 45%, по данным различных источников). Все это приводит к удлинению в лечениясроков лечения, нетрудоспособности пациентов и значительному ухудшению качества их жизни. Таким образом, проблема хирургического лечения эпителиального копчикового хода, несмотря на достигнутые успехи, все еще представляет важный практический и научный интерес. Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных эпителиальным копчиковым ходом путем разработки и внедрения эффективного хирургического способа, включающего меры по профилактике рецидива заболевания. Материалы и методы: выполнена комплексная многофакторная оценка непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения 44 пациентов с эпителиальными копчиковыми ходами, в их числе – 19 (43%) с рецидивами после предшествовавшего оперативного лечения (2 пациента (4,5%) с многократными рецидивами). При оценке результатов лечения учитывали распространенность патологического процесса, длительность заболевания, наличие нагноительных осложнений, выбор метода оперативного вмешательства. Комплексная оценка результатов включала сроки заживления раны, выявление воспалительных изменений в ранние и отдаленные сроки после операции. При этом использовали клинические, лабораторные и инструментальные (рентгенологические, УЗИ, КТ) методы исследования. В исследуемой группе, 22 пациентам (50%) выполнено иссечение эпителиального копчикового хода, дополненное подшиванием краев раны ко дну, у 8 больных (18,2%) с выраженными местными воспалительными изменениями применено открытое ведение раны с последующим заживлением ее вторичным натяжением, 14 пациентам (31,8%) с множественными свищевыми ходами и распространенным поражением радикальное иссечение эпителиальных копчиковых ходов дополнено пластикой крестцово-копчиковой области перемещенными несвободными кожными лоскутами в разработанной модификации (заявка на получение патента РФ). Ушивание раны полностью наглухо узловыми швами или по Донати не применяли вследствие выраженного натяжения краев раны у данной категории больных, риска прорезывания их у дна раны и формирования остаточных полостей. Малое количество наблюдений с открытым ведением раны обусловлено длительными сроками заживления и формированием грубых рубцовых деформаций при относительной эффективности «открытого» способа. Результаты исследования. Проведенный анализ результатов лечения показал возможность улучшения отдаленных и непосредственных результатов лечения больных с эпителиальными копчиковыми ходами за счет индивидуального подхода к определению показаний и выбора способа операции. В группе с открытым ведением больных (сроки заживления составляли от 19 до 40 дней) зарегистрирован 1 рецидив (12,5%), который констатировали спустя 1,5 месяца после операции при формировании свища крестцово-копчиковой области за счет выраженных рубцовых изменений при заживлении вторичным натяжением и длительно сохранившейся инфильтративно-воспалительной реакции. При выполнении радикальных операций с подшиванием краев раны ко дну отмечено 6 рецидивов (27,3%) заболевания, в том числе, 5 рецидивов (22,7%) у больных, оперированных повторно. Сроки заживления этих больных, с учетом рецидивов, составляли от 10 до 32 дней (при безрецидивном течении, в среднем, 10-15 дней). Кроме того, отмечены 2 случая нагноения послеоперационной раны (9,9%), не повлекшие за собой рецидив заболевания, но значительно удлинившие сроки лечения. Сроки стационарного лечения в двух указанных группах составляли от 8 до 17 суток, в среднем, 11,2 койко-дня. Среди больных, радикально оперированных с использованием разработанного нами метода пластики крестцово-копчиковой области несвободными лоскутами получен 1 рецидив (7,1%) заболевания, причиной которого стало избыточное натяжение тканей и ретракция лоскутов на 5-6 сутки послеоперационного периода. В одном наблюдении (7,1%) также отмечено нагноение раны без развития рецидива. Средний койко-день составил в этой группе 9,8 суток; причем ни в одном случае не превышал 13 суток. Отметим, что в группе больных, оперированных разработанным оригинальным способом, тяжесть патологического процесса была наибольшей, как и удельный вес пациентов с послеоперационными рецидивными свищами (8 пациентов – 57,1%). Способ был показан к применению именно при распространенном процессе, значительных рубцовых изменениях в мягких тканях, что подчеркивает его практическую значимость. Выводы: Техника операции при эпителиальных копчиковых ходах должна быть обоснована индивидуально и варьировать в зависимости от выраженности и распространенности воспалительного процесса. Пациенты, оперированные по поводу послеоперационных рецидивов эпителиального копчикового хода и свищей крестцово-копчиковой области, составляют группу наибольшего риска послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания. Техника операции у них требует доработки, а лечебный алгоритм должен основываться на объективных критериях с учетом данных инструментальных исследований и прогноза течения раневого процесса. Наиболее перспективными в плане

улучшения отдаленных результатов лечения эпителиальных копчиковых ходов (в том числе, рецидивных свищей) при их значительном местном распространении, являются радикальные операции с возможностью одновременного закрытия операционной раны (дефекта мягких тканей крестцово-копчиковой области) несвободными кожными лоскутами, о чем свидетельствуют полученные нами непосредственные и отдаленные результаты применения разработанной методики операции.

---

## 657. ВЫБОР СПОСОБА НАЛОЖЕНИЯ ПОСТОЯННОЙ ОДНОСТВОЛЬНОЙ КОНЦЕВОЙ КОЛОСТОМЫ

Московченко А.Н., Грошилин В.С.

Ростов-на-Дону

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. В настоящее время, число операций, завершающихся вынужденным формированием одноствольной концевой колостомы, не имеет тенденции к снижению. Операции, включающие формирование концевой колостомы, зачастую являются оптимальными и обоснованными при местнораспространенных и «низких» опухолях прямой кишки, травмах, гнойно-воспалительных поражениях брюшной полости. Несмотря на меры по снижению числа параколостомических осложнений, в числе которых параколостомические грыжи, выпадение, стриктура стомы, ретракция колостомы, кровотечение, некрозы, ущемления стомированной части кишки, данные осложнения не имеют значимой тенденции к уменьшению. Наличие колостомы значительно снижает уровень социальной и трудовой адаптации и качества жизни пациентов. Исходя из вышеизложенного и учитывая социальную значимость качества жизни стомированных больных, улучшение результатов оперативных вмешательств, включающих формирование колостомы, является актуальной задачей. Цель исследования. Изучить результаты стомирующих операций, снизить число параколостомических осложнений и улучшить качество жизни стомированных больных за счёт внедрения индивидуального подхода к выбору техники операций. Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 55 пациентов, находившихся в клинике РостГМУ с 2008-2013гг, в возрасте от 52 до 74 лет, перенесших операции, включавшие формирование одноствольной концевой колостомы. В 38 случаях сформированы постоянные колостомы, в 17 – временные. Послеоперационный мониторинг результатов проводили в сроки 7 дней, 1, 3, 6 и 12 месяцев. Контрольное обследование включало физикальный осмотр, колоноскопию, анализ состава микрофлоры стомированного участка кишки, оценивалось качество жизни пациентов посредством анкетирования по опроснику MOS SF-36. Результаты исследования. Анализ результатов выявил развитие ранних параколостомических осложнений в 8 наблюдениях. Ишемия с очаговым некрозом стенки культы кишки развилась у 5 больных, в 1 случае потребовалось повторное хирургическое вмешательство, что объяснялось формированием узкого канала в брюшной стенке и компрессией стомированной кишки на уровне апоневроза и дистальнее. В 3 случаях имело место частичное прорезывание швов, соединявших кожу и кишечную стенку, но за счёт адекватной санации области колостомы и применения протективных средств (кремов и гелей), выраженных рубцовых изменений и ретракции стом не отмечалось. Поздние параколостомические осложнения развились у 7 больных. Рубцовые стриктуры колостомы сформировались у 2 человек из-за развившейся ранее ишемии культы кишки. Выпадение культы кишки развилось в 1 случае из-за постоянного ношения тугого бандажа и повышения внутрибрюшного давления. Параколостомическая грыжа в течении первого года после операции сформировалась в 4 случаях у пациентов в возрасте от 67 до 73 лет. По данным исследования качества жизни, у 100% респондентов было снижено качество жизни как в части психологического, так и в части физического здоровья. Самый низкий уровень качества жизни зафиксирован в первые 1-3 месяца после операции, что объясняется дезадаптацией и дезориентацией при отсутствии у пациента навыков ухода за колостомой. Выводы. При выборе способа формирования одноствольной концевой колостомы должны индивидуально учитываться особенности конституции пациента, выраженность подкожной жировой клетчатки, длина и мобильность культы толстой кишки, используемой для формирования стомы, размеры и форма кожного и апо-невротического разрезов, которые должны выполняться на основе топографо-анатомических и функциональных критериев. Применение индивидуального алгоритма выбора способа

формирования одностольной концевой колостомы позволит снизить количество параколостомических осложнений. Необходимо обучать пациента приемам ухода за колостомой для скорейшего достижения максимального уровня качества жизни.

---

658.Преимущества использования эндомикрохирургической техники в хирургии новообразований дистальных отделов сигмовидной и прямой кишки.

Грошилин В.С., Хоронько Р.Ю., Погосян А.А., Узунян Л.В.

Ростов-на-Дону

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность и цель. Анализ многочисленных литературных данных последнего десятилетия свидетельствует о возрастающем потенциале применения эндоскопических (миниинвазивных) технологий при хирургическом лечении доброкачественных новообразований аноректальной локализации. Целью настоящего исследования является изучение возможностей эндомикрохирургических вмешательств в хирургии прямой кишки и улучшение результатов хирургического лечения больных с доброкачественными новообразованиями данной локализации. Поставленная цель предусматривает решение задачи профилактики малигнизации доброкачественных опухолей путем своевременного радикального удаления обнаруженных полипов и ворсинчатых опухолей в пределах мышечного слоя стенки прямой кишки. Материал и методы. В ретроспективно-проспективном исследовании проанализированы результаты лечения 37 пациентов, оперированных по поводу доброкачественных аноректальных опухолей. Первую (контрольную) группу составили 18 больных, которым вмешательства были выполнены с использованием общепринятых в современной колоректальной хирургии методов. Вторая группа исследования представлена 19-ю пациентами, у которых удаление новообразований прямой кишки производилось трансанальным эндомикрохирургическим способом с использованием усовершенствованной нами методики. Исследуемые группы были сопоставимы по основным клинико-диагностическим критериям (возраст, клинический диагноз, морфологическая структура опухоли, сопутствующие заболевания). Для оценки течения послеоперационного периода использованы методы: общеклинические, исследование лабораторных показателей общего анализа крови (до операции, на 3, 7, 10 сутки после операции; характер введенных анальгетиков для купирования послеоперационного болевого синдрома и их количество; оценка интенсивности болей по 10-балльной визуально-аналоговой шкале). Результаты и обсуждение. Клинический анализ течения послеоперационного периода, интерпретация динамики лейкоцитоза, палочкоядерного сдвига лейкоцитарной формулы, интенсивности болевого синдрома, подсчитанного по 10-балльной визуально-аналоговой шкале, по количеству и характеру анальгетиков, примененных для купирования послеоперационного болевого синдрома, а также длительности послеоперационного пребывания больного в стационаре, позволил установить следующее: нормализация лейкоцитоза у пациентов I (контрольной) группы происходила в среднем через 10,8 $\pm$ 2,1 суток, а во II группе – через 7,5  $\pm$  1,7 суток ( $p > 0,05$ ). Послеоперационный болевой синдром был значительно менее выражен у больных II группы и купировался в среднем через 1,8 $\pm$ 0,2, в то время как у пациентов I (контрольной) группы данный показатель составил 3,0 $\pm$ 0,2 суток ( $p$

---

659. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ЗАБРЮШИННЫМИ ГЕМАТОМАМИ



Колесников В.В., Рахимов Б.М., Галкин И.В., Проценко О.Н.

Тольятти

Тольяттинская Городская Клиническая Больница № 5

Лечебная тактика при тяжелой сочетанной травме живота остается наиболее сложным и нерешенным вопросом современной хирургии. При этом от принятия решения о возможности выполнения того или иного вмешательства зависят результаты лечения, исход травмы. Поэтому аспекты хирургической тактики повреждений органов брюшной полости в контексте тяжелой сочетанной травмы, требуют дальнейшего обсуждения и являются предметом нашего исследования. Среди 811 пострадавших («ВПХ-П(МТ)» -  $9,9 \pm 0,4$  (ISS-  $26,0 \pm 0,4$ ) и «ВПХ-СП» -  $37,6 \pm 0,4$  балла), поступивших к нам с тяжелой сочетанной травмой живота наиболее частыми причинами сочетанных повреждений живота были ДТП – 583(71,9%) и кататравма - 228(28,1%). У 129 (16%) пострадавших интраоперационно была выявлена и ревизирована забрюшинная гематома (ЗГ). Она являлась одним из основных признаков повреждения забрюшинных органов (почек, надпочечников, мочеточников, поджелудочной железы, нисходящей и горизонтальной части двенадцатиперстной кишки, восходящей и нисходящей ободочной кишки, брюшной части аорты и нижней полой вены, корня непарной и полунепарной вен). Значимой причиной ЗГ являлись повреждения костей таза и позвоночника. В зависимости от уровня расположения ЗГ по отношению к позвоночнику клиническая картина их была разнообразна. Физикально при ЗГ мы выявляли резкую болезненность и напряжение мышц брюшной стенки, тупость в отлогих местах брюшной полости при перкуссии, вздутие живота, при аускультации брюшной полости - отсутствие перистальтики, положительный симптом раздражения брюшины. Лабораторно выявляли снижение содержания гемоглобина, гематокрита и количества эритроцитов в крови. Инструментально с помощью ультразвукового исследования, рентгенографии и компьютерной томографии выявляли нечеткость контуров поясничных мышц и почек, их смещение. Одновременное выявление изменений контуров и выбухания брюшной стенки в поясничных областях (пальпация инфильтрата), мышечного напряжения и симптомов вторичного перитонита давало основание нам выбрать единственно правильный метод лечения - оперативный. При сомнении в необходимости проведения лапаротомии выполняли лапароцентез или лапароскопию (при компенсации гемодинамики). При сомнении в выполнении лапаротомии у пострадавших со стабильной гемодинамикой устанавливали дренаж брюшной полости для динамического контроля нарастания гемоперитонеума. При этом мы неоднократно убеждались, что при наличии небольшого количества крови в брюшной полости (она может просачиваться в брюшную полость через поврежденную брюшину), но при отсутствии явных признаков вторичного перитонита и нарастания их, стабильном состоянии пострадавшего выполненные лапаротомии были напрасными и отягощали состояние пострадавшего. Интраоперационное решение о проведении ревизии ЗГ порой так же было затруднительным. Неоднократно мы убеждались в том, что при отказе от ревизии ЗГ были оставлены без внимания повреждения лоханочной системы почки, ДПК, которые явились причиной ухудшения состояния пострадавшего и летального исхода в посттравматическом периоде. Ревизию ЗГ выполняли только после коррекции поврежденных органов брюшной полости и ее санации. Это позволяло нам уменьшить инфицированность собранной (при необходимости) для реинфузии крови из ЗГ. Считаем интраоперационную ревизию ЗГ обязательной, если она в проекции таких забрюшинно расположенных органов и образований, как ДПК, поджелудочная железа, почки, магистральные сосуды и др., даже если размеры ее относительно небольшие и не увеличиваются по ходу вмешательства. Это может быть связано с тампонадой раны сосуда сгустком крови. Так, при ревизии ЗГ у 47 пострадавших были выявлены повреждения поджелудочной железы. Ревизию ее осуществляли после рассечения желудочно-ободочной связки и вскрытия сальниковой сумки. При ревизии ЗГ нами так же были обнаружены 3 разрыва забрюшинных отделов ДПК. При этом показанием к ревизии и мобилизации ДПК по Кохеру кроме гематомы были пневматизация (крепитация) и пропитывание желчью забрюшинной клетчатки. Ревизия ЗГ позволила выявить повреждения почек у 162(20%) пострадавших. У 131 диагностированы ушибы органа, у 31 - разрывы почек. Из них с повреждениями сосудов почечной ножки - у 9, а размоложение почки - у 10 пострадавших. Причиной ЗГ у 7 пострадавших были повреждения прямой кишки связанные с переломами костей таза. Нами пролечено 229 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой костей таза и живота. Клинически значимые забрюшинные и внутритазовые гематомы, сопровождавшиеся геморрагическим шоком III–IV класса нами в 34 наблюдениях. Источником кровотечения при переломах костей таза (ПКТ) были, в основном, пресакральные, перивезикулярные венозные сплетения и поверхность переломов. У 3 пострадавших - внутренние подвздошные вены (в связи с неэффективностью гемостатических приемов была выполнена их перевязка). У 42 пострадавших травма костей таза сопровождалась повреждениями мочевого пузыря. Снижение кровопотери при ПКТ мы достигали с помощью устранения смещения и компрессии

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

костных структур, уменьшения внутритазового пространства. Стабилизацию тазового кольца достигали с помощью наложения ПШК, стягивающих ремней, аппаратов внешней фиксации костей таза (ЗЧКДО по Илизарову), С-рамы. В лечении 16 пострадавших по неотложным показаниям выполнили первичный остеосинтез костей таза, который позволил произвести репозицию и стабильную фиксацию костных отломков при сложных переломах. Выполнение стабильного остеосинтеза в ранние сроки обеспечивало тампонадный эффект. Массивная кровопотеря, связанная с разрывами крестцово-подвздошных сочленений, переломами заднего полукольца таза часто сопровождалась ДВС-синдромом. Прогноз при изолированных забрюшинных гематомах, не связанных с повреждением полых органов в большинстве случаев был благоприятным. В посттравматическом периоде мы отмечали, что с разрешением пареза желудочно-кишечного тракта нарастал эндотоксикоз, обусловленный всасыванием продуктов деградации излившейся в забрюшинное пространство крови. Клинически это выражалось появлением транзиторной желтухи, в тяжелых случаях - печеночно-почечной недостаточности. В двух клинических наблюдениях абсцедирование забрюшинной гематомы повлекло за собой перфорацию сигмовидной кишки с последующим развитием перитонита. Это потребовало выполнения у пострадавших операции типа Гартмана. **ВЫВОДЫ:** 1. Интраоперационная ревизия ЗГ должна быть обязательной, если она в проекции таких забрюшинно расположенных органов и образований, как ДПК, поджелудочная железа, почки, магистральные сосуды. 2. Клинически значимые забрюшинные и внутритазовые гематомы, сопровождавшиеся геморрагическим шоком III–IV класса являются следствием перелома заднего полукольца таза. Снижение кровопотери при этом необходимо достигать с помощью эффекта тампонады костных структур (устранение смещения и компрессия костных структур, уменьшение внутритазового пространства) по неотложным показаниям. 3. Забрюшинная гематома при сочетанных повреждениях живота порой является причиной развития перитонита вследствие ее нагноения и перфорации полого органа.

---

#### 660. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ III–IV СТАДИИ

Литвинов О.А., Житихин Е.В., Игнатович И.Г.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ

Актуальность. В России ежегодно регистрируется 140-160 случаев геморроидальной болезни на 1000 взрослого населения. В структуре колопроктологических заболеваний геморрой занимает одно из первых мест и составляет от 34 до 41%. Несмотря на многообразие применяемых методов лечения, различные ранние и поздние осложнения после геморроидэктомии продолжают оставаться достаточно частыми, достигая 20–36%. Цель исследования. Улучшение функциональных результатов хирургического лечения больных хроническим геморроем III–IV стадии. Материалы и методы. Изучены результаты хирургического лечения 127 пациентов с хроническим геморроем III–IV стадии, находившихся на лечении в клинике общей хирургии ВМедА в период с 2012 по 2015 г.г. Среди пациентов было 71 (55,9%) мужчин и 56 (44,1%) женщин в возрасте от 27 до 80 лет (средний возраст 50,4±6,7). У 78 больных (61,4%) диагностирована III стадия хронического геморроя, у 49 (38,6%) - IV стадия. Для проведения исследования больные были разделены на основную и контрольную группы. Основную группу составили 62 пациента, перенесших геморроидэктомию в модификации клиники общей хирургии ВМедА, представляющей вариант геморроидэктомии по W. Whitehead. Особенности операции заключались в выполнении билатеральных полукружных разрезов по анокутанной складке, выделении и низведении слизисто-подслизистого лоскута с использованием монополярного электрокоагулятора. Избыток слизистой оболочки с кавернозной тканью отсекался, с последующей фиксацией низведенного слизисто-подслизистого лоскута к перианальной коже без натяжения узловыми швами. Для профилактики развития стриктуры анального канала, мы считаем целесообразным оставление кожно-слизистых мостиков шириной 1,0-1,5 см на 6 и 12 часах условного циферблата. В контрольной группе было 65 больных, которым выполнялась геморроидэктомию по

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

Миллигану-Моргану с использованием биполярного коагулятора LigaSure. В раннем послеоперационном периоде проведена оценка болевого синдрома с использованием 10-ти бальной ВАШ. Результаты. Интенсивность болевого синдрома по 10-ти бальной ВАШ после операции в 1-е сутки составила в основной группе  $4,6 \pm 0,3$ , в контрольной –  $5,5 \pm 0,4$  балла с постепенным снижением к 3-м суткам до  $3,0 \pm 0,2$  и  $3,6 \pm 0,2$  баллов. Уровень боли после первой дефекации в основной группе был достоверно ниже чем в контрольной –  $3,5 \pm 0,3$  против  $4,9 \pm 0,4$ . Осложнения раннего послеоперационного периода выявлены у 7 (11,3%) пациентов основной и у 10 (15,4%) больных контрольной группы. В структуре осложнений преобладали дизурические расстройства, зарегистрированные у 4 (6,5%) и 6 (9,2%) больных исследуемых групп. Ректальные кровотечения в основной группе выявлены у 2 (3,2%) пациентов и у 3 (4,6%) пациентов контрольной группы. Явления временной (до 5-7 суток) анальной инконтиненции выявлены у пациентов старшей возрастной группы – 1,6 и 1,5% соответственно. Исходы лечения у пациентов основной группы отличались меньшим количеством осложнений в отдаленном периоде – 2 (3,2%) случая, против 6 (9,2%) в контрольной группе. Стриктура анального канала выявлена у 2 (3,2%) пациентов основной и у 4 (6,2%) пациентов контрольной группы. Рецидив геморроидальной болезни отмечен у 2 (3,1%) больных контрольной группы. В основной группе случаев рецидива заболевания не было. Выводы. Предложенная модификация геморроидэктомии имеет ряд преимуществ перед геморроидэктомией с использованием аппаратно-контролируемой биполярной коагуляции LigaSure, которая в современных условиях является общепризнанной альтернативой закрытой геморроидэктомии. Полученные результаты применения геморроидэктомии в модификации клиники общей хирургии ВМедА им. С.М. Кирова позволяют рекомендовать ее при хроническом комбинированном геморрое III-IV стадии с циркулярным расположением кавернозной ткани и выпадением слизистой анального канала.

#### 661. НАРУШЕНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И ИХ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Колесников В.В., Гусельникова М.А., Рахимов Б.М.

Тольятти

Тольяттинская Городская Клиническая Больница № 5

В основу наших клинических исследований положен опыт лечения 811 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой живота («ВПХ-П(МТ)» -  $9,9 \pm 0,4$  (ISS-  $26,0 \pm 0,4$ ) и «ВПХ-СП» -  $37,6 \pm 0,4$  балла) за период с 1994-2014 г.г. Возраст пострадавших от 15 до 87 лет, в среднем составил  $37,2 \pm 1,8$  лет. Наиболее частыми причинами сочетанных повреждений были ДТП – 583(71,9%) и кататравма - 228(28,1%). Проведенный нами системный многофакторный анализ тестов гемостазиограммы пострадавших с последующим математическим моделированием системы гемостаза позволил заключить, что острый период политравмы характеризуется уже состоявшейся активацией системы гемостаза. Нарушения системы протекали по типу тромбопластиновой коагулопатии. Ведущей причиной нарушений являлся трансмембранный гликопротеин - тканевой фактор (тромбопластин), который, экспрессируясь при повреждении стенки кровеносного сосуда органов и тканей, в комплексе с мембранными фосфолипидами и фактором VIIa, инициировал внешний путь активации фактора X. При этом у пострадавших была выявлена коагулопатия, характеризующаяся высокой тромбопластин-тромбиновой активностью крови с диссеминированным внутрисосудистым свертыванием, образованием растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК), продуктов деградации фибрина/фибриногена (ПДФ). Оценку выраженности и продолжительности ВСК у пострадавших производили в зависимости от объективной оценки тяжести механических повреждений («ВПХ-П(МТ)»). Для этого произвели лабораторное обследование 293 пострадавших на 1,2,3,4 неделях посттравматического периода и через 2,3,6,12 месяцев после травмы. На основе количественной оценки тяжести механических повреждений были сформированы группы пострадавших с повреждениями средней тяжести (ВПХ-П(МТ)»  $\square$  1 балла), тяжелыми (ВПХ-П(МТ)» – 1-12 баллов) и крайне тяжелыми (ВПХ-П(МТ)»  $>$  12 баллов) повреждениями. Средние значения баллов «ВПХ-П (МТ)» в группах пострадавших с повреждениями средней степени тяжести были -  $0,6 \pm 0,04$  (ISS- $11,7 \pm 0,9$ ) балла, тяжелыми повреждениями (ТП) –  $5,4 \pm 0,2$

(ISS- 22,8±0,3) балла и с крайне тяжелыми повреждениями (КТП) – 21.2±0,6 (ISS- 35,0±0,7) балла. Анализ выявил прямую зависимость между частотой возникновения ВСК и степенью тяжести механических повреждений. Так, при механических повреждениях средней тяжести маркеры ВСК выявляли у 33,3%, при тяжелых повреждениях – у 41,1%, при крайне тяжелых повреждениях – у 80,3% пострадавших. При сочетанной травме с повреждениями средней степени тяжести лабораторно коагулопатия ограничивалась гиперкоагуляцией с умеренной гипофибриногенемией. У 23(2,8%) пострадавших с крайне тяжелыми повреждениями («ВПХ-П(МТ)» - 16,3±0,7 балла) в остром периоде политравмы лабораторно мы выявляли коагулопатию потребления (АПТ - 42,1±17,7), которая клинически сопровождалась кровотечениями. Нами отмечена обратная зависимость выявления маркеров ВСК от сроков посттравматического периода. Концентрация РФМК в плазме (ОФТ) у пострадавших на 1 неделе наблюдения, была увеличена в 5 раз (0,1702±0,013 г/л), что свидетельствовало о выраженной тромбинемии, вызванной массивным поступлением в кровь тромбопластина разрушенных клеток. Максимальная же концентрация РФМК зарегистрирована нами на 2 неделе наблюдения (0,1964±0,014 г/л), что превышало значения нормы в 5,8 раз. Только через 6 месяцев после травмы значения показателя приблизились к значениям нормы. Все это время сохранялась готовность к тромбообразованию. Улучшение результатов лечения сочетанных повреждений во многом зависело от корректной регуляции системы гемостаза в раннем посттравматическом периоде. Клиническую эффективность применения прямых антикоагулянтов при тромбопластиновой коагулопатии демонстрируют следующие результаты лечения. Так, в группе пострадавших (n=280), которым в посттравматическом периоде проводили гепаринопрофилактику тромбо-геморрагические осложнения возникли у 1,8%(5), а в группе пострадавших, которым она не проводилась (n=531) в 4 раза чаще - у 7,2%(38). Кроме того, мы отметили снижение в 1,8 раза и гнойно-септических осложнений. Если в контрольной группе они были зарегистрированы у 39,6%(210), то в опытной группе только у 22,5%(63) пострадавших.

---

## 662. ПОЛИТРАВМА И ДВС–СИНДРОМ.

Колесников В.В., Гусельникова М.А., Рахимов Б.М.

Тольятти

Тольяттинская Городская Клиническая Больница № 5

Нами проанализирован опыт лечения 811 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой живота («ВПХ-П(МТ)» - 9,9±0,4 (ISS - 26,0±0,4) и «ВПХ-СП» - 37,6±0,4 балла). Наиболее частыми причинами сочетанных повреждений живота были ДТП – 583(71,9%) и кататравма - 228(28,1%). У 23(2,8%) пострадавших травма с крайне тяжелыми повреждениями («ВПХ-П(МТ)» - 16,3±0,7 балла) и острой массивной кровопотерей (только гемоперитонеум - 1610,0±15,8; индекс Алговера-Грубера – 1,77±0,4) клинически проявлялась геморрагическим синдромом, а лабораторно - коагулопатией потребления. Патофизиологическими причинами ДВС-синдрома, сочетавшегося с недостаточностью факторов свертывания крови, были: коагулопатии потребления вследствие массивной тромбопластинемии поврежденных тканей. Недостаточность К-зависимых факторов свертывания крови усугублялась дилуционной коагулопатией, снижением синтеза факторов гепатоцитами вследствие СПОН (печеночной недостаточности), сопутствующего гепатита или цирроза печени. Всем пострадавшим выполнены оперативные вмешательства по неотложным показаниям с целью осуществления хирургического гемостаза. Дефицит факторов свертывания крови лабораторно выявляли с помощью количественного определения активности факторов свертывания крови. Геморрагический синдром возникал после достижения минимального уровня Factor VII равного 5%, уровня Factor IX равного 19%, уровня Factor X равном – 9% и Factor II – 26%. Сопряженный дефицит факторов общего пути свертывания был связан с ПВ обратно-пропорциональной зависимостью. Концентрация протромбина в крови при ДВС снижалась (удлинения значений показателя ПВ до - 50,9±0,4 сек (норма 13.2 ±0,4 сек). У 32 пострадавших с критической травмой, осложненной ДВС-синдромом мы успешно использовали патогенетически обоснованную терапию прокоагулянтами концентратом факторов II, VII, IX и X («Off-label»). При продолжающемся кровотечении интервалы между введениями концентрата протромбинового комплекса человека соотносили с периодами полувыведения факторов протромбинового

комплекса (II, VII, IX и X). Применение концентратов факторов II, VII, IX и X у больных высокой группы риска ВТЭО может не только инициировать тромбозы, но и активизировать коагулопатию потребления. Поэтому в программу лечения ДВС включали НМГ в профилактических дозировках (надропарином - фраксипарин подкожно 38 МЕ/кг/сут (38МЕ x75=2850МЕ=0.3мл) или далтепарином - фрагмин подкожно 5000 МЕ/сут) для блокирования фактора X при выраженной тромбопластинемии. Выводы: Специфическая терапия прокоагулянтами – новое патогенетически обоснованное и эффективное направление в реанимационной стратегии гемостаза у пострадавших с критической травмой, осложненной ДВС-синдромом.

---

663.Лапароскопия при ущемленных грыжах передней брюшной стенки

Ярцев П.А., Гуляев А.А., Драйер М., Кирсанов И.И., Тарасов С.А.

Москва

ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ

Актуальность. Актуальность вопроса метода хирургического лечения ущемленных грыж поддерживается относительно высокими цифрами послеоперационных «раневых» осложнений, а также длительным пребыванием пациентов в стационаре после открытых операций. В настоящее время плановая трансабдоминальная абдоминопластика распространена достаточно широко, при этом многими авторами доказан ряд преимуществ перед открытым методом: низкое число интра - и послеоперационных осложнений, ранняя социально-трудовая реабилитация больных. Однако эта операция до сих пор не нашла повсеместного применения при ущемленных грыжах передней брюшной стенки. Таким образом, представляется важным вопрос активного внедрения лапароскопической методики в лечение ущемленных грыж передней брюшной стенки. Цель исследования. Оценить возможности лапароскопии в диагностике и лечении больных с ущемленными грыжами передней брюшной стенки. Материалы и методы. Материалом исследования послужили результаты диагностики и лечения 97 пациентов с ущемленными грыжами передней брюшной стенки, которые были оперированы в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского за период с 2010 по 2014 годы включительно. Мужчин 79 (81,4%); женщин - 18 (18,6%). Преобладали пациенты трудоспособного возраста. Время от момента ущемления грыжи до поступления в стационар составило 6,5 + 3,3 часа. Позже 2 часов с момента ущемления оперировано 9 пациентов (9,3%). По локализации грыж больные, оперированные лапароскопическим способом, были распределены следующим образом: паховые грыжи - 61 больной (62,88%), грыжи белой линии живота – 11 больных(11,3%), пупочные - 15 больных (15,46%), параумбиликальные грыжи – 7 (7,21%), послеоперационные вентральные грыжи- 2 больной (2,06%). Всем пациентам операция выполнялась под комбинированным эндотрахеальным наркозом. После этапа грыжесечения использовалась: трансабдоминальная предбрюшинная абдоминопластика (ТАРП) при паховых грыжах и интраабдоминальная пластика (ИРОМ) передней брюшной стенки при срединных грыжах. При трансабдоминальной предбрюшинной абдоминопластике использовали имплантат «Parietex» размером 10 x 15см и эндогерниостеплер «Protack» 5 мм, или самофиксирующийся имплантат «Progrip» размером 10x15см. При интраабдоминальной абдоминопластике использовали антиадгезивный имплантат Parietex Composite различного размера и эндогерниостеплер «Absorbatack» 5 мм, перекрывающий размер грыжевых ворот на 3 -5см. Результаты исследования. Во время наркоза, за счет расслабления и растяжения мышц передней брюшной стенки при формировании пневмоперитонеума, происходило самостоятельное вправление грыжевого выпячивания, у 86 больных (89,58%). Из них в 4 наблюдениях (4,65%) для вправления грыжи внутрибрюшное давление кратковременно увеличивали до 18 мм рт ст. на 10-30 секунд, при этом изменений гемодинамики отмечено не было. Рассечение ущемляющего кольца потребовалось 11 пациентам (11,34%), для чего нами был использован инструмент LigaSure Atlas 5 мм. Применение малоинвазивных методов позволило значительно уменьшить, а в ряде случаев, полностью исключить необходимость в применении наркотических анальгетиков за счет меньшей травмы тканей передней брюшной стенки до 1,3±0,2дня. Была отмечена ранняя активизация больных через 7,5±3,7 часа. Осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 4 пациентов (4,12%). Из них у 3 пациентов (3,09%) между

синтетическим имплантатом и брюшной стенкой образовалась серома, что потребовало пункции под УЗИ наведением. У одного пациента (1,03%) имело место ущемление латерального кожного нерва бедра «скрепкой» эндогериостеплера, сопровождающееся выраженным болевым синдромом, не купированное использованием анальгетиков, потребовало релaparоскопии и удаления «скрепки». Заключение. Таким образом, лапароскопический метод лечения ущемленных грыж передней брюшной стенки является адекватной альтернативой открытой методики. При этом, эндохирургическая методика привносит свои общеизвестные преимущества: меньшая операционная травма, сокращение количества послеоперационных осложнений и длительности стационарного лечения пациентов в данной группе.

---

#### 664. ПРОТИВОШОКОВЫЙ КОСТЮМ И КРИТИЧЕСКАЯ ТРАВМА

Колесников В.В., Онищенко Н.С., Рахимов Б.М.

Тольятти

Тольяттинская Городская Клиническая Больница № 5

Наш опыт догоспитального и госпитального применения ПШК у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой, осложненной декомпенсированным шоком включает более 250 наблюдений. Повреждения по шкале «ВПХ-П(МТ)» у пострадавших характеризовались как тяжелые, и составили  $15,8 \pm 1,8$  балла (ISS-30,  $5 \pm 2,0$  балла). Общее состояние по шкале «ВПХ-СП» оценено в  $54,39 \pm 1,65$  балла (критическое). Принцип действия ПШК состоит в наружной пневмокомпрессии нижней половины тела, приводящей к перераспределению кровотока (аутогемотрансфузия) в пользу вышележащих жизненно важных органов. ПШК применяли как на фоне введения симпатомиметиков тогда, когда комплексная терапия, в том числе оперативное пособие, не позволяли справиться с прогрессирующей гипотензией, так и до применения симпатомиметиков. Результаты применения ПШК оказались эффективнее в тех ситуациях, когда пневмокомпрессию создавали до введения симпатомиметиков, когда объем предшествующей неэффективной волемиической терапии не превышал 3-4 литра, то есть не успевали развиться не поддающиеся терапии нарушения гомеостаза. Наш клинический опыт применения ПШК показал, что безопасным периодом, на протяжении которого можно проводить пневмокомпрессию, является временной промежуток в 6 часов. В 25,8% наблюдений лечение тяжелой сочетанной травмы с применением ПШК оказалось неэффективным, пострадавшие («ВПХ-СП» –  $54,39 \pm 1,65$ ) погибли в ближайшем посттравматическом периоде. Причинами неэффективного применения ПШК в нашей практике были: - тяжесть анатомических разрушений (все погибшие пострадавшие имели повреждения двух и более анатомических областей, каждое из которых можно было отнести к ведущим) и выраженность функциональных нарушений. По шкале оценки тяжести механических повреждений «ВПХ-П(МТ)» – более 20 баллов (крайне тяжелые повреждения); - позднее начало оказания медицинской помощи (поздняя доставка пострадавшего в стационар, доставка попутным транспортом без оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе), из-за чего невосполненная кровопотеря носила запредельный, фатальный характер; - позднее применение ПШК; - нераспознанные ушиб сердца и напряженный пневмоторакс; - несовместимые с жизнью повреждения; - преждевременная и неправильно выполненная декомпрессия (дефляция) ПШК. Показаниями к применению ПШК при тяжелой сочетанной травме мы считаем следующие клинические ситуации: невозможность поддержания систолического артериального давления выше 80 мм.рт.ст. при гиповолемическом шоке, в том числе при остановившемся кровотечении; необходимость временного гемостаза и иммобилизации при переломах костей таза и нижних конечностей; необходимость временного гемостаза при травмах органов брюшной полости, сопровождающихся острой кровопотерей. Противопоказаниями (относительными), по нашему мнению, являются: тампонада сердца; сдавление головного мозга при черепно-мозговой травме; для наложения брюшной секции – недренированный напряженный пневмоторакс (необходимость сохранить диафрагмальное дыхание). Эффективность применения ПШК у пострадавших зависела от правильности наложения костюма, режима компрессии, проведения волемиической и медикаментозной поддержки, выбора оптимального момента декомпрессии и ее выполнения. Опыт использования пневмокомпрессии у пострадавших позволил нам

сформулировать протокол применения ПШК при тяжелой сочетанной механической травме, осложненной декомпенсированным шоком. Группу сравнения составили 657 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой живота. Среднее значение «ВПХ-П(МТ)» всего массива составило  $9,9 \pm 0,4$  балла (ISS-  $26,0 \pm 0,4$  балла). Общая летальность пострадавших в контрольной группе составила 25,1%(165), из них у пострадавших с тяжелым состоянием летальность была 2,8% (6), с крайне тяжелым - 25,7% (82) и с критическим - 63,6% (77). Применение метода объективной оценки тяжести травм позволило проводить корректный сравнительный анализ исследуемых и контрольных групп пострадавших. Цифровой материал занесли в разработанные нами карты и подвергли статистической обработке на ЭВМ с использованием программ Microsoft Exel и Statistica по инструкциям и программам обработки данных научных исследований. С целью корректного сравнения результатов лечения пострадавших из базы данных (Exel) произведена выборка их в диапазоне значений «ВПХ-СП» –  $54,39 \pm 1,65$  (52,74-56,04) балла. Летальность пострадавших с тяжестью состояния  $54,39 \pm 1,65$  баллов «ВПХ-СП» в контрольной группе составила 75% что в 2,9 раз выше, чем у пострадавших с той же тяжестью состояния при использовании в их лечении ПШК ! Вывод. Корректное применение ПШК в комплексном лечении пострадавших с тяжелой сочетанной травмой, осложненной декомпенсированным шоком снижает летальность в 3 раза.

---

#### 665. ХИРУРГИЯ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

Колесников В.В., Рахимов Б.М., Галкин И.В., Морозов А.В.

Тольятти

Тольяттинская Городская Клиническая Больница № 5

Среди 811 пострадавших, поступивших к нам с тяжелой сочетанной травмой живота, повреждения селезенки были у 193(23,8%). Тактика хирургического лечения повреждений селезенки зависела от характера повреждений селезенки (AAST), от компенсации гемодинамики пострадавшего, квалификации хирурга и возможности применить тот или иной метод гемостаза. У 4(2%) пострадавших при лапароскопии нами были выявлены разрывы паренхимы с остановившимся кровотечением. После санации брюшной полости (удаление сгустков крови) им проводили консервативное лечение (выздоровление). Органосохраняющие операции (ОСО) нами были выполнены у 48(24,9%) пострадавших: шов селезенки у 36, шов селезенки с окклюзией ветвей а. lienalis – у 5, коагуляцию поврежденной паренхимы – у 5, а резекция органа – у 2 пострадавшим. У двух пострадавших, которым мы произвели ушивание ран селезенки, в последующем из-за неэффективности шва, пришлось выполнить релапаротомию и спленэктомию. Реализация принципов берегательной хирургии селезенки при политравме, сопровождающейся развитием гемодинамических нарушений, требующих инотропной поддержки дискусионна, особенно в случаях доминирующей травмы живота. Считаем, что выполнение ОСО на селезенке в контексте политравмы является возможным при тяжести повреждения селезенки I-IV степени по AAST, но при условии стабильной гемодинамики пострадавшего, отсутствии клинических признаков коагулопатии и патологических изменений в оставляемой части селезенки. Конечно же, в таких ситуациях роль ОСО минимальна, а сложные и продолжительные варианты органосохраняющих операций не приемлемы. Исходя из концепции DC, предпочтение отдавали выполнению такой операции, которая по тяжести и продолжительности была бы минимальной и эффективно устраняла кровотечение. Выбор ее был индивидуален и часто зависел от анатомии селезенки (ее связочного аппарата, спячного процесса и вариантов деления а. lienalis). Не всегда операцией выбора должна быть спленэктомия. Считаем, что при разрывах органа с повреждением ветвей селезеночной артерии 3-5 порядка (наружная полусфера) более эффективна и быстро выполняема простая спленорафия с использованием для предотвращения прорезывания швов пряжи большого сальника или синтетических материалов. При более глубоких разрывах органа с повреждением артерий 2 порядка и при внеорганном, магистральном делении селезеночной артерии шов лучше дополнять окклюзией ветви артерии, кровоснабжающей эту зону (ангиоредукция). По нашим данным спленорафия составляет 84% всех ОСО. Данный вид оперативного пособия характеризуется простотой выполнения, малой травматичностью и не требует длительного времени, что принципиально

важно при нестабильной гемодинамике пострадавшего. Этим он выгодно отличается от травматичных, сложных и порой продолжительных спленэктомий и сложных органосохраняющих операций, требующих дополнительного времени. При технических трудностях, связанных с анатомическими особенностями их целесообразно выполнять лишь при стабильной гемодинамике пострадавшего. При интраоперационном обнаружении напряженной или распространенной подкапсульной гематомы селезенки рассекали капсулу, опорожняли гематому. При внутриселезеночных гематомах проводили консервативное лечение и динамическое наблюдение. Спленэктомия выполнена нами у 141 (73%) пострадавшего. Для исключения повреждения хвоста поджелудочной железы стремились выполнить раздельную перевязку артерии и вены ворот селезенки, а наложение зажима произвести как можно ближе к органу. Показаниями к спленэктомии считаем повреждения селезенки V степени тяжести по AAST или меньшей степени при неэффективном и невозможном применении ОСО (подготовка хирурга, анатомические особенности, нестабильная гемодинамика пострадавшего). У 51(36%) пострадавших вынужденную спленэктомию дополнили аутотрансплантацией селезеночной ткани по нашей методике. С целью формирования аутотрансплантата не поврежденный фрагмент селезенки в области наружной полусферы (ветви селезеночной артерии 3-5 порядка) рассекали в сагитальном направлении (перпендикулярно полярным артериям), что позволяло добиться наибольшей его «естественной перфорированности», обеспечивающей оптимальную регенерацию спленоцитов. Принципиально важным моментом в моделировании трансплантата является соблюдение его толщины. Толстые фрагменты трансплантата могут некротизироваться и нагнаиваться. Поэтому его формировали заданной толщины (5мм) используя двойной скальпель. Трансплантат помещали в большой сальник (лишенный серозной оболочки) по ходу левой желудочно-сальниковой артерии, фиксировали узловыми швами для исключения его миграции и маркировали танталовыми скобами для облегчения визуального контроля над ним. Из-за нестабильного состояния пострадавшего двум пострадавшим выполнили отсроченную пересадку ткани селезенки через дополнительный трансректальный доступ к заднему листку влагалища прямой мышцы живота. Летальность при тяжелой сочетанной травме с повреждением селезенки составила 24,9%(48). При анализе летальности пострадавших с повреждениями селезенки нами выявлено, что стратификация тяжести повреждений селезенки по шкале AAST не позволяет прогнозировать исход лечения пострадавшего. Она определяет лишь тактику хирургического лечения. Определяющей же причиной летальности является общая тяжесть сочетанных повреждений (тяжесть травмы), выраженная в баллах объективной оценки.

---

#### 666.ПУНКЦИЯ И КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ ВЕНЫ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Колесников В.В., Рахимов Б.М., Козлов В.В., Соловьев А.В.

Тольятти

Тольяттинская Городская Клиническая Больница № 5

Катетеризация центральных вен является важнейшим элементом интенсивной терапии и реанимационных мероприятий при критических состояниях различного генеза. Сама процедура катетеризации отработана в большинстве случаев до совершенства, а манипуляция стала уже рутинной. К сожалению, даже у самых опытных врачей бывают осложнения и неудачи при выполнении, казалось бы, отработанной годами методики. В справочниках по оказанию скорой и неотложной помощи часто указывается одна особенность манипуляции: пункцию подключичной вены необходимо начинать на поврежденной («скомпроментированной») стороне грудной клетки. При этом не уточняются особенности выполнения манипуляции пострадавшим с тяжелой сочетанной травмой груди и опорно-двигательной системы. Поэтому на основе наших клинических наблюдений неудачных катетеризаций мы постарались расставить соответствующие акценты на особенностях выполнения этой манипуляции у пострадавших с политравмой. Как известно из анатомии, подключичная вена хорошо фиксирована к задней поверхности ключицы и I ребра, что и объясняет ее высокую популярность для пункции и катетеризации в практике интенсивной терапии. Все меняется не в лучшую сторону при повреждении вышеназванных костных структур. В таких



случаях вена зачастую рвется с образованием обширной гематомы, нарушающей привычные анатомические отношения и затрудняющей катетеризацию сосуда. Кроме того, при выполнении требований укладки пострадавшего возможны вторичные повреждения сосудов костными отломками. Так, согласно общепринятым рекомендациям, между лопаток необходимо подложить небольшой валик, голову запрокинуть и максимально повернуть в противоположную от места пункции сторону, руку со стороны пункции опустить, ротировать наружу и оттянуть вниз (к нижней конечности). Манипуляция приобретает особое значение в рамках протокола Advanced Trauma Life Support (ATLS). Промедление в силу технических сложностей и дополнительные повреждения магистральных сосудов порой не оставляют пациенту шансов на успех. Кроме того, повреждения артерии у крайне тяжелого пострадавшего может остаться незамеченным. Как правило, у больных с нормальным артериальным давлением и нормальным напряжением кислорода в крови повреждение а. subclavia распознают по пульсирующей струе и ярко-красному цвету крови. Однако клинический опыт свидетельствует, что у пострадавших с тяжелой гиповолемией пульсирующей струи крови может не быть, а цвет крови из-за снижения сатурации, может быть темным. Хорошим подспорьем является ультразвуковой контроль по ходу катетеризации вены. Хотя ультразвуковая навигация и уменьшает число механических осложнений и неудач при катетеризации подключичной вены, однако в условиях цейтнота может затянуть процедуру. Снизить риск осложнений при постановке центрального венозного катетера у больных с политравмой можно, совершенствуя и уточняя внутренние протоколы интенсивной терапии. Считаем, что катетеризации центральных вен в остром периоде политравмы должна осуществляться по следующим основным показаниям: • инфузионная терапия, направленная на возмещение массивной кровопотери, коррекция дилуционной коагулопатии; • потребность в длительном введении интродопных и вазопрессорных препаратов; • недоступность периферических вен для пункции или несоответствие суммарного диаметра установленных периферических катетеров планируемому темпу и объему инфузионной терапии. Противопоказаниями для катетеризации центральных вен в остром периоде политравмы должны являться: • двусторонний пневмоторакс; • подкожная эмфизема в над- и подключичной области; • коагулопатия (видимая без специальных методов обследования). При осложненной закрытой травме груди (пневмоторакс, гемоторакс) или проникающих ранениях грудной клетки пункция подключичной или внутренней яремной вены должна начинаться на поврежденной стороне. Этот принцип должен соблюдаться и в посттравматическом периоде. Исключением из правил должны являться переломы ключицы, I-III ребра, травматические повреждения области шеи и плеча (повреждение мягких тканей в зоне пунктируемой вены). В таких ситуациях необходимо выполнить пункцию подключичной или внутренней яремной вены с противоположной стороны или произвести катетеризацию бедренной вены.

---

667. Коррекция интраинтестинального статуса у больных с острой тонкокишечной непроходимостью

В.К.Есипов, А.А.Третьяков, Д.В.Есипов, И.М.Сулейманов

Оренбург

Оренбургский государственный медицинский университет

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения больных с острой кишечной непроходимостью (ОКН) на основе применения в лечении зондовой деком-прессии тонкой кишки с введением живого бактериального препарата споробактерина и энтеросгеля. Материал и методы. Проведено изучение результатов лечения 108 больных опериро-ванных по поводу спаечной кишечной непроходимости в возрасте от 19 до 76 лет. Мужчин было 53%, женщин – 47%. До 6 часов с момента развития непроходимости госпитализировано 23,5% пациентов, от 6 до 24 час. – 46%, после 24 час. – 30,4%. Распространенный серозно-фибринозный перитонит выявлен у 29,4% больных. По способу послеоперационного лечения больные были распределены на три группы. 1-ю группу (основную) составили 35 (34,3%) больных, в лечении которым проводилась зондовая коррекция внутрикишечного статуса живым бактериальным препаратом споробактерином в сочетании с энтеросгелем, применение только энтеросгеля – 2-я группа 35 (34,3% пациентов) 3-я группа – 32 (31,4%) больных, у которых зонд

промывался фи-зиологическим раствором. Споробактерин вводился в зонд 3 раза в сутки в дозе 5 млрд микробных тел в 200 мл физ. раствора с одночасовой экспозицией, после чего в зонд вводился энтеросгель в виде водной суспензии 3 раза в сутки в разовой дозе 15 г. У пациентов основной группы антибиотики не применялись. Сравнение результатов лечения проводили по клинко-лабораторным, биохимическим данным, по состоянию мик-робиоценоза кишечника на 1-е,3-и, 5-и сут. после операции. Результаты исследования. Восстановление перистальтической активности кишечника у больных основной группы отмечено на  $2,2 \pm 0,12$  сут. раньше, чем у больных II (на  $2,8 \pm 0,13$ ) и III группы ( $3,1 \pm 0,3$  сут. р

---

## 668. КРИПТОРХИЗМ И ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ У ДЕТЕЙ – НАШИ РЕЗУЛЬТАТЫ

Майлыбаев Б.М., Дженалаев Д.Б., Айнакулов А.Ж., Мамлин О.А.

Астана, Республика Казахстан

Национальный Научный центр материнства и детства

Крипторхизм – одна из наиболее распространенных патологий детского возраста у мальчиков, которая сопровождается нарушением сперматогенной и гормональной функций яичек и требующая ранней хирургической коррекции. С августа 2007 года в урологическом отделении Национального Научного центра материнства и детства находилось на лечении 131 пациент с высокими паховыми формами паховой ретенции. Возраст пациентов колебался от одного года до 14 лет. В лечении 98 пациентов использовались методы эндовидеохирургии (основная группа). Эндовидеохирургическая операция состояла из следующих этапов: диагностическая лапароскопия с целью уточнения уровня ретенции, визуальной оценки яичка, его сосудов и фиксирующего аппарата, пересечение Гунтерова тяжа, мобилизацию сосудистого пучка и d.defferens, формирование канала из брюшной полости в мошонку, низведение и фиксация яичка в мошонке. У 33 пациентов выполнялось «открытое» низведение и фиксация яичка по Петривальскому-Шумакеру (контрольная группа). Для проведения сравнительной оценки постагрессивной реакции организма на лапароскопическую и традиционные виды операций при крипторхизме нами было изучено: состояние симпатико-адреналовой системы организма (по показателям суточной экскреции адреналина и норадреналина) и ряда биохимических параметров крови (общий белок сыворотки крови, креатинин, глюкоза, билирубин, АсАт, АлАТ), отражающих функциональное состояние надпочечников и печени, сбалансированность углеводного и белкового обмена (исследования проводились за сутки до операции, на первые, третьи, пятые сутки послеоперационного периода). Для оценки состояния яичка нами проводилась УЗИ и доплерография гонад в дооперационном периоде, при выписке, на 3-й и 6-й месяц послеоперационного периода. Осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде не отмечалось. Анализ сравнительной оценки постагрессивной реакции организма на лапароскопическую и традиционные виды операций показал, что лапароскопические операции являются менее инвазивным, менее травматичным, менее продолжительным оперативным вмешательством, которому свойственно более благоприятное течение послеоперационного периода. При ультразвуковом и доплерографическом исследовании в послеоперационном периоде отмечалась положительная динамика, выражающаяся в росте гонад и нормализации параметров кровотока, более выраженная у пациентов, которым выполнялись эндовидеохирургические операции. Таким образом, проведенное исследование показывает несомненные преимущества эндовидеохирургических методов лечения крипторхизма у детей и диктует необходимость их широкого внедрения в клиническую практику.

---

669.Современные методы лечения рака ободочной кишки, осложненной кишечной непроходимостью и кишечным кровотечением.

Хубутия М.Ш., Цулеискири Б.Т., Ярцев П.А., Кирсанов И.И.

Москва

ГБУЗ НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения и качество жизни больных с осложненным раком толстой кишки. Материалы и методы: За период с 2010 по 2014 года в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского на лечении находилось 126 пациентов раком ободочной кишки, осложненным кишечной непроходимостью, кишечным кровотечением и перфорацией. Из них 36 (28,6%) больным выполнено лапароскопическое оперативное вмешательство. Средний возраст составил  $69\pm 3,6$  лет. Мужчин – 55(43,6%), женщин – 71 (56,4%). Всем больным, поступившим с клинической картиной толстокишечной непроходимости, в экстренном порядке выполняли полипозиционное рентгенологическое исследование, УЗИ органов брюшной полости, колоноскопию или ирригоскопию. Для декомпрессии ободочной кишки и временного разрешения кишечной непроходимости, выполнялось эндоскопическое заведение дренирующей рентгенконтрастной трубки проксимальнее стенозирующей опухоли. Результаты: 24 пациентам (19%) с кишечной непроходимостью на первом этапе перед операцией во время колоноскопии была попытка заведения шинирующего устройства проксимальнее опухолевой стриктуры с последующим заведением рентгенконтрастной трубки. Из них 20 пациентам (83,3%) было успешно выполнена декомпрессия ободочной кишки, а 4 пациентам (16,7%) потребовалась операция по экстренным показаниям, в связи с полной обтурации просвета кишки опухолью. У всех больных локализация проксимального конца трубки была подтверждена введением водорастворимого контрастного вещества с последующим рентгенологическим контролем. После выполнения реканализации просвета кишки выполняли ее многократное отмывание и через 5-7 суток вторым этапом больным выполняли видеолапароскопическую резекцию ободочной кишки. Объем резекции зависел от объема и распространенности опухолевого процесса. Резекция сигмовидной кишки - 10 (50%), левосторонняя гемиколэктомия – 2 (10%), правосторонняя гемиколэктомия была выполнена - 6 (30%), резекция поперечно-ободочной кишки - 2(10%), формирование первичного кишечного анастомоза выполняли с использованием интра – или экстракорпорального шва. У 2-х пациентов (8,3%) были выполнены паллиативные операции в связи с прорастанием опухоли в соседние органы. Во время эндоскопической реканализации опухолевой стриктуры было одно 1 осложнение (4,2%) – супрастенотический разрыв толстой кишки выше опухолевого сужения, что явилось поводом к экстренной операции. Больная оперирована - выполнена лапаротомия. Операция типа Гартмана с выведением трансверзостомы. Больная выписана из отделения с функционирующей стомой. В послеоперационном периоде у одного пациента после лапароскопической операции отмечена несостоятельность межкишечных швов анастомоза. Однако учитывая использование методики с выведением петли ободочной кишки на шине для пациентов с высоким риском развития несостоятельности, на фоне раннего разрешения кишечной непроходимости, повторной операции удалось избежать, путем вскрытия просвета петли ободочной кишки. Среди больных, оперированных с применением миниинвазивных методик, летальных исходов не было. Использование миниинвазивных методов позволило уменьшить интраоперационную кровопотерю с  $731,25 \pm 136,7$  мл при открытых операциях до  $385,78 \pm 67,42$  мл, при лапароскопических операциях. Снизило травматичность доступа, что позволило сократить сроки нахождения пациентов в отделении реанимации с  $3,25\pm 4,9$  суток до  $1,2\pm 0,61$  суток, общего койко-дней с  $19,47\pm 8,9$  суток до  $13,5\pm 6,18$  суток, уменьшило количество послеоперационных осложнений и исключило послеоперационную летальность.

670.Видеоассистированное низведение сигмовидной кишки по K.Georgeson в лечении болезни Гиршпрунга у детей.

Дженалаев Д.Б., Мустафинов Д.А., Оспанов М.М., Мамлин О.А., Билал Р.А., Нартбаев Е.К., Ольховик Ю.М.

633

Астана, Республика Казахстан

Национальный Научный центр материнства и детства

Болезнь Гиршпрунга (БГ) — второе (после пилоростеноза) по частоте распространения заболевание детей, приводящее к нарушению проходимости желудочно-кишечного тракта у детей. В последние годы отмечается тенденцию к увеличению числа больных с болезнью Гиршпрунга от 1:30000 до 1:5000 с более тяжёлым течением. Основной способ лечения болезни Гиршпрунга – хирургический, заключающийся в удалении зоны аганглиоза и частичном удалении изменённого участка толстой кишки в зоне супрастенотического расширения. Одной из характерных особенностей современного этапа развития хирургии является широкое внедрение различных миниинвазивных эндоскопических методик в практику детской хирургии. Внедрение лапароскопии в хирургию пороков развития и заболеваний кишечника началось с середины 90-х годов, когда впервые К. Georgeson выполнил лапароскопическое низведение толстой кишки при БГ. Эндоскопические технологии при БГ позволяют выполнить радикальную операцию в один этап, появилась возможность проведения интраоперационной полнослойной экспресс-биопсии кишки для уточнения уровня резекции, что особенно важно при лечении субтотальных и тотальных форм. В этом сообщении мы хотели бы представить наш, пока незначительный, опыт в лечении БГ у детей с использованием эндовидеохирургии. Мы располагаем 11 наблюдениями лапароскопически-ассистированных операций при БГ у детей. Возраст пациентов составлял от 1 года до 5 лет, при проведенном исследовании (ирригография) обоих пациентов была выявлена ректосигмоидная форма БГ. После проведенного обследования и предоперационной подготовки нами всем четырем пациентам было выполнено лапароскопическое низведение толстого кишечника по методике К. Georgeson. Оперативное вмешательство проводилось под эндотрахеальным наркозом и включало следующие этапы: I этап — лапароскопический. После введения трех троакаров осматривали левую половину толстой кишки, выявляли суженный участок, идентифицировали переходную зону, оценивали предполагаемый объем резекции толстой кишки, визуализировали левый мочеточник, семявыносящий проток. С помощью биполярной и монополярной коагуляции мобилизовывали суженную кишку, переходную зону и измененный участок вышележащей кишки. Далее вскрывали переходную складку брюшины и мобилизовывали циркулярно прямую кишку вглубь малого таза. Проводили пробную тракцию мобилизованной толстой кишки в сторону анального отверстия с оценкой достаточности мобилизации и степени натяжения брыжейки. II этап – промежуточный. Анальное отверстие расширяли, вокруг ануса накладывали швы-держалки. Начиная от уровня 0,5 см от зубчатой линии, проводили диссекцию и мобилизацию слизистой анального канала и прямой кишки циркулярно на протяжении 5—6 см. После этого кишку пересекали и низводили через демукозированный канал на промежность. Этот этап проводили под контролем лапароскопии, во время которой визуализировалось правильное положение брыжейки низводимой кишки, отсутствие выраженного ее натяжения. Низведенную без натяжения на промежность кишку отсекали с наложением колоанального анастомоза отдельными рассасывающимися швами. III этап — со стороны брюшной полости производили лапароскопическую ревизию и санацию малого таза, восстановление переходной складки брюшины, ликвидировали «окно» в брыжейке толстой кишки. Раны передней брюшной стенки послойно ушивали внутрикожными швами. Интраоперационных осложнений в наших наблюдениях не отмечалось, кровопотеря во время вмешательства во всех случаях не превышала 20-30 мл и не требовала возмещения. Во всех случаях кишечное отделяемое из ануса появилось в течение первых 12-18 ч, с этого времени начинали энтеральную нагрузку. В отдаленном послеоперационном периоде пациенты находились под амбулаторным наблюдением, им проводили курс профилактического бужирования анастомоза расширителями возрастного диаметра, при этом признаков стенозирования не отмечали ни у одного пациента. У одного из пациентов на 7-е сутки отмечались подъем температуры, затруднение дефекации, а при ректальном исследовании и ультра-звуковом сканировании позади прямой кишки выявлена полость с жидкостью размером 3×4 см. Произведена пункция этого образования через заднюю стенку прямой кишки, получено около 30 мл слизистого отделяемого с хлопьями фибрина, в полости был оставлен катетер, выполнено промывание полости под контролем УЗИ, после чего было отмечено полное закрытие полости и рассасывание инфильтрата в позадипрямокишечном пространстве. Больной был выписан на 15 сутки после операции. Больной был осмотрен через 6 месяцев, состояние удовлетворительное, жалоб нет, живот не вздут, стул ежедневный, каломазания не отмечается. Остальные пациенты выписаны на 8-9-е сутки после проведенной операции. Контрольный осмотр через 3 месяца - состояние удовлетворительное, жалоб нет, живот не вздут, стул ежедневный, каломазания не отмечается. Заключение – лапароскопическая операция по К. Georgeson сочетает в себе радикальность и минимальную травматичность при хирургическом лечении аганглиоза толстой кишки у детей; соблюдение принципов дооперационного обследования и подготовки больных, а также этапов и особенностей предложенной хирургической техники позволяет минимизировать риск интра-

и ранних послеоперационных осложнений, добиться существенного, улучшения результатов — уменьшить травматичность самого вмешательства, снизить тяжесть протекания послеоперационного периода, обеспечить быстрое восстановление полной физической активности, значительно сократить сроки госпитализации, добиться отличного косметического эффекта.

---

671.Современные подходы к лечению перитонита аппендикулярного генеза

Ермолов А.С., Андреев В.Г., Ткешелашвили Д.Т., Гуляев А.А., Ярцев П.А., Цулеискири Б.Т., Левитский В.Д.

Москва

ГБУЗ НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ

Актуальность. Перитонит – одно из наиболее тяжелых осложнений заболеваний и повреждений органов брюшной полости, имеющее клиническую картину самостоятельного заболевания и представляющее собой комплекс тяжелых патофизиологических реакций с нарушением функционирования всех систем гомеостаза больного. Острый аппендицит является причиной перитонита в 30-65% случаев. Наиболее частая причина распространенного аппендикулярного перитонита – поздняя обращаемость. Осложнение острого аппендицита перитонитом значительно ухудшает прогноз лечения ( послеоперационная летальность при неосложненном остром аппендиците колеблется от 0,06% до 0,1%, при осложненном перитоните в доходит до 6,2% - 17,4%). Не смотря на активное развитие лапароскопической хирургии при аппендикулярном перитоните, до сих пор преобладает открытый доступ – чаще всего срединная лапаротомия. При этом наблюдается послеоперационные осложнения, связанные с лапаротомией – нагноение послеоперационной раны, эвентрация, ранняя кишечная непроходимость. Естественно, что в этом ракурсе представляется актуальным вопрос о возможности использования видеолапароскопического доступа в лечении аппендикулярного перитонита. Материалы. С 2009 по 2014 гг. в НИИ СП имени Н.В. Склифосовского пролечены 61 пациент с первичным использованием лапароскопического (ВЛХ) доступа в лечении перитонита, аппендикулярного генеза . Средний возраст пациентов составил 32,5±0,5 лет. 1. 20 больных (8 женщин и 12 мужчин) страдало острым флегмонозным аппендицитом. 2. Острый гангренозный аппендицит диагностирован у 20 пациентов (32,8%; 8 женщин и 12 мужчин). 3. Причиной перитонита у 21 больного (34,4%) явился гангренозно-перфоративный аппендицит (7 женщин и 14 мужчин). Стадии перитонита определялись по классификации, утвержденной Российской ассоциацией специалистов по хирургическим инфекциям (РАСХИ 2011 год). У 51 больного ( 83,6%) имел место местный неотграниченный перитонит. С распространенным диффузным перитонитом на лечении находилось 10 пациентов (16,4%). Больных с разлитым гнойным перитонитом, в анализируемой группе не было. Большинство больных поступило в клинику в первые сутки с момента заболевания – 39 человек (63,9%), 22 пациента (36,1%) поступили позже 24 часов после начала заболевания. Всем 61 больным при поступлении был поставлен диагноз острого аппендицита осложненного перитонитом, требующим срочного оперативного лечения. Под комбинированным эндотрахеальным наркозом произведена видеолапароскопия, ревизия брюшной полости. После ревизии у 49 больных (80,3%) выполнены лапароскопическая аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости. У 12 больных (19,7%) произведена конверсия. Результаты: 1. Показания к лапароскопии: наличие выпота в брюшной полости, наличие перитонита. 2. Показания к конверсии: парез тонкого кишечника. 3. После выполнения лапароскопической ревизии брюшной полости, определения распространенности перитонита и верификации его источника выполнялась видеолапароскопическая санация брюшной полости, включающая лапароскопическую ликвидацию источника перитонита и промывание брюшной полости раствором антисептика. Все операции заканчивались дренированием полости малого таза одним дренажем. До санации и после санации производился забор материала для бактериологического исследования. 4. Послеоперационный период у 49 пациентов с видеолапароскопическим доступом протекал без осложнений, они выписаны на амбулаторное долечивание на 8 – 10 сутки. 5. Летальных исходов не было. Заключение: Видеолапароскопический доступ в хирургическом лечении больных острым аппендицитом, осложненным аппендикулярным перитонитом,

позволяет эффективно решить все задачи оперативного вмешательства, за исключением случаев выраженного пареза кишечника с признаками кишечной недостаточности, требующего назоинтестинальной интубации. Использование видеолапароскопического доступа позволяют минимизировать послеоперационные осложнения, сократить срок пребывания больного в стационаре и время реабилитации и восстановления трудоспособности после выписки.

---

#### 672. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Дженалаев Д.Б., Мустафинов Д.А., Мамлин О.А., Ольховик Ю.М., Нартбаев Е.К., Билал Р.А.

Астана, Республика Казахстан,

Национальный научный центр материнства и детства

Основным радикальным методом лечения детей с хирургическими заболеваниями легких является хирургическое вмешательство. Развитие торакокопии позволило выполнять многие хирургические операции на легких без проведения широкого торакального разреза. Разработка инструментов малого диаметра и более совершенной оптики дало возможность детским хирургам производить анатомические резекции легких без торакотомии. В отделениях детской и малоинвазивной хирургии АО «ННЦМД» за период с 2013 года находилось на лечении 7 пациентов, которым была выполнена торакоскопическая резекция легких. Возраст пациентов варьировал от 20 дней до 7 лет. У 5 пациентов были врожденные кисты легкого, у 2 – кистаденоматоз легких. Предоперационная подготовка не отличалась от таковой при открытой операции. Операции проводили под общей анестезией. В пяти случаях (70%) проводилась однологочная вентиляция с интубацией левого или правого главного бронха. В двух случаях (у новорожденных и детей раннего возраста) использовали стандартную ИВЛ с повышением давления в плевральной полости с целью коллабирования легкого во время операции. При торакоскопической резекции доли мы использовали принципы классической хирургии, то есть отдельно обрабатывали элементы корня легкого. После ревизии и оценки состояния легкого и плевральной полости в междолевой щели выделяли артериальные сосуды. Паренхиму легкого рассекали по линии междолевой щели при помощи коагулятора. Центральный отдел сосудов клипировали и сосуды пересекали, после предварительной обработки (аппарат Ligasure) «уходящих» концов сосудов. После пересечения артериальных сосудов удаляемую долю отводили кзади и пересекали кардиальную связку. Затем выделяли легочную вену, которую дважды перевязывали лигатурами и пересекали. Далее скелетировали бронх нижней доли и пересекали коагулятором. Культю бронха ушивали отдельными узловыми швами. После ушивания просвета культи бронха интубационная трубка поднимали в трахею и увеличивали объем дыхания. Тем самым осуществлялся контроль герметичности шва бронха и раздувание оставшихся сегментов легкого с целью оценки их вентиляции. Резецированную долю по частям удаляли через отверстие нижнего троакара, расширенное до 1,5—2 см. В плевральной полости под контролем эндовидеокамеры устанавливали силиконовую дренажную трубку. Анализируя наш незначительный опыт проведения торакоскопической резекции легкого, можно отметить, что: 1) использование торакокопии позволило нам снизить травматичность оперативного вмешательства; 2) настоящее время торакоскопическая резекция легкого может считаться операцией выбора, так как обладает всеми преимуществами миниинвазивных вмешательств и дает такие же результаты, как торакотомии.

---

673. Морфофункциональные критерии эффективности применения перфторана и рекомбинантной супероксиддисмутазы при синдроме энтеральной недостаточности на фоне экспериментального перитонита

Волков Д.В., Стадников А.А., Тарасенко В.С., Малицкая Е.В.

Оренбург

Оренбургский государственный медицинский университет

Цель работы – определить морфофункциональное состояние тонкой кишки при синдроме энтеральной недостаточности в условиях экспериментального перитонита, а также при применении перфторана и рекомбинантной супероксиддисмутазы. Моделирование экспериментального калового перитонита осуществлялось у 150 морских свинок по методике Т.С.Поповой (1991). Экспериментальные животные были разделены на пять групп по 30 особей: I группа – без лечения; II группа – морские свинки получали 0,9%-ный раствор хлорида натрия в расчете 6 мл/кг; III группа – раствор рекомбинантной супероксиддисмутазы (РСОД) 0,2 мг/кг; IV группа – перфторан в дозе 6 мл/кг; V группа – РСОД и перфторан. Препараты во всех группах вводились через два часа после завершения лапаротомии и далее ежедневно внутривенно. Животные выводились из опыта по 10 особей в каждой группе через 24, 48 и 72 часа. Анализ гистологических срезов тонкой кишки показал, что в первые сутки эксперимента во всех группах преобладали дисциркуляторные и дистрофические процессы. Отмечалось резкое расстройство крово- и лимфообращения в виде стаза в капиллярах и венах, в развитии отека, полнокровия сосудов и появления кровоизлияний. Существенных различий между группами в эти сроки исследования обнаружено не было. Через 48 и 72 часа в I и II группах отмечалась значительная лимфоидногистиоцитарная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки и очаговые диапедзные кровоизлияния. Кроме того, отмечалось разрушение коллагеновых волокон в каркасе кишечных ворсинок, их значительная гетероморфность (чередование укороченных и удлиненных ворсинок). Часть ворсинок были деформированы. На отдельных участках эпителий был уплощен, имел базофильную цитоплазму и высокое содержание рибонуклеопротеидов. Высота и толщина ворсинок достоверно отличались от нормальных значений уже к 48 часам эксперимента. Покровный эпителий был значительно инфильтрирован лимфоцитами. Дистрофические изменения в виде кариопикноза, кариолизиса, везикуляции цитоплазмы выявлялись в большинстве эпителиальных клеток. Наблюдались зоны формирования некротических изменений тканей слизистой кишки, которые местами переходили на подслизистую основу и серозную оболочку. Также периодически обнаруживались кровоизлияния с накоплением катарального и геморрагического экссудата в просвете кишки. Обнаруживались некробиотические изменения нейронов нервных ганглиев подслизистой основы и Ауэрбаховского межмышечного сплетения, деформация отдельных нейронов, маргинация гетерохроматина и кариорексис. Отмечались повышенная проницаемость кровеносных сосудов, отек, кровоизлияния и спастические изменения гладких мышечных клеток, которые подвергались деструктивным изменениям. Это свидетельствовало о глубоком нарушении моторной функции кишечника на фоне повреждения нервно-мышечных структур. Изучение гистологических фрагментов тонкого отдела кишечника у экспериментальных животных, получавших РСОД, перфторан и их комбинации показало, что данные препараты существенно влияли на клеточный и тканевой гомеостаз энтероцитов. Отмечалось уменьшение выраженности деструктивных изменений данных клеток и собственной пластинки слизистой оболочки. Снижалось образование и размеры субэпителиальных пространств Грюнхагена, формирующиеся вследствие отслойки эпителиального пласта от базальной мембраны. Уменьшалось число ворсинок с признаками десквамации энтероцитов. Ворсины слизистой оболочки были умеренно деформированы в дистальном направлении, но сохраняли свою длину. В соединительной ткани собственной пластинки слизистой оболочки и подслизистой основы уменьшалась степень дезинтегративных процессов, таких как кровоизлияния и эрозии. Наиболее выраженные отличия в группах, получавших лечение, отмечались через 2-3 суток наблюдения. Проводимая терапия благоприятно отразилась на состоянии сосудов микроциркуляции. Позитивные изменения у животных III-V групп отмечались уже через 2 суток и проявлялись уменьшением спазма артериол при сохранении умеренного полнокровия венул и отека стенки тонкой кишки. В тоже время, не отмечалось признаков агрегации эритроцитов в сосудах веноулярного звена. Размеры их составляли  $32,7 \pm 1,2$ ,  $32,1 \pm 0,8$  и  $31,1 \pm 1,2$  мкм для III, IV и V групп соответственно. Вместе с тем, у экспериментальных животных, не получавших лечения, венулы имели размеры  $34,9 \pm 1,9$  мкм, а получавших физиологический раствор хлорида натрия –  $33,4 \pm 1,7$  мкм ( $M \pm m$ ). В крипах у морских свинок, получавших противошоковую и антиоксидантную терапию, появлялись митотически делящиеся клетки, перемещавшиеся по направлению к вершине ворсинок и заменяющие десквамированные участки эпителия. Здесь же выявлялись эпителиальные и соединительнотканые клетки экспрессирующие синтез протеина Ki-67, как маркера активизации гена пролиферации. В наружной мышечной оболочке кишки уменьшились отек и расхождение пучков миоцитов. Снижалась полиморфноклеточная инфильтрация во всех оболочках органа. Через 3 суток эксперимента

морфометрические показатели и качественное состояние кишечной стенки свидетельствовали о постепенном возвращении к норме. Таким образом, синдром кишечной недостаточности на фоне экспериментального перитонита характеризуется нарушением микроциркуляции в ранние сроки заболевания, что приводит к усугублению дистрофических и некробиотических поражений энтероцитов, а также нарушению моторной функции кишечника. Применение рекомбинантной супероксиддисмутазы и перфторана, и особенно их комбинации, в лечении синдрома энтеральной недостаточности у экспериментальных животных способствует более быстрому устранению глубоких нарушений микроциркуляции и дистрофически-дегенеративных изменений тканей кишечника.

---

#### 674. ПРИМЕНЕНИЕ $\beta$ -АДРЕНОБЛОКАТОРЫ В ЛЕЧЕНИИ СОСУДИСТЫХ ГИПЕРПЛАЗИЙ (ГЕМАНГИОМ) У ДЕТЕЙ

Мамлин О.А., Дженалаев Д.Б., Оспанов М.М., Мустафинов Д.А., Ся Тун Чин Р.В., Кожамжаров К.К., Ольховик Ю.М.

Астана, Республика Казахстан

Национальный научный центр материнства и детства

Гемангиомы – сосудистые новообразования, которые относятся к доброкачественным опухолям мягких тканей. Гемангиомы выявляются у 1,1 – 2,6 % всех новорожденных детей. К году этот показатель увеличивается до 10,1 %. Сосудистые аномалии являются результатом нарушений эмбриогенеза. Соотношение девочки: мальчики составляет 1:1. Описано множество различных методов лечения гемангиом у детей: хирургический, криотерапевтический, склерозирующее лечение, диатермокоагуляция, гормональная терапия, метод сверхвысоких частот, лазерное и световое лечение. Большое количество предложенных методов лечения говорит об отсутствии единого, общепризнанного подхода, отвечающего всем требованиям реконструктивной и эстетической хирургии. В 2008 г. впервые было обнаружено, что пропранолол может сдерживать рост сосудистых гиперплазий (гемангиом). Этот факт был обнаружен случайно группой исследователей детской больницы «Бордо» (Франция). У двоих детей с сосудистой гиперплазией лица на фоне лечения преднизолоном развились характерные осложнения на сердце - обструктивная гипертрофическая миокардиопатия. Для коррекции этих нарушений этим детям был назначен неселективный  $\beta$ -блокатор пропранолол. На следующий день после начала лечения гемангиома изменила цвет от интенсивного красного до фиолетового. После этого пропранолол был использован еще у девяти детей с тяжелыми сосудистыми гиперплазиями (гемангиомами) лица. У всех детей через 24 часа после начала лечения отмечалось изменение цвета области поражения от интенсивного красного до фиолетового, образование становилось более мягкой консистенции. В течение года после первых публикаций пропранолол стал активно применяться в лечении детских сосудистых гиперплазий. Результаты лечения позволяют сохранить функцию жизненно важных органов и добиться прекрасных эстетических результатов. В отделении детской хирургии Национального научного центра материнства и детства для лечения гемангиом с 2010 года применяется  $\beta$ -блокатор – анаприлин, аналог пропранолола. Данный метод лечения используется при обширных и глубоких гемангиомах сложной анатомической локализации: лицо, околоушная область, половые органы, кисть, стопа. Данный вид консервативной терапии применен у 62 детей. Лечение больных пропранололом осуществляется совместно с детским кардиологом, который проводит мониторинг основных показателей работы сердечно-сосудистой системы до назначения анаприлина и в процессе лечения. Начальный этап терапии проходит в условиях обязательной госпитализации. Перед лечением проводится мониторинг ЭКГ, ЭХО-КГ. Пропранолол назначался в дозе 1-2 мг на кг массы тела в два приема в течение 7 дней с обязательным мониторингом АД и ЧСС до и после приема препарата. Один раз в неделю контроль ЭКГ, один раз в месяц ЭХО КГ. Через неделю после приема препарата при условии стабильных показателей со стороны деятельности сердечно – сосудистой системы дозировка увеличивается до 3-4 мг на кг массы тела. Длительность лечения до 4 месяцев. У всех детей через 48 часов после начала лечения отмечалось изменение цвета области поражения от интенсивного красного до фиолетового, образование становилось более мягкой консистенции, уменьшалась напряженность тканей. В



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

80 % случаях мы наблюдали регрессию гемангиом – уменьшение объема опухоли, прекращался рост, на поверхности гемангиомы появлялись белесоватые островки участков здоровой кожи. Детским кардиологом осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы не наблюдалось. Анализируя результаты лечения детей со сложными сосудистыми дисплазиями мы считаем, что консервативное лечение данной патологии β-блокаторами (анаприлин) является эффективным, безопасным, и быстрым способом избавления от гемангиом.

---

675. Анализ источников гастродуоденального кровотечения у больных с отравлениями неприжигающими веществами

Тверитнева Л.Ф., Маткевич В.А., Миронов А.В., Тетерин Ю.С.

Москва

ГБУЗ "НИИ СП им.Н.В.Склифосовского ДЗМ"

Целью исследования явилось изучение причин возникновения гастродуоденального кровотечения у больных с отравлениями неприжигающими веществами. Материалом исследования явились 126 пациентов с гастродуоденальным кровотечением, составившими 2,1% от числа всех пациентов с отравлениями неприжигающими веществами, находящиеся на лечении в Центре по лечению острых отравлений НИИ СП им.Н.В.Склифосовского. Всем этим пациентам на догоспитальном этапе с целью детоксикации проводилось промывание желудка с помощью зонда. Учитывая наличие признаков гастродуоденального кровотечения всем пациентам проводилась экстренная ЭГДС. Характер кровотечения оценивался по классификации Forrest. Результаты. Источником кровотечения у 35 (28%) пациентов явилась язва желудка или 12-перстной кишки, у 48 (38%) – эрозивный геморрагический гастрит, у 15 – синдром Маллори-Вейса. У 28 пациентов (22%) причиной желудочного кровотечения явилась несквозная травма желудка зондом при промывании последнего. Среди больных с травмой желудка продолжающееся кровотечение типа Forrest 1a (F1a) было выявлено у 1 больного, F1b – у 9, F2a – у 1 больного, F2b – у 5, F2c – у 12 больных. Эндоскопический гемостаз у этих больных выполнялся в 17 случаях: в 10 – при продолжающемся кровотечении, в 7 – при состоявшемся для профилактики рецидива кровотечения. В 15 случаях использовался инфильтрационный метод эндоскопического гемостаза, в 2 – при кровотечении типа F1a и F2a – поэтапный комбинированный метод, включающий инфильтрационный, аргоноплазменную коагуляцию и аппликацию клеевой композиции. Рецидив кровотечения отмечен в 2 случаях. Кровотечение остановлено инфильтрационным методом. При контрольной ЭГДС у всех пациентов отмечено рубцевание дефектов стенки желудка. Вывод. Среди источников гастродуоденального кровотечения у пациентов с отравлениями неприжигающими веществами 22% составляют травмы желудка зондом, полученные при промывании последнего с целью детоксикации. Основным методом остановки кровотечения при травмах слизистой желудка является инфильтрационный, как наиболее безопасный, достаточно эффективный и простой в выполнении обладающий высокой эффективностью

---

676. ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХИНОКОКЭКТОМИЯ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Дженалаев Д.Б., Мустафинов Д.А., Мамлин О.А., Ольховик Ю.М., Нартбаев Е.К.

Астана, Республика Казахстан

Национальный научный центр материнства и детства

Эхинококкоз – одно из наиболее тяжелых паразитарных заболеваний человека, представляющее серьезную проблему для медицины и народного хозяйства. Многочисленность публикаций на тему эхинококкоза говорит о продолжающемся интересе ученых к различным аспектам этого заболевания. С августа 2007 года в отделении общей детской хирургии АО «ННЦМД» находилось на лечении 22 пациента с эхинококкозом легких, в лечении 24 пациентов нами были использованы методы эндовидеохирургии. У 8 пациентов отмечался болевой синдром в соответствующей половине грудной клетки, у 3-х повышение температуры, у 13 пациентов не отмечалось выраженных клинических проявлений. Для установления диагноза нами использовались следующие методы исследования: рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, КТ и ЯМРТ. При проведении обследования у 5 пациентов был выявлен сочетанный эхинококкоз легких и печени. У всех 24 пациентов нами была выполнена торакоскопическая эхинококкэктомия легкого. Операция состояла из пункции кисты, обеззараживания и вскрытия кисты, удаления хитиновой оболочки путем вакуум-экстракции. При наличии бронхиальных свищей производилось их ушивание, а операции завершались ликвидацией остаточной полости путем капитонажа и дренированием плевральной полости. В послеоперационном периоде всем пациентам с целью профилактики рецидива заболевания назначался препарат зентел (альбендазол). Сравнительный анализ с традиционными операциями по поводу эхинококкоза легких показал, что эндовидеохирургические вмешательства, обладая такой же радикальностью, позволяют значительно снизить травматичность оперативного вмешательства, расход медикаментов, сократить сроки пребывания пациентов в стационаре, имеют хороший косметический эффект. Это показывает, что в лечении эхинококкоза легких эндовидеохирургическая технология может и должна стать альтернативой традиционным операциям.

---

677. Алгоритм лечения больных с полиповидными заболеваниями толстой кишки

Ильканич А.Я.(1), Дарвин В.В.(1), Парсаданян А.М.(1), Краснов Е.А.(2), Кострубин А.Л.(2), Деге О.В.(2)

Сургут

1) ГОУ ВПО «Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского автономного округа - Югры» 2) БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница»

Анализ публикаций последних лет свидетельствует о тенденции к росту заболеваемости колоректальным раком (КРР) во всём мире. В связи с риском злокачественной трансформации колоректальных полипов их ранняя диагностика и лечение, несомненно, являются единственно эффективными мероприятиями, направленными на снижение заболеваемости КРР. В настоящее время предметом дискуссии остается вопрос об организации помощи больным с полипами толстой кишки. Цель исследования. Оценить эффективность разработанного алгоритма лечения больных с полиповидными заболеваниями толстой кишки. Материалы и методы исследования. Проведен анализ 9419 колоноскопий выполненных в БУ «Сургутская окружная клиническая больница» за 2012-2014 гг. При обследовании у 2069 (22%) пациентов выявлены полиповидные образования толстой кишки. В этой группе доброкачественный характер новообразований отмечен у 1771 (86%): аденоматозные полипы в 1604 (77,5%) наблюдении, гиперпластические полипы - в 167 (8,1%). Злокачественные новообразования обнаружены - у 298 (14,4%) больных. Последняя категория больных была исключена из дальнейшего исследования. Пациенты оперированы в онкологическом отделении больницы. Отбор на эндоскопическое удаление полиповидных образований проводился после соматического обследования пациентов, выполнения лабораторных анализов и необходимых инструментальных исследований. Все выявленные полиповидные образования подвергались предварительной щипцовой биопсии. Маршрутизация больных проводилась в соответствии с разработанным в клинике лечебным алгоритмом. Амбулаторные полипэктомии выполнялись при наличии полипов на ножке диаметром не более 0,5 см и величиной головки до 1,0 см, а также при полипах на широком основании, диаметром до 0,5 см. При выявлении полиповидных образований большого размера эндоскопическая полипэктомия или резекция слизистой выполнялись в условиях стационара. Помимо этого,

640

эпителиальные образования, расположенные на складке и занимающие более 1/3 её окружности или между складок с захватом 2/3 просвета толстой кишки, удалялись хирургическим способом. Петлевая электроэксцизия использовалась для эндоскопического удаления полипов всех типов и размеров, комбинировалась с аргоноплазменной и лазерной девитализацией. К эндоскопической резекции слизистой оболочки прибегали в случаях полиповидных образований небольших размеров на широком основании, которые можно было захватить колпачком для резекции слизистой. За указанный период выполнено 654 (31,6%) петлевых электроэксцизий и 28 (1,4%) эндоскопических резекций слизистой оболочки. 1089 (52,6%) удалений полиповидных образований проведено при помощи щипцевой холодной биопсии, петлевой холодной полипэктомии в сочетании с деструктивными методами. В стационар для удаления полипов толстой кишки госпитализировано 298 (14,4%) больных. В этой группе полипы располагались в прямой кишке у 105 (35,2%), в ободочной – у 193 (64,8%). Трансанальная резекция ворсинчатых опухолей прямой кишки проведена 11 (3,7%) пациентам, лапаротомия + сегментарная резекция толстой кишки – 9 (3%), минилапаротомия с эндоскопической навигацией + колотомия + полипэктомия – 10 (3,4%), различные варианты эндоскопического удаления полипов толстой кишки выполнены у 268 (89,9%). Результаты. В анализируемой группе летальных исходов не наблюдалось. Осложнения отмечены у 15 (0,7%) больных: кровотечения – у 6 (0,3%), перфорации – у 6 (0,3%), ожоги прилежащей слизистой – у 1 (0,04%), постполипэктомический синдром – у 2 (0,08%). Перфорации возникали при петлевых электроэксцизиях больших (3–5см) новообразований на широком основании. У 4 (0,19%) больных перфорации при полипэктомии полипов правых отделов толстой кишки, у 2 (0,08%) – сигмовидной ободочной кишки. Кровотечения отмечались при удалении полипов на толстой ножке (более 1-1,5 см) и небольших образований на широком основании, преимущественно в прямой кишке. При перфорации выполняли ушивание дефекта кишки с выведением временной колостомы в проксимальном участке. Остановку кровотечений проводили поэтапно, комбинированными методами: инъекционным, электрокоагуляционным, аргоноплазменным и эндоклипированием. При неэффективности последних прибегали к хирургическим методам остановки кровотечений. Заключение. Разработанный алгоритм лечения больных с полиповидными образованиями толстой кишки показал свою высокую эффективность. Эндоскопическая полипэктомия возможна у подавляющего (98,6%) числа пациентов. Регламент маршрутизации больных с полиповидными образованиями, в сочетании с индивидуальным выбором эндоскопического вмешательства сопровождается минимальным числом послеоперационных осложнений (0,7%).

---

## 678.НАШ ОПЫТ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Дженалаев Д.Б., Мустафинов Д.А., Мамлин О.А., Нартбаев Е.К., Турлибекова С.С., Сапаров А.И., Мустафинова Г.Т., Аникин В.В.

Республика Казахстан, г.Астана

Национальный научный центр материнства и детства

Одной из наиболее актуальных проблем современной гепатологии является лечение врожденных и диффузных заболеваний печени у детей, сопровождающихся печеночной недостаточностью. Единственным радикальным способом лечения этих болезней на сегодня является трансплантация печени. В декабре 2014 и мае 2015 года в АО «Национальный научный центр материнства и детства» были выполнены первые операции по пересадке печени детям с диагнозом «Врожденная атрезия желчевыводящих путей. Цирроз печени». Донорами явились дядя и мама ребенка соответственно. Возраст детей на момент операции составлял 1 год и 7 месяцев. У девочки 7 месяцев в анамнезе – операция по Кассиаи. Для определения возможности выполнения трансплантации печени донору и реципиенту проводили следующие тесты: – лабораторные исследования крови (биохимический и общий анализ); – определение группы крови донора и реципиента, тесты на индивидуальную совместимость – HLA типирование, cross-match тест; – инструментальные исследования (УЗИ брюшной полости, доплер-УЗИ сосудов портальной системы, ЭхоКГ, ЭКГ, фиброгастроуденоскопия, компьютерная томография брюшной полости и грудной клетки с контрастированием); – бактериологические посевы (секрет носоглотки, моча, кал, кровь); –

вирусологические исследования (маркеры вирусных гепатитов В, С и серологические маркеры инфекций); - консультации смежных специалистов. Оперативное вмешательство донору и реципиенту проводили одновременно, двумя хирургическими бригадами. На донорском этапе разделяли паренхиму левой доли печени донора, выделяли левые печеночную вену, печеночную артерию, долевого желчный проток, воротную вену. С целью максимального сокращения периода холодовой ишемии сохраняли кровотоки в трансплантате до завершения гепатэктомии у реципиента. Операцию у реципиента начинали с гепатэктомии. Определенную сложность представляло выделение портальных структур у пациента, перенесшего операцию Кассая. Далее пересекали левые портальные и кавальные структуры донора, а трансплантат передавали на этап отмывки. На этом донорский этап трансплантации печени заканчивали. На следующем этапе производили отмывку и консервацию трансплантата раствором «Кустадиол», выполняли сосудистые реконструкции. После этого отмывтый от донорской крови трансплантат помещали в брюшную полость реципиента и последовательно выполняли сосудистую реконструкцию печеночного, портального и артериального кровотока. Завершали операцию пластикой желчных протоков гепатикоеностомией на отключенной по Ру петле тонкого кишечника. Продолжительность операции на этапе реципиента составила в первом случае 7 ч 25 минут, во втором 8 часов 20 минут. Кровопотеря составила в первом случае 70 мл, во втором 85 мл. В послеоперационном периоде положительная динамика лабораторных показателей отмечалась с первых суток, ежедневно проводились лабораторные исследования с целью коррективной иммуносупрессивной терапии, назначения препаратов, препятствующих тромбообразованию и улучшающих кровоснабжение. Длительность нахождения реципиента в стационаре в послеоперационном периоде составила в первом случае 29 суток, во втором 23 дня. Выводы: 1. Трансплантация печени – это единственно радикальный метод лечения педиатрических пациентов, страдающих терминальной стадией хронических заболеваний печени. 2. Трансплантация части печени от живого родственного донора является операцией выбора для педиатрических реципиентов. 3. Тщательное предоперационное обследование и изучение анатомии сосудов печени донора и реципиента позволяет избрать оптимальный способ сосудистой пластики и минимизировать риск развития сосудистых осложнений. 4. Рациональная предоперационная подготовка позволяет снизить риск развития специфических и неспецифических послеоперационных осложнений.

---

679. Неотложная специализированная хирургическая помощь при жизнеугрожающих заболеваниях трахеи.

Базаров Д.В., Григорчук А.Ю., Абдумуратов К.А., Выжигина М.А., Шарипжанова Р.Д., Кавочкин А.А., Боранов Э.В.

Москва

ФГБУ Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского

Актуальность. К жизнеугрожающим заболеваниям трахеи относим такие патологические состояния дыхательных путей, которые протекают с явлениями выраженного сужения просвета, аспирации в трахеобронхиальное дерево, легочного кровотечения. Рубцовый стеноз трахеи (РСТ) является наиболее грозным поражением в этой группе и встречается наиболее часто. По различным данным встречаемость РСТ варьирует от 2,5 до 10% в группе пациентов, перенесших реанимационные мероприятия. До сих пор лечение РСТ остается трудной задачей торакальной хирургии. Новообразования трахеи и гортани (НТ) являются довольно редкими заболеваниями, составляя 0,1-0,2% всех новообразований. При этом они могут быть как первичными, то есть возникающими из стенки самой трахеи, так и вторичными. Последнее имеет место при переходе опухолевого процесса из граничащего с трахеей органа. Наиболее грозным проявлением и осложнением опухоли трахеи считаем стеноз и связанную с ней дыхательную недостаточность. Статистика свидетельствует о том, что сужение просвета опухолью наступает на поздних стадиях онкологического процесса, когда нередко имеют место ближайшие или отдаленные метастазы либо распространение на соседние органы. Чаще всего таким пациентам накладывают трахеостому и дальнейшее специализированное лечение онкологами не проводится. Трахеопищеводные свищи (ТПС) редкая патология, манифестация которой сопровождается тяжелыми опасными осложнениями. Большинство

больных с ТПС умирает именно на этапе первичной диагностики этого опасного заболевания. Цель. Изучить результаты неотложной специализированной помощи у больных с жизнеугрожающими заболеваниями трахеи. Материалы и методы. С 2012 по 2015 гг. в отделении торакальной хирургии ФГБУ РНЦХ им.акад. Б.В.Петровского находились на лечении 63 пациента с рубцовыми стенозами трахеи, 10 с различными опухолями трахеи и гортани, 6 пациентов с трахеопищеводными свищами. Возраст больных варьировал от 16 до 88 лет. Мужчин было 45. Основными жалобами при поступлении были: стрidor - 26 пациентов, дисфония – 18 больных, кровохарканье – 11 случаев, поперхивание – 5 пациентов. Большинство пациентов (40) до поступления в РНЦХ получали экстренную помощь в других хирургических стационарах, что позволило стабилизировать их состояние и в ряде случаев спасти жизнь. После поступления в РНЦХ эти больные были оперированы в плановом порядке. Другая часть пациентов (39) поступала в отделение торакальной хирургии РНЦХ в экстренном порядке, что требовало оказания экстренной специализированной помощи. В этой группе больных наблюдали следующую патологию: стеноз трахеи – 26, опухоль трахеи – 10, трахеопищеводный свищ – 3. В группе больных с РСТ алгоритм ведения в клинике включал экстренную КТ трахеи и бронхоскопию, по результатам которых принимали решение о дальнейшей тактике лечения. Как правило, в день поступления пациенту выполняли экстренное эндоскопическое бужирование стеноза трахеи с продленной назотрахеальной интубацией, либо с эндопротезированием трахеи самофиксирующимся стентом (7 больных). Выбор в пользу эндопротеза делали в случае общего тяжелого состояния пациента. Продолжительность пребывания стента в трахее больного варьирует по нашим данным от 2 мес до 10 лет. Однако у этой методики есть отрицательные стороны. При длительном нахождении эндопротеза в трахее могут появляться грануляции в местах контакта стенки стента со стенкой трахеи и это в итоге ведет к увеличению площади рубцового поражения и к прогрессированию дыхательных расстройств. Поэтому предпочитаем у больных с РСТ выполнять открытые операции, включая циркулярную резекцию трахеи и этапные реконструктивно-пластические операции. Циркулярную резекцию трахеи в экстренном порядке выполнили у 3 больных и трахеопластику с введением Т-образной трубки в 16 случаях. Такое малое соотношение радикальных резекционных вмешательств объясняем тем, что увеличивается число пациентов с выраженными изменениями ЦНС после тяжелых МЧТ, декомпенсированным сахарным диабетом, после многократных перенесенных операций на трахее. Эта группа больных является прогностически неблагоприятной для направления на циркулярную резекцию трахеи. В группе пациентов с ТПС в 2 случаях выполнили экстренное бужирование стеноза трахеи и установку трахеостомической трубки с удлинённым нижним коленом, таким образом, чтобы изолировать свищевое отверстие от просвета трахеобронхиального дерева. Еще 2 больным выполнили пункционную гастростомию. И всем 3 пациентам этой группы было произведено разобщение трахеопищеводных свищей после предоперационной подготовки, включавшей ликвидацию последствий аспирационной пневмонии, восстановление просвета трахеи, улучшение нутритивного статуса и устранение нарушений обмена веществ. Больные с новообразованиями трахеи были направлены в отделение торакальной хирургии онкологами либо ЛОР-хирургами других лечебных учреждений, поскольку наличие опухолевого стеноза у пациентов делало невозможным проводить специализированную онкологическую помощь. Гистологическая структура новообразований была следующая: фибросаркома – 1 случай, рак щитовидной железы – 3 случая, карциноид трахеи и гортани – 1 случай, миофибробластома – 1 случай, нейрофиброма – 1 случай, аденокистозный рак - 1 случай, гемангиома трахеи и гортани – 2 случая. Основными методами диагностики при подготовке больных к хирургическому лечению и планировании операции были компьютерная томография шеи и грудной клетки с 3D реконструкцией изображений и фибротрахеобронхоскопия. Во время ФТБС выполняли биопсию образования. Трём больным потребовалось выполнение бужирования опухолевого стеноза трахеи в связи декомпенсацией дыхания. Для оценки состояния регионарных лимфоузлов использовали УЗИ шеи. Выполнены следующие операции: циркулярная резекция трахеи у 2 больных, этапные реконструктивно-пластические операции у 8 больных. У 4 пациентов операция дополнена шейной и медиастинальной лимфодиссекцией. У 1 пациента выполнена одномоментная резекция рукоятки грудины и остеосинтез грудины и торакопластика по поводу метастаза рака щитовидной железы в рукоятку грудины. При планировании объема операции учитывали протяженность опухолевого поражения, вовлечение в патологический процесс возвратных гортанных нервов, общее состояние пациента. Результаты. В послеоперационном периоде умерла одна пациентка от аррозийного кровотечения из плечевого ствола (1,2%). У этой больной было сочетание рубцового стеноза трахеи и трахеопищеводного соустья внутригрудной локализации в дебюте длительной ИВЛ и стерномедиастинита, что потребовало выполнения частичной стернотомии, разобщения ТПС и трахеопластики с введением Т-образной трубки. Операция прошла успешно, однако на 3 сутки после операции возникло массивное одномоментное кровотечение из плечевого ствола, ставшее фатальным. Осложнения возникли у 14 больных (7,1%) и включали: анастомозит – 2 случая, парез голосовых складок – 2 случая, гнойный хондроперихондрит – 10 больных. Отдаленные результаты прослежены у 35 больных. В течение 6 и 12 мес

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

рестеноз трахеи выявлен соответственно у 10 и у 5 больных. Рецидивов опухоли и метастазов у не наблюдали. Рецидивов ТПС не возникло. У 15 пациентов после этапных реконструктивно-пластических операций выполнено закрытие дефектов трахеи и, таким образом, закончено лечение. Качество жизни этих больных признано удовлетворительным. Выводы. Полагаем, что неотложная помощь больным с жизнеугрожающими заболеваниями трахеи должна носить мультидисциплинарный характер, и включает участие эндоскописта, торакального хирурга, реаниматолога и анестезиолога. При критическом стенозе трахеи специализированная помощь осуществляется в срочном порядке, при этом экстренная эндоскопическая диагностика может быть трансформирована в эндоскопическую операцию и даже в ряде случаев в открытую операцию. В случае с опухолевым стенозом трахеи необходимо радикальное удаление опухоли с регионарной лимфодиссекцией. Этапные реконструктивные операции являются альтернативой одномоментной резекционной операции с удовлетворительными отдаленными результатами и могут быть методом выбора у больных с протяженными стенозами трахеи, нарушениями функции гортани и при наличии неблагоприятных прогностических факторов. Экстренная помощь при трахеопищеводных свищах должна начинаться с момента манифестации заболевания и включает изоляцию ТПС от просвета дыхательных путей, профилактику рефлюкса и нормализацию питания пациента посредством гастростомии. Оптимально и безопаснее осуществлять лечение подобных больных в многопрофильных медицинских учреждениях, имеющих многолетний опыт реконструктивной хирургии трахеи.

---

#### 680. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В ЛЕЧЕНИИ БОЕВОЙ ПАТОЛОГИИ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Брижань Л.К.(1), Давыдов Д.В.(2), Хоминец В.В.(3), Самохвалов И.М. (3), Керимов А.А.(1), Арбузов Ю.В.(1), Чирва Ю.В.(1)

1) Москва, 2) Москва, 3) Санкт-Петербург

1)Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко Минобороны России, 2)Институт усовершенствования врачей ФКУ «Медицинский учебно-научный клинический центр им. П.В. Мандрыка», 3)Военно-медицинская академия им С.М. Кирова

Актуальность. В настоящее время концепция оказания военно-полевой хирургической (травматологической) медицинской помощи на поле боя базируется на применении принципов тактики «damage control». В последнее время с целью реализации концепции многоэтапного хирургического лечения раненых с огнестрельными переломами длинных костей конечностей (ОПДКК) появилась объективная необходимость в оптимизации средств лечебно-транспортной иммобилизации поврежденного сегмента на первом этапе оказания медицинской помощи. С учетом недостатков известных комплектов стержневых аппаратов, а также современных конструкторских решений и новых материалов, коллективом авторов был разработан комплект стержневой военно-полевой (КСВП). Комплект предназначен для оказания неотложной хирургической (травматологической) помощи, а также для применения на первом этапе последовательного остеосинтеза у раненых и пострадавших с повреждениями костей конечностей и таза. Материалы и методы. Нами проведено исследование результатов лечения 117 раненых с изолированными огнестрельными переломами длинных костей конечностей, получивших лечение в Главном военно-клиническом госпитале им. акад. Н.Н. Бурденко в период с 2009 г. по 2014 г. К лечению всех раненых применен подход «damage control», на первом этапе которого использованы стержневые аппараты. В зависимости от вида аппарата все раненые разделены на две группы. В первую группу (основную, 54 человека), включены раненые, в лечении которых на первом этапе хирургической тактики был использован аппарат из комплекта КСВП. Во второй группе (контрольной, 63 человека) для фиксации отломков применен аппарат наружной фиксации (АНФ) из комплекта КСТ-1. Второй этап лечения у всех раненых характеризовался применением различных методов чрескостного или погружного остеосинтеза как метода окончательной стабилизации отломков. Результаты лечения изучены на момент окончания первого этапа многоэтапного хирургического лечения (этап первичной стабилизации отломков в АНФ) и через 1 год после окончания лечения у 78 % раненых. Оценку результатов лечения проводили по следующим критериям. После первого этапа лечения: длительность этапа, количество операций на одного раненого, время наложения АНФ, модель компоновки АНФ,

репозиция отломков, средняя масса конструкции, рентгенпрозрачность конструкции. После окончания лечения оценивали: длительность госпитализации, общий срок лечения, количество осложнений, функциональный результат, экспертный результат. Использовали рентгенологический метод, статистический, анкетирование, тестирование по шкалам, весовое измерение и экспертно-правовое заключение результата лечения. Все раненые в обеих группах были сопоставимы по локализации и тяжести повреждения, полу, возрасту и срокам выполнения операций. Всем раненым на первом этапе лечения выполняли жизнеспасающие операции и ПХО огнестрельной раны с фиксацией отломков в стержневом аппарате. В дальнейшем, после заживления огнестрельной раны, были выполнены операции последовательного остеосинтеза: остеосинтез с применением погружных металлоконструкций, внеочаговый остеосинтез отломков с использованием АНФ различных типов. Для лечения огнестрельной раны с третьих суток при отсутствии противопоказаний у всех раненых применяли вакуумную повязку со средним давлением -122 мм. рт. ст. Результаты и обсуждение. В результате исследования выявлены особенности лечения раненых на первом этапе последовательного остеосинтеза в разных группах. Лечение раненых в основной группе характеризовалось снижением длительности первого этапа в среднем в 2,5 раза (до  $7\pm 3$  дней) и длительности стационарного пребывания в среднем в 1,5 раза у военнослужащих с ранением костей нижней конечности (до  $24,3\pm 11$  дней). Отмечено уменьшение общего срока лечения раненых основной группы в среднем на 33,1 %. Количество осложнений в группе применения КСВП зарегистрировано в 1,4 раза меньше аналогичного показателя контрольной группы. Выявлены преимущества предложенной системы, заложенные в её конструктивных особенностях. Затягивание фиксационного узла (зажима) осуществляется путем закручивания одной гайки (концепция «один узел – один ключ»). Стрежни Шанца имеют самосверлящую самонарезающую резьбовую часть. Указанные особенности позволяют сократить длительность наложения АНФ в среднем на  $18\pm 3$  мин. Возможность регулировки по окружности местоположения элементов фиксационного узла (зажима) обеспечивает быстрое выполнение одномоментной репозиции отломков, а также проведение стержней Шанца в любых плоскостях без предварительной сборки аппарата. При этом количество операций первого этапа сократилось в 2 раза, а первичную репозицию отломков удалось выполнить на 83,8% чаще, чем в контрольной группе. За счет рентгенпрозрачных и легких штанг из углепластика сложная, часто многоярусная полиплоскостная конструкция КСВП при рентгенографии сегмента на  $19\pm 6\%$  информативнее и легче в среднем на  $173\pm 35$  граммов. При изучении анатомо-функциональных и рентгенологических результатов лечения получено 84,5% отличных и хороших результатов в основанной группе и 67,8% - в контрольной группе. При экспертной оценке результатов проведенного лечения годными к военной службе признаны 80,5% раненых первой группы, что на 23,5% военнослужащих больше аналогичного показателя группы сравнения. Вывод. Таким образом, конструктивные особенности КСВП по сравнению с КСТ-1 позволяют быстрее и эффективнее выполнить наружную фиксацию длинных костей конечностей. Использование КСВП в клинической практике с применением тактики «damage control» позволяет значительно улучшить результаты лечения раненых и пострадавших.

---

#### 681. КОМПЛЕКТ СТЕРЖНЕВОЙ ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ – СОВРЕМЕННОЕ РЕШЕНИЕ В ЛЕЧЕНИИ РАНЕННЫХ И ПОСТРАДАВШИХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ И ТАЗА.

Брижань Л.К.(1), Давыдов Д.В.(2), Хоминец В.В. (3), Самохвалов И.М. (3), Керимов А.А.(1), Арбузов Ю.В.(1), Чирва Ю.В.(1)

Москва, 2) Санкт-Петербург

1) Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко Минобороны России, 2) Институт усовершенствования врачей ФКУ «Медицинский учебно-научный клинический центр им. П.В. Мандрыка», 3) Военно-медицинская академия им С.М. Кирова

Анализ литературных данных результатов лечения раненых с переломами длинных костей при боевых повреждениях и массовом поступлении пострадавших убедительно показал, что наиболее рациональным способом хирургической фиксации костных отломков является внеочаговый остеосинтез, в котором

стержневые системы заняли лидирующую роль. (Ефименко Н.А., 2009; Брюсов П.Г., 1996). Цель исследования: изучить результаты применения разработанного аппарата внешней фиксации при повреждениях костей конечностей и таза. Материалы и методы. В 2013 – 2014 г.г. в центре травматологии и ортопедии ГВКГ им. Н.Н. Бурденко (ЦТиО) при участии кафедры ВПХ ИУВ МУНКЦ им. П.В. Мандрыка был разработан комплект стержневой военно-полевой (КСВП). Комплект предназначен для оказания неотложной хирургической (травматологической) помощи раненым и пострадавшим, начиная со второго уровня оказания медицинской помощи (Указания по военно-полевой хирургии, 2013 г.). В 2014 г. в ЦТиО комплект КСВП был использован при лечении 43 раненых и пострадавших. Все раненые и пострадавшие были мужского пола, средний возраст составил 32,5 года. В 76,9% повреждения опорно-двигательного аппарата были открытыми, остальных случаях имели место закрытые переломы костей таза и конечностей. Локализация повреждений: переломы костей таза – у 7 человек, переломы бедренной кости – 13, переломы костей голени - 15, переломы плечевой кости – 8. В 27 случаях повреждения имели сочетанный характер (62,7%). К лечению всех раненых и пострадавших был применен подход «damage control» с тактикой последовательного остеосинтеза и использованием КСВП на первом этапе лечения. Оценка эффективности применения КСВП была проведена по следующим критериям: метод введения стержней, возможность репозиции отломков, количество плоскостей для репозиции, среднее время наложения, средняя масса конструкции, рентгенпрозрачность. Результаты и обсуждения. За время лечения все установленные аппараты были стабильны, функциональны, вторичного смещения отломков не выявлено. В сроки до 3-х недель после наложения все аппараты были демонтированы и пострадавшим выполнен последовательный погружной остеосинтез. Ранний послеоперационный период у одного раненого осложнился формированием межмышечной гематомы бедра, которая была эвакуирована и не повлияла на исход лечения. Результаты лечения оценены в сроки от 4 до 6 месяцев. В результате исследования получены следующие результаты. Аппарат КСВП имеет стержни с самосверлящей заточкой и однотипный универсальный зажим с ключом на 11 мм, что позволяет осуществлять монтаж АВФ на один сегмент в среднем за 24±3 мин. Предложенная система имеет небольшую массу - 461±42 г из расчета на один сегмент, а также возможность по трёхмерной репозиции костных отломков. Рентгенпрозрачность аппарата составила 64±7%. Вывод. Таким образом, использование комплекта КСВП в клинической практике оказания неотложной хирургической (травматологической) помощи в военно-полевых условиях может значительно улучшить результаты лечения раненых и пострадавших.

---

## 682. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ БОЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ ВОЕННЫХ КОНФЛИКТАХ

Тимченко С.А., Ан Ф.Н., Фиронов С.А., Абаев С.Г.

Ростов-на-Дону

ФГКУ "1602 ВКГ" МО РФ

Войны последних десятилетий существенно изменили структуру, характер и тяжесть боевых повреждений органов мочеполовой системы. Анализ опыта оказания специализированной помощи свидетельствует об увеличении числа раненых с повреждением верхних мочевых путей. Тяжесть состояния раненых значительно ограничивает время на предоперационную диагностику. Технические погрешности на этапе квалифицированной хирургической помощи приводят к необходимости вторичных операций по поводу осложнений и затрудняют последующее реконструктивное лечение. Цели исследования: провести анализ собственного опыта, повысить эффективность диагностики и улучшить качество оказания медицинской помощи на этапах эвакуации при ранениях и травмах мочеполовой системы, полученных в ходе военных конфликтов. Материал и методы. С 1994 по 2014 год под нашим наблюдением находились 62 пострадавших с повреждениями верхних мочевых путей. Из них 35 с огнестрельными ранениями почек, что составило 32,5% от общего числа повреждений органов мочевыводящей системы. 19 пострадавших были с закрытыми повреждениями. Ранения мочеочечников имели место в 8 наблюдениях. Диагностика повреждений на этапе квалифицированной хирургической помощи основывалась на результатах физикального осмотра, оценке



входных раневых отверстий и степени гематурии. Лучевые методы диагностики применялись только на этапе специализированной помощи. Результаты и обсуждения. Огнестрельные повреждения в 100% были сочетанными, сопровождались развитием тяжелого травматического шока. Лишь у 6 (31,6%) пострадавших с закрытыми повреждениями почек состояние оставалось средней степени тяжести. Тяжелое и крайне тяжелое состояние влияли на объем диагностических исследований и характер выполненных хирургических вмешательств. Степень гематурии не всегда соответствовала характеру и тяжести повреждения, имела небольшое значение при определении его уровня. К сожалению, диагностика повреждений мочеточника вызвала серьезные трудности и большинство из них выявлены на этапе специализированной помощи в сроки от 4 до 28 суток. В связи с этим, в подавляющем большинстве случаев повреждения почек были диагностированы интраоперационно. Наиболее часто повреждалась правая почка в 22 (62,7%) наблюдениях. Среди огнестрельных преобладали пулевые ранения 19 (54,15%), носили сквозной характер, часто сопровождались массивным разможением ткани почки. Наряду с частой локализацией в теле почки у 26 раненых (74,1%) они обусловили высокую частоту органосохраняющих операций. Ранения почки с повреждением чашечно-лоханочной системы в 23 (65,5%) наблюдениях резко ограничивали возможности реконструктивной хирургии. В связи с этим наиболее часто выполнялась нефрэктомия. Небольшая доля органосохраняющих операций связана с дефицитом времени для диагностики, характером повреждений почек, тяжестью состояния раненого. При ушивании раны почки в 2 (5,7%) наблюдениях применяли пластины тахокомба. Реконструкция чашечно-лоханочной системы при этом не выполнялась. Консервативное лечение применялось нами в 17 (89,48%) наблюдениях при закрытых повреждениях. Лечение проводилось по общепринятым принципам, включало гемостатическую терапию, антибиотикопрофилактику, антиоксиданты, средства улучшающие микроциркуляцию и реологию крови. При этом осуществлялся мониторинг каждые 2 часа в первые сутки, затем УЗИ контроль ежедневно до 3-5 суток. При более тяжелой травме с образованием обширной забрюшинной урогематомы мы применили комбинированный метод малоинвазивного хирургического лечения. Под контролем СКТ была выполнена перкутанная пункция и дренирование урогематомы, а под контролем ЭОП в правую половину мочевых путей установлен катетер-стент. На 4-е сутки прекратилось выделение по дренажу из забрюшинного пространства. Стент удален через 4 недели после контрольных УЗИ и пиелографии. Оптимальными сроками выполнения первичных операций при поздней диагностике повреждений мочеточника мы считаем 3-5 суток при отсутствии признаков нагноения урогематомы. Объем хирургического вмешательства зависел от уровня повреждения. Анастомоз выполнен нами в 2 наблюдениях. Во время ревизии широко выделяли мочеточник, но старались при этом не скелетировать его. Ушивание выполняли на внутреннем стенте, устанавливаемом интраоперационно на 4-6 недель. В 2 случаях при ранении нижней трети мочеточника выполнили уретеронеоцистоанастомоз – по Политано-Лидбеттеру и Боари. Выводы. В современной войне возросло число пострадавших с огнестрельными и закрытыми повреждениями верхних мочевых путей. Сочетанный характер ранений обуславливает исключительную тяжесть этой категории раненых. Отсутствие предоперационной информации о характере повреждения верхних мочевых путей приводит к неправильным тактическим решениям, увеличивая число органосохраняющих операций. Нефрэктомия останется наиболее частым оперативным вмешательством по поводу ранений почек. Скорейшая доставка раненого на этап специализированной урологической помощи может улучшить результаты хирургического лечения.

---

### 683.СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИКИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ

Дуванский В.А. (1, 2), Князев М.В. (1), Краев Г.П. (2), Белков А.В. (2)

Москва

1) РУДН, 2) ФГБУ «ГНЦ лазерной медицины ФМБА России»

Эндоскопическая диагностика является важным инструментом в выявлении предраковых изменений слизистой и ранних форм рака желудочно-кишечного тракта. Современные методики эндоскопической визуализации, такие как эндоскопия высокой четкости в белом свете, эндоскопическая аутофлюоресценция

(AFI), оптическая когерентная томография (ОКТ), технологией спектрального цветового выделения имеют высокий диагностический потенциал, предлагая более целенаправленный и эффективный подход к эндоскопическим исследованиям. Цель - оценить возможности современных эндоскопических методик визуализации колоректальных неоплазий. Материалы и методы. Проведен анализ 269 неоплазий, выявленных при колоноскопии с использованием эндоскопической видеосистемы Olympus Lucera CV-260 с функциями высокого разрешения HD и оптического увеличения до 115 раз ZOOM, режимами узко спектрального анализа NBI и аутофлюоресценции. Определяли частоту пурпурного или зеленого аутофлуоресцентного окрашивания неоплазий толстой кишки в зависимости от гистоморфологического строения. Эндоскопическую оптическую когерентную томографию проводили томографом ОКТ 1300-У («Биомедтех», Россия). Технические характеристики прибора: длина волны излучения - 1300 нм; пространственное разрешение - 10-20 мкм; глубина сканирования 1-2 мм; поперечный диапазон сканирования 1,8 мм. Оптические образы оценивали по нескольким параметрам: яркость томографической палитры на изображении; контраст; характеристики границы; структурность изображения; однородность изображения; слоистость; скорость угасания полезного томографического сигнала. У 27 пациентов применяли технологию FICE с увеличением. Использовали видеоэндоскопическую систему FUJINON EPX-4400 HD, аппарат EC-590ZW с технологией спектрального цветового выделения FICE и оптическим увеличением. Проводили осмотр в белом свете и пользовательских режимах FICE - 0 (R 530, G 455, B 455) и 1 (R 540, G 490, B 420). Данные режимы оптимально подходят диагностики колоректальных неоплазий по классификациям Kudo и Sano. Результаты: Эпителиальные неоплазии были разделены на 4 группы (согласно Венской классификации): 1 группа негативные по диспластическим изменениям, 2 группа неопределенная по дисплазии и включала аденоматозно-гиперпластические неоплазии, 3 группа неинвазивные, все типы аденом с дисплазией 1-3 степени, 4 группа включала инвазивные и неинвазивные карциномы. С вероятностью 95% можно утверждать, что частота пурпурного аутофлуоресцентного окрашивания неоплазии зависит от гистоморфологической структуры и почти в 8,5 раз чаще наблюдается при неинвазивных аденомах и инвазивных и неинвазивных карциномах толстой кишки. Анализ визуальных образов показал, что для аденомы, независимо от ее размера, было характерно неслоистое ОКТ - изображение, для гиперпластического полипа трехслойное ОКТ - изображение, при этом отмечалось утолщение верхнего слоя и четкая граница железистая слизистая - подслизистый слой; участки дисплазии слизистой бесструктурны, с сохраненной оптической неоднородностью, скорость угасания томографического сигнала умеренная. ОКТ изображение при раке бесструктурны, однородны, скорость угасания томографического сигнала от умеренной до высокой. Чувствительность и специфичность ОКТ в дифференциальной диагностике аденом и гиперпластических полипов составляют 94% и 83%, рака 100% и 98%. Диагностическая точность осмотра неоплазий толстой кишки в белом свете составляет 48,3%, в режиме спектрального цветового выделения - 62,9%. Заключение: Применение эндоскопической аутофлюоресценции и оптической когерентной томографии повышает эффективность эндоскопического исследования в выявлении колоректальных неоплазий. Оптическая когерентная томография может эффективно использоваться в дифференциальной диагностике полипов толстой кишки в процессе эндоскопического лечения. Технология спектрального цветового выделения с возможностью увеличения позволяет более точно оценить тип неоплазии при эндоскопическом исследовании и помогает в выборе тактики лечения.

---

#### 684. РОЛЬ ВОССТАНОВЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ДУГИ СТОПЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кокоев В.Г., Кательницкий И.И., Панов В.В., Сасина Е.В., Поляк М.И.

Ростов-на-Дону

ФГКУ "1602 ВКГ" МО РФ

Целью нашего исследования была оценка роли восстановления плантарной дуги при транслюминальной баллонной ангиопластики (ТЛБАП) на артериях берцового сегмента у пациентов с критической ишемией н/конечностей и наличием гнойно-некротических поражений стопы, а так же выявление связи успешного восстановления дуги с положительной динамикой заживления язвенных дефектов. Проанализированы результаты лечения 67 пациентов с гнойно-некротическими формами атеросклеротического поражения у которых, с целью реваскуляризации была использована баллонная ангиопластика артерий голени. Все пациенты были разделены на две группы: в первую группу вошли больные с успешно выполненной ангиопластикой, результатом которой было включение в кровоток артериальной дуги стопы (N=40), в третью группу вошли пациенты с успешно выполненной ТЛБАП, но без прямого кровотока на стопу (N=27). Через 2 недели и 2 месяца после проведенной ТЛБАП оценивался размер язвенного дефекта стопы, и на основании разницы проводился подсчет скорости заживления язвенных дефектов в см<sup>2</sup>. Технический успех процедуры составил 100%. Среднее значение скорости заживления для первой группы составил 0,18 см<sup>2</sup> в сутки. Для второй группы этот показатель был 0,07 см<sup>2</sup> в сутки. При оценке состояния конечности через 2 месяца, количество ампутаций во 2 группе составило 3, две из которых были выполнены на уровне стопы, у пациентов, вошедших в 1 группу ни одной ампутации выполнено не было. Полная эпителизация поверхности дефекта стопы в первой группе отмечалась на 26 (65%) конечностях, во второй группе полная эпителизация была зафиксирована у 13 (48,1%) пациентов.

---

685. Динамическая тракция по Сузуки при внутрисуставных повреждениях мелких суставов кисти

Колос П.Г., Панов В.В., Филатов В.В.

Ростов-на-Дону

ФГКУ "1602 ВКГ" МО РФ

Актуальность проблемы лечения больных с внутрисуставными повреждениями мелких суставов кисти обусловлена, отсутствием единой тактики лечения и большим количеством неудовлетворительных результатов лечения, ограниченности методов лечения, часто приводящих к частичной или полной потере трудоспособности с образованием контрактур межфаланговых суставов. Цель исследования - оценить результаты лечения больных с внутрисуставными повреждениями мелких суставов кисти методом динамической тракции по Сузуки. Анализ результатов лечения больных данной категории показал, что консервативная тактика лечения, в подавляющем большинстве случаев приводит к неудовлетворительным анатомо-функциональным результатам лечения, ввиду формирования контрактур и анкилозов межфаланговых суставов, деформации пальцев кисти. В нашей клинике, при внутрисуставных повреждениях мелких суставов кисти применяется метод динамической тракции по Сузуки. Суть методики заключается в осуществлении тракции дистального сегмента пальца кисти по отношению к травмированному, посредством двух фигурно изогнутых спиц Киршнера, соединенных перчаточной резиной. За период с 2009 по 2015 гг., прооперировано 20 больных с внутрисуставными повреждениями мелких суставов кисти по методике динамической тракции по Сузуки. Результаты лечения оценивали по опроснику QuickDASH. У 18 больных были получены отличные результаты лечения (15 - 19 баллов), у 2 – хорошие (23 балла). Таким образом метод динамической тракции по Сузуки может быть методом выбора при внутрисуставных повреждениях мелких суставов кисти в связи с хорошими функциональными результатами лечения, малым количеством осложнений, функциональностью метода, простотой использования. Простота метода позволяет применять его травматологам, не имеющим узкой специализации по хирургии кисти.

---

686. Лечение обширных ран различного генеза повязками с отрицательным давлением

Колос П.Г., Панов В.В., Плетнев В.В., Филатов В.В.

Ростов-на-Дону

ФГКУ "1602 ВКГ" МО РФ

Наличие обширных кожных дефектов и ран мягких тканей конечностей у больных с открытыми, в том числе огнестрельными, переломами длинных трубчатых костей затягивает сроки выполнения кожно-пластических операций и как следствие - внутреннего стабильного остеосинтеза, значительно увеличивает длительность стационарного лечения больных данной категории, повышает риск развития инфекционных осложнений. Одной из перспективных и эффективных методик, применяемых в лечении больных с обширными, в том числе инфицированными ранами верхних и нижних конечностей является применение асептических повязок с отрицательным давлением. Используемая в таких случаях вакуумная система включает в себя вакуумный аспиратор, специальную вакуумную повязку, состоящую из дренирующего материала и изолирующего адгезивного пленочного покрытия. Основным действующим звеном данной повязки является аппарат для вакуумной терапии, который поддерживает отрицательное давления и функционирует в режиме постоянного вакуума. Нами был проведен анализ результатов лечения 20 пострадавших с открытыми, в том числе огнестрельными, переломами длинных трубчатых костей с обширными раневыми дефектами мягких тканей. Как правило, это были глубокие раны с открыто лежащими костными отломками, мышцами и сухожилиями. В первой группе пострадавших (n=10) были использованы вакуумные повязки с отрицательным давлением. Больным контрольной группы (n=10) выполняли ежедневные перевязки с растворами антисептиков и водо-растворимых мазей. Все больные получали антибактериальную, антиагрегантную и/или антикоагулянтную, противовоспалительную терапию, симптоматическое и функциональное лечение. В процессе лечения оценивали общее состояние пациента, динамику местных репаративных процессов в области раны, а так же её микробную контаминацию с применением общепринятых методов диагностики. Дополнительно оценивали сроки выполнения аутодермопластики с целью закрытия раневого дефекта и подготовки конечности к выполнению внутреннего стабильно-функционального остеосинтеза. В результате исследования было выявлено, что у больных первой группы, в среднем, на 3-4 день использования вакуумных повязок были купированы явления интоксикации и гипертермии, отек вокруг раны, а также было отмечено появление сочных грануляций и закрытие ими сухожилий и костной ткани. Данное обстоятельство позволило всем больным данной группы осуществить закрытие раны вторичными швами, либо выполнить свободную или несвободную аутодермопластику в кратчайшие сроки (на следующий день после снятия вакуумной повязки)- в среднем на 4-5 день. Больным второй (контрольной) группы кожно-пластические операции были выполнены в сроки 16 дней и более. Таким образом, использование вакуумных повязок при лечении обширных кожных дефектов и ран мягких тканей конечностей у больных с открытыми, в том числе огнестрельными, переломами длинных трубчатых костей позволяет значительно уменьшить сроки выполнения кожно-пластических операций, направленных на закрытие дефектов кожных покровов. Вакуум-терапия уменьшает локальный отек, снижает выраженность раневой экссудации, способствует усилению местного кровообращения, снижает уровень микробной обсемененности раны, вызывает деформацию раневого ложа и уменьшение раневой полости, что приводит к ускорению заживления раны. Основными показаниями к применению вакуумных повязок являются: острые первично инфицированные обширные раны мягких тканей, открытые, в том числе огнестрельные переломы длинных костей конечностей с большим дефектами кожных покровов, с наличием в ране костных отломков, мышц и сухожилий. Целесообразно оснастить все травматологические отделения окружных и базовых гос-питалей МО РФ системами вакуумного дренирования и лечения ран мягких тканей, что позволит значительно сократить сроки стационарного лечения больных и пострадавших с обширными кожными дефектами и ранами мягких тканей конечностей у больных с открытыми, в том числе огнестрельными, переломами длинных трубчатых костей.

687. РАЦИОНАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В УРГЕНТНОЙ ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Боско О.Ю.(1), Панов В.В.(2), Салимов Д.Ш.(1), Котрунова Е.В.(1)

1) Волгоград2) Ростов-на-Дону

1) ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ2) ФГКУ "1602 ВКГ"

Необходимость применения новых технических средств вообще и в торакальной хирургии, в частности, не вызывает сомнений. Однако осмысление технической и экономической возможности и, прежде всего, клинической эффективности этих вмешательств вызывает необходимость формулировки рациональных показаний к их применению. В ходе внедрения видеоторакоскопии (ВТС) в лечебных учреждениях Волгоградской области можно выделить 3 периода: В первый период (2000 – 2010 гг) происходило освоение методики, ВТС применялась в нескольких больницах города нерегулярно, с целью экстренной диагностики и дренирования плевральной полости, при необходимости манипуляций в плевральной полости выполнялась торакотомия. Небольшая серия из 26 видеоассистированных атипичных резекций легкого при спонтанных пневмотораксах, выполненная в торакальном отделении ВОКБ №1 в 2000-01гг помогла отработать технику минидоступа, выполнения плевродеза, но не получила развития из-за отсутствия своего оборудования. Второй период 2010–11гг связан с приобретением ВТС оборудования в торакальное отделение ВОКБ №1 и началом специализированного лечения торакальной группы больных на базе Волгоградского военного госпиталя (филиала №1 «ФБУ 1602 ОВКГ» МО РФ). Если в других лечебных учреждениях региона объем выполняемых торакоскопических операций оставался прежним, то в названных учреждениях показания, как к срочным, так и к отсроченным ВТС вмешательствам был расширен: стали выполняться ручной и аппаратный шов легкого, остановка кровотечения из сосудов грудной стенки, фиксация переломов ребер, удаление застарелого гемоторакса. Вместе с тем, стало ясно, что лечебная торакоскопия не является рутинным вмешательством и выявляет свои преимущества только при условии её выполнения специализированной бригадой, а диагностическая торакоскопия не имеет преимуществ перед другими методами. Экстренное выполнение торакоскопии в большинстве случаев может быть заменено правильно выполненным дренированием, а лечебная торакоскопия должна выполняться по четко сформулированным показаниям в срочном порядке. Третий период характеризуется использованием для определения показаний к ВТС прогностической шкалы ВПХ-ЭХ. Целенаправленный отбор больных из других лечебных учреждений для ВТС позволил избежать летальных исходов при выполнении 65 операций, сократить средний дооперационный койко – день до 2,3, а послеоперационный до 8,0, оправдать экономические затраты. Перспектива развития ВТС видится в применении современных ультразвуковых и электрохирургических инструментов с бесшовным разделением тканей.

---

688. Применение транскатетерной артериальной эмболизации при дуоденальных кровотечениях

Багдасаров В.В., Багдасарова Е.А., Атаян А.А., Карчевский Е.В., Багдасарова Д.В.

Москва

Первый МГМУ им. И.М.Сеченова

Актуальность: Острое кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, связанное со значимой смертностью остается вызовом в XXI веке. До развития лечебной эндоскопии около 50% больных с острым желудочно-кишечным кровотечением (ОЖКК) требовалось экстренное хирургическое вмешательство, которое ассоциировалось смертностью в 20%, достигая 40-60% у пожилых мультиморбидных больных. Экстренный эндоскопический гемостаз при дуоденальном кровотечении

считается первым в линии выбора метода лечения, когда удается добиться адекватного гемостаза от 87% до 98% случаев. Частота рецидивов после первичного эндоскопического лечения составляет 14.1%, и в 15-25% кровотечение не контролируется эндоскопически или требуется альтернативное лечение, и такой альтернативой становится хирургическое лечение. У пожилых мульти-морбидных больных и больных после операции, рецидив дуоденального кровотечения является плохим прогностическим фактором с уровнем смертности в 44-60%. Многими авторами эндоваскулярная эмболизация при дуоденальном кровотечении (ДК) рассматривается как альтернатива хирургическому вмешательству, особенно у больных высокого хирургического риска, и стоит в первом ряду лечебных действий при эндоскопически не контролируемых кровотечениях. Увеличение продолжительности жизни, «старение» и увеличение числа мултиморбидных больных с ОЖКК, стирают успехи в их лечении. Опубликованная частота возникновения ЖКК колеблется от 62 до 172 случаев на 100.000 взрослых в год. Среди больных высокого операционного риска после неудачного эндоскопического лечения, рецидиве кровотечения, неприменимости операции, многие авторы считают транскатетерную артериальную эмболизацию (ТАЭ) методом спасения. Неоспоримое преимущество ТАЭ по сравнению с традиционным хирургическим подходом, по данным этих авторов, состоит в минимальной инвазивности, избегании лапаротомии у критических пациентов, наркоза, уменьшающейся смертности и инфекционных осложнений. При хирургическом вмешательстве на высоте кровотечения смертность варьирует в пределах 20–40%. За последние годы эндоваскулярные вмешательства сыграли значительную роль в экстренном лечении ОЖКК и существенно изменили тактику лечения пациентов. Цель исследования: представить возможности использования транскатетерной артериальной эмболизации при дуоденальных кровотечениях. Материал и методы исследования. За период с 2012-2014 г. в клинике госпитальной хирургии №2 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (клиническая база ГКБ №7) наблюдались 212 больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями. Из них у 152 (71,7%) причиной ОЖКК у была язва 12 п. к. 142 (66,9%) больных составили основную группу и 70 (33,1%) -контрольную. Мужчин было 170(80,2%), женщин 42 (19,8%). Средний возраст- 59,6±5,6. В контрольной группе использовали традиционную активную хирургическую тактику- при неустойчивом эндоскопическом гемостазе или при рецидиве кровотечения –повторный эндоскопический гемостаз и при повторном рецидиве –хирургическое лечение. В основной группе у больных с гастродуоденальным кровотечением применяли разработанный нами лечебно-диагностический алгоритм: 1)эндоскопический гемостаз (чаще под в/в наркозом) с уточнением риска рецидива кровотечения (по шкале Rockall); 2) при неуверенном или при безуспешном эндоскопическом гемостазе, а также при рецидиве кровотечения с необходимостью переливания  $\geq 3$ -4единиц эритроцитарной массы в течение 24 часов–транскатетерная артериальная эмболизация (ТАЭ); 3) при отсутствии эффекта от ТАЭ –хирургическое лечение. Оценка тяжести состояния пациентов с ОЖКК определяли по интегральным системам-шкалам APACHE-II и SOFA. Всем больным при эзофагодуоденоскопии ОЖКК оценивали по классификации J.Forrest. Ориентировочную степень кровопотери на момент госпитализации определяли по индексу Алговера. Для стратификации больных по степени риска рецидива кровотечения (от 4 до11 баллов) использовали прогностическую шкалу Rockall. К группе высокого риска рецидива кровотечения относили пациентов, набравших 6 и больше баллов. Эндоскопический гемостаз у больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением сопровождался обязательной внутривенной инфузией ингибиторов протонной помпы (нексимум болсно160 мг, затем 8–12 мг/ч в течение 72 часов). Для эндоваскулярных вмешательств в 33% наблюдениях использовали подмышечный доступ, в 47% -фemorальный и в 20% -радиальный доступ. Выполнялась последовательно селективная и суперселективная катетеризация селезеночной, левой желудочной, гастродуоденальной артерии (ГДА) и ее ветвей- a.pancreaticoduodenalis sup. ant. et post. и ветви верхней брыжеечной артерии- a.pancreaticoduodenalis inf. ant. et post. При этом выявляли прямые и косвенные признаки кровотечения: экстравазацию контрастированной крови, тромботическую окклюзию сосудов, регионарный артериальный спазм, аневризмы ветвей чревного ствола, а также признаки локальной гиперваскуляризации и периаартериальной диффузии контрастированной крови. Для исключения «слепой» эмболизации, во время гастродуоденоскопии метили источник кровотечения клипсами, которые являлись «дорожной картой», что значительно облегчало поиск заинтересованной артерии при отсутствии прямых признаков кровотечения. С целью эндоваскулярной окклюзии использовали стентграфты, MGUARDPrime, микроспирали Гиантурко, модифицированные спирали из проводников, микросферы (размером от 300 до500 мкм), сферические и цилиндрические эмболы «Эмбокс» и «сэндвичи» (спирали Гиантурко с микросферами). Результаты Эндоскопический гемостаз всегда был первым в линии выбора лечебной тактики у больных с ОЖКК. Рецидив ОЖКК в первые трое суток был связан с не соблюдением протокола по блокаде протонного насоса. Повторные попытки эндоскопического гемостаза в контрольной группе предпринимали только при очень высоком риске оперативного вмешательства. В контрольной группе хирургическое лечение было вторым методом в линии выбора после эндоскопического гемостаза, что улучшало эффективность лечения у данных пациентов, однако в показателях летальности уменьшения не наблюдали. При первичном эндоскопическом

вмешательстве устойчивый гемостаз наблюдали у 29 (13,7%) пациентов. Повторные эндоскопические вмешательства выполнены у 94 (49,2%) больных. У пациентов обеих групп после эндоскопического гемостаза, терапия высокими в/в дозами ингибиторов протонной помпы (нексиум 160мг болюсно и далее 8мг/ч) существенно снизило частоту рецидивов. В основной группе, особенно у пожилых пациентов, после эндоскопического лечения гемостаз достигнут у 89,0 %. При возникновении рецидива жизненные показатели часто были нестабильны, и в результате, вторичное эндоскопическое исследование, особенно, под наркозом провести было трудно, тем более выполнить хирургическое вмешательство. Диагностированный у больного при остановившемся кровотечении рыхлый тромб, препятствующий осмотру стенок 12 п.к. кишки, является показанием к экстренной эмболизации, так как прогноз вероятности рецидива кровотечения при этом составляет 100%. У 32 (22,5%) больных основной группы рецидив кровотечения или его высокий риск являлись показанием к проведению ТАЭ -в течение 12-36 ч с момента остановки кровотечения. К прямым ангиографическим признакам кровотечения относили экстравазацию контрастного вещества, которую наблюдали у 27% пациентов и регионарный артериальный спазм у 50% больных. К косвенным признакам относятся локальная гиперваскуляризация, периартериальная диффузия и аневризмы ветвей чревного ствола. Выводы: Неудачная либо неприменимая эндоскопия у гемодинамически нестабильных пациентов, должна предполагать срочную транскатетерную артериальную эмболизацию, тогда как реэндоскопия должна быть применена в первую очередь у стабильных пациентов. Изменение хирургической тактики лечения при ОЖКК из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (оптимизация эндоскопического гемостаза, широкое внедрение ТАЭ и резкое снижение оперативной активности) привело к снижению в 2012-2014 г. общей летальности до 1,6% . Транскатетерная артериальная эмболизация (ТАЭ) из-за минимальной инвазивности, отсутствии наркоза, лапаротомии, эффективности и безопасности, а также возможности повторного выполнения, особенно у мультиморбидных пациентов и больных пожилого возраста, показала себя эффективной в контроле кровотечения и снижения смертности.

---

#### 689. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПАНКРЕАТИТ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ

Седаков И.Е., Ладур А.И., Бубнов С.А., Заика А.Н.

Донецк

Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В.Бондаря

Цель исследования. Изучить эффективность применения разработанной в клинике трехэтапной схемы профилактики послеоперационного панкреатита с использованием эндолимфатического способа введения лекарственных средств. Материалы и методы. Изучены непосредственные результаты лечения 1435 больных раком желудка, которым были выполнены гастрэктомии в Донецком областном противоопухолевом центре. Во всех случаях был использован муфтообразный пищеводно-кишечный анастомоз. Средний возраст пациентов составил 58,6 лет. Различные сопутствующие заболевания имели место у 319 (22,23±1,1%) пациентов. Гистологически превалировала аденокарцинома - 60,0±1,29% наблюдений. Распространенность опухолевого процесса соответствовала I стадии - 3,9±0,51% больных, II-III стадиям - у 66,41±1,25% пациентов, IV стадии - у 29,69±1,21%. До операции у 220 (15,33±0,95%) больных имелись различные осложнения опухолевого процесса. Профилактика послеоперационного панкреатита обычно заключается в назначении антиферментных препаратов (контрикал, гордокс) и лекарств, блокирующих работу поджелудочной железы (сандостатин). При этом, по нашему мнению, недостаточно внимания уделяется до- и интраоперационной профилактике данного осложнения. В нашей клинике, в течение последних 10 лет для профилактики послеоперационного панкреатита используется трехэтапная схема профилактики данного осложнения с использованием эндолимфатического способа введения лекарственных средств. Первый, дооперационный, этап профилактики послеоперационного панкреатита заключается в коррекции нарушений гомеостаза, вызванных сопутствующими заболеваниями, назначении препаратов, улучшающих реологические свойства крови, седативной терапии, назначении сандостатина до операции. Второй, интраоперационный, этап профилактики послеоперационного панкреатита заключается в бережном отношении к тканям во время выполнения хирургического вмешательства, особенно при

использовании электрооборудования для коагуляции тканей, проведения эндолимфатической антиферментной терапии (контрикал 200 000 ЕД, гордокс 500 000 ЕД) во время операции, адекватном обезболивании, в т.ч. с использованием эпидуральной анестезии. Третий, послеоперационный этап профилактики послеоперационного панкреатита заключается в адекватном обезболивании, в т.ч. с использованием перидуральной анестезии, проведении эндолимфатической антиферментной терапии (контрикал, гордокс), назначении лекарственных препаратов, блокирующих работу поджелудочной железы (сандостатин), назначении антикоагулянтной и антибактериальной терапии, проведении адекватной терапии. Результаты исследования: Послеоперационный панкреатит развился у 18 (1,3±0,3%) больных. В структуре послеоперационных осложнений его доля составила 7,2±1,6%. Мужчин было 10 (55,6±11,7%), женщин – 8 (44,4±11,7%). Средний возраст больных составил 59,6 лет. Сопутствующие заболевания среди больных с панкреатитом отмечены у 4 (22,2±9,8%) пациентов. Отмечено, что сопутствующие заболевания поджелудочной железы имели место у 11,1±7,4% больных, у которых в послеоперационном периоде развился панкреатит и у 5,2±0,6% пациентов без панкреатита в послеоперационном периоде ( $p>0,05$ ). У 38,9±11,5% была IV стадия заболевания. Из 18 больных, у которых в послеоперационном периоде развился послеоперационный панкреатит у 4 (22,2±9,8%) пациентов до операции были различные осложнения опухолевого процесса (стеноз привратника различной степени выраженности, кровотечение из опухоли, анемия). Комбинированные операции выполнены у 10 (55,6±11,7%) больных с панкреатитом. При этом, у 6 больных имели комбинированные вмешательства на поджелудочной железе – в одном наблюдении была выполнена плоскостная резекция тела поджелудочной железы, у 4 пациентов – резекция хвоста поджелудочной железы, в 1 случае – тела и хвоста. Хирургические вмешательства на поджелудочной железе чаще сопровождались развитием послеоперационного панкреатита ( $P=0,009$ ). Применение разработанной трехэтапной схемы профилактики послеоперационного панкреатита позволило снизить частоту данного осложнения в 5 раз. **ВЫВОДЫ:** 1. Послеоперационный панкреатит является частым осложнением гастрэктомии и имел место у 18 (1,3±0,3%) больных. 2. В структуре летальных исходов послеоперационный панкреатит составил 15,4±4,5%. 3. Применение разработанной схемы профилактики послеоперационного панкреатита позволила уменьшить частоту данного осложнения в 5 раз.

---

#### 690. КЛАПАННАЯ БРОНХОБЛОКАЦИЯ ПРИ БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМЕ ЛЕГКИХ

Дробязгин Е.А. 1,2, Чикинев Ю.В. 1,2, Аникина М.С. 2, Пионтковская К.А. 1, Щербина К.И. 1г. Новосибирск

Новосибирск

1 – Новосибирский Государственный медицинский университет. 2 – ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница». Отделение торакальной хирургии

За период с января 2012 по июнь 2015 в отделении торакальной хирургии ГБУЗ НСО «ГНОКБ», клинике кафедры госпитальной и детской хирургии лечебного факультета НГМУ методика клапанной бронхоблокации при буллезной эмфиземе легких использована у 20 пациентов. Все пациенты мужчины в возрасте от 18 до 78 лет. Во 18 случаях показаниями к установке бронхоблокатора был продолжающийся сброс воздуха по дренажам из плевральной полости и отсутствие расправления легкого в послеоперационном периоде (деструкция булл, плеврэктомия у 10 пациентов, резекция легкого и плеврэктомия у 7). В 2 случаях блокатор устанавливался при буллезной эмфиземе легких, осложненной пневмотораксом и бронхоплевральным свищем. Все вмешательства проводились под местной анестезией. Для бронхоблокации использовались блокаторы компании Medlung (Барнаул) размерами: 9 – у 1 пациента; 10 – 4; 11 – 10; 12 – 3; 13 – 2. В двух случаях пациентам устанавливались по 2 бронхоблокатора. В 9 наблюдениях блокаторы в верхнедолевой бронх справа, в 4 в верхнедолевой бронх слева, в 5 в нижнедолевой бронх слева, по 1 случаю в нижнедолевой бронх справа, нижнедолевой бронх слева, среднедолевой бронх, бронхи базальных сегментов справа, промежуточный бронх, В 1-2 и В 3 слева. При использовании 2 блокаторов последние устанавливались: в верхнедолевой и нижнедолевой бронхи слева, верхнедолевой и промежуточный бронхи справа, в среднедолевой и нижнедолевой бронхи справа. Осложнений в процессе установки не было. У большинства пациентов (16) отмечена положительная



динамика: купирование утечки воздуха и расправление легкого, дренажи из плевральной полости удалены. Длительность стояния бронхоблокатора составила от 3 дней до 4 месяцев. Осложнений за время нахождения блокатора в бронхиальном дереве не отмечено. При их удалении лишь в 1 случае потребовалось применение ригидной бронхоскопии из-за разрастаний грануляционной ткани в месте стояния блокатора. Во всех остальных случаях удаление блокатора осуществлялось под местной анестезией при фибробронхоскопии. Заключение: методика клапанной бронхоблокации при утечке воздуха после операций по поводу буллезной эмфиземы легких является эффективным методом, позволяющим улучшить результаты лечения этой категории пациентов, и может быть более широко использована в клинической практике торакальных отделений.

---

#### 691. Осложнения при эндоскопической адреналэктомии

Долгов О. А., Ванюшин П. Н., Григорьев К. Ю., Морозов В. С., Тихонов И. В., Полканов И. К., Гушин С. А., Нагаев А. А.

Ульяновск

ГУЗ УОКБ

Цель исследования: Улучшить результаты лапароскопической адреналэктомии, снизить количество конверсий, интра – и ранних послеоперационных осложнений. В работе представлены больные, оперированные в хирургическом отделении Ульяновской областной клинической больницы с 2001 по 2014 годы по поводу новообразований надпочечников. Материалы и методы: Всего выполнено 172 операции. Из них 134(77,9%) лапароскопическим способом. Причины традиционных вмешательств – желание больного, размеры опухолей более 8 см, подозрение на злокачественный ее характер, обширные послеоперационные грыжи. Пациенты оценивались по полу, возрасту, продолжительности операции, локализации опухоли, развившимся осложнениями. Женщин было – 90(67,2%), мужчин – 44(32,8%). Справа опухоли располагались у 103(78,9%), слева – у 31(22,1%). Возраст больных колебался от 17 до 73 лет. В среднем – 53,8 года. У 90(67,2%) пациентов опухоли были гормональноактивными, в 44(32,8%) случаях – инциденталомы. Гистологически получены следующие варианты новообразований - феохромоцитомы у 14 пациентов, альдостерома у 7 пациентов, кортикостерома у 8 больных, рак (в том числе метастатический) у 8 пациентов, аденомы – (светлоклеточные, темноклеточные, смешанного строения) – в 94 случаях, кисты у 3 пациентов. Во всех случаях нами применялся боковой трансабдоминальный доступ. При кистах надпочечников(с серозым компонентом) выполняли фенистрацию с коагуляцией полости кисты. В остальных случаях выполнена адреналэктомия (у 131 пациента). Размер удаленных новообразований составил от 10 мм до 80 мм . Время операции при правосторонней локализации опухоли составило от 30 мин до 155 мин(в среднем 78 мин 25 сек) , при левой – от 70 мин до 190 мин(в среднем 105 мин 79 сек), а при традиционной – в среднем 83 мин 36 сек. Результаты: Как правило, справа надпочечник хорошо визуализировался от окружающих тканей благодаря ярко оранжевой окраске и характерному строению коркового слоя. Определенными трудностями характеризовалась левосторонняя локализация опухоли левого надпочечника. Причинами являлись его глубокое расположение, трудности мобилизации селезенки, хвоста поджелудочной железы, гипертрофия забрюшинной клетчатки. Длительность операции и характер осложнений, как правило, зависели от анатомии области. Слева – вероятность повреждения ободочной кишки, хвоста поджелудочной железы с развитием интраоперационного кровотечения и послеоперационного панкреатита (при травматичной мобилизации применялось интраоперационное введение октреотида), селезенки, часто затруднение идентификации надпочечника в гипертрофированной жировой клетчатке. Справа – близость нижней полой вены. Среди осложнений интраоперационных при правосторонней локализации встретились следующие – кровотечение из нижней полой вены у 2 больных – ликвидировано лапароскопическим ушиванием дефекта у 1 больного, у другого выполнено краевое клипирование вены; повреждение желчного пузыря – выполнена лапароскопическая холецистэктомия у 1; повреждение диафрагмы с области правого синуса - ушивание и дренирование плевральной полости по Бюлау – у 1. При левосторонней локализации встретились следующие характерные осложнения -

кровотечение из хвоста поджелудочной железы – произведена коагуляция – у 1, повреждение селезенки – выполнена лапароскопическая спленэктомия – у 1. Послеоперационные неспецифические осложнения встретились следующие - гематома ложа удаленного надпочечника – у 5 больных, нагноение послеоперационной раны – у 2, острая странгуляционная непроходимость у 1, что потребовало проведение лапаротомии, пневмония у 2 пациентов. Всего 14(10,4%). Конверсий проведено 11(8,2%). Причем, при накоплении опыта оперативных вмешательств, проведение конверсии порой диктовалось не возникновением интраоперационных осложнений, а являлось оценкой распространенности процесса, сопоставления данных предоперационного обследования и интраоперационной находки, желанием расширить показания для лапароскопического вмешательства при начале применения ультразвукового диссектора «Harmonic». Причинами конверсий явились при правосторонней адреналэктомии – неконтролируемое кровотечение из нижней полой вены у 1, из сосудов опухоли у 1, ранение забрюшинного пространства троакаром с образованием забрюшинной гематомы – у 1, ранение слепой кишки – у 1. Всего 4. При левосторонней адреналэктомии – подозрение на злокачественный характер, большие размеры опухоли, массивный спаечный процесс – у 5 пациентов, кровотечение из левой почечной артерии – у 1 больного, неконтролируемое кровотечение из сосудов новообразования – у 1. Всего 7. Средний послеоперационный койко-день при правосторонней адреналэктомии составил 12,3, при левосторонней – 15,2. При традиционной адреналэктомии составил 17,5. Умер 1(0,7%) пациент от острой сердечно-сосудистой недостаточности. Выводы: Развитие осложнений зависит от интраоперационных технических трудностей, связанных как с особенностями анатомического расположения новообразования, так и с возможностью проведения интраоперационной профилактики. Немаловажную роль имеет также техническая оснащенность операционной – возможность применения ультразвукового диссектора, взаимопонимание членов операционной бригады.

---

## 692. ДВОЙНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ НАРУШЕНИИ ПРОХОДИМОСТИ ПИЩЕВОДА И ТРАХЕИ

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

Новосибирск

1 – Новосибирский Государственный медицинский университет. Кафедра госпитальной и детской хирургии лечебного факультета 2 – ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница». Отделение торакальной хирургии

В клинике кафедры госпитальной и детской хирургии лечебного факультета НГМУ стентирование пищевода и трахеи проведено 6 пациентам в возрасте от 49 до 78 лет (мужчины – 5; женщины – 1). Показаниями к вмешательству были: рак средней трети пищевода - 4 пациента, рак кардиального отдела желудка с переходом на пищевод (операция Льюиса) и метастатическое поражение средостения-1, рак правого легкого со сдавлением пищевода и трахеи – 1. Дисфагия была у всех пациентов (от нарушения глотания полужидкой пищи до полного нарушения прохождения жидкости). При рентгеноскопии пищевода и желудка протяженность участка сужения составляла от 4 до 8 см, а диаметр в зоне сужения от 3 до 6 мм. В двух случаях верхняя граница сужения была на 2-3 ниже уровня глотки. У двух пациентов при поступлении были явления дыхательной недостаточности. При ТМГ трахеи протяженность сужения составила 3 и 4 см, а диаметр трахеи 4 и 5 мм. Бужирование пищевода перед установкой стента в пищевод было проведено 3 пациентам. Стентирование проводилось под эндоскопическим контролем. Осложнений в процессе проведения процедуры не было. При преваливании явлений дыхательной недостаточности (2 пациента) выполнено стентирование трахеи саморасправляющимся металлическим стентом под эндоскопическим контролем с установкой зонда для питания и последующим стентированием пищевода через 4 суток (1 пациент). В другом наблюдении стентированием пищевода выполнено 2 суток после стентирования трахеи и зонд не устанавливался из-за затруднений при глотании полужидкой пищи. Стентирование пищевода проводилось под рентген-контролем. Осложнений не отмечено. В дальнейшем через 2, 4 и 7 месяцев после проведения стентирования пищевода, выполнение стентирования трахеи из-за сдавления ее сдавления извне потребовалось 2 пациентам, а из-за и прорастания опухоли в трахею 1 пациенту. Длина участка сужения в 2

случаях составила 3,5 см и у 1 - 4 см. При сдавлении трахеи были установлены саморасправляющиеся металлические стенты под местной анестезией и внутривенной седацией. При прорастании опухоли в трахею было выполнено бужирование трахеи тубусами ригидного бронхоскопа Friedel под общей анестезией с установкой силиконового стента типа Dumon, длиной 6 см. Осложнений в процессе проведения вмешательства не было. Стентирование трахеи по типу «стент в стент» было проведено 1 пациенту из-за продолжающегося роста опухоли и сдавления трахеи выше ранее установленного стента через 6 месяцев после первого стентирования трахеи. Продолжительность жизни пациентов составила более 10 месяцев. Выводы: 1) использование двойного стентирования при непроходимости пищевода и трахеи обеспечивает восстановление проходимости этих органов и улучшает качество жизни пациентов; 2) последовательность выполнения вмешательств решается индивидуально и зависит от превалирования явлений дисфагии и дыхательной недостаточности; 3) данные вмешательства являются технически сложными и должны проводиться в клиниках, обладающих опытом данных вмешательств.

---

### 693. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ЭНДОСКОПИЯ ПРИ ЛЕГОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Дробязгин Е.А. 1,2, Чикинев Ю.В. 1,2, Аникина М.С. 2

Новосибирск

1 – Новосибирский Государственный медицинский университет. Кафедра госпитальной и детской хирургии лечебного факультета 2 – ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница». Отделение торакальной хирургии

Одной из наиболее опасных ситуаций в торакальной хирургии является легочное кровотечение. При профузном характере отмечается высокая летальность, что связано с массивной кровопотерей и возникновением асфиксии. За период с 2010 по май 2015 год в отделении торакальной хирургии областной клинической больницы, клиники кафедры госпитальной и детской хирургии НГМУ на лечении находилось 65 пациентов с диагнозом легочное кровотечение. Возраст пациентов составил от 18 до 76 лет (мужчин – 35; женщин – 30). Тактические подходы определялись тяжестью состояния пациента и степенью кровотечения. При профузном легочном кровотечении и тяжелом состоянии пациента, что было в 7 случаях, на первое место выходило определение источника кровотечения, остановка кровотечения и санация трахеобронхиального дерева. В условиях операционной выполнялась ригидная трахеоскопия с проведением фибробронхоскопа для лучшей оценки трахеи и бронхов и топической диагностики кровотечения. При этом лишь у 6 пациентов удалось определиться со «стороной» кровотечения и устранить асфиксию. После этого в просвет бронха на стороне кровотечения (главный – 6, долевого – 1) при помощи щипцов для жесткой трахеоскопии устанавливался поролоновый окклюдор округлой формы в 2-2,5 раза превышающий диаметр бронха. Этот метод остановки кровотечения оказался эффективным во всех случаях. Один окклюдор установлен у 5 пациентов. Установка двух окклюдоров потребовалась 2 пациентам. После достижения гемостаза выполнялась санация трахеобронхиального дерева и интубация трахеи с установкой трубки в главный бронх противоположного легкого (при окклюзии главного бронха). Дальнейшее лечение осуществлялось в ОРИТ. После стабилизации состояния пациента выполнялась аорто-артериография с эмболизацией бронхиальных артерий на стороне поражения. У большинства пациентов (6) длительность нахождения блокатора в бронхе составляла 3 суток. После этого в операционной проводилось удаление блокатора, санация бронхов на стороне аспирации. Возобновления кровотечения в момент удаления блокатора или в ближайшее время после не было. Рецидив был у 1 пациента с центральным раком левого легкого (3 суток после удаления блокатора). При кровотечении I и II степени, стабильном состоянии пациента, остановка кровотечения осуществлялась консервативными мероприятиями. Обязательным являлось выполнение диагностической ФБС на 2-3 сутки после купирования кровотечения для осмотра трахеобронхиального дерева, определения источника кровотечения и санации. У большинства пациентов (48) рецидива кровотечения не отмечено. При осмотре трахеобронхиального дерева органической патологии не выявлено у 39. Отмечены явления атрофического эндобронхита (34 пациента) с деформацией просвета бронхов у 9. В 5 случаях выявлены опухоли легких. У 7 пациентов выполнялись

фибробронхоскопия с установкой клапанного бронхоблокатора Medlung для остановки кровотечения при его рецидиве, или с профилактической целью (при выявлении угрозы кровотечения) с последующей эмболизацией бронхиальных артерий. Клапанная бронхоблокация имеет множество преимуществ по сравнению с ригидной трахеоскопией: возможность установки как под местной, так и под общей анестезией, техническая простота, хороший клинический эффект, большая длительность его нахождения в бронхиальном дереве. Клапанный бронхоблокатор, расположенный на дистальном конце аппарата, установлен в долевого бронх (среднедолевой бронх – 1 пациент; верхнедолевой бронх – 2; нижнедолевой бронх – 4). Использовались клапаны номером 10 (2 пациента), 11 (4) и 12 (1). Осложнений в процессе установки не отмечено. Длительность нахождения клапана в бронхе составляла 7 дней. После этого клапан удалялся при фибробронхоскопии при помощи щипцов «крысиный зуб». Рецидива кровотечения после удаления клапана не отмечалось. При осмотре слизистой в месте стояния блокатора осложнений не отмечено. Выводы. Тактические аспекты оказания помощи пациентам с легочными кровотечениями определяется в зависимости от состояния пациента и интенсивности кровотечения. Более чем у 50% пациентов при проведении консервативных мероприятий удается остановить кровотечение. Осмотр трахеи и бронхов должен выполняться у всех пациентов, но решение о сроках ее выполнения определяется индивидуально. У основной массы пациентов кровотечение останавливается при использовании консервативных мероприятий. Эндоскопическая оценка бронхиального дерева является обязательной и должна выполняться у всех пациентов, но время ее выполнения зависит от тяжести состояния пациента и темпа кровотечения. Установка клапанного бронхоблокатора эффективно дополняет лечебные мероприятия при рецидиве кровотечения. Обязательным считаем дополнение эндоскопических методов рентген-эндovasкулярными для эмболизации бронхиальных артерий при профузном кровотечении, рецидиве кровотечения или высоком риске его возникновения.

---

#### 694. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАЦИИ ПИЩЕВОДА

Чикинев Ю.В. 1,2, Дробязгин Е.А.1,2

Новосибирск

1 – Новосибирский Государственный медицинский университет. Кафедра госпитальной и детской хирургии лечебного факультета 2 – ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница». Отделение торакальной хирургии

За период с 1995 по 2015 годы в отделении эндоскопии ГБУЗ НСО «ГНОКБ» диагностические исследования и интервенционные вмешательства при патологии пищевода и кардии выполнены более чем 25000 пациентов. За этот же период времени на лечении в отделении торакальной хирургии находился 21 пациент с диагнозом: перфорация пищевода (мужчин - 9, женщин – 12). Возраст пациентов составлял от 19 до 75 лет. Из 21 пациентов, у 18 осложнения развились в результате вмешательств и исследований, проводимых у нас в клинике. С подозрением на перфорацию или установленным диагнозом были госпитализированы 3 пациента (срок, прошедший с момента разрыва до момента госпитализации составил от 10 часов до 3 суток). Причиной перфорации пищевода были: установка струны-проводника перед бужированием рубцовой или опухолевой стриктуры пищевода у 5 пациентов, форсированное проведение аппарата в желудок при рубцовом сужении пищевода у 2, надрыв стенки пищевода при бужировании у 4, избыточная подача воздуха в просвет пищевода у 1, баллонная гидродилатация кардии у 3, установка силиконового стента у 1, стандартное эндоскопическое исследование у 1, выполнение эндо УЗИ у 1, проведение струны-проводника у 1, интубация трахеи у 1, установка назогастрального зонда у 1. В трех случаях пациенты поступали к нам в клинику из других лечебных учреждений. Диагностика перфорации пищевода как правило сложностей не вызвала. Болевой синдром был у 14 пациентов и возникал в процессе проведения или вмешательства. Подкожная эмфизема была у 5 пациентов и возникла непосредственно во время проведения вмешательства. Для уточнения локализации дефекта и определения объема вмешательства всем пациентам выполнена рентгеноскопия пищевода и желудка водорастворимым контрастом. В одном случае для уточнения наличия повреждения стенки пищевода пациентке было выполнено эндоскопическое исследование после

рентгеноскопии. Причиной послужило наличие выраженного болевого синдрома, при отсутствии «затек» контрастного вещества в средостение (неровность контуров стенки пищевода в его нижней трети). Проведение эндоскопического исследования позволило определить дефект стенки пищевода. Дефект на уровне глоточно-пищеводного перехода и верхней трети пищевода был у 5 пациентов, в средней трети у 2, в нижней трети пищевода у 14. Все пациенты были оперированы с обязательным превентивным дренированием заднего средостения (профилактика медиастинита) и обеспечением энтерального питания в послеоперационном периоде. Лапаротомия с ушиванием дефекта пищевода и дренированием заднего-нижнего средостения 16 пациентам (гастростомия у 4, фундопликация у 1, установка назогастрального зонда у 11), цервикотомия с дренированием средостения у 5 (из них у 4 дефект не был обнаружен, обнаружен и ушит у 1), торакотомия с ушиванием дефекта, дренированием средостения и установкой зонда для питания у 1. Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 1 пациентки - желудочно-плевральный свищ с эмпиемой плевры слева из-за пролежня стенки желудка и диафрагмы гастростомической трубкой. Летальных исходов не было. Все пациенты выписаны из отделения в удовлетворительном состоянии. Заключение: таким образом, при подозрении на повреждение пищевода, обязательным является выполнение рентгеноскопии пищевода с водорастворимым контрастным веществом. К эндоскопическому исследованию необходимо прибегать при нормальной проходимости пищевода и отсутствии достоверных данных о повреждении пищевода по результатам рентгенологического исследования. Применение данной тактики во всех наших наблюдениях позволило обнаружить дефект стенки пищевода. К торакотомии следует прибегать при наличии дефектов в средней трети пищевода длиной более 1 см при невозможности его ушивания при лапаротомии и ревизии средостения по Савиных-Розанову. По нашему мнению, внеплевральное дренирование заднего средостения при цервикотомии или лапаротомии с ушиванием дефекта стенки пищевода, является наиболее приемлемым у данной категории пациентов.

---

#### 695. ОСЛОЖНЕНИЯ СТЕНТИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДА ПРИ ЕГО ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Чикинев Ю.В. 1,2, Дробязгин Е.А. 1,2

Новосибирск

1 – Новосибирский Государственный медицинский университет. Кафедра госпитальной и детской хирургии лечебного факультета 2 – ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница». Отделение торакальной хирургии

В клинике кафедры госпитальной и детской хирургии НГМУ, в отделении торакальной хирургии ГБУЗ НСО «ГНОКБ» за период с 2010 до 2015 годы на лечении находилось 5 пациентов с осложнениями после стентирования пищевода саморасправляющимися металлическими стентами при доброкачественных заболеваниях. Среди них: мужчин - 2, женщин - 3. Показаниями для установки стента были: трахеопищеводный свищ у 2 пациентов, несостоятельность швов пищеводной стенки после иссечения дивертикула нижней трети пищевода у 2, синдром Бурхаве у 1. Во всех случаях удалось добиться стабилизации состояния пациентов после выполненного стентирования. Осложнения развились в сроки от 3 дней до 6 месяцев после имплантации стента: сдавление трахеи с развитием дыхательной недостаточности у 1 пациента, миграция стента ниже верхнего края свища и его дислокация в трахею у 1, рубцовое сужение пищевода по верхнему краю стента с врастанием его проксимальной части и дисфагией у 2, рубцовое сужение пищевода по верхнему краю стента с его переломом, миграцией фрагментов в желудок. Во всех наблюдениях пациенты были госпитализированы к нам в стационар для дообследования и дальнейшего лечения. При возникновении дыхательной недостаточности выполнена интубация трахеи и ригидная эзофагоскопия с удалением стента, поскольку извлечь его при стандартном исследовании не удалось. При частичной миграции стента в трахею, последний удален при эзофагоскопии с установкой зонда для питания в желудок. При рубцовом сужении с дисфагией для восстановления проходимости пищевода было выполнено бужирование суженного участка пищевода, протяженность которого составила 1 и 2 см.

Попытки удаления стента безуспешны. Для обеспечения питания на период предоперационной подготовки на срок 1 и 2 недели был установлен зонд для питания. А после выполнена экстирпация пищевода с одномоментной пластикой изоперистальтическим желудочным стеблем, сформированным по ходу большой кривизны желудка. Послеоперационный период протекал без осложнений. При обследовании в отдаленном периоде нарушений функционирования искусственного пищевода не выявлено. В случае формирования рубцового сужения, переломом и миграцией стента в желудок, фрагменты были извлечены. Бужирования пищевода из-за незначительного его сужения не потребовалось. Полученные данные еще раз указывают на необходимость принятия единых рекомендации по применению металлических саморасправляющихся стентов при доброкачественных заболеваниях пищевода и трахео-пищеводных свищах, либо запрету их использования у данных категорий пациентов. В настоящее время до принятия рекомендаций, в случае их использования, необходимо динамическое наблюдение за пациентами.

---

## 696. ТАКТИКО-ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА БУРХАВЕ

Чикинев Ю.В. 1,2, Дробязгин Е.А.1,2

Новосибирск

1 – Новосибирский Государственный медицинский университет. Кафедра госпитальной и детской хирургии лечебного факультета 2 – ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница». Отделение торакальной хирургии

В клинике кафедры госпитальной и детской хирургии лечебного факультета НГМУ на базе отделения торакальной хирургии ГБУЗ НСО «ГНОКБ» за период с 1995 по 2015 на лечении находилось 12 пациентов с диагнозом: спонтанный разрыв пищевода. Возраст пациентов от 19 до 68 лет (мужчин – 9; женщин – 3). Давность от момента произошедшего разрыва до момента поступления в стационар составляла от 7 часов до 2 суток (до суток у 7 пациентов (до 12 часов у 4, свыше 12 часов у 3), от 1 до 2 суток у 5)). Классическая картина заболевания отмечалась у 10 пациентов (83,33%), но подкожная эмфизема появилась в течение первых четырех часов с момента разрыва. Лишь 5 пациентов (41,7%) были направлены в стационар с подозрением на синдром Бурхаве. Более чем в 50% случаев пациенты госпитализированы в дежурные стационары с подозрением на язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (5), пневмоторакс слева (2). Для уточнения диагноза всем пациентам выполнена рентгеноскопия пищевода с желудка с водорастворимым контрастным веществом. Все пациенты были оперированы в экстренном порядке. Гнойный медиастинит интраоперационно диагностирован у 1 пациента. Во всех случаях выполнена лапаротомия, ушивание дефекта пищевода и дренирование заднего-нижнего средостения по Савиних-Розанову. Вмешательство дополнено фундопликацией по Ниссену и гастростомией у 1 пациента, установкой назогастрального зонда у 4, гастростомией у 2, фундопликацией по Ниссену и установкой зонда у 5 пациентов. В 1 случае выполнено дренирование левой плевральной полости и в 1 случае спленэктомия. Во всех случаях разрыв локализовался по левой боковой стенке пищевода, длиной от 3 до 8 см с ровными краями, которые были имbibированы кровью. Для ушивания дефекта у 11 пациентов использован однорядный шов через все слои стенки пищевода, у 1 - двумя рядами швов. Средостение дренировано двух- или трехпросветным атравматичным дренажом, проводилось ушивание диафрагмы и подведение тампона типа «сигара» к месту диафрагмотомии. Интраоперационно повреждение медиастинальной плевры слева обнаружено у 1 пациента, выполнено дренирование плевральной полости. Лапаротомная рана ушивалась послойно с выведением дренажа и тампона в верхнем ее углу. Дополнительного дренирования брюшной полости не проводилось. В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 2 пациентов (эмпиема плевры слева – 1, тромбоэмболия легочной артерии – 1). Летальный исход был у 1 пациента. Поздние осложнения (более чем через 1 месяц после операции) возникли у 3 пациентов в сроки более 1 месяца после операции - сужение пищевода в нижней трети пищевода (2 пациентам проведено бужирование суженного участка, 1 - субтотальная шунтирующая эзофагоколопластика). Выводы. Не смотря на классическую картину заболевания у большинства пациентов, остаются сложности и диагностике данного синдрома, что требует разработку диагностических алгоритмов. Незнание клинических симптомов

заболевания удлиняет предоперационный период и может оказывать отрицательную роль течение послеоперационного периода. Оптимальным методом лечения считаем ушивание разрыва пищевода, дренирование средостения с обеспечением зондового питания.

---

## 697. ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ

Дробязгин Е.А. 1,2, Чикинев Ю.В. 1,2

Новосибирск

1 – Новосибирский Государственный медицинский университет. Кафедра госпитальной и детской хирургии лечебного факультета 2 – ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница». Отделение торакальной хирургии

В клинике кафедры госпитальной и детской хирургии лечебного факультета НГМУ хирургические вмешательства при рубцовом стенозе гортани и трахеи без вовлечения в процесс голосовых складок выполнены 11 пациентам в возрасте от 19 до 58 лет (10 мужчин, 1 женщина). Протяженность рубцово суженного участка составляла от 3 до 6 см. Во всех случаях причиной формирования стеноза в равном числе случаев служили: длительная ИВЛ через интубационную трубку и осложнения после трахеостомии. Ранее оперативные вмешательства на гортани и трахеи, направленные на попытку коррекции стеноза выполнены 2 пациентам (трахеоларингопластика). Всем пациентам выполнялась ларинготрахеоскопия для уточнения характера изменений. При этом у 5 пациентов была облитерация просвета подскладочного отдела гортани и верхней трети трахеи, у 4 – выраженные рубцовые изменения просвета гортани и трахеи, не позволяющие провести аппарат ниже участка стеноза. В 2 наблюдениях просвет поддерживался проведением бужирования суженного участка и составлял от 5 до 7 мм. Из-за выраженности рубцовых изменений и облитерации просвета дыхание через трахеостому осуществлялось у 9 пациентов. Во всех случаях всем пациентам выполнена трахеоларингопластика с введением в просвет гортани и трахеи Т-образной трубки (ОАО «Мед Сил») с наружным диаметром 11, 13 или 15 мм. У большинства пациентов (9) использовалась трубка диаметром 13 мм. Сроки наблюдения в послеоперационном периоде до 13 месяцев. У 7 пациентов после удаления Т-образной трубки и проведения контрольного периода (от 10 до 28 дней) произведено закрытие трахеофиссуры пластикой местными тканями. Для протекции передней стенки в области трахеофиссуры в 1 наблюдении в просвет трахеи устанавливался силиконовый стент типа Dumon. В сроки наблюдения до 2 лет дыхание свободное, затруднений нет. При проведении Р-КТ шеи определяются умеренно выраженное сужение просвета трахеи до 1/2 от ее нормального диаметра в максимальном значении. При эндоскопическом исследовании фибробронхоскоп свободно проходит через участок рубцовых изменений не вызывая нарушения дыхания. Рестеноз после удаления трубки возник у 3 пациентов (в 2 случаях рестеноз в области подскладочного отдела гортани, в 1 – сужение по нижнему краю трахеофиссуры). Повторно оперированы 2 пациента. В 1 наблюдении просвет подскладочного отдела расширен путем бужирования с установкой Т-образной трубки. У 1 пациента через 13 месяцев после реоперации, удаления трубки и проведения контрольного периода (28 суток) трахеофиссура закрыта. У 1 пациента после удаления трубки произошло самостоятельное закрытие трахеофиссуры (затруднений при дыхании нет, срок наблюдения 3 года). Лечение продолжается у 2 пациентов. Выводы. Методика хирургического лечения с формированием просвета трахеи и подскладочного отдела гортани на Т-образной трубке при его рубцовом стенозе в большинстве наблюдений позволила создать достаточный для дыхания просвет. Вмешательства подобного рода должны выполняться в клиниках, владеющих всем спектром оперативных и диагностических вмешательств при данной патологии.

698. Стентирование ободочной кишки при obturационной опухолевой непроходимости

Чернооков А. И.(1), Багдасаров В. В. (1), Багдасарова Е. А.(1), Рамишвили В. Ш. (2), Симонян О.А. (1), Гавашелашвили Н. О. (1).

Москва

1)Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, 2)ГБУЗ ГКБ №7 ДЗМ г. Москва.

В структуре осложненного рака ободочной кишки obturационная толстокишечная непроходимость (ОТКН) составляет около 40%, а у пожилых пациентов 85%. Цель исследования: определить возможность и целесообразность стентирования ободочной кишки с целью внутренней декомпрессии при этапном хирургическом лечении острой толстокишечной непроходимости (ОТКН). Характеристика клинических наблюдений и методы исследования. Анализ подвергнуты результаты лечения 94 больных (2009-2015гг) от 43 до 92 лет со злокачественными новообразованиями ободочной кишки III-IV стадий с ОТКН. Больных распределили на 3 группы. В I группу включили 29 больных, у которых выполнили условно радикальную операцию (операция типа Гартмана) -резекция кишки с опухолью с концевой колостомой (наружная декомпрессия). Во II группу вошли 47 пациентов, которым выполнили паллиативную операцию - наружную декомпрессию (колостомия, илеостомия) из срединной лапаротомии, а в связи с крайней тяжестью состояния (APACHE II >20 баллов) опухоль не удаляли. III группа объединила 18 больных (APACHE II >20), у которых на первом этапе хирургического лечения ОТКН была выполнена эндоскопическая внутренняя декомпрессия - стентирование кишки, а после подготовки (APACHE II

---

#### 699. АЛЛОГЕННЫЕ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫЕ СТВОЛОВЫЕ КЛЕТКИ В ЛЕЧЕНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

Багдасарова Е. А., Чернооков А. И., Багдасаров В. В., Симонян О. А., Гавашелашвили Н. О.

Москва

Первый МГМУ им. И. М. Сеченова.

Проблема эффективного лечения тяжелых форм распространенного перитонита (РП) остается вызовом в начале XXI века. Несмотря на явные преимущества лапаростомии с программируемыми санациями (адекватная санация брюшной полости, своевременная диагностика формирующихся интраабдоминальных осложнений, предупреждение синдрома интраабдоминальной гипертензии, обеспечение активного дренирования брюшной полости) в комплексном лечении тяжелого распространенного перитонита, летальность стабилизировалась на уровне 32-43,9%. По данным научной литературы известно, что мультипотентные мезенхимальные стволовые клетки (ММСК) способны уменьшать системное воспаление, обладают иммуномодулирующими свойствами; обнаружено прямое клеточное воздействие с иммунными клетками; МСК могут прямо или косвенно моделировать способность фагоцитов хозяина снижать бактериальную нагрузку организма (Shirley H. J. Mei, 2010). Цель исследования: изучить возможность применения нового способа лечения тяжелого распространенного перитонита в эксперименте. Материалы и методы. Нами была проведена экспериментальные исследования по лечению тяжелого распространенного перитонита (РП) аллогенными мезенхимальными стволовыми клетками (аМСК). Исследования проводились в условиях операционного блока экспериментальной лаборатории Первого МГМУ имени И. М. Сеченова. Все манипуляции выполнялись с соблюдением требований к гуманному обращению с животными. Для моделирования тяжелого РП мы применили разработанный нами способ, который включал в себя следующее: за 23 - 24 часа до введения каловой взвеси в брюшную полость, под эфирным наркозом, животным выполняли ампутацию дистальной 1/3 – 1/5 хвоста, с целью создания гиперреактивного фона и стресса в организме крысы. Приготавливалась 20 % каловая взвесь из слепой кишки интактного животного.



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

Затем смесь вводили из одного вкола в брюшную полость, из расчета 0,7-0,9 мл. на 100 г. массы животного, половозрелым крысам линии Wistar. Спустя 7-8 часов после введения каловой взвеси, экспериментальные животные были разделены, случайным образом на 2 группы (15 шт.), Животным 1-й группы (основная) выполнялась внутривенная (хвостовая вена) трансплантации аллогенных мезенхимальных стволовых клеток в дозе  $1,5 \times 10^6$  на 100 г массы животного в 1 мл. физиологического раствора хлористого натрия (Патент № 2553342). Во 2-й группе - контрольная (10 шт.), животным выполняли имитацию введения стволовых клеток, путем введения в хвостовую вену 1 мл. физиологического раствора. Результаты исследования. Различия в сравниваемых группах начали наблюдаться непосредственно после операции трансплантации мезенхимальных стволовых клеток в течение 1-х суток и всего времени проведения эксперимента. Крысы в группе №1 вели себя более бодро, активнее передвигались по клетке, проявляли интерес к пище и воде, в отличие от крыс контрольной группы №2. Летальность на 3-и сутки в основной группе составила 27%, а в контрольной 94%. При ревизии у всех особей в брюшной полости обнаруживали мутную жидкость, раздутые петли кишечника, с гиперемией и отеком брюшины, сосуды брыжейки были расширены. При макроскопическом сравнении воспалительного процесса в брюшной полости крыс, умерших на 3-и сутки эксперимента, обратили внимание на то, что у крыс в основной группе выраженность воспалительного процесса, количество перитонеального экссудата, наложения фибрина на париетальной, степень вздутия кишок и висцеральной брюшине было меньше, чем у крыс из контрольной группы. При изучении окрашенных гистологических срезов установлено, что у всех умерших животных наблюдался острый распространенный перитонит, но выраженность воспалительного процесса была разной в сравниваемых группах. В контрольной группе гистологическая картина характеризовалась следующим: гепатоциты в состоянии белковой дистрофии, с полнокроем центральных вен; брюшина отечна с диффузной нейтрофильной инфильтрацией; в почках наблюдалась ишемия клубочков, полнокрое, острый канальцевый некроз; в селезенке: картина септической селезенки с диффузной инфильтрацией нейтрофилов. В основной же группе у погибших животных гистологическая картина характеризовалась не такой яркой картиной воспалительного процесса брюшной полости, как в контрольной, наблюдали разрешающийся перитонит. При изучении гистологического материала животных, которые были выведены из эксперимента на 10-е сутки, наблюдалась картина разрешающегося перитонита. Тем временем у крыс в контрольной группе наблюдалась макроскопическая и гистологическая картина продолжающегося острого перитонита. Выводы: Таким образом, результаты предложенного нового способа лечения распространенного перитонита в эксперименте, открывают новые возможности в решении этой тяжелой проблемы неотложной хирургии.

---

700. Сравнительная оценка хирургических методов лечения прободных язв двенадцатиперстной кишки.

Качалов С.Н. (1), Хоменко А.И. (2), Коновалов И.В. (1)

Хабаровск

1) НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Хабаровск-1 ОАО «РЖД», 2) ГБОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет.

Прободная язва двенадцатиперстной кишки (ДПК) продолжает занимать ведущие позиции в структуре летальности при язвенной болезни ДПК и составляет от 5 до 17,9 %. В настоящее время, при прободной язве ДПК, применяются: ушивание язвы; резекция желудка; дуоденопластика и дуоденопластика с антацидными операциями – селективной проксимальной ваготомией или медиальной резекцией. С 1990 года в нашей клинике при прободной язве ДПК ушивание язвы было выполнено – 136 больным, резекция желудка – 32 больным, дуоденопластика в различных модификациях – 177 больным. Методикой выполнения дуоденопластики владеют все хирурги, оказывающие экстренную помощь. Сравнительная оценка результатов данных вмешательств показала, что из 136 больных, которым было выполнено ушивание прободной язвы, в раннем послеоперационном периоде умерло 6 больных (4,4%), у 8 больных (5,8%) наблюдались нарушения проходимости из желудка, по поводу чего в срочном порядке выполнено наложение гастроэнтероанастомоза. У 4 пациентов (2,9%) ранний послеоперационный период осложнился развитием кровотечения из язв, пенетрирующих в головку поджелудочной железы. У 11 больных (8,8%) при

663

эндоскопическом контроле на день выписки были выявлены «целующиеся» язвы. В послеоперационном периоде нами было прослежено 86 больных после ушивания язвы в течение 10 лет. Упоминания хотя бы об одном рецидиве язвенной болезни, подтвержденном эндоскопически, имелись в 44 (51%) случаев. Максимальная частота возникновения рецидива язвы приходилась на 3 – 4 год после ушивания. У 9 пациентов (10,4%) в сроки от 2 до 8 лет выполнены повторные операции. Из них двое оперированы по поводу повторной перфорации, четверо в плановом порядке по поводу стеноза. Трое больных были оперированы с язвенным кровотечением. Неблагоприятные результаты ушивания прободных дуоденальных язв непосредственно связаны с нарастанием явлений стеноза в зоне ушивания и повреждением мышечных волокон пилоруса. Анализ отдаленных результатов свидетельствует о высоком риске повторных осложнений, что связано с сохранением рубцового поля язвы, повышенной кислотопродукции, дуоденогастрального рефлюкса в связи со стенозом ДПК и недостаточностью пилорического жома. Отдаленный период у больных после резекции желудка изучен от 2 до 10 лет. В этот период у 4 больных были выполнены повторные операции – 2 ушивания прободной пептической язвы желудка, 1 ререзекция по поводу кровотечения из пептической язвы ГЭА и 1 гастрэктомия по поводу рака культи желудка. Проведена оценка качества жизни после резекции желудка по опроснику MOS SF-36 в разные сроки с момента операции в течение 10 лет. Она показала значительное снижение качества жизни во всех временных периодах, что связано со стойким нарушением в результате операции многих механизмов пищеварительной функции ЖКТ. Наряду с этим было установлено, что после резекции желудка у трети больных имеется трудный и тяжелый послеоперационный период адаптации, что резекция желудка не приводит к полному исчезновению Н. pylori и сохраняет этот фактор риска развития повторных язв, увеличивает опасность диспластических процессов в культе желудка и приводит с течением времени к снижению качества жизни у всех оперированных больных. Это позволяет характеризовать отдаленные последствия резекций желудка как недостаточно благоприятные. Отдаленные результаты после дуоденопластики в период от 1 до 7 лет были оценены у 159 больных (90%), оперированных с 1995 года по 2001 год. Рецидив дуоденальной язвы зарегистрирован у 4 больных, что составило 2,5 % от числа оперированных больных. Во всех случаях больные игнорировали рекомендации гастроэнтеролога по причине хорошего самочувствия. Рецидив наступил в среднем через год после операции. Оценка качества жизни после дуоденопластики показала, что в первый год у 10% больных отдельные показатели качества жизни по опроснику MOS SF-36 ниже таковых у здоровых людей. К 2 – 3 годам показатели качества жизни выравниваются и практически ничем не отличаются от показателей здоровых людей. Таким образом, отдаленные результаты функциональных операций выглядят благоприятно. Мы не встречались с тяжелыми последствиями этих операций, которые бы потребовали длительного консервативного или оперативного лечения. Низкий травматический эффект дуоденопластики позволяет достичь приемлемый уровень ментального и физического здоровья, а также сохранить трудоспособность. Таким образом, сравнительные результаты дуоденопластики при прободных язвах выглядят лучше, чем при резекции желудка и ушивании. Дуоденопластика сочетает столь важные качества для данной категории больных как малую травматичность, заметный противорецидивный эффект с возможностью его дальнейшего контроля, лучшие отдаленные результаты. Выводы: 1. Дуоденопластика является операцией выбора при прободной язве ДПК; 2. Дуоденопластика исключает осложнения раннего послеоперационного периода, которые характерны для ушивания прободной язвы ДПК; 3. При оценке отдаленных результатов самые высокие показатели качества жизни наблюдаются у больных после выполнения дуоденопластики; 4. Техника выполнения дуоденопластики, при прободной язве ДПК, доступна широкому кругу хирургов оказывающих экстренную помощь; 5. Целесообразно рассмотреть возможность включения дуоденопластики в перечень допустимых оперативных вмешательств при формировании национальных клинических рекомендаций «Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки».

---

#### 701. ТРАВМАТИЧЕСКАЯ АСФИКСИЯ

Колесников В.В., Рахимов Б.М., Козлов В.В., Кутепов Е.Н., Конков М.Н.

Тольятти

Тольяттинская Городская Клиническая Больница № 5

Травматическая асфиксия (ТА) является одним из видов закрытой травмы, результатом форсированного одномоментного сдавления грудной клетки и живота на вдохе. Осложненная форма ТА сопровождается повреждением груди, живота, опорно-двигательной системы и развитием синдрома длительного сдавления. В мирное время ТА встречается у 0,2% всех пострадавших, а при закрытых повреждениях груди и живота от 1,1 до 11,6%. Мы располагаем клиническим опытом лечения 48 пострадавших с травматической асфиксией. Из них: - 30(62,5%) были дети школьного возраста, поступившие в стационар одномоментно вследствие давки в толпе на путях эвакуации детского театра (не осложненная форма ТА). - 18(37,5%) взрослых пострадавших поступили с тяжелой сочетанной травмой при сдавлении груди и живота между вагонетками, медленно двигающимися механизмами, под колесами автотранспорта и грунтом при обвалах (осложненная форма ТА). Тяжелые сочетанные повреждения имели 18 пострадавших с ТА. Средний возраст - 42 года. Среди них были 4 женщины и 14 мужчин. Механизмом травмы у них было сдавление груди и живота между вагонетками, медленно двигающимися механизмами, колесами автотранспорта, обломками разрушенных зданий и грунтом при обвалах. Механические повреждения пострадавших были тяжелыми -  $7,96 \pm 0,4$  балла «ВПХ-П(МТ)» (ISS-  $23,2 \pm 0,4$ ). Повреждения, требующие неотложных и срочных вмешательств, были многообразны: множественные переломы ребер, разрывы легких, двухсторонние гемо-пневмотораксы, переломы ключиц, лопаток, плеча, повреждения органов брюшной полости и гемоперитонеум. Среднее число поврежденных анатомических областей – 3,5. При этом характерным было то, что индексы тяжести анатомических областей - груди и живота (ведущих повреждений) были равновеликими (2,73 и 2,79 балла «ВПХ-П(МТ)», соответственно). Крайне тяжелое состояние пострадавших -  $34,3 \pm 0,4$  балла «ВПХ-СП» (индекс Алговера – 1,42) определяли геморрагический шок, ОДН (отек легких, РДСВ), кома, вызванная отеком мозга и нарушения ритма сердца. Всем 18 пострадавшим проводили продленную ИВЛ через назо-трахеальную трубку, неотложные и срочные операции. Респираторная терапия проводилась аппаратами ИВЛ (PURITAN BENNET- 7200) преимущественно в режимах SIMV и CPAP. Из-за нестабильности показателей гемодинамики, обусловленной, в основном, продолжающимся кровотечением, у 8 пострадавших выполнили операции (манипуляции) по неотложным показаниям - ушивание ран печени, селезенки, почки, спленэктомия, дренирование плевральной полости при гемотораксе (реинфузия излившейся крови) и напряженном пневмотораксе. Кожный покров всех 18 пострадавших выглядел багово-синим, а в тяжелых случаях приобретал почти черный цвет, в то время как нижняя половина туловища оставалась бледной (симптом декольте). В области головы, шеи, грудной клетки, верхних конечностей имелись мелкие петехиальные кровоизлияния. Пропитывание кожи кровью предупреждалось любым внешним давлением. Так, на месте плотного прилегания одежды к коже (воротник, строчные швы рубашки, майка, бюстгальтер) контурировались полосы бледной окраски. С другой стороны, в нежных субконъюнктивальных тканях экстравазирование имело более выраженный характер. Для всех пострадавших были характерными периорбитальный отек, гематомы век, субконъюнктивальные кровоизлияния и гемофтальм, а также нарушение зрения вследствие кровоизлияния в ретробульбарную клетчатку, стекловидное тело, сетчатку и зрительный нерв. Кровоизлияния на слизистой оболочке носа, языка, рта, зева, гортани сопровождалась охриплостью голоса, носовым оттенком речи, иногда афонией. Лица их, как правило, были одутловатыми, губы и веки отечны. При бронхоскопиях мы выявляли гематомы и кровоизлияния в подсвязочном пространстве гортани, трахее, бронхах. Слух часто был снижен вследствие стаза венозной крови в капиллярах улитки и пареза n.vestibulocochlearis. Цианотическая окраска кожи постепенно уменьшалась и через 2-3 недели проходила. Кровоизлияния на слизистых оболочках и склерах исчезли через 1,5-2 месяца. Средняя длительность респираторной поддержки у пострадавших с ТА составила 1-2 суток, в 3 наблюдениях - 14 дней. Средняя длительность пребывания в ОРИТ - 6 суток. В остром периоде травмы, в течение 48 часов от шока погибло 2(11%). Общая же летальность (n=48) составила 4,2%. **ВЫВОДЫ** 1. Осложненная форма ТА являлась разновидностью тяжелой сочетанной травмы ( $7,96 \pm 0,4$  балла «ВПХ-П(МТ)» и  $34,3 \pm 0,4$  балла «ВПХ-СП»). При этом индексы тяжести ведущих повреждений - груди и живота были равновеликими (2,73 и 2,79 балла «ВПХ-П(МТ)», соответственно). 2. При массовом поступлении пострадавших с ТА ключевое значение в исходе имеют вопросы организации и протокольной (ATLS) тактики оказания неотложной помощи. 3. Исход не осложненной формы ТА как правило благоприятный, при осложненной форме ТА летальность достигает 11% (ISS-  $23,2 \pm 0,4$ ).

Михайличенко В.Ю., Миминошвили О.И., Ерошкин А.А., Шестопапов Д.В.

Симферополь

Кафедра общей хирургии Медицинской академии имени С. И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского»

Лечение ишемии верхних конечностей за счет поражения дистальных отделов артериального русла проблематично, в связи с невозможностью восстановления магистрального кровотока. Поэтому лечение данной категории больных направлено на стимуляцию коллатерального кровотока, которому соответствует эффект грудной симпатэктомии. В основу работы положен совместный анализ 142 торакоскопических симпатэктомию выполненных по поводу облитерирующих заболеваний артерий верхних конечностей, из них болезнь/синдром Рейно был у 67 пациентов (47,2%), облитерирующий тромбангиит – 11 (7,7%), позиционный синдром – 2 (1,4%) и посттромботические или постэмболические хронические окклюзии – 62 (43,7%). Средний возраст пациентов был 42,8±7,3 лет, мужчин было 98 (69%), женщин – 44 (31%). Большинство пациентов было трудоспособного возраста, длительность заболевания была в среднем 1,5±0,7 года. У 67 пациента (47,2%) были акральные некрозы пальцев кистей пораженной конечности, болевой синдром в конечности был у 132 пациентов, что составило 93%. Среди больных с синдромом Рейно, причиной CREST-синдром был у 4 (6%), склеродермия в чистом виде у 14 (20,9%), болезнь Рейно – 27 (40,3%), вибрационная болезнь – 8 (11,9%), СКВ – 12 (17,9%), хроническая интоксикация различной этиологии – 2 (3%). Торакоскопическую симпатэктомию выполняли по классической методике на уровне Th2-3. Количество правосторонних торакоскопических симпатэктомию (ТСЭ) было 94 (66,2%), левосторонних 23 (16,2%) и двусторонних – 25 (17,6%). Среднее время операции составило 32,5±12,4 мин. Из прооперированных пациентов 37 пациентов (26,1%) имели хороший результат, удовлетворительный 73 (51,4%) и неудовлетворительный – 32 (22,5%). Выводы. В результате анализа полученных данных, мы видим, что торакоскопическая симпатэктомия является эффективным методом лечения хронических облитерирующих заболеваний артерий верхних конечностей у самой тяжелой категории больных, которым не возможно технически выполнить реваскуляризирующую операцию, как правило по причины закрытия периферического сосудистого сегмента. Сохранение конечности, а также улучшение качество жизни у пациентов после ТСЭ, подчеркивают актуальность данного оперативного вмешательства.

---

703. Повышение качества жизни у пациентов с ранними восстановительными оперативными вмешательствами с раком ободочной кишки IV стадии после ликвидации острой кишечной непроходимости

Миминошвили О.И. (1), Михайличенко В.Ю. (2), Сабодаш А.В. (1)

Донецк 2) Симферополь

1) Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака 2) Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

Несмотря на значительные успехи достигнутые в хирургии рака ободочной кишки, ряд вопросов касающихся социальной адаптации и объема операции с раком 4 ст остаются дискуссионными. Цель: изучить показатели качества жизни у больных с ранними восстановительными оперативными вмешательствами с раком ободочной кишки IV стадии. Материал и методы исследования. Нами был прооперирован 82 пациента, с раком ободочной кишки IV стадии осложненный ОКН в период с 2007 по 2015 года. Всем больным было выполнено удаление основного очага опухоли по типу Микулича, несмотря на отдаленные метастазы. Больные разделены на 2 группы: в 1 группу - 41 пациент, у которых в последующем не выполнялись восстановительные операции; во 2 группу – 41 пациентов, которым через 40-50 дней после операции выполнялось восстановление кишечной непрерывности. Результаты и обсуждение.

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

Установлено, что у больных с обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза, при благоприятном течении послеоперационного периода, происходит угнетение активности ПОЛ и восстановление АОС, на фоне стабилизации показателя МСМ. В случае гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде к 3 суткам наблюдается более прогрессивная активации ПОЛ, с грубой деактивацией АОС, причем показатель эндотоксикоза прямопропорционально повышается. Через 3 месяца после оперативного лечения, в 1 группе свою жизнь как «хорошую» и «удовлетворительную» расценивает 18 пациентов, что составило 43,9%. Во второй группе данные показатели были – 39 (94,1%) пациентов. В срок через 6 месяцев в 1 группе количество пациентов с качеством жизни «неудовлетворительное» было 28 (68,3%), а во 2 группе 3 (7,3%). Несмотря на то, что количество пациентов «хорошим» и «удовлетворительным» качеством жизни незначительно снизилось в обеих группах, тем не менее во 2 группе данные показатели были гораздо лучше. В срок через 9 месяцев качество жизни как «хорошее» расценило 3 (7,3%) пациентов во 2 группе, в 1 – уже не было не одного пациента. «Удовлетворительное» в 1 группе считало 9 (22%) против 26 (63,8%) во 2 группе и «неудовлетворительное» 32 (78%) в 1 группе и 12 (29,3%). Более в отдаленные сроки мы не проводили исследование, так как 92% не доживало до срока 12 месяцев в обеих группах, что связано с прогрессированием основного заболевания. Выводы. Следует подчеркнуть, что мы не получили достоверной разницы в данных по увеличению срока жизни в обеих группах, это объясняется тем, что восстановительные операции имеют смысл в улучшении качества жизни пациентов и реабилитации, исход их изначально известен.

---

704. Диагностика повреждений печени у больных с сочетанной травмой

Владимирова Е.С., Алексеечкина О.А., Попова И.Е., Черная Н.Р.

Москва

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, директор, член-корр. РАН Хубутя М.Ш.

Введение: Повреждения печени относятся к наиболее тяжелой травме и требуют комплексной диагностики и лечения. Если при ЗТП летальность в 2001 г. составляла 50–31%, то в настоящее время 10–15%. Исход лечения травмы печени во многом определяется своевременной диагностикой и выбором оптимальной тактики лечения. Целью исследования явилось изучение эффективности использования комплекса диагностических методов в оценке тяжести травмы печени, выбор оптимального метода лечения. Материал и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 668 пострадавших с ранением печени и 421 пострадавший с закрытой травмой печени, поступивших в НИИ СП им. Н.В.Склифосовского за последние 30 лет. Для оценки тяжести травмы печени была использована международная классификация Moore 1986 г. Современные методы исследования – УЗИ, РКТ, ангиография дают объективное представление о характере повреждений органов брюшной полости. Каждый из методов имеет свои четкие показания и при адекватном использовании обеспечивает получение достаточно полного объема информации, необходимого для принятия решения по тактике – консервативное или оперативное лечение (экстренное или отсроченное) или мининвазивное вмешательство, а также позволяет прогнозировать исход и возможность осложнений. Наиболее доступным и экономически оправданным методом, обеспечивающим уже на первом этапе реализации диагностического алгоритма получение необходимого объема информации, является УЗИ, которое позволяет определить тяжесть повреждения органов брюшной полости и наличия гемоперитонеума. Исследование проводится непосредственно у постели больного независимо от тяжести состояния и типа телосложения пациента. Ограничением к проведению исследования является только наличие подкожной эмфиземы. Первое УЗИ осуществляется в момент поступления пострадавшего в отделение реанимации или операционную. Для постановки диагноза и выявления гемоперитонеума при ЗТП в большинстве случаев проводят динамическое исследование через 2–3 часа и в дальнейшем по показаниям. Гемоперитонеум, обнаруженный более чем в двух областях живота, указывает на его значительное распространение, что является показанием к экстренному оперативному вмешательству. При стабильной гемодинамике и скоплении жидкости в одной области – под печенью, пространстве Марисона или под диафрагмой справа показано консервативное лечение, и только в случаях накопления жидкости в этих областях должна

выполняться лапаротомия. УЗИ дает возможность оценить исходную тяжесть травмы печени и состояние паренхимы органа, как до операции, так и послеоперационном периоде. В зависимости от изменений паренхимы появляется возможность прогнозировать посттравматические осложнения. УЗИ очаговых изменений паренхимы печени (гематома, билома, билиогематома) в дуплексном режиме с использованием доплерографии должно проводиться с целью выявления кровотока в этих образованиях (для исключения ложной артериальной аневризмы) для предупреждения двух-моментного разрыва. Уточнение величины, распространенности, локализации, объема гематомы или ушиба обеспечивает компьютерная рентгеновская томография (КТ), особенно томография с болюсным контрастным усилением, выполняемая в различные сроки после травмы: в первые часы при поступлении, 3–7 сутки, 10–14 сутки после операции. При нестабильных гематомах печени с подозрением на наличие ложной артериальной аневризмы) и в случаях гемобилии должно проводиться ангиографическое исследование. Ангиография (АГ) у этой группы пострадавших позволяет оценить состояние вне и внутри печеночных сосудов, выявить характер кровоснабжения органа, изменения положения сосудов на фоне очаговых поражений, экстравазации, артерио-венозные, артерио-билиарные и венозно-билиарные соустья. В выборе хирургической тактики решающее значение имеют степень гемодинамических нарушений и сроки с момента травмы. В первую очередь необходимо проведение гемостаза, особенно в ситуациях тяжелой травмы печени. Использование приема сдавливания абдоминального отдела аорты сосудистой вилкой ниже диафрагмы на 15–20 минут выполнено у 30 больных, у 40 пациентов применяли сдавление печеночно-двенадцатиперстной связки (прием Pringl (6)), наружное сдавление печени руками при обширных разрывах паренхимы осуществлено у 15 больных. Временное сдавление аорты и печеночно-двенадцатиперстной связки позволяло устранить кровотечение из поврежденной паренхимы без необратимых расстройств кровообращения в печени и тонкой кишке у всех больных. В случае кровотечения из поврежденных печеночных вен у 20 больных использовали прием наружного сдавливания печени руками, что обеспечивало уменьшение темпа кровотечения и являлось профилактикой воздушной эмболии. В то же время следует подчеркнуть, что ни один из этих методов временного гемостаза не может гарантировать полный гемостаз. Помимо наложения швов на раны паренхимы, у 45 пострадавших осуществляли тампонаду разрыва большим салником на ножке, у 42 – резекцию паренхимы печени по типу первичной хирургической обработки, у 24 – атипичную ре Пункция, дренирование и санация нестабильных, не имеющих кровотока, жидкостных объемных посттравматических образований у 73 больных, полностью предупреждала развитие у больных гнойного холангита, двухмоментного разрыва органа. Эндоваскулярный гемостаз у 54 больных с травмой печени является на современном этапе методом выбора у больных с повреждением артериального компонента сосудистой сети поврежденного органа. Селективная ангиография с использованием различного рода эмболизатов позволяет достаточно atraumatically решать проблемы геморрагии, как в случаях формирования ложных артериальных аневризм 38, артериовенозных соустьев 6, так и при гемобилии 12. Выводы. Современные инструментальные методы диагностики УЗИ, УЗДГ, КТ и АГ позволяют оценить характер травмы, определить тактику лечения, ведение посттравматических осложнений печени, оказать своевременное диапевтическое пособие при минимальной травматизации окружающих тканей, обеспечить адекватную санацию посттравматических объемных образований, а при травматических ложных аневризмах их эмболизацию, сокращая сроки лечения и снижая экономические затраты.

---

705. Атипичные радиочастотные резекции печени у больных с метастазами рака прямой кишки

Муравьев А.В., Линченко В.И.

Ставрополь

СтГМУ

По данным публикаций последних лет, имеется явная тенденция к росту заболеваемости раком прямой кишки во всем мире. Более чем 20—25 тыс. новых случаев рака прямой кишки ежегодно устанавливается в России. К сожалению, на момент установки этого диагноза выявляются отдаленные метастазы в печень у 7–10 % больных. Продолжительность жизни у этих больных без специфического лечения не превышает 1 года.

В большинстве случаев этим больным отказывают в проведении лечения. Цель исследования: оценить результаты атипичных радиочастотных резекций печени при метастазах рака прямой кишки. Материал и методы: нами изучены результаты лечения больных раком прямой кишки с единичными или несколькими (до 4—х) метастазами в печень, пролеченных в краевом колопроктологическом отделении ГБУЗ «2-я городская клиническая больница» г. Ставрополя за период 2011—2014 год. Всего было 17 больных, что составило 9,5% от всех больных раком прямой кишки. Мужчин было 11, женщин — 6. Диагноз рака верифицирован у всех больных, метастазы в печень обнаружены при МРТ. Перед оперативным вмешательством всем больным проведён курс лучевого лечения. Всем больным выполнена низкая передняя резекция прямой кишки (опухоли локализовались в средне и верхнеанулярном отделах прямой кишки) и атипичные резекции печени системой радиочастотной дистракции «RITA 1500х» по методике Nabiba. Шести больным выполнена атипичная радиочастотная резекция левой доли печени по поводу 2-3 метастазов; четырем больным — резекция 7 сегмента печени по поводу единичных метастазов; 3 больным резекция 7 сегмента с переходом на 8 (1 метастаз); трем пациентам — резекция 8 сегмента (единичные метастазы) и одному—резекция 5 сегмента печени (1 метастаз). Всем больным в послеоперационном периоде проведена адьювантная химиотерапия. Результаты: нами прослежены результаты лечения у всех больных от 1 до 3 лет. У одного больного через месяц после операции образовалась беломо, под контролем УЗИ произведена пункция, эвакуация содержимого. Всем больным с целью контроля выполнялись УЗИ, КТ и МРТ исследования через 3, 6 и 12 месяцев после операции. Рецидива заболевания и повторных метастазов в печень не выявлено у 12 больных. Четверо больных, оперированных в 2011-2012г., умерли от прогрессирования онкопроцесса. Один больной умер от сопутствующих заболеваний. Выводы: при лечении рака прямой кишки с метастазами в печень целесообразно выполнять радикальную операцию по поводу рака прямой кишки и атипичные радиочастотные резекции печени по поводу метастазов, это даёт возможность увеличить продолжительность жизни пациентов и улучшает её качество.

---

706. Оптимизация методов лечения гнойно - воспалительных осложнений у больных после ампутации нижних конечностей по поводу диабетической ангиопатии

Измайлов А.Г.(1), Доброквашин С.В.(1), Волков Д.Е.(1), Пырков В.А.(2), Закиров Р.Ф.(2), Давлет - Кильдеев Ш.А.(2)

Казань

ГБОУ ВПО "Казанский ГМУ" Минздрава России (1) ГАУЗ "Госпиталь для ветеранов войн" (2)

Сахарный диабет остается одной из наиболее важных медико – социальных проблем современного здравоохранения, приводя к ранней инвалидизации и летальности больных. В хирургических отделениях число больных с сопутствующим сахарным диабетом достигает до 20%, при этом гнойные осложнения в данной группе больных встречаются в среднем в 20 раз чаще. Частота послеоперационных раневых осложнений при ампутации бедра составляет от 23,1 до 41,8 % и на протяжении многих лет не имеют тенденции к снижению. Предрасположенность больных сахарным диабетом к инфекции обусловлена двумя причинами. Первая включает нарушение иммунных сил организма и вторая причина – это вторичные нарушения органов и систем, которые подтверждаются наличием нейро- и ангиопатий. Инфицирование у больных сахарным диабетом может возникнуть после незначительных травм, но чаще воротами инфекции являются трофические язвы, возникающие как следствие периферической нейропатии. При инфицировании язвы могут развиваться: остеомиелит плюсневых и фаланговых костей, некротическая гангрена стопы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 49 больных в возрасте от 52 до 82 лет с диабетической ангиопатией, у которых имелись гнойные осложнения мягких тканей за период с 2011 по декабрь 2014 года, по материалам хирургического отделения ГАУЗ Госпиталь для ветеранов войн г. Казани. Среди них женщин составило 31 (63,3%) и мужчин 18 (36,7%). Средняя длительность заболевания сахарным диабетом составило 12,4 лет. При оказании помощи таким больным мы придерживаемся комплексного подхода к лечению. Цель хирургического лечения направлено на органосохраняющие операции и заключалось: вскрытие гнойников, адекватная некрэктомия, очищение раны механическим путем при

помощи скальпеля. Обязательным обследованием больных с диабетической ангиопатией было ультразвуковое доплерографическое исследование сосудов (УЗДГ), консультация ангиохирурга и эндокринолога. Большое значение придается местному лечению раны, в зависимости от фазы раневого процесса: в начале используется энзиматическое очищение раны, повязки на основе полиэтиленгликоля (левомиколь, левосин), клеевые лечебно – профилактические композиции и клеевые пасты на основе препарата ксимедона в зависимости от фазы раневого процесса (патенты на изобретение РФ №2361388, №2348396, №2343922, №2354379). Антибактериальная терапия с использованием препаратов широкого спектра действия. Нами широко используются следующие комбинации антибиотиков (цефалоспорины II – III поколения с метронидазол в/в, ципрофлоксацин в/в). Проводилась сосудистая терапия, рациональная инсулинотерапия, контроль глюкозы крови, своевременная коррекция и профилактика других осложнений диабета. По УЗДГ артерий нижних конечностей имелся высокий уровень окклюзии магистральных артерий, поэтому ампутацию у 4 (8,2%) больных проводили на уровне верхней трети бедра. Во время операции для обработки раневой поверхности перед ушиванием послеоперационной раны, нами использовано разработанное устройство (патент РФ № 21877972), которое содержит в себе хвостовик и головину с абразивным покрытием, отличающееся тем, что абразивное покрытие выполнено из лекарственного средства ксимедона, а хвостовик выполнен для закрепления в патроне хирургической электродрели. Устройство работает следующим образом. В зависимости от площади и рельефа обрабатываемой раневой поверхности выбирают нужные размеры и формы головки. Далее хвостовик зажимают в патрон хирургической дрели и устройству придают вращательное движение. Рану обрабатывают поверхностью устройства, на которой нанесен абразивный материал. Скорость вращения данного устройства составила 1450 оборотов в минуту. В качестве абразивного материала использовался 10% водный раствор ксимедона. Обработку раневой поверхности прекращали при появлении слабого кровотечения из тканей послеоперационной раны. С 2011 по 2014 года произведено 4 (8,2%) ампутации бедра по поводу некротической гангрены, в 45 (91,8%) случае ограничили ампутацией пальцев стопы.

---

#### 707. Диагностика и лечение нарушений мезентериального кровообращения

Ермолов А.С., Ярцев П.А., Лебедев А.Г., Жигалкин Р.Г., Тарасов С.А.

Москва

ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ

Актуальность: Благодаря техническим достижениям последнего времени в области лучевой диагностики и интервенционной хирургии, ряду медицинских учреждений удалось достичь значимых положительных результатов на пути ранней диагностики и лечения острых нарушений мезентериального кровообращения (ОНМЗК), преимущественно тромботической и эмболической этиологии. Незаслуженно мало внимания уделяется проблеме диагностики и лечения неокклюзионных нарушений мезентериального кровообращения, грозным осложнением которого являются сегментарные неокклюзионные инфаркты кишечника. Инструментальные данные о сохраненном магистральном мезентериальном кровотоке при неокклюзионной ишемии кишечника в сочетании с неясной интраоперационной макроскопической картиной на ишемической стадии ОНМЗК часто приводят к диагностическим ошибкам. Цель: Улучшить результаты диагностики и хирургического лечения больных с ОНМЗК. Материалы: проанализирована клиническая документация 140 больных у которых диагноз ОНМЗК был верифицирован интраоперационно и по результатам аутопсий. Распределение больных с учетом возраста и пола показало, что средний возраст больных составил  $65,2 \pm 1,8$ , при этом более половины (58,6%) - в возрасте 60-85 лет. Мужчин было 45,7%, женщин 54,3%. Методы: Для улучшения результатов лечения нарушения мезентериального кровообращения в диагностических целях выполнялась видеолaparоскопия, а интраоперационно применялся метод лазерной доплеровской флоуметрия (ЛДФ). Использовался аппарат BLF-21 (Transonic Systems Inc., США). Метод ЛДФ позволяет исследовать тканевую перфузию в 1 кубическом мм ткани, с последующим расчетом объемной скорости кровотока (мл/мин/100 г ткани). Измерение кровотока проводилось как в тонкой, так и в толстой кишке: каждые 20 см начиная от связки Трейца и до сигмовидной



кишки; при наличии измененных участков - в центре зоны ишемии/некроза, далее по видимой границе повреждения, а затем на удалении 5, 10 и 15 см от границы. Результаты: 53 пациентов диагноз ОНМЗК установлен на этапе диагностической лапароскопии, при этом у 21 (39,6%) больных клиническая картина признана инкурабельной, а у 8 (15,1%) больных лапароскопия проводилась дважды. Трудности для ВЛС диагностики возникли при ишемической стадии заболевания, в связи с маловыраженной макроскопической картиной для оценки трофических расстройств. Таким образом чувствительность лапароскопии при подозрении на ОНМЗК по нашим данным составила 84,9%. Лапаротомия была выполнена 119 пациентам, а резекция кишки выполнена у 73 (61,3%) пациентов. Из них 50 больным жизнеспособность кишки и границы резекции определялись на основании макроскопических данных. В этой группе повторные вмешательства были выполнены у 8 (16%) пациентов. В 4 (8%) случаях отмечено прогрессирование некроза кишки. У больного перенесшего резекцию подвздошной кишки и правой половины толстой кишки с выведением еюностомы развился некроз выведенной кишки. У другой пациентки после субтотальной резекции тонкой кишки и еюотрансверзостомии прогрессировал некроз слепой и восходящего отдела ободочной кишки. У 2 больных была несостоятельность еюотрансверзоанастомоза после резекции подвздошной и правой половины толстой кишки. В остальных случаях релапаротомии носили ревизионно-санационный характер. Оценка микроциркуляции в стенке кишечника методом ЛДФ проводилась у 23 больных. Полученные данные ЛДФ применялись для определения границ резекции. Средние показатели перфузии в стенке толстой и тонкой кишки не отличались. Средняя величина перфузии в участках неизмененного кишечника у пациентов с нарушением кровоснабжения составила  $20,98 \pm 3,04$  мл/мин/100 г ткани, в контрольной группе  $22,47 \pm 3,47$ . В некротизированном кишечнике перфузия не регистрировалась. В зоне ишемии отмечались следующие показатели: по границе ишемии/некроза  $3,42 \pm 0,73$  мл/мин/100 г ткани, на расстоянии 5 см от границы ишемии/некроза  $7,68 \pm 2,55$  мл/мин/100 г ткани, на расстоянии 10 см от границы ишемии/некроза  $12,11 \pm 1,83$ , на расстоянии 15 см  $17,96 \pm 1,43$ , зона 20 см от границы ишемии/некроза соответствовала нормальным показателям. Чувствительность метода ЛДФ составила 95,6%. Таким образом резекция кишки и формирование анастомозов безопасно на расстоянии 20 см от видимой границы некроза. Из 23 больных, двоим (8,7%) была выполнена санационная релапаротомия. Случаев прогрессирующих некрозов и несостоятельности анастомозов не установлено. Выводы: учитывая сложность видеолапароскопической диагностики на основании макроскопических данных, а также эффективность данных полученных методом ЛДФ при открытых вмешательствах, целесообразно разработать диагностический метод сочетающий возможность использования ЛДФ при видеолапароскопии.

---

708. Латерально распространяющиеся опухоли толстой кишки. Эндоскопическая диагностика и лечение.

Габриэль С.А., Гучетль А.Я., Крушельницкий В.С.

Краснодар

ГБУЗ ККБ №2

Введение: колоректальный рак занимает 2-3 место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта и составляет 4-6 % в структуре злокачественных новообразований всех локализаций. Среди предраковых заболеваний толстой кишки ведущая роль отводится полиповидным образованиям. Наиболее сложными для эндоскопической диагностики и удаления являются так называемые «плоские» образования - латерально распространяющиеся опухоли (син. LST-аденомы, продольно растущие аденомы). В таких образованиях продольные размеры намного превышают поперечные, а вертикальный тип роста не выражен. Поверхность их обычно шероховатая, мелкозернистая, кровоточивая (Сотников В.Н. с соавт., 2006). Эндоскопическая резекция слизистой оболочки является операцией выбора в удалении таких образований. Цель: определение эффективности эндоскопической резекции слизистой оболочки в лечении пациентов с LST-аденомами толстой кишки. Материалы и методы: за период 01.01.2013г.-01.01.2015г. в эндоскопическом отделении ГБУЗ ККБ № 2 г.Краснодара выполнено 25 эндоскопических резекций слизистой оболочки толстой кишки по поводу LST-аденом толстой кишки у пациентов в возрасте от 45 до 85 лет. Размером до 30 мм было 10 новообразований (40%), от 31-40 мм 8

671

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

новообразований (32%), больше 40 мм было 7 новообразований (28%). Проведя анализ гистологической структуры удаленных новообразований ворсинчатые опухоли толстой кишки с дисплазией низкой и умеренной степени были выявлены в 12 случаях (46%), ворсинчатые опухоли с дисплазией высокой степени в 10 (42%), C-г in situ диагностирован у троих в пациентов (12%). В левой половине толстой кишки локализовались 65 % удаленных новообразований, 35 % в правой. Результаты и обсуждение: Все резекции выполнялись по методике «lift and cut», для создания гидравлической подушки мы применяли раствор глицерола, подкрашенный индигокармином. Средняя продолжительность вмешательств составила  $60 \pm 15$  минут. При выполнении анализируемых вмешательств было получено 2 осложнения (кровотечения во время вмешательства, оба остановлены эндоскопически). В 80 % случаев образования были удалены в один этап. В предлагаемые для контроля сроки явились около 85 % пациентов. Рецидива роста выявлено не было, диагностировано 2 случая роста мелких полипов в других отделах толстой кишки. Выводы: эндоскопическая резекция слизистой оболочки является достаточно эффективным и безопасным способом малоинвазивного лечения пациентов с LST-аденомами толстой кишки. Решающую роль в эффективности диагностики таких образований играет подготовка толстой кишки к исследованию.

---

709. Пластическое закрытие дефектов ран при гнойно-некротических осложнениях синдрома диабетической стопы

Ю.Р.Шагалеева, И.М.Сулейманов, В.К.Есипов, А.В.Федорова, А.Х.Халикова

Оренбург

ОрГМУ

Гнойно-некротические поражения при синдроме диабетической стопы (СДС) продолжают оставаться наиболее актуальной проблемой гнойной хирургии. Улучшение результатов хирургического лечения раневых и язвенных дефектов стопы при СДС в настоящее время связывают с предельно возможным сохранением опорной функции пораженной конечности. Целью данного исследования является улучшение результатов комплексного лечения гнойно – некротических осложнений у больных с синдромом диабетической стопы. Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты оперативного лечения 211 больных с раневыми и язвенными дефектами, у больных гнойно-некротическими поражениями при СДС, которые находились на лечении в НУЗ ОКБ на ст. Оренбург ОАО "РЖД" с 2012 по 2014 г.г. Возраст больных варьировал от 20 до 80 лет. Сахарным диабетом (СД) 1 типа страдало – 12 больных, 2 типа – 199 больных. Мужчин – 113, женщин – 98. С нейроишемической формой СДС – 100 больных (47,4%), нейропатической – 73 больных (34,6%), ишемической – 38 больных (18,0%). В соответствии с принятой классификацией степени поражения по Wagner F.W.(1981г.), из 211 обследованных поражения стоп 1 ст. выявлено у 15(7,1%) больных; 2 ст. – у 44(20,9%) больных; 3 ст. – у 48(22,7%) больных; 4 ст. – у 66(31,3%) больных; 5 ст. – у 38(18%) больных. Таким образом, в структуре гнойно-некротических поражений нижних конечностей наиболее часто преобладала 3-я и 4-я стадия поражения стопы – 114(54%) больных. В условиях клиники были произведены различные виды операций в зависимости от уровня поражения и направлены на купирование гнойно-некротических процессов при синдроме диабетической стопы. Объем отдельных видов операций на стопе распределился следующим образом: экзартикуляции пальцев стопы – 26,8%, дистальные и проксимальные резекции стопы – 35,3%, различные виды некрэктомии 19,9%. У 18% больных случаи закончились ампутацией на уровне бедра или голени. У 129 больных (74,5%) первичная пластика на дренажно-промывной системе (ДПС) местными тканями. У 44 больных (25,5%) производилась вторичная пластика. Применялись следующие виды пластики: местными тканями у 29 больных (16,8%), расщепленным кожным лоскутом (по Тиршу) у 7 больных (4,1%), марочным способом по Ж. Ревердену – С. М. Янович-Чайнскому у 8 больных (4,6%). Таким образом, комплексная терапия пациентов с СДС при включении в нее кожной пластики позволяет избежать развития тяжелых осложнений, позволяет в более короткие сроки восстановить опорную функцию конечности, полной ликвидации раневого дефекта и более скорейшей физической и социальной реабилитации больного.

672

## 710. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Романенков С.Н., Сучков В.С., Логинов Е.В.

Нефтеюганск

БУ «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.И.Яцкив»

Введение. Авторами проведен анализ результатов лечения пациентов с механической желтухой. С целью диагностики причин, вызвавших механическую желтуху, и их лечения применены внутриспросветная и внутриполостная эндоскопия и чрескожные вмешательства под ультразвуковым и рентгеновским контролем. Использование эндовидеохирургических и навигационных технологий позволили значительно улучшить результаты лечения. Цель. Показать эффективность малоинвазивных методов диагностики и лечения заболеваний гепатобилиарной зоны, осложненных механической желтухой (МЖ). Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 847 пациентов с МЖ. Средний возраст пациентов  $59 \pm 7,1$  лет. Причиной МЖ у 233 (27,5%) пациента был холедохолитиаз, у 166 (19,7%) – папиллит, у 88 (10,4%) – опухоли головки или терминального отдела холедоха, у 59 (6,9%) – стриктуры терминального отдела холедоха. Транзиторные желтухи на фоне желчнокаменной болезни, острого холецистита и печеночной колики были у 301 (35,5%) пациента. Диагностика МЖ базировалась на данных анамнеза, клинических проявлений, лабораторных показателях, данных ультразвуковой сонографии органов брюшной полости (УЗИ), эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ), чрескожного чреспеченочного дренирования желчных протоков под УЗИ-контролем с холангиографией (ЧЧДЖП) и компьютерной томографии (КТ). Результаты и их обсуждение. Диагностический поиск в 100% случаев начинался с УЗИ органов брюшной полости. Следующим этапом было выполнение ЭРХПГ, по данным которой причина механической желтухи установлена в 98% случаев. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), как лечебная манипуляция, выполнена в 460 (54,3%) случаях у пациентов с холедохолитиазом, папиллитом, стриктурой терминального отдела холедоха. Механическая экстракция конкрементов (МЭК) проведена 181 (21,4%) пациентам, причем для 59 (6,9%) пациентов пожилого и старческого возраста - это явилось основным методом лечения, а для остальных ЭРХПГ с МЭК в предоперационном периоде позволило выполнить лапароскопическую холецистэктомию. Лечение начинали с проведения дезинтоксикационной терапии, которая включала экстракорпоральные методы детоксикации (плазмаферез). Оперативное лечение проведено 609 (71,9%) пациенту. Из них у 518 (61,2%) пациентов лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) после ЭРХПГ и МЭК в предоперационном периоде. Традиционная холецистэктомия в сочетании с холедохолитотомией выполнена у 91 пациентов (10,7%) с деструктивными изменениями стенки желчного пузыря, явлениями перитонита, крупными конкрементами холедоха. Операция заканчивалась дренированием холедоха или наложением билиодигестивных анастомозов. Из 88 (10,4%) пациентов с МЖ опухолевого генеза ЭПСТ, как лечебная манипуляция выполнена в 59 случаях. У 51 (6,0%) пациентов с опухолью терминального отдела холедоха или головки поджелудочной железы удалось при ЭРХПГ выполнить эндостентирование холедоха. ЧЧДЖП выполнено 23 (2,7%) пациентам. Холецистостомия под УЗИ-наведением, как первый этап декомпрессии, выполнена 8 (0,9%) пациентам. Однако, при неэффективном функционировании холецистостомы в 4 случаях выполнено ЧЧДЖП (в 1 случае - раздельное дренирование правого и левого протоков). В 9 (1,1%) наблюдениях на первом этапе для купирования МЖ выполнены паллиативные операции (билиодигестивные анастомозы). В 8 случаях 2-м этапом выполнено чрескожное чреспеченочное стентирование гепатикохоледоха с проведением стента в двенадцатиперстную кишку. Осложнения после ЭРХПГ с ЭПСТ зафиксированы в 12 (1,4%) случаях: в 4 (0,5%) - кровотечение из папиллотомной раны, в 6 (0,7%) - развился панкреонекроз (интенсивное консервативное и оперативное лечение), в 2 (0,2%) – перфорация ДПК (оперативное лечение). После холецистэктомии осложнения отмечены в 6 (0,7%) наблюдениях. Летальных исходов 8 (0,9%). Выводы. 1. Внутриспросветная эндоскопическая коррекция механической желтухи выполнена у 54,3% больных, в 21,4% случаев в сочетании с механической экстракцией конкрементов. 2. Оперировано 71,9 % пациентов, при этом у 61,2% выполнена лапароскопическая холецистэктомия. 3. Эндоскопическое стентирование и чрескожное

чреспеченочное дренирование желчных протоков под УЗИ-наведением привели к купированию механической желтухи опухолевого генеза в 88,9% случаев.

---

#### 711.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Алибегов Р.А., Касумьян С.А.,Сергеев О.А., Буцык И.В., Прохоренко Т.И., Игнатъев С.П., Жвитиашвили И.Д., Мелконян С.С.

Смоленск

СГМУ, Клиническая больница № 1

Цель исследования. Показать возможности развития лапароскопической хирургии в общехирургическом стационаре. Материал и методы. За период 2012-2014 гг. в клинике выполнено 436 лапароскопических операций при различных заболеваниях органов брюшной полости. Спектр вмешательств при онкологической патологии включал в себя: резекция прямой и ободочной кишки – 32, субтотальная резекция желудка – 9, гастрэктомия -1, резекция левой половины поджелудочной железы – 2, панкреатодуоденальная резекция - 1, резекция печени – 2, резекция тонкого кишечника – 3, реконструктивные операции на толстом кишечнике после операции Гартмана – 2. При доброкачественной патологии наиболее часто выполняли холецистэктомию из стандартного доступа - 268 и из единого доступа - 26. У 9 больных с холедохолитиазом произведена холангиоскопия, холедохолитотомия и наружное дренирование холедоха. Билиодигестивные анастомозы (холецистоэнтеро-, и холедоходуодено-анастомозы) сформированы в 8 случаях, причем в 3-х - сочетание с гастроэнтероанастомозом. При доброкачественных опухолях желудка у 3 больных произведена атипичная резекция желудка. Пластика паховых грыж трансабдоминальным методом сделана у 27 больных, послеоперационных вентральных грыж – у 24, пластика при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы – у 2, спленэктомия – у одного. Симультанные операции (холецистэктомию и пластика грыж) осуществлены у 16 пациентов. Результаты. Средняя длительность операции составила: при резекции прямой и ободочной кишки - 192 (120-330) мин; при резекции желудка - 140 (110-250) мин. В группе пациентов с онкопатологией осложнения после операций наблюдали у 3 (6%) больных, при этом жизнеугрожающее осложнение (перфорация тонкой кишки) потребовало повторной операции у одного больного. В группе больных с доброкачественной патологией осложнения развились у 5 (1,3%) больных, жизнеугрожающее осложнение (повреждение холедоха) - у одной больной. Конверсия выполнена у 8 (1,9%) больных. Летальных исходов после операций не было. Выводы. Лапароскопическая технология в абдоминальной хирургии позволяет значительно снизить травматичность вмешательств, добиться выраженного снижения болевого синдрома после операции, скорейшего восстановления и укорочения послеоперационного койко-дня, добиться максимального косметического эффекта. Несомненным преимуществом лапароскопической операции является хорошая визуализация и возможность выполнения симульных операций в различных отделах брюшной полости.

---

#### 712.ВОСПОЛНЕНИЕ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЧИ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУЖНЫМ ДРЕНИРОВАНИЕМ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Магомедов М.А., Османов А.О., Нажмуудинов З.З., Абдулжалилов М.К., Гусейнов А.Г., Дайитгаджиев К.К.

Махачкала

Дагестанская государственная медицинская академия, кафедра хирургии ФПК и ППС

Актуальность. Лечение пациентов с механической желтухой является актуальной проблемой хирургии желчных путей. Общеизвестным является использование различных вариантов наружного отведения желчи для уменьшения проявлений печеночной недостаточности и эндотоксикоза, обусловленных холестазом. При нарушении пассажа желчи даже в случаях частичного (менее 500 мл за сутки) или полного прекращения ее поступления в кишечник происходят выраженные нарушения пищеварения, всасывания продуктов переваривания жиров и жирорастворимых витаминов - А, Д, Е, К. Наружное отведение желчи, особенно при условии длительного существования приводит к увеличению энергетических затрат печени на синтез желчных кислот и глубоким нарушениям гомеостаза вследствие нарушения энтерогепатической циркуляции желчных кислот. Дефицит желчных кислот в кишечнике приводит к снижению бактерицидности желчи и избыточному бактериальному росту в кишечнике, нарушению гидролиза липидов, замедлению моторики билиарной системы и кишечника. Общеизвестный энтеральный путь введения через рот содержит элемент неэстетичности, а попадание желчи в желудок сопровождается воспалением слизистой оболочки желудка с развитием атрофического гастрита, отрицательно воздействует на выработку соляной кислоты. Цель исследования. Изучить эффективность применения предложенного нами способа восполнения дефицита желчи при наружном ее отведении у пациентов с механической желтухой. Материалы и методы. Проводя поиск наиболее эффективных препаратов для замены желчи, мы исходили из того, что адекватной заменой является применение третичных желчных кислот, безвредных для организма, и смеси лецитина с витаминно-аминокислотно-минеральным составом, максимально приближенной к составу желчи. В комплексное лечение пациентам включили разработанный состав, содержащий: урсодезоксихолевую кислоту (например урсосан, урсофальк) в дозе (12-15 мг/кг/сут (до 20 мг/кг) в 2-3 приема, эслидин (фосфотидилхолин 300 мг, метионин 100 мг, масло соевое 550 мг), по 1 капсул 3 раза в день во время еды и Милайф (биомассу мицелия гриба *Fusariumsambucinum*, входят 22 аминокислоты, ненасыщенные жирные кислоты, все витамины группы В, фолиевую и никотиновую кислоты, 26 жизненно важные макро- и микроэлементы) по 0,2г х3раза в день. Получен патент на изобретение №2532404 от 25.11.2014. Результаты. В клинике неотложной хирургии РБ №2 пациентам после операции наружного отведения желчи с целью восполнения желчи применяли разработанный состав у 15 пациентов. У основной группы пациентов выявлена положительная динамика биохимических показателей крови, билирубина, АЛТ и АСТ. Регулирование нарушенного процесса переваривания и всасывания жиров, о чем свидетельствует появление окрашенного кала, оживление перистальтики кишечника, снижается метеоризм. Выводы. Применение разработанного нами способа восполнения дефицита желчи при наружном ее отведении прост в применении, позволяет его применение при гепатите, воспалительных заболеваниях желудка и пищевода, печеночной и почечной недостаточности и циррозе печени.

---

### 713. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОБТУРИРУЮЩИМ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Магомедов М.А., Османов А.О., Нажмуудинов З.З., Абдулжалилов М.К., Гусейнов А.Г., Дайитгаджиев К.К.

Махачкала

Дагестанская государственная медицинская академия, кафедра хирургии ФПК и ППС

Актуальность. Рак ободочной кишки занимает третье место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями, уступая лишь раку легкого и молочной железы. Причиной поздней диагностики рака ободочной кишки является - длительное бессимптомное течение, неспецифичность ранней симптоматики, недостаточная онкологическая настороженность среди врачей, в связи с чем 50-89% больных поступают в хирургические стационары с различными осложнениями этого заболевания. Обтурационная толстокишечная непроходимость является одним из наиболее частых и тяжелых осложнений рака ободочной кишки. По данным литературы, частота ее колеблется от 30 до 76,8%. Цель исследования – определение оптимальной тактики в хирургическом лечении рака ободочной кишки, осложненной кишечной непроходимостью обтурационного характера. Материалы и методы исследования.

675

Ретроспективному анализу подверглись данные о 34 больных экстренно госпитализированных с опухолью толстой кишки, осложненной обтурационной кишечной непроходимостью в клинику неотложной хирургии ДГМА, расположенной на базе РБ-2 ЦСЭМП г. Махачкала, за 2012-2014 годы. По степени выраженности явлений кишечной непроходимости пациентов подразделили следующим образом: У 4(11,6%) пациентов кишечная непроходимость при поступлении компенсированной и субкомпенсированной стадии. В стадии декомпенсации доставлены 30(88,2%) пациентов, причём легкая степень декомпенсации у 3(8,8%), средней степени у 9(26,4%) пациентов, и у 18(52,9%) - декомпенсация тяжелой степени. Группа больных с острой (декомпенсированной) кишечной непроходимостью соответствовала следующим критериям: состояние больного - тяжелое; отсутствие отхождения газов и стула в течение нескольких дней; тошнота, многократная рвота; схваткообразные боли в животе; положительные перитонеальные симптомы; рентгенологически - чаши Клойбера. Общее состояние у 25(73,5%) пациентов расценено как средне тяжёлое и только у 9(26,4%) пациентов состояние тяжёлое. При обследовании у всех пациентов за исключением 3 больных, на обзорных рентгенограммах живота определялись признаки кишечной непроходимости – арки и чаши Клойбера. При осложненном раке толстой кишки первичная опухоль в 3(8,8%) локализовалась в илеоцекальной области. При раке ободочной кишки поражение правой половины 5 (14,7%). Поражение левой половины 12(35,2%), особенно преобладало поражение сигмовидной кишки 14(41,1%). Это подтверждает известное утверждение о том, что кишечная непроходимость опухолевого генеза - болезнь левых отделов ободочной кишки. В 2 случаях наблюдалось поражение прямой кишки, что составляет 5,8%. При анализе проведенного лечения установлено, что хирургическому лечению подвергнуто 30(88,2%) пациентов. Консервативному лечению подвергнуты 4(11,6%) больных, которые после рентгенологического (произведены ирригоскопии) подтверждения опухоли и разрешения кишечной непроходимости направлены в онкодиспансер на дальнейшее лечение. При экстренных радикальных вмешательствах на ободочной кишке чаще всего выполняли правостороннюю гемиколэктомию 8(26,6%), реже - резекцию сигмовидной кишки 10(33,3%) и левостороннюю гемиколэктомию 4(13,3%). При экстренных симптоматических операциях накладывали разгрузочные колостомы 8(26,6%). При раке прямой кишки симптоматическую операцию выполняли в объеме сигмостомии. Заключение. При локализации новообразования в правой половине ободочной кишки и резектабельности его (легкой и средней степени тяжести острой кишечной непроходимости) необходимо выполнять правостороннюю гемиколэктомию с формированием илеотрансверзоанастомоза. Если опухоль неудаима - формирование обходного илеосигмо, или илеотрансверзоанастомоза, или, что предпочтительно – петлевой илеостомы. При кишечной непроходимости тяжелой степени, даже при отсутствии технических сложностей, чревато высокой послеоперационной летальностью. Этим больным необходимо проводить двухэтапное оперативное лечение. При левосторонней локализации рака ободочной кишки операция не может быть завершена формированием толсто-толстокишечного анастомоза ввиду недостаточной подготовки толстой кишки и угрозы несостоятельности анастомоза. При легкой и средней степени тяжести декомпенсированной кишечной непроходимости операциями выбора при удалимых опухолях являются резекции с формированием колостом (по Гартману, Микуличу), а при неудаимости опухоли или при кишечной непроходимостью тяжелой степени показаны симптоматические операции, декомпрессивные колостомии. Таким образом, выбор способа хирургического лечения больных обтурирующим раком толстой кишки зависит от локализации опухоли, степени выраженности явлений кишечной непроходимости, стадии заболевания, а также от общего состояния пациента.

---

#### 714. ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ДИССОЦИАЦИИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ИЗОГЕННОЙ ТКАНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Михайличенко В.Ю., Василянская О.В., Древетняк А.А.

Симферополь

Кафедра общей хирургии Медицинской академии имени С. И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского»

Несмотря на значительные успехи в гормонокоррекции гипофункции щитовидной железы, они имеют ряд негативных последствий, что требует поиск новых способов решения данной проблемы. Цель работы было исследовать взаимосвязь гормонов щитовидной железы и иммунной системы при гипотиреозе в эксперименте и их коррекция гетеротопической трансплантацией ткани щитовидной железы изогенных доноров. Материал и методы. Экспериментальная часть работы выполнялась на крысах самцах породы Вистар-Кайота (№30), которым была выполнена тиреоидэктомия. Об интенсивности процессов ПОЛ судили по диеновым конъюгатам, ДК и малонового диальдегида. Определяли концентрацию  $\alpha$ -токоферола, супероксиддисмутазы и каталазы. В сыворотке животных определяли содержание иммуноглобулинов А, М, G иммуноферментным анализом на аппарате LabSystem. Оценивали кислородзависимую биоцидность нейтрофилов. Трансплантацию выполняли через 30 суток, после моделирования. Ткань щитовидной железы брали у крыс самцов Вистар-Кайота изогенной линии. трансплантацию выполняли в переднюю брюшную стенку, в межмышечное пространство. Результаты и обсуждение. При послеоперационном гипотиреозе, значительно повышаются показатели ДК и МДА, это происходит на фоне снижения активности антиоксидантных ферментов, так СОД снизилась с  $0,12 \pm 0,15$  до  $0,03 \pm 0,004$  Е/мг при  $t=14,06$ ,  $p < 0,001$ , снизилась активность каталазы, альфа-токоферола и восстановленного глутатиона. При этом повышаются значительно показатели МСМ. Развитие гипотиреоза сопровождалось увеличением содержания активных нейтрофилов в периферической крови и снижением их функционального резерва, а также значительным снижением концентрации иммуноглобулинов. При исследовании динамики гормонального фона, следует отметить, что концентрация Т3 и Т4 значительно снизилась на фоне возрастания показателя ТТГ. трансплантация ткани щитовидной железы приводило к нивелированию патофизиологических расстройств на срок до 6-8 месяцев. Однако у 35% животных на срок не более 4 месяцев, что связано с склерозом трансплантата. **ВЫВОДЫ.** Итак, гипотиреоз у животных приводит к снижению функциональных резервов кислородзависимой биоцидности нейтрофилов, на фоне повышения метаболических оксидативных процессов (ДК, МДА), сопровождающийся снижением уровня глутатиона. Параллельно с этим развиваются процессы эндотоксикоза, сопровождающиеся повышением МСМ. Все вышеперечисленные процессы происходят на фоне повышения концентрации ТТГ и снижения Т3, Т4. Гипотиреоз сопровождается снижением функциональной активности нейтрофилов и угнетением гуморального звена иммунитета, в виде снижения концентрации в сыворотке крови Ig G, М и А. Трансплантация ткани щитовидной железы в гетеротопическую позицию позволяет корректировать патофизиологические расстройства, однако эффект достигнут не у всех 100% животных.

---

715. Хирургическая тактика лечения больных мезентериальным тромбозом.

Татаршаов М.Х., Борлаков В.Р., Каракотова З.Б., Штымова И.А.

Черкесск, Россия

Медицинский институт, Сев.-Кав. ГГТА Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница

В последние годы отмечается значительный рост больных с мезентериальным тромбозом связанное с общим ростом числа пациентов с заболеваниями системы кровообращения. В структуре острых хирургических заболеваний мезентериальный тромбоз составляет 0.05-7.6 %. и является одной из наиболее тяжелых заболеваний в экстренной абдоминальной хирургии. Послеоперационная летальность, по данным разных авторов, по-прежнему остается высокой и достигает 80-97%. Высокая летальность при мезентериальном тромбозе зависит не только от трудности диагностики и поздней госпитализации больных, но и от выбора правильной тактики лечения, своевременного выполнения оперативного вмешательства. Цель исследования: разработка оптимальной хирургической тактики и улучшение результатов лечения при тромбозе мезентериальных сосудов. Материалы и методы. Нами обобщен опыт хирургического лечения 76 больных с

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

мезентериальным тромбозом с 2003 по 2014 г., мужчин 36 (47,4%) и женщин 40 (52,6%), в возрасте от 51 до 80 лет. Этиологическими факторами, являющимися причиной развития мезентериального тромбоза были следующие заболевания, а зачастую, их сочетание: атеросклероз сосудов и гипертоническая болезнь, мерцательная аритмия, сахарный диабет, ожирение, цирроз печени, рак, травма живота. Увеличение количества больных подтверждается тем, что, если с 2003 по 2010 гг в отделение поступило 40 (52,6%) пациентов, то за 2011-2014 гг госпитализировано 36 (47,4%) больных. Предоперационное обследование включало: общеклинические, рентгенологические, эндоскопические, морфологические, ультразвуковые и ангиографические исследования. Учитывая тяжесть состояния больных, обусловленное основным заболеванием и сопутствующей патологией, предоперационная подготовка проводилась в условиях реанимационного отделения в течение 2-6 часов. Объем оперативного вмешательства определялся в ходе операции, в зависимости от уровня мезентериального тромбоза и распространенности некротического процесса. В 16 (21,0%) наблюдениях, при диагностической эндовидеолапароскопии (10) и диагностической лапаротомии (6) выявлена тотальная гангрена тонкого кишечника, у двух из них с гангреной восходящего отдела ободочной кишки, что послужило основанием для отказа от продолжения оперативного вмешательства. Оперировано 60 (78,9%) больных. В 5 (8,3%) наблюдениях имело место сегментарный тромбоз ветвей верхней брыжеечной артерии с гангреной тонкой кишки различной протяженности, во всех наблюдениях выполнена резекция тонкой кишки с тонко-тонкокишечным анастомозом. Релапаротомия выполнена у одного больного по поводу продолженного тромбоза. Случаев летального исхода не было. В 47 (78,3%) наблюдениях при тотально-субтотальной гангрене тонкого кишечника выполнена обширная резекция тонкого кишечника с формированием еюно-илеоанастомоза, у 8 (17,0%) пациентов, при этом, подобного типа анастомоз формировался даже при коротком, до 10 см длине подвздошной кишки. Несостоятельности анастомоза, продолженного некроза петель кишечника, участвующих в формировании анастомоза не отмечено. В 16 (34,0%) наблюдениях операция завершена формированием илеоапендоанастомоза. Несостоятельность анастомоза отмечена у двух больных, в одном из них при продолженном тромбозе сосудов тонкокишечного сегмента. Илеотрансверзоанастомоз сформирован в 23 (49,0%) наблюдениях, у 5 (21,7%) из них при сочетанной гангрене тонкой и восходящего отдела ободочной кишки, у 15 (65,2%) больных при короткой, менее 60 см и ригидной петле тонкой кишки. Несостоятельность анастомоза отмечено в двух наблюдениях, очаговые некрозы до 1,0 — 2,0 см с перфорацией петли тощей кишки - в одном. Гемиколэктомия справа с илеотрансверзоанастомозом выполнена в 4 (6,7%) наблюдениях, обструктивная гемиколэктомия слева в 3 (5,0%) наблюдениях. У одной больной имело место тромбоз ветвей верхней брыжеечной артерии ниже места отхождения средней ободочной артерии, тромбоз левой ободочной артерии, заворот с некрозом сигмовидной ободочной кишки, выполнена субтотальная резекция тонкого кишечника, гемиколэктомия справа и слева, илеотрансверзоанастомоз, трансверзостомия дистальной культи. Выписана из отделения. Повторно госпитализирована через две недели с ограниченным нагноением подкожной клетчатки и двусторонней острой пневмонией, погибла через трое суток. Все оперативные вмешательства завершались назоинтестинальной интубацией оставшегося сегмента тонкой кишки. Ни в одном случае оперативное вмешательство не завершено формированием наружной тонкокишечной стомы. Следует отметить, что в 3 наблюдениях при первичном вмешательстве имело место признаки ишемии стенки тонкой кишки без некротических изменений, приглашенные сосудистые хирурги не смогли оказать эффективной помощи. Через 24, 30 и 36 часов больные были оперированы по поводу гангрены тонкого кишечника. Программированные видеолароскопии в послеоперационном периоде выполнены у 5 больных, в 1 наблюдении выявлена несостоятельность анастомоза. Релапаротомий по требованию выполнена в 7 наблюдениях: несостоятельность анастомоза - 2; очаговые некрозы стенки кишки - 2, в одном из них патология не была выявлена при видеолароскопии; продолженный тромбоз — 2; абсцесс брюшной полости — 1. Общая летальность составила 73,7% (умерло - 56 больных), послеоперационная — 70,0% (42 больных). Выводы: наличие жизнеспособной петли тонкой кишки любой протяженности при мезентериальном тромбозе является обоснованием для активной радикальной оперативной тактики. Программированная видеолароскопия и релапаротомия в сочетании с более активной релапаротомией по требованию позволяют улучшить результаты лечения больных тромбозом мезентериальных сосудов.

---

716.Новый вариант билиодигестивного анастомоза в лечении опухоли Клацкина



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

Меджидов Р.Т.(1), Магомедов Н.Н.(2), Абдуллаева А.З.(2), Магомедов Н.И.(2), Магомедов М.М.(2), Магомедов Р.З.(2)

Махачкала

1)ГБОУ ВПО "Дагестанская государственная медицинская академия" МЗ РФ2)ГБУ РД "Городская больница №1"

Холангиокарцинома воротной локализации является тяжелой формой опухолевого поражения гепатобилиарной системы. Главными задачами, который должны быть реализованы при этом, являются: предоперационная декомпрессии билиарного тракта (БТ), удаление опухоли в резектабельных случаях и оптимальное восстановление оттока желчи в желудочно-кишечный тракт. Многие хирурги отмечают и целесообразность строго отбора пациентов, у которых оправдано применение сложного оперативного вмешательства. Цель исследования. Оценить эффективность хирургического лечения холангиокарциномы воротной локализации. Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 54 пациента с высокой опухолевой обструкцией БТ. По классификации Bismuth-Corlett: 1-й тип имелся у 4 пациентов, 2-й – у 12, 3«а» - у 7, 3«b» - у 9, 4-й – у 22. У всех пациентов имелся синдром механической желтухи и в 23 (42,6%) наблюдениях явления холангита. Инфильтрация ткани в области ворот печени отмечена у 10 (18,5%) пациентов. Инвазия сосудистых структур имелась в 24 (44,4%) случаях. Декомпрессия БТ была проведена в 33 (61,6%) наблюдений – проксимальным доступом (ЧЧХС): наружное дренирование БТ – 23 (69,7), наружно-внутреннее дренирование – 10 (30,3%). Из 54 наблюдений резектабельными признаны 28 (51,8%) случаев. В 2-х наблюдениях, по результатам интраоперационной ревизии, мы воздержались от выполнения радикальных операций. Резекция протоков в изолированном варианте проведена в 14 наблюдениях. В 12 случаях резекция желчного протока (ЖП) сопровождалась с щадящей хиатальной резекцией печени. Формирование бигепатикоюностомы с изолированной по Ру петлей тощей кишки произведено в 12 (46%) наблюдениях, билиодигестивное соустье сформировано по разработанной нами методике (Патент РФ №2453280) в 14 (54,0%) случаях. Результаты и их обсуждение. Интраоперационные осложнения имелись в 6,1% наблюдений, послеоперационные осложнения отмечены в 15,1% наблюдений, явления холангита имели место у 36,4% пациентов, послеоперационная летальность составила 3,7%. В отдаленном послеоперационном периоде стеноз билиодигестивного анастомоза отмечен в 21,4% наблюдений. В одном наблюдении выполнена повторная реконструкция БТ, в 5 – перкутанное чрескожное наружно-внутреннее дренирование БТ. Рецидив заболевания до одного года отмечен у 31,4% пациентов. Пятилетняя выживаемость составила 14,8%. Заключение. Формирование билиодигестивного соустья на изолированной по Ру петле тощей кишки с тканями вокруг ЖП у ворот печени на «мигрирующих» силиконовых стентах является наиболее адекватным способом в плане профилактики рестенозов. Особенно данный вариант внутреннего отведения желчи показан в ситуации, когда после удаления опухоли обнажается три и более ЖП. Длина изолированной тощей кишки при этом должна быть достаточно протяженной.

---

717. Хирургическая тактика при тотальном панкреонекрозе в условиях формирования отграниченного барьера.

Меджидов Р.Т.(1), Магомедов М.М.(2), Курбанов Б.М.(2), Абдуллаева А.З.(2), Магомедов Н.Н.(2), Магомедов Р.З.(2)

Махачкала

1)ГБОУ ВПО "Дагестанская государственная медицинская академия" МЗ РФ2)ГБУ РД "Городская больница №1"

Проводимая в настоящее время интенсивная, комплексная терапия, во многих случаях, способствует формированию отграниченного тканевого барьера. Механизм данного процесса до конца не раскрыт, однако

имеются данные, разъясняющие формирование тканевой демаркации за счет отдельных очаговых внесосудистых отложений фибрина и лейкоцитарной инфильтрации. Цель исследования. Определить эффективность хирургического лечения тотального неинфицированного панкреонекроза в условиях формирования тканевого отграниченного барьера. Материалы и методы. Анализ подвергнуты результаты обследования и лечения 34 пациентов с неинфицированным панкреонекрозом. Мужчин – 13(38.2%), женщин 21(61.8%). Средний возраст- 44±3года. Сроки поступления в клинику с момента развития панкреонекроза - 103±16 суток. В 27 (79,3%) наблюдениях проведено лапароскопическое направленное дренирование брюшной полости, в 21(61,7%) – декомпрессия билиарного тракта БТ путем формирования холецистостомы. Всем пациентам выполнены клинические и биохимические исследования: УЗИ органов брюшной полости, МСКТ, МРТ, гастроскопия, холецистохолангиография (пациентам с холецистостомой). В 15(44%) наблюдениях выполнена - холецистэктомия, секвестрэктомия, дренирование ложа поджелудочной железы (ПЖ) и сальниковой сумки; в 5(14.7%)- холецистэктомия, холедохолитотомия, наружное дренирование БТ, секвестрэктомия, дренирование ложа поджелудочной железы и сальниковой сумки; в 9(26.5%) холецистэктомия, секвестрэктомия, операция Фрея; в 5(14.7%) холецистэктомия, холедохолитотомия, наружное дренирование БТ, секвестрэктомия, операция Фрея. Результаты. Умеренное кровотечение из ложа ПЖ отмечено у 1(3.0%) пациентки. В послеоперационном периоде в 1(3.0%) наблюдениях отмечена острая спаечная тонкокишечная непроходимость. В ближайшие и отдаленные сроки летальных исходов не отмечены. Нарушение углеводного обмена имеет место 16(47.5) наблюдениях. Все пациенты получают нутритивную поддержку (Берламин–модуляр, креон). Заключение. Современная интенсивная терапия, проводимая во всех случаях панкреонекроза, нередко оказывается эффективной. В эту группу больных входят и случаи с локализацией деструктивного процесса ПЖ путем формирования отграничительного барьера. Такой вариант течения процесса является более приемлемым для проведения радикального хирургического лечения с благоприятным клиническим исходом.

---

718.Лечение эмболеных флеботромбозов в системе НПВ - опыт 30 лет

Пан В.И.,Гордеев Н.А.,Мясникова М.О.

Санкт-Петербург

ПСПбГМУ им.акад.И.П.Павлова. Кафедра факультетской хирургии

Тромбозы глубоких вен системы нижней полой вены являются одной из актуальных проблем современной ангиологии и хирургии, в том числе среди пациенток акушерско-гинекологического профиля. Каждый больной, страдающий этим заболеванием, входит в группу риска внезапной смерти из-за высокой вероятности развития ТЭЛА. Часто причиной фатального исхода при этом являются несвоевременные или неадекватные действия как самих пациентов, так и лечащих врачей. Прогнозировать вероятность миграции тромба при поражении магистральных притоков в системе нижней полой вены на основании только клинических данных практически невозможно, все пациенты с данной патологией нуждаются в срочном проведении исследований, позволяющих объективно подтвердить этот диагноз. Это УЗДГ (дуплексное или триплексное сканирование), КТ, МРТ, флебография и т.д. При выявлении эмболеного характера тромба, особенно в глубоких венах крупного калибра и у пациентов, уже перенесших эпизоды ТЭЛА, для профилактики легочной эмболии наряду с известными методами консервативного лечения должны включаться и хирургические методы, одним из которых является каваклипирование. Клиника располагает опытом установки 130 кавафилтров разных конструкций (Mobbin – Udin, Grienfield, «Фирх», «Волан», «Песочные часы», конструкция Баллюзек-Гордеев) и 1040 каваклипс конструкции Гордеев-Баллюзек, Гордеев Н.А., В.М.Седов – Б.И. Фуревич. Каваклипсы были установлены по показаниям от уровня супраренального отдела 4 пациентам, на подвздошно-бедренный сегмент -9 пациентам и на инфраренальный отдел НПВ -1027 больным. В клинике факультетской хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова и в НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ с 1986 года для этих целей применяются оригинальные каваклипсы, разработанные на кафедре в 1986-1996-2001 г.г. Проведен анализ ближайших и отдаленных результатов установки 100 кавафилтров и 140 каваклипс на инфраренальный отдел НПВ.

Отмечено, что результаты каваклипирования существенно отличается в лучшую сторону по сравнению с применением кавафильтров разных конструкций. Так, тромбоз НПВ в зоне кавафильтра выявлен у 11 пациентов в отдаленные сроки наблюдения до 30 лет, несмотря на адекватную медикаментозную поддержку в послеоперационном периоде. Рецидивы ТЭЛА (мелких ветвей) с развитием хронической легочной гипертензии разной степени выявлены у 9 пациентов; Тромбозы НПВ в зоне кавафильтра у 12 больных с развитием синдрома нижней полой вены, ХВН II-III ст; паравенозные гематомы у 5 и дислокация устройства у 2-х наблюдаемых пациентов. После установки каваклипсы удалось избежать всех этих осложнений, характерных для кавафильтров, отмечены лишь забрюшинные гематомы у 2-х пациентов и развитие ХВН II ст. у 5 больных, у которых не выполнялась тромбэктомия. Обсуждение: Проблема профилактики ТЭЛА в наши дни сохраняет высокую актуальность. Данные отечественных и зарубежных публикаций показывают, что эта проблема пока еще сохраняет лидирующие позиции среди причин внезапной смерти, в том числе и внутригоспитальной. Еще недавно установка кавафильтров казалась хорошим решением проблемы. Но, под давлением фактов (многочисленные послеоперационные осложнения, особенно тромбозы НПВ в зоне устройства) мнения изменились. Сегодня сторонников подобной тактики становится все меньше. Приведенные данные, по нашему мнению, свидетельствуют в пользу экстравенозного каваклипирования как хорошей, мало опасной и эффективной альтернативы кавафильтрам. Выводы: 1. Хирургический метод профилактики ТЭЛА при жизнеугрожающих формах флеботромбоза в системе НПВ является эффективным и вполне осуществимым способом предупреждения летальных форм ТЭЛА. 2. В отличие от кавафильтров разных конструкций, каваклипсы, разработанные в клинике факультетской хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова лишены опасности специфических для кавафильтров осложнений и даже в отдаленном периоде до 30 лет не являются источником опасных последствий. 3. При выполнении каваклипирования возможен интраоперационный визуальный контроль расположения тромба в НПВ и ее притоках, что позволяет выбрать оптимальный уровень установки клипсы, а также уточнить возможность тромбэктомии из магистральных вен и выполнить ее. 4. Благодаря значительному снижению летальности и инвалидности метод имеет большой социально-экономический эффект. 5. Совершенствование службы «скорой медицинской помощи» обеспечивающее раннее выявление и доставку больных с эмболенными формами флеботромбоза в системе НПВ в специализированные ангиохирургические центры – главное условие эффективности мер по снижению летальности от ТЭЛА.

---

719.Реконструктивно-восстановительные операции на желчных протоках с использованием Y-образных дренажей

Алиев М.А.(2), Меджидов Р.Т.(1), Магомедов Р.З.(2), Абдуллаева А.З.(2), Магомедов М.М.(2), Магомедов Н.Н.(2)

Махачкала

1)ГБОУ ВПО "Дагестанская государственная медицинская академия" МЗ РФ2)ГБУ РД "Городская больница №1"

В реконструктивно-восстановительный этап операций на желчных протоках (ЖП) нередко завершается наружно-внутренним либо наружным дренированием билиарного тракта (БТ). Для этого используются дренажи различных конструкций. Цель исследования. Оценить позитивные и негативные стороны применения Y - образных дренажей в хирургии ЖП. Материал и методы. Нами проведен анализ результатов хирургического лечения 35 пациентов с патологией внепеченочных желчных путей, где были исследованы Y – образные дренажи. Ятрогенное повреждение ЖП во время холецистэктомии имеет место у 24(68,5 %) пациентов. По классификации Э.И. Гальперина тип «+2» имеется у 7 (29,0%) пациентов, «+1» - у 6(25%), «0» - у 4(16,6%), «-1» у 3(12,6%). Повреждение правого долевого протока – 3(12,6%) и у 1(4,2%) пациентки боковое повреждение гепатохоледоха. В 11(31,5%) наблюдениях имелось окклюзия ЖП. У 3(27,2%) опухоль Клацкина I тип (по Bismuth-Corlette), в 1(9,0%) случае опухоль желчного пузыря с центральной обструкцией БТ. В остальных 7(63,8%) случаях имелась рубцовая доброкачественная стриктура ЖП. Обструкция на уровне конfluence отмечена в 2 наблюдениях, гепатохоледоха в 5. Билиодигестивные

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

анастомозы с использованием Y-образных дренажей выполнены в 26(74,3%) наблюдениях: бигепатикоюностомия в 14 случаях, гепатикоюностомия – в 12. В формировании билиодигестивных анастомозов использовались изолированная по РУ петля тощей кишки длиной не менее 80см. В 8(22,9%) наблюдениях при отсутствии диастаза между концами протоков петли мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру были сформированы билио-билиарные анастомозы. В 1(2,8%) случае проведено ушивание стенки гепатикохоледоха. Группа сравнения составила 30 пациентов, которым были использованы дренажи другой конфигурации. Результаты Интраоперационные осложнения не отмечены. В послеоперационном периоде желчеистечение по улавливающим дренажам и формированием билиом в зоне операции в основной группе больных не отмечены, тогда как в группе сравнения данные осложнения имелись у 4(13,3%) пациентов. Раневые осложнения отмечены в основной группе у 3(8,0%) пациентов, в контрольной – у 7(23,3%). Осложнения системного характера в основной группе пациентов имелись в 6,2% случаях, в контрольной – в 10,0%. Сроки госпитализации пациентов в контрольной группе были достоверно выше, чем в основной. В отдаленном периоде рестеноз в основной группе отмечен в 3(8,2%), в контрольной – в 4(13,3%). Летальных исходов в группах сравнения не имелись. Заключение Использование Y- дренажа в реконструктивной хирургии желчевыводящих путей значительно снижает число послеоперационных осложнений.

---

## 720.КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОМ КРОВОТОКЕ

Кательницкий И.И., Кательницкий Иг.И.

Ростов-на-Дону

Ростовский Государственный медицинский Университет. Россия, 344022, г.Ростов-на-Дону, пер.Нахичеванский 29,

Целью работы было изучение динамики капиллярного русла нижних конечностей после выполнения терапевтического ангиогенеза у больных с окклюзиями периферических артерий голени и стопы. В работе проанализированы результаты клинических наблюдений 22 пациентов с атеросклеротическими окклюзиями артерий нижних конечностей, которым выполнен терапевтический ангиогенез препаратом Неоваскулген перед выполнением реконструктивной операции для улучшения путей оттока или изолированно. Объем микроциркуляции, определяемый сцинтиграфией по количеству импульсов в 1 сантиметре кубическом ткани, на уровне бедра через 1 месяц увеличился на 37,6%, через 3 месяца на 84%, а через 6 месяцев уже на % соответственно. Особенно необходимо отметить, что уже через три месяца после лечения количество импульсов, а значит коллатерального русла становится больше, чем симметричном участке контрлатеральной относительно здоровой конечности. На голени динамика роста коллатерального русла выражено еще более значительно: через 1 месяц после лечения увеличивается на 41,5%, через 3 месяца достигает 142,9%, а к 6 месяцам сохраняется значительное увеличение объема микроциркуляторного русла и составляет %. При этом как и на бедре начиная с третьего месяца после лечения количество коллатералей в пораженной конечности превышает данное значение в здоровой конечности. Таким образом, при оценке критериев клинической эффективности, данных ангиографии и ангиосцинтиграфии, следует констатировать, что лечение пациентов с критической ишемией нижних конечностей оказалось наиболее эффективным при комбинированном лечении с применением терапевтического ангиогенеза, после подготовки периферического русла и развития коллатеральной сети.

---

721. АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Кательницкий И.И., Кит О.И., Кательницкая О.В., Простов И.И., Кательницкий Иг.И., Иващенко А.В.

Ростов-на-Дону

Ростовский Научно-исследовательский Онкологический Институт, Ростовский государственный медицинский университет, НУЗ ДКБ ОАО РЖД на ст. Ростов-Главный

**ВВЕДЕНИЕ:** общеизвестно, что онкологические больные относятся к группе высокого риска по развитию спонтанных и послеоперационных тромбозов и тромбоземболий. Легочная тромбоземболия является непосредственной причиной смерти у 8-35% раковых больных и сопутствующим процессом более чем у 43% онкологических пациентов. Риск возникновения тромботических осложнений еще более возрастает в процессе проведения лучевой и химиогормонотерапии. **ЦЕЛЮЮ РАБОТЫ** было разработать адекватную антикоагулянтную терапию для профилактики тромботических осложнений в послеоперационном периоде при всех стадиях опухолевого процесса. **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ** Нами изучены результаты хирургического лечения 92 онкопациентов с различными вариантами абдоминального рака в периоперационном периоде. Мужчины составили - 64 человека (69,6%), женщины - 28 (30,4%). Единственным критерием исключения был предшествующий тромбоз вен верхних и/или нижних конечностей. Преобладали пациенты, страдающие раком желудка - 40 пациентов (43,5%). Рак ободочной кишки диагностирован у 23 больных (25%), рак прямой кишки - 29 (31,5%). Пациенты были разделены на две соизмеримые по полу, возрасту, степени распространенности и вида онкологического заболевания. В первую группу (43 больных) были включены пациенты, получавшие антикоагулянтную профилактику (эноксапарин 40 мг в подкожно сутки 10 дней). Вторую группу составили 49 пациентов, которым антикоагулянтная профилактика не проводилась. Предоперационное обследование включало помимо стандартных диагностических процедур, ультразвуковое триплексное сканирование вен нижних конечностей, коагуляционные тесты (уровень фибриногена, протромбиновый индекс и международное нормализованное отношение (МНО), активированное парциальное тромбoplastинное время (АПТВ), тромбиновое время, антитромбин, D-димер), а также биохимические показатели крови - лактатдегидрогеназа (ЛДГ), щелочная фосфатаза (ЩФ), аспартатаминотрансфераза (АсТ) и аланинаминотрансфераза (АлТ). **РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ** За время исследования не было выявлено эпизодов клинических проявлений тромбоземболии легочных артерий. В первой группе при триплексном сканировании вен нижних конечностей в послеоперационном периоде на 7-10-е сутки выявлен бессимптомный тромбоз под-коленного сегмента у 2 больных (4,65%). В двух наблюдениях отмечен (4,65%) варикотромбофлебит. Во второй группе при динамическом ультразвуковом контроле обнаружен тромбоз бедренно-подколенного сегмента у 5 пациентов (10,2%) и тромбоз поверхностных вен нижних конечностей в трех наблюдениях 6,12%. При анализе показателей коагулограммы выявлено, что увеличение D-димера более чем 4,1 раза в динамике является прогностическим признаком венозного тромбоза. Однократное увеличение уровня D-димера в послеоперационном периоде может быть обусловлено самим инвазивным вмешательством, наличием инородных тел (дренажи, катетеры), любым воспалительным процессом, и поэтому не является прогностическим признаком ВТЭО. Депрессия показателей протромбинового комплекса выявлена у всех пациентов с метастатическим поражением печени и у части пациентов с местнораспространенным раком. При анализе показателей печеночных ферментов значительных отклонений от нормы не выявлено в большинстве случаев. Депрессия антитромбина может обуславливать низкую чувствительность к проводимой антикоагулянтной терапии. Поэтому тромботические осложнения наблюдались в обеих группах, но во второй группе частота тромботических осложнений была выше. **ВЫВОДЫ** Данное наблюдение показывает, что у онкологических больных высокие показатели D-димера, вероятно, являются также критерием активности ракового процесса и обладают слабым прогностическим значением. В целях профилактики ВТЭО предпочтительнее использовать низкомолекулярные гепарины с адекватным лабораторным и инструментальным контролем у данной категории пациентов.

## 722. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА СЕРОМ ПОСЛЕ ЭКСТРЕННОГО ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ

Внуков П.В. (2), Шептунов Ю.М. (1)

1) Липецк, 2) Елец

1) Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко, 2) Елецкий межмуниципальный хирургический центр

Актуальность: В настоящее время все большее значение и распространение получают пункционные вмешательства под УЗИ-контролем. Доступность, точность и малая инвазивность пункций и дренирований являются основными преимуществами. Тем не менее, единого алгоритма ультразвукового контроля заживления раны на сегодняшний день нет. Сроки необходимых исследований не определены. Цель исследования: Определение сроков визуализации сером операционной раны для выработки алгоритма ультразвукового контроля течения раневого процесса после экстренного грыжесечения. Материал и методы: В исследовании приняло участие 46 пациентов. 12 больных оперировано по поводу ущемленной паховой, 20 – пупочной и 14 – послеоперационной вентральной грыжи. Выполнены соответственно: паховая герниопластика по Лихтенштейну, преперитонеальная аллопластика, ретромускулярная пластика с ушиванием переднего листка влагалища прямых мышц. Использовался полипропиленовый сетчатый протез. 11 больным с ущемленной послеоперационной вентральной грыжей выполнено дренирование подкожной клетчатки и ретромускулярного пространства. Дренажи удалены на 4-5 сутки. Всем пациентам в послеоперационном периоде выполнялось ультразвуковое исследование раны линейным датчиком 7МГц на аппарате Aloka ежедневно в течение 7-10 суток. Результаты: Всего серомы обнаружены у 8 пациентов, что составляет 17,4 %. У 5 больных скопление свободной жидкости в подкожной клетчатке выявлено через 2 суток после операции. На 5-6 сутки серомы диагностированы у 3 оперированных. Все выявленные ультразвуком жидкостные скопления клинически к моменту их обнаружения не проявлялись. Выводы: Таким образом, на основании полученных данных можно сделать предварительный вывод о том, что всем больным после экстренного грыжесечения с целью раннего выявления серомы раны показано выполнение ультразвукового исследования раны как минимум 2 раза: через 2 суток после вмешательства и на 5-6 сутки послеоперационного периода.

---

## 723. ВЫБОР ОПЕРАЦИОННОГО ДОСТУПА ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖЕ

Внуков П.В. (2), Шептунов Ю.М. (1)

Липецк, 2) Елец

1) Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко, 2) Елецкий межмуниципальный хирургический центр

Актуальность: В современной герниологии право на существование имеет как продольный, так и поперечный доступ при оперативном лечении пупочной грыжи. Оба доступа могут быть осуществлены как с иссечением пупка, так и без него. В случае ущемленной грыжи с развитием перитонита необходимость широкой срединной лапаротомии ясна. При отсутствии признаков внутрибрюшного осложнения выбор доступа остается за хирургом. Поперечный доступ позволяет выполнить широкое иссечение пупка при сопутствующем омфалите, мацерации кожи пупка, при развитии флегмоны грыжевого мешка без последующего существенного натяжения тканей. В то же время длина продольного доступа на уровне мышечно-апоневротического слоя не ограничена расстоянием между прямыми мышцами живота, как при поперечном. Цель исследования: На основе анализа особенностей хода оперативного вмешательства, а также течения раннего послеоперационного периода определить наиболее предпочтительный хирургический доступ при экстренном пупочном грыжесечении. Материал и методы: Исследование

основано на анализе хирургического лечения 20 больных с ущемленными пупочными грыжами. В исследовании не принимали участие больные с признаками перитонита. Пациенты разделены на две группы. Первая группа – оперированные поперечным доступом. В данную группу вошло 12 больных (11 женщин и один мужчина). Средний возраст  $70,8 \pm 9,0$  лет. Срок ущемления  $20,7 \pm 8,6$  часов. Вторая группа – оперированные продольным доступом. Данную группу составили 8 пациентов женского пола. Средний возраст  $61,7 \pm 12,5$  лет. Срок ущемления в группе составил  $14,0 \pm 7,7$  часов. Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом. Герниопластика осуществлена преперитонеально полипропиленовым протезом. Во всех случаях над имплантом ушивался апоневроз. Дренажирование операционной раны не применялось. В анализе использованы следующие критерии оценки: длительность операции, количество резекций кишки, интраоперационная трансформация одного доступа в другой, частота возникновения серомы и длительность ее существования, частота нагноения раны. Результаты: Длительность операции в первой группе составила  $56 \pm 15,6$  минут, во второй  $64 \pm 20,7$  минут. Резекция некротизированной петли тонкой кишки выполнена у 2 больных первой и одного больного второй группы. Трансформация поперечного доступа в продольный, с образованием крестообразной раны, имела место у 2 больных первой группы. Необходимость поперечного иссечения некротизированной кожи и подкожной клетчатки после продольного разреза без изменения конфигурации апоневротической раны возникла у одной больной. Количество сером в первой группе – 5, во второй – 1. Длительность пункционной курации с ежедневной аспирацией серомы составила 10-25 дней в первой и 5 суток во второй группе. Нагноение раны имело место в одном случае во второй группе. Выводы: На основе данных, полученных в ходе исследования можно сделать предварительный вывод о том, что продольный доступ при ущемленной пупочной грыже является более предпочтительным даже в случае отсутствия клинических признаков перитонита, поскольку позволяет избежать образования ран сложной «нетипичной» конфигурации и связанных с этим осложнений, а также дает хирургу большую свободу в решении интраоперационных задач.

---

724. Лечебно-диагностическая видеоторакоскопия при повреждении диафрагмы у пострадавших с множественной и сочетанной травмой

Дегтярев О.Л.(1), Саркисян В.А.(2), Андреев Е.В.(2)

Ростов-на-Дону

1) ГБОУ ВПО РостГМУ, кафедра хирургических болезней ФПК и ППС, 2) МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону, 2-е травматологическое отделение

В настоящее время число больных с повреждением органов груди на фоне множественной и сочетанной травмы (МСТ) заметно увеличилось. Данная категория пострадавших является наиболее тяжелым контингентом и относится к особо ответственной области хирургии. Сомнения при постановке диагноза, нерешительность в выборе оптимального оперативного способа чаще всего является причиной неудовлетворительных результатов. Для улучшения результатов диагностики и лечения пострадавших с сочетанной травмой при повреждении диафрагмы была использована видеоторакоскопия. Особенно это касается пациентов с травматическим повреждением (разрывом) диафрагмы, так как при этом чаще всего развивается феномен взаимного отягощения. В патогенезе этого феномена у пострадавших с повреждением органов груди на фоне МСТ имеют значение два момента: во первых тяжесть состояния может быть обусловлена различными источниками кровотечения и респираторной недостаточности, во вторых сочетание различных областей повреждений и развитие катаболической фазы усугубляют совокупность функциональной недостаточности, осложняют дыхательную гипоксию, а вероятность попадания органов брюшной полости в плевральную полость и опасность возникновения ущемления повышает риск развития перитонита и эндотоксикоза. Данные наших наблюдений, свидетельствуют, что правильный диагноз до операции и последовательные действия хирургов имели место всего у 1/3 данной категории пострадавших. Доминирующими положениями в диагностике поврежденной диафрагмы на фоне МСТ до настоящего времени являются тщательные клиничко-рентгенологическое и ультразвуковое исследование, а также плевральная пункция. Наша практика показывает, что не всегда удается поставить правильный диагноз на

основании вышеизложенных диагностических мероприятий, так как такие рентгенологические признаки как коллапирование легкого, наличие воздуха и жидкости в плевральной полости, возможное смещение органов средостения, отсутствие дифференциации купола диафрагмы, наличие свернувшегося гемоторакса часто специалистами рентгенологами расценивается как травматический гемопневмоторакс, напряженный пневмоторакс и приводят к необоснованным и неоправданным пункциям плевральной полости или ее дренированию. Правильный диагноз травматического повреждения диафрагмы чаще всего ставится после контрастного исследования желудочно-кишечного тракта, выявляющего перемещение полых органов в плевральную полость. Однако и этот метод не является информативным при попадании в плевральную полость через разрыв прядей большого сальника. Детальный анализ диагностических ошибок при различных разрывах диафрагмы на фоне МСТ показал, что у 47% больных они были связаны с различным сочетанием повреждений: головы - у 15 пострадавших, конечности - у 9 пострадавших, таза - у 5 пострадавших, брюшной полости - у 10 пострадавших. У этих пострадавших из-за тяжести состояния полноценное рентгенологическое исследование не было выполнено, что повлекло к постановке неправильного диагноза или к неправильной трактовке полученных данных. В отношении тактики лечения травматических повреждений диафрагмы до настоящего времени существуют различные противоречивые мнения - от экстренной операции при малейших подозрениях до отсроченных даже при подтвержденном диагнозе. С внедрением видеоторакоскопии значительно расширились диагностические и лечебные возможности в отношении наиболее тяжелого контингента пострадавших с повреждением органов груди на фоне МСТ. Диагноз «травматическое повреждение диафрагмы» нами был выставлен у 17 пострадавших, причем у 9 из них ввиду отсутствия клинических данных предварительный диагноз «травматический разрыв диафрагмы» был под большим вопросом, и распознать повреждение диафрагмы у 7 пациентов удалось только после секвестрации и удаления свернувшегося гемоторакса. У 4 больных разрыв диафрагмы с проникновением в плевральную полость прядей сальника был обнаружен при торакоскопии по поводу повреждения легкого (3 пациента), гематома средостения (1 пациент). 7 пациентам, у которых разрыв диафрагмы не превышал 3-4 см, устранить дефект диафрагмы удалось при помощи эндошва под контролем видеоторакоскопии. Гемостаз осуществлялся методом биополярной коагуляции. Пациентам у которых разрыв диафрагмы достигал 5-8 см под контролем видеоторакоскопии осуществлялась миниторакотомия через которую устранялся дефект диафрагмы. У оставшихся 6 пациентов разрыв диафрагмы считался значительным, достигал 12-15см и сочетался с повреждением органов брюшной полости, поэтому устранен со стороны брюшной полости. Таким образом, с внедрением видеоторакоскопии значительно расширился круг лечебно-диагностических мероприятий позволяющих в коротких срок свести процент диагностических ошибок до минимума и поставить точный диагноз у наиболее тяжелого контингента пострадавших, и что не менее важно, осуществить ряд лечебных мероприятий в первые часы после травмы не прибегая к торакотомии, что особенно актуально у пострадавших с сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью.

---

725. Возможности использования метода УЗИ передней стенки живота при диагностике паховых грыж и выборе методики оперативного лечения

Дегтярев О.Л.(1), Шестаков А.М.(2), Лагеза А.Б.(1)

Ростов-на-Дону

1) ГБОУ ВПО РостГМУ, кафедра хирургических болезней ФПК и ППС, 2) МБУЗ ЦРБ Веселовского р-на Ростовской обл., хирургическое отделение

В исследовании изучена диагностическая и прогностическая ценность УЗ-метода исследования тканей пахового региона для выбора оптимального метода герниопластики. Цель исследования - определить значение УЗИ паховой области в выборе метода оперативного лечения паховой грыжи. Материалы и методы: в период с февраля 2014 по декабрь 2014 в хирургическом отделении МБУЗ ЦРБ Веселовского района Ростовской области выполнено 24 операции пациентам с паховыми грыжами. Из них 13 прооперировано открытым путем с постановкой полипропиленовой сетки по Лихтенштейну I (54,2%), 6



пациентам выполнена ТЕР герниопластика (25%) и 5 пациентам ТАРР (20,8%) . Использовались стандартные операционные техники. Операция Лихтенштейна в 7 случаях (29,1%) выполнена в условиях местной анестезии, в 3 (12,5%) в условиях СМА и 3 (12,5%) под ЭТН. Эндохирургические операции выполнены под ЭТН стандартными методами. ТЕР из трех портов - в параумбиликальной области, второй по средней линии на 5 см выше лобковой кости и третий в подвздошно-паховой области на уровне гребня подвздошной кости на стороне грыжевого дефекта. Создание первичной операционной полости в предбрюшинном пространстве в трех случаях выполнялось с помощью баллона-диссектора Extra View OMS-XB-2, фирмы Covidien, в трех - путем первичной диссекции эндоскопом. В преперитонеальном пространстве создавалось давление углекислого газа 12-14 мм рт.ст., использовался сетчатый протез "Эсфил-Линтекс" 15x10 см. Сетка укладывалась над грыжевым дефектом без фиксации. ТАРР операция выполнялась по стандартной методике - три стандартных порта, напряженный карбоксиперитонеум с давлением рСО<sub>2</sub> - 14 мм рт.ст. Сетка фиксировалась в 3 - 5 точках лишь по медиальному и верхнему краю сетчатого протеза спиральными скрепками аппарата Гера 5 мм (производство г. Томск). Выбор метода операции определялся типом паховой грыжи, который верифицировался на основании анамнестических данных (рецидивные грыжи), физикального обследования, дополненного УЗИ передней стенки живота в паховой области. На дооперационном этапе 18 (75%) больным было выполнено УЗ исследование пахового региона, оценен характер грыжевого выпячивания, проекция грыжевого дефекта относительно пахового канала, топография региональных сосудов. Нами использовался линейный датчик с частотой 7-10 МГц, режим сканирования - для исследования поверхностных тканей. Методика исследования следующая: выполнялось обнаружение внутреннего кольца пахового канала, для этого определяли нижние надчревные сосуды в качестве ориентира, либо (что удобнее у тучных пациентов) бедренные сосуды, место отхождения нижних надчревных сосудов находится на уровне внутреннего пахового кольца, затем визуализировалась паховая связка в виде гиперэхогенного тяжа, кзади от которого расположен паховый канал с его элементами. Оценка экоструктуры его содержимого в покое и при натуживании (выполнение пробы Вальсальвы) имеет диагностическую значимость. При этом определяется пролабирование одной из стенок пахового канала, и в зависимости от участка пролабирования и характера силуэта выявленных изменений, мы оценивали тип грыжевого выпячивания. Таким образом была отобрана группа пациентов с прямыми паховыми грыжами, которым была выполнена ТЕР герниопластика, пациентам с косыми паховыми грыжами выполняли ТАРР или же операцию по Лихтенштейну I. Результаты: Такой подход позволил нам в большинстве случаев точно определить характер грыжевого выпячивания и, по-нашему мнению, подобрать оптимальный вариант хирургического лечения. Так 2 (8,3%) пациента с рецидивными паховыми грыжами, после герниопластики местными тканями, прооперированы открытым путем. 4 (16,7%) пациента с пахово-мошоночными грыжами также выполнены операции Лихтенштейна I. 4 (16,7%) мужчинам с прямыми паховыми грыжами выполнена ТЕР герниопластика, 2 (8,3%) женщины с косыми паховыми грыжами также прооперированы по ТЕР методике. Все ТАРР операции выполнены в случае косой паховой грыжи (20,8%), и одна из них - симультантная операция с ЛСХЭ (4,2%). Одна ТАРР операция (4,2%) изначально запланирована не была, переход на нее обусловлен возникшей необходимостью - во время создания первичной операционной полости в предбрюшинном пространстве при ТЕР операции была повреждена брюшина, герниопластика продолжена ТАРР методом. Продолжительность операций варьировала от 40 до 105 мин. Во всех случаях послеоперационный период протекал гладко, ранних послеоперационных осложнений отмечено не было. Продолжительность госпитализации после операции по Лихтенштейну I составило 5-10 дней, после ТАРР так же 5-10 дней, пациенты, перенесшие ТЕР были выписаны на 2-3 сутки после операции. Выводы: преимущества эндохирургической герниопластики, сегодня очевидны. Однако, для успешного выполнения таких операций, необходим определенный навык, уверенное ориентирование в анатомии задней стенки паховой области, непривычной для хирургов, знакомых с открытыми техниками. На этапах освоения той или иной методики, считаем важным проводить тщательный отбор пациентов и стараться выполнять технически простые вмешательства. УЗИ исследование паховой области позволяет получить ценную информацию о грыжевом дефекте и подобрать оптимальный вариант операции. Так, для прямых грыж мы выбирали ТЕР вариант, при этом диссекция грыжевого мешка из мышечного слоя технически проста и вполне выполняема лишь одним инструментом. Косые паховые грыжи проще, как нам кажется, оперировать из ТАРР доступа, внутрибрюшной подход позволяет зряче выполнить диссекцию грыжевого мешка, безопасно вывихнуть его в брюшную полость, не боясь повредить элементы семенного канатика и прилежащие структуры. Рецидивные грыжи и большие пахово-мошоночные мы оперировали открыто, сознательно, отказывались от попыток эндохирургической коррекции, поскольку эти случаи сопряжены с измененной анатомией, рубцовыми процессами в прилежащих тканях и технически сложной диссекцией грыжевого мешка.

726. Лечебно-диагностическая видеолaparоскопия при различных формах острого панкреатита – панкреонекроза

Дегтярев О.Л.(1), Давыденко А.В.(2), Минкин С.В.(2), Загреба И.В.(2), Скнар В.В.(2)

Ростов-на-Дону

1) ГБОУ ВПО РостГМУ, кафедра хирургических болезней ФПК и ППС, 2) МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону, отделение гнойной хирургии

С целью улучшения лечения больных с различными формами острого панкреатита проанализировано 100 наблюдений. Определено, что острый деструктивный панкреатит носит однократный характер, отражающий сущность патологического процесса. Отработана концепция лечебно-диагностических мероприятий, значительно улучшающих процесс лечения. Анализ 100 наблюдений острого панкреатита (ОП) с различной степенью тяжести поступивших в отделение гнойно-септической хирургии МЛПУ ГБСМП № 2 выявил, что на протяжении последних лет результаты лечения ОП кардинально не улучшались. Колебания общей (3 – 6%) и послеоперационной (15 – 30%) летальности существенно не зависят от тактики лечения, а определяются удельным весом некротических форм, которые в среднем составляют 12 – 15%. При наиболее тяжелых формах ОП – тотально-субтотальном панкреонекрозе и сегодня летальность достигает 45-70%. Пути решения проблемы – деструктивных форм ОП сопряжены объективными трудностями, обусловленными целым рядом особенностей данного заболевания. К ним относятся: 1. Процесс деструкции в железе является необратимым и формируется в первые 15–36 часов от начала заболевания, терапевтическая управляемость которого максимальна именно в эти сроки. 2. Течение ОП обусловлено в каждом конкретном случае этиологическим фактором (алиментарный, алкогольный, гастрогенный, билиарный, травматический, послеоперационный и т.д.). В зависимости от причинно-следственного фактора ОП обладает различными патоморфологическими характеристиками и различной клинической картиной, требующей дифференцированной лечебной тактики. 3. Острый деструктивный панкреатит носит фазовый характер, отражающий сущность патологического процесса: • Тканевая реакция (реактивный период), • Некроз (ферментативный период), • Гнойные осложнения (период секвестрации). При этом качественно меняются субстраты токсикоза, симптоматика и лечебная тактика. Основопологающим является фактор времени, при котором эффективность принятия тактического решения максимальна. Пути улучшения результатов лечения больных с различными формами острого панкреатита мы связываем с разработкой концепции профилактики и активным внедрением лечебно-диагностической видеолaparоскопии, в том числе ассистированной, а также с возможностью широко использовать при асептических формах панкреатита и панкреонекроза малоинвазивные технологии. Эта концепция является актуальной на протяжении всего периода заболевания и включает в себя: 1. Профилактика ОП у больных, входящих в группу риска (ЖКБ, заболевания БДС, пенетрация язвы в ПЖ, травмы и операции на ПЖ) с ранним выявлением и коррекцией ведущих патологических синдромов (гиперсекреция, протоковая гипертензия, ишемия железы и др.); 2. Своевременное ограничение деструктивного процесса в раннем периоде заболевания, используя панкреотогенные препараты (ингибиторы протеаз, цитостатики, ингибиторы секреции); 3. Максимально эффективное, опережающее устранение токсикоза и полиорганной недостаточности в ферментативном периоде; а. профилактика нагноения и деструкции инфильтративных форм ОП; б. своевременная топическая диагностика с использованием УЗИ метода с последующим пунктированием и дренированием очагов абсцедирования. Таким образом, изложенный выше подход к деструктивным формам ОП позволяет: 1. Раннее прогнозирование тяжести ОП с выявлением контингента, нуждающегося в срочной упреждающей терапии. 2. Раннее лапароскопическое дренирование сальниковой сумки, а также дренирование параколональных затеков, абдоминализация железы в сочетании с лапароскопической холецистэктомией и дренированием внепеченочных желчных ходов при асептических формах ОП. 3. Лапароскопически ассистированной операции при инфицированных формах панкреонекроза позволяющие оптимально разрешить дренирование парапанкреатической клетчатки с последующим дренированием забрюшинного пространства – параколональных затеков, удалить очаги некроза в случае их секвестрации.

727.Использование ботулинотерапии у проктологических больных со сфинктероспазмом в амбулаторных условиях

Дегтярев О.Л.(1), Мацуга Н.В.(2), Хомченков А.Г.(1)

Ростов-на-Дону

1) ГБОУ ВПО РостГМУ, кафедра хирургических болезней ФПК и ППС, 2) ООО ММЦ «Уро-Про»

В связи с развитием новых технологий все большее внедрение получили малоинвазивные способы лечения различных проктологических заболеваний. Результаты хирургического лечения геморроя, анальных трещин, полипов зубчатой линии, хронических подкожно-подслизистых параректальных свищей оцениваются на основании данных объективного обследования – период острых болей после операции, время реабилитации, нетрудоспособность, частота ранних и поздних послеоперационных осложнений, частота рецидивов. Однако, не смотря на применение современных методов лечения, в том числе малоинвазивных технологий, остается актуальной проблемой спазма сфинктера в послеоперационном периоде. Целью нашего исследования явились изучение причин и поиск методов профилактики сфинктероспазма у проктологических больных в амбулаторных условиях. Спазм сфинктера в послеоперационном периоде в проктологии – явление достаточно частое, и сопровождается пациентов, как до оперативного лечения, так и после. К настоящему времени накоплен богатый клинический опыт, указывающий на то, что большое значение при заживлении ран имеет спазм сфинктера, который при выраженности и длительности его существования вызывает грубые нарушения в микроциркуляторном русле, ухудшает процессы регенерации ран, формирует в последующем грубую рубцовую ткань. При проктологических вмешательствах процесс травматизации тканей (анодермы, слизистой оболочки, кавернозных телец) как по линии непосредственного операционного разреза, так и в окружающих тканях. В связи с этим явления спазма возможны в той или иной степени выраженности после любой малоинвазивной операции в данной зоне. Нами исследовано 94 пациента за 18 месяцев, страдающих от спазма сфинктера. Из них 62 пациента страдали хронической анальной трещиной со спазмом (БТА (ботулотоксин тип А)+ иссечение трещины), у 9 пациентов наблюдался миофасциальный синдром со спазмом анального сфинктера (БТА в комбинации с миодакломом 150 мг 2 раза в день) и у 23 пациентов, которые осложнились спазмом сфинктера после оперативного удаления геморроидальных узлов (1-2 узла) в послеоперационном периоде. Для лечения использовался препарат Диспорт (Sprewood Biopharm Ltd) по 100 ЕД на каждого пациента. Содержимое флакона (300 ЕД) растворяют в 1,5 мл 0,9% раствора натрия хлорида для инъекций. Инъекции БТА по 50 ЕД осуществлялись в положении пациента на левом боку в переднюю полуокружность ВнАС (внутренний анальный сфинктер), слева и справа от средней линии под контролем пальца на расстоянии 1-1,5 см от зубчатой линии. Введение препарата не сопровождалось выраженными болевыми ощущениями или какими-либо побочными эффектами. После введения пациент наблюдался в клинике в течение часа (измерялось АД, температура, пульс) Как правило, уже на 2-3 день после введения препарата отмечалось существенное уменьшение болей в заднем проходе при пальцевом исследовании и в последующем, их исчезновение. Выраженность действия БТА по снятию спазма оценивалась через 3, 7 и 14 дней. Те пациенты, у которых доза БТА 100 ЕД не дала необходимой релаксации анального сфинктера, в дальнейшем велись на комбинированной терапии (БТА + нитромази) до полного заживления. Хотя по срокам до 2 недель можно проводить дополнительную коррекцию БТА. Оценка выраженности болевого синдрома после вмешательства проводилась клинически, на основании жалоб больного и лабораторных методов исследования. Динамическое наблюдение осуществлялось в течение 1, 3, 6 и 12 месяцев. Установлено, что у 32 пациентов (из 41 пациента с хронической анальной трещиной, вошедших по сроку наблюдения в анализ) удалось добиться полного выздоровления в сроки до 1 месяца. У 7 пациентов в сроки до 36,9 дней. При дальнейшем наблюдении за этими пациентами рецидивов заболевания не отмечено. У 3 больных, несмотря на уменьшение болевого синдрома, полного выздоровления не наступило, что потребовало продолжения оперативного лечения с выполнением боковой дозированной сфинктеротомии. Следует отметить, что у всех этих 3 пациентов анамнез заболевания был длительный, более 1 года. У 9 пациентов с миофасциальным синдромом, спазм сфинктера возобновлялся в более короткие сроки, чем ожидалось (3-4 месяца), что требовало повторных инъекций. У всех пациентов, осложнившимся спазмом после удаления геморроидальных узлов (1-2), средняя продолжительность заживления послеоперационной раны при введении БТА составила 41,2 дня. Ни

у одного из 94 пациентов, получавших инъекции диспорта, не отмечено признаков анальной инконтиненции. Таким образом, хочется подчеркнуть, что современный этап развития «малой» колопроктологии позволяет эффективно проводить лечение проктологических заболеваний в амбулаторных условиях, достигая положительных результатов в большем проценте случаев.

---

## 728. Использование местного комплексного лечения хронических ран в амбулаторных условиях

Дегтярев О.Л. (1), Тихонов А.Ю.(2), Демин К.А.(2), Хомченков А.Г. (1)

Ростов-на-Дону

1) ГБОУ ВПО РостГМУ, кафедра хирургических болезней ФПК и ППС, 2) МБУЗ ЦГБ г. Батайска РО, хирургическое отделение

В исследуемую группу вошли 34 пациента в возрасте от 35 до 70 лет. Из них 4 пациента – с ожоговыми ранами области голени и предплечья, 7 – с последствиями некротической формы рожистого воспаления нижних конечностей, 3 – с пролежнями в области поясницы и ягодиц, 8 – с хроническими ранами (трофические язвы) стоп на фоне сахарного диабета, 8 – с хроническими ранами нижней трети голени на фоне ХВН (хронической венозной недостаточности) и 4 - хронические раны нижней трети голени на фоне выраженного атеросклероза периферических сосудов нижних конечностей. Критерием отбора являлось отсутствие положительной динамики состояния раны в течение 8 недель стандартного местного лечения, в условиях купирования острого периода основного заболевания (отсутствие интоксикации, гипертермии, гипергликемии, стабилизация гемодинамики и др.). Теоретическим обоснованием единого комплекса местных лечебных мероприятий для хронических ран разной этиологии стали результаты, полученные исследованиями, показывающими, что процессы, происходящие в незаживающей ране более 8 недель во многом идентичны, вне зависимости от этиологии происхождения ран. Наш комплекс применяемого местного лечения включает: механическое удаление некротизированных тканей (некрэктомия), повязки с йодопирином, стелланином-ПЭГ, ируксолом, использование электротерапии низковольтным статическим электрическим полем (патент РФ №2500438), пластика раневого дефекта либо расщепленным кожным лоскутом, либо островковым методом. В начале на рану накладывалась повязка с изотоническим или гипертоническим раствором, после чего проводилась электротерапия низковольтным статическим электрическим полем в течение часа. Далее на сутки накладывалась повязка с йодопирином или стелланином-ПЭГ. Выбор раствора NaCl и содержимого последующей повязки зависел от объема и характера раневого отделяемого. Через 5-7 дней вместо йодопирона или стелланина-ПЭГ начинали использовать ируксол. На 10-14 дни производилась клиническая оценка состояния раны и принималось решение о дальнейшей тактике лечения с использованием мажевых повязок стимулирующих процессы регенерации, либо использовалась пластика раневого дефекта с первой перевязкой на 5-7 сутки. Электротерапия после пластики проводилась ежедневно до первой перевязки. Размеры хронических ран в представленном исследовании различались в пределах от 6 см<sup>2</sup> до 160 см<sup>2</sup>. Средний размер 62 см<sup>2</sup>. Оценка ран проводилась по следующим клиническим признакам: наличие перифокального отека, гиперемии, индуративных изменений, состояние дна раны, характер и количество отделяемого, площадь и глубина раны. Хорошим результатом являлось полное заживление раны, удовлетворительным – отсутствие симптомов воспаления, уменьшение размеров раны, появление активных грануляций и краевой эпителизации, не удовлетворительным – отсутствие или незначительные клинические изменения. Используемый нами метод воздействия низковольтным статическим электрическим полем является собственным изобретением и осуществлялся аппаратурой собственного изготовления. На момент начала исследования 7 ран из 34 имели значимый перифокальный отек, гиперемию, болезненность, обильное гнойное отделяемое. Остальные раны – отек, гиперемия – умеренно или слабо выражены, дно – фибрин и некротические ткани, отделяемое серозно-гнойное от умеренного (24) до скудного (3). У всех пациентов с ХВН имелись индуративные изменения кожи конечности всей зоны нахождения раны. На 5-7 день в 28 случаях клиника воспаления в ране купирована. На 10-14 день воспаление купировано в 32 случаях, раны на 5-10% уменьшились в размерах по площади, глубина уменьшилась либо исчезла, дно очистилось от

фибрина и некротизированных тканей, грануляции от ярко-розовых до тусклых, отделяемое скудное серозное. В 6 случаях выполнена пластика ран. На 21 день все случаи пластики – хорошие результаты. В целом на 21 день: хороший результат – 11, удовлетворительный – 21, не удовлетворительный – 2. Хороший результат дали все ожоги и часть случаев рожистой инфекции и ХВН. Не удовлетворительный – 2 случая рожистой инфекции на фоне хронического лимфостаза 2 степени и посттроблофлебического синдрома с ХВН 2-3 степени. Воздействие низковольтным статическим электрическим полем на раневую поверхность приводит к уменьшению отека, активирует локальный иммунитет и репаративную регенерацию. Использование его в комплексе с изотоническим или гипертоническим раствором «разрыхляет» поверхностную полисахаридную микробную пленку, что позволяет местным антисептикам действовать наиболее эффективно.

---

729. Опыт лечения осложнений после лапароскопической аппендэктомии

Черкасов М.Ф.(1), Дегтярев О.Л.(1), Лагеца А.Б.(1), Турбин М.В.(2)

Ростов-на-Дону

1) ГБОУ ВПО РостГМУ, кафедра хирургических болезней ФПК и ППС, 2) МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону, хирургическое отделение

Выполнен ретроспективный анализ причин и результатов лечения ранних послеоперационных осложнений после лапароскопической аппендэктомии (ЛСАЭ). Представлен опыт лечения данных осложнений. Сделаны выводы, которые позволяют уменьшить количество осложнений после ЛСАЭ. В хирургическом отделении МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону с 2005 по 2014г. ЛСАЭ выполнена 5378 больным. У 1635 (30,4 %) пациентов наблюдались осложненные формы деструктивного аппендицита: рыхлый аппендикулярный инфильтрат, абсцесс, перфорация аппендикулярного отростка, диффузный перитонит. Конверсия в 2005г. составила 1,3%, а в 2014г. – 1,1%. Показания к лапаротомии определяли после выполнения диагностической лапароскопии. ЛСАЭ выполняется 85-87% больным с ОА за последние 10 лет. Развитие послеоперационных осложнений отмечено у 113 (2,1 %) пациентов. Ранняя спаечная послеоперационная кишечная непроходимость на фоне пареза кишечника наблюдалась в 9 случаях, послеоперационные абсцессы правой подвздошной области выявлены у 9 пациентов, инфильтраты области купола слепой кишки – в 15 наблюдениях, внутрибрюшные кровотечения встречались у 6 больных, нагноения и абсцессы контрапертурной раны имелись у 77 больных. Толстокишечный свищ наблюдался у 4 пациентов. Среди причин развития ранней спаечной непроходимости у 4 пациентов была фиксация петли тонкой кишки в правой подвздошной области в виде «двустволки», у 1 пациента - фиксация петли тонкой кишки в контрапертуре, расположенной в правой подвздошной области по передней подмышечной линии (атипичное место для дренирования), у 4 больных наблюдался вялотекущий перитонит вследствие неадекватного дренирования и санации брюшной полости. При развитии ранней спаечной непроходимости у 5 больных удалось устранить непроходимость видеолапароскопически, 4 пациентам выполнена лапаротомия. У 5 больных формирующиеся абсцессы брюшной полости ликвидированы путем повторной лапароскопии, ревизии и дренирования, 4 пациентам выполнена открытая операция в связи повышенной кровоточивостью тканей. При развитии несостоятельности культи червеобразного отростка у 3 больных, закрытие свища произошло самостоятельно через 7-10 дней, одному больному была выполнена лапаротомия. Причиной внутрибрюшного кровотечения у 4 пациентов было кровотечение из контрапертуры в области дренажа, у 2 больных – из области брызжейки червеобразного отростка на фоне гипертонического криза. У 4-х больных кровотечение остановлено видеолапароскопически. Послеоперационные инфильтраты правой подвздошной ямки, инфильтраты и нагноения послеоперационной раны ликвидированы консервативными мероприятиями. Умер 1 больной в 2005 году, причина смерти - острый инфаркт миокарда, развившийся на 4 сутки послеоперационного периода, летальность в 2005 году составила 0,17%. В профилактике послеоперационных осложнений после ЛСАЭ важная роль принадлежит строгому соблюдению противопоказаний к ЛСАЭ, к которым мы относим плотный аппендикулярный инфильтрат, разлитой перитонит и необходимость ручной обработки культи червеобразного отростка. При

разделении плотного конгломерата с использованием эндохирургического оборудования ведет к повреждению органов, а во втором случае требуется адекватная ревизия, санация и дренирование брюшной полости с декомпрессией желудочно-кишечного тракта. Технические погрешности при выполнении операции являются одной из причин развития осложнений после лапароскопической аппендэктомии. Для профилактики осложнений необходимо выполнять «укрывание» культи червеобразного отростка прядью большого сальника (в положении больного с опущенными ногами и на правом боку), адекватное дренирование в отлогом месте по среднеподмышечной линии, ревизию, санацию брюшной полости и тщательный гемостаз. Ранние послеоперационные осложнения после ЛСАЭ (спаечная кишечная непроходимость, внутрибрюшные абсцессы, кровотечения) в большинстве случаев могут быть разрешены лапароскопически.

---

730. Опыт применения селективной эмболизации у пациентов с висцеральными кровотечениями в условиях многопрофильного стационара.

М.А.Киселёв, А.В. Зенин, С.А.Платонов, Д.В.Кандыба, Г.И. Синенченко, А.Е.Демко.

Санкт-Петербург

ГБУ СПб «НИИ Скорой помощи им. И.И.Джанелидзе».

Висцеральные кровотечения - тяжелое 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 2014 в ГБУ НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе рентгенэндоваскулярный гемостаз применен у 74 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 80 лет. Сопутствующая патология имела место у 72% больных, а два и более сопутствующих заболевания были отмечены у 38% пациентов. В большинстве случаев причинами висцеральных кровотечений были заболевания поджелудочной железы (кисты, свищи), а также аррозивные кровотечения на фоне гнойных осложнений панкреонекроза, заболевания и травмы мочеполовой системы. Кроме того, у 5 пациентов источником кровотечения явились варикозно- расширенные вены желудка на фоне левосторонней портальной гипертензии. Причиной последней у 4 пациентов явился хронический панкреатит, а у одного больного - рак поджелудочной железы. У четырех больных причинами желудочно-кишечных кровотечений явились посттравматические аневризмы печеночных артерий с формированием артериобилиарных фистул. Во всех наблюдениях использовался классический бедренный доступ. 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 геморрагии. Первые признаки (экстравазация контрастированной крови, 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 28 случаях из 35. Кровотечение удалось остановить у 28 пациентов с заболеваниями и травмами мочеполовой системы. Рецидив кровотечения после эмболизации составил 9,5%. 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 (20%) была обусловлена тяжестью основной патологии. Выводы: Проведенный анализ свидетельствует об эффективности эндоваскулярных вмешательств у больных с висцеральными кровотечениями. Данная методика позволяет определить источник кровотечения, оценить состояние гемостаза, остановить висцеральную геморрагию. Эндоваскулярная эмболизация не сопровождается тяжелой операционной травмой и сравнительно легко переносится больным.

---

731. Ущемленные грыжи брюшной стенки у больных в инфекционном стационаре

Земляной В.П., Летина Ю.В., Ярулин Р.И.

Санкт-Петербург

Северо-Западный Государственный медицинский Университет им. И.И. Мечникова

Одной из наиболее актуальных проблем urgentной хирургии является лечение ущемленных грыж брюшной стенки, что связано как со значительным количеством больных, так и с высоким уровнем послеоперационных осложнений и летальности. Помимо поздних сроков госпитализации, диагностических и лечебных ошибок, важнейшим фактором, влияющим на клиническое течение ущемления, является наличие сопутствующих заболеваний. Цель: изучение частоты и структуры ущемленных грыж брюшной стенки у больных в инфекционном стационаре. Материал и методы исследования: проведен анализ результатов лечения 56 больных с наружными ущемленными грыжами (УГ) в хирургическом отделении клинической инфекционной больницы №30 им. С.П. Боткина в 2000-2009 гг. Подавляющее количество пациентов – 34 (60,7%) человека – являлись лицами мужского пола. Средний возраст больных составил 54 года. Большинство пациентов – 40 (71,4%) человек – были госпитализированы в стационар в состоянии средней степени тяжести. По частоте ущемленные грыжи распределились следующим образом: паховая/пахово-мошоночная – 24 (42,9%), пупочная – 15 (26,8%), послеоперационная вентральная – 14 (25,0%), бедренная – 3 (5,3%). Пациенты поступали в инфекционный стационар с симптомами, характерными для острой кишечной (ОКИ), респираторной инфекции (ОРИ) и обострения хронического гепатита (ХВГ) соответственно в 10 (17,9%), 27 (42,8%) и 19 (33,9%) наблюдениях. Результаты исследования: при проведении специфических методов исследования установлено, что среди лабораторно верифицированных форм ОКИ, ОРИ и ХВГ преобладали возбудители дизентерии Флекснера, острого тонзиллита и гепатита «В», которые были выявлены соответственно у 2 (66,7%), 10 (66,7%) и 8 (57,1%) пациентов. Неверифицированные формы изучаемых типов инфекционных заболеваний выявлены соответственно у 7 (70,0%), 12 (44,4%) и 5 (26,3%) пациентов. У большинства больных с ХВГ – 13 (68,4%) человек – заболевание протекало в стадии цирроза печени. На этапе приемного отделения хирургом было осмотрено 36 (64,3%) пациентов, из них 34 (60,7%) госпитализировано в хирургическое отделение с подозрением на наличие urgentной абдоминальной патологии. При этом отмечено, что только у 8 (14,3%) больных ущемление грыжи развилось до госпитализации, тогда как у 56 (85,7%) человек – в различные сроки стационарного лечения. При первичном осмотре жалобы на боли в животе и на наличие невраправимого грыжевого выпячивания встречались преимущественно у пациентов с ОРИ, тогда как наличие тошноты и рвоты – у пациентов с ОКИ, что составило соответственно 25 (73,5%), 8 (23,5%) и 10 (62,5%) человек. При пальпации болезненность грыжевого выпячивания была наиболее характерна для больных с ОРИ – 19 (55,9%) человек, тогда как наличие невраправимого грыжевого выпячивания и отрицательный симптом «кашлевого толчка» были в равной степени выявлены у больных с ОКИ, ОРИ и ХВГ. С целью исключения острой кишечной непроходимости обзорная рентгенография органов брюшной полости была выполнена 18

(32,1%) пациентам, при этом наличие горизонтальных уровней жидкости было выявлено у 5 (8,8%) больных. Оперативному лечению были подвергнуты 52 (92,9%) пациента, у 4 (7,1%) больных произошло самостоятельное вправление грыжи. Оперативное вмешательство преимущественно производилось в период менее 6 часов с момента развития ущемления. Большинство больных – 33 (59,0%) человека – было прооперировано под эндотрахеальным наркозом. Осложнения УГ – флегмона грыжевого мешка, острая кишечная непроходимость, некроз и перфорация ущемленного органа, а также сочетания нескольких осложнений – были выявлены у 16 (28,6%) пациентов. У 13 (23,2%) больных развитие осложнений УГ произошло во время стационарного лечения, при этом у 10 (17,8%) человек – в профильных инфекционных отделениях. Поздняя диагностика объяснялась тем, что выраженные симптомы инфекционных заболеваний маскировали развитие ущемления, в связи с чем удлинялось время до консультации хирургом. В 39 (69,6%) наблюдениях объем операции заключался в устранении ущемления без резекции ущемленного органа, в 13 (23,2%) случаях потребовалась его резекция. Герниопластика местными тканями была произведена соответственно у 34 (60,8%), протезирующая – у 16 (28,6%) пациентов; в связи с развитием осложнения УГ в виде флегмоны и гангрены грыжевого мешка у 2 (3,6%) больных закрытие грыжевых ворот не производилось. Послеоперационные осложнения развились в 3 (5,4%) наблюдениях и были представлены несостоятельностью тонкокишечного анастомоза, гематомой и серомой послеоперационной раны. Средняя длительность лечения пациентов в хирургическом отделении составила 17 суток. Летальный исход наступил в 3 (5,4%) случаев у больных с ХВГ в стадии цирроза печени, его причиной явилось нарастание полиорганной недостаточности. Выводы: Таким образом, сочетание ущемленных грыж и инфекционных заболеваний приводит к запоздалой диагностике и развитию осложнений ущемления. В связи с этим, больные, поступающие или находящиеся на лечении в профильных отделениях инфекционного стационара с клинической картиной инфекционных заболеваний, сопровождающихся повышением внутрибрюшного давления, в случае появления болей в животе независимо от их характера должны быть в экстренном порядке осмотрены хирургом. При невозможности исключения развития ущемления для уточнения диагноза пациенты должны быть переведены в специализированное хирургическое отделение, их лечение должно осуществляться хирургом совместно с инфекционистом.

---

732.Лапароскопическое лечение острого аппендицита с применением DS-клипс.

Дворянкин Д.В.(1,2), Кочетков А.В.(1), Федулова А.В. (1).

Санкт-Петербург

1. ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М.Никифорова МЧС России.2. Кафедра факультетской хирургии им. И.И.Грекова СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

В настоящее время эндовидеохирургические методы лечения все шире применяются в лечении острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Лапароскопическая аппендэктомия наиболее распространенная операция, выполняемая в ургентной хирургии. Тем не менее, ежегодная смертность от острого аппендицита, до сих пор, составляет от 1.5 до 3%. И чаще всего ее причиной является несостоятельность культи червеобразного отростка (1.3-4.5%), после выполненной аппендэктомии. В статье изложен трехлетний опыт применения лапароскопической аппендэктомии с использованием DS-клипса. Цель. Провести анализ результатов лапароскопического лечения больных с различными формами острого аппендицита с использованием клипирования культи червеобразного отростка DS-клипсом. Материалы и методы. С 2012 по 2015 год, в отделении экстренной хирургической помощи ФГБУ ВЦЭРМ находилось на лечении 115 больных с острым аппендицитом, которым аппендэктомия выполнена с использованием эндовидеохирургической технологии (в 97,4% случаев). Благодаря активному использованию диагностической лапароскопии у 30% больных поступивших в операционную с диагнозом острый аппендицит удалось избежать напрасной лапаротомии. Возраст больных варьировал от 18 до 77 лет. Средний возраст составил 33,5 года. Все операции выполнялись по стандартной методике под эндотрахеальным наркозом. При ревизии брюшной полости, оценивался характер морфологических изменений отростка, наличие и распространенность экссудата, степень воспалительных изменений тканей



окружающих червеобразный отросток. Во время интраоперационной ревизии брюшной полости выявлен катаральный аппендицит – у 3 (2,6%), флегмонозный аппендицит – у 88 (76,6%) пациентов, гангренозный отмечен у 24 (20,8%) пациентов. Явления местного перитонита наблюдались практически во всех случаях флегмонозного и частично – гангренозного воспаления отростка. Диффузный перитонит отмечен у 11 (9,5%) больных, разлитой – у 1 (0,9%) пациента в группе с гангренозным аппендицитом. Рыхлый периаппендикулярный инфильтрат был у 4 (3,5%) пациентов. Периаппендикулярный абсцесс у 2 больных (1,7%), у одного больного клиническая картина сопровождалась проявлениями пилефлебита и сепсиса (в 0,9% случаев). Эти осложнения не считали поводом к конверсии и окончательное решение принималось после пробной диссекции отростка. Выполнение эндовидеохирургических вмешательств не выполнялась лишь в двух ситуациях: при плотном аппендикулярном инфильтрате (2 пациента), и 2 пациентам с лапароскопической картиной разлитого перитонита, когда предполагалась назоинтестинальная интубация кишечника. Из 115 лапароскопических аппендэктомий в 114 случаях выполнена установка на культю червеобразного отростка DS-клипса. Только у одного больного с «самоампутацией» червеобразно отростка это сделать не удалось по техническим причинам в связи с отсутствием культи как таковой. Техника выполнения операции: над пупком устанавливался 10 мм. троакар для камеры, в правой подвздошной области 5 мм. троакар, в левой подвздошной области – 12 мм. троакар. После введения инструментов в брюшную полость, проводилась диагностическая лапароскопия, при подтверждении диагноза выполнялось формирование окна в брыжейке червеобразного отростка сразу под его основанием, после этого накладывался DS – клипс, с помощью клипапликатора из 12 мм. троакара на проксимальную часть отростка (культю), на дистальную – обычный клипс с целью профилактики деконтоминации брюшной полости и далее пересечение отростка между клипсами. Использование DS – клипса обеспечивал надежное закрытие просвета аппендикса, за счет своего окончательного строения для обеспечения надежной компрессии тканей и защелки (замка) на дистальном конце клипса, предотвращающая его соскальзывание, а так же специального рисунка внутреннего профиля, увеличивающего площадь соприкосновения клипса с тканью. Культя червеобразного отростка обрабатывалась йодом. На брыжеечку отростка накладывалась эндопетля (ENDOLOOP) и брыжейка пересекалась ножницами выше наложенной петли. Червеобразный отросток удаляли из брюшной полости через 12 мм. троакар с помощью эвакуатора. Дренирование брюшной полости производилось при наличии периаппендикулярного абсцесса и распространенных форм аппендикулярного перитонита. Время выполнения операции занимало в среднем 20-35 минут. Результаты. В результате проведенного анализа 115 лапароскопических аппендэктомий, осложнение выявлено только у 1 больного (0,9%) – в виде сформировавшегося толстокишечного свища слепой кишки, который был закрыт в дальнейшем консервативно, и нагноения операционной раны. В группе 114 пациентов с применением клиппирования культи DS – клипсом осложнений выявлено не было. Летальных исходов не было. Заключение. 1.Лапароскопическая аппендэктомия оказалась выполнимым вмешательством у 97,4 % больных с клиникой острого аппендицита. 2. На основании полученных данных, считаем, что клиппирование культи червеобразного отростка DS – клипсом, является надежным способом ее закрытия и в полной мере предотвращает несостоятельность культи червеобразного отростка. Система проста в использовании. Клипапликатор, используемый при наложении клипса, является многоразовым инструментом, что снижает финансовые затраты. 3.С помощью отработанной методики удалось снизить время выполнения операции.

---

733. Дифференцированная, одномоментная (лапароскопическая и эндоскопическая) хирургическая тактика при желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой.

Дворянкин Д.В.(1,2), Кочетков А.В.(1), Кравец С.Б.(1), Баскаков К.С.(1), Савицкая О.А.(1), Савин А.С.(1).

Санкт-Петербург

1. ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М.Никифорова МЧС России. 2. Кафедра факультетской хирургии им. И.И.Грекова СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Синдром механической желтухи (СМЖ), обусловленный холедохолитиазом продолжает оставаться одной из основных проблем в современной ургентной хирургии. В настоящее время определена тактика и сформулированы основные показания для выполнения лапароскопических и эндоскопических методов хирургических вмешательств в зависимости от тяжести состояния больного, однако вопросы одномоментного использования миниинвазивных вмешательств в большинстве своем носят спорный характер. Цель исследования – определить возможность и целесообразность выполнения одномоментных сочетанных вмешательств на внепеченочных желчных путях при желчнокаменной болезни (ЖКБ), осложненной холедохолитиазом. Материал и методы. С 2012 по 2015 гг в клинике было прооперировано по поводу СМЖ, обусловленного холедохолитиазом 36 пациентов, из них двухмоментное хирургическое лечение применено - 15. Средний возраст составил - 61,6. Чаще всего, 11 больным, первым этапом выполнялось хирургическое лечение - лапароскопическая холецистэктомия, интраоперационная холангиография, дренирование холедоха по Пиковскому (ЛХЭ, ИХГ, ДХ), затем, после стабилизации состояния и купирования СМЖ, - эндоскопическое лечение, включавшее эндоскопическую ретроградную холангиографию, папилосфинктеротомию и литоэкстракцию (ЭРХПГ, ЭПСТ, ЭЛЭ). Интервал между операциями в среднем составил 8 дней. Такая последовательность операций была обусловлена деструктивными формами холецистита и выраженной интоксикацией у пациентов. При отсутствии выраженного воспаления стенки желчного пузыря 4 больным первоначально выполнен эндоскопический этап, а затем хирургический. Интервал между операциями в среднем составил 23 дня. Среднее пребывание в стационаре составило - 11,3 к/д. Одномоментно в экстренном порядке прооперированы 21 пациент. Из них 12 женщин, 9 мужчин. Средний возраст составил - 58,2. Показаниями к операции были: деструктивные формы холецистита (у всех больных), холедохолитиаз (19), стриктура терминального отдела холедоха (2), нарастание механической желтухи (10), острый билиарный панкреатит (3). Для принятия решения о выполнении одномоментной операции всем пациентам с СМЖ при поступлении в стационар производилась оценка тяжести состояния. К сожалению, на данный момент не существует универсальной шкалы, позволяющей точно оценить состояние больного с СМЖ. Из имеющихся шкал пригодными оказались ASA и SAPS. Если определялось ASA II, SAPSII

---

#### 734.ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ

А.В. КОЧЕТКОВ, А.В. ФЕДУЛОВА, Д.В.ДВОРЯНКИ

Санкт-Петербург

ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России», г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Цель. Изучить структуру и клиническое значение повреждений ободочной кишки при политравме в результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП). Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 101 истории болезни пострадавших в ДТП с повреждениями ободочной кишки из четырех больниц г. Санкт-Петербурга за период с 1989 по 2014 гг. Результаты. При ДТП частота повреждений ободочной кишки и ее брыжейки практически одинаковы: 53,1% и 46,8%. Чаще повреждались слепая (10,8%), поперечно-ободочная (15,3%) и сигмовидная (16,2%) кишка. У пешеходов чаще травмировалась сигмовидная, у пострадавших внутри автомобиля – поперечно-ободочная кишка. По характеру повреждений преобладали дефекты серозной оболочки ободочной кишки (55%) и интрамуральные гематомы (20,3%). Полные разрывы стенки ободочной кишки наблюдались в 18,8%. При политравме чаще встречались повреждения брыжейки тонкой кишки, паренхиматозных органов, закрытая черепно-мозговая травма, повреждения ребер, костей таза, нижних конечностей. Хирургическая тактика при повреждениях ободочной кишки - десерозированные дефекты стенки ободочной кишки ушивали в 51,4% случаев, раны брыжейки – в 49,5%. Колостомы при повреждении стенки ободочной кишки накладывали в 5,9%, при повреждении брыжейки кишки – в 1%. При лапаротомии у 97% пострадавших была выявлена кровопотеря, которая не была связана с повреждением ободочной кишки. Общая летальность составила 39 человек. В период

травматического шока умерло 36,8%, во второй период травматической болезни – 29%, в третий период – 34,2% пострадавших. По данным судебно-медицинского исследования основной причиной смерти пострадавших явился травматический шок (92,3%) и кровопотеря (38,5%). Заключение. При политравме в результате дорожно-транспортных происшествий повреждение ободочной кишки встречаются довольно часто, но не определяют тяжесть состояния пострадавшего. Шок и кровотечение обусловлены не повреждением ободочной кишки или ее брыжейки, а травмой других анатомических областей. Выявление ран ободочной кишки и используемая хирургическая тактика, позволяет предупредить развитие гнойно-септических осложнений со стороны брюшной полости в различные фазы течения травматической болезни.

---

735. Лапароскопическая троакарная фиброхолодохоскопия в хирургическом лечении и диагностике холецистохоледохолитиаза, осложненного механической желтухой.

Черкасов М.Ф. (1), Возлюбленный С.И. (2), Возлюбленный Д.Е. (1)

Ростов-на-Дону2) Омск

1) ГБОУ ВПО «Ростовский Государственный Медицинский Университет» Минздрава РФ, 2) ГБОУ ВПО «Омский Государственный Медицинский Университет» Минздрава РФ

Актуальность проблемы. Миниинвазивные методы диагностики и лечения больных с желчнокаменной болезнью, осложненной холецистохоледохолитиазом и механической желтухой являются наиболее рациональными. Применение различных технологических приемов и инструментария позволяет улучшить результаты лечения больных с данной патологией. Имеются существенные различия в эндоскопических и лапароскопических вмешательствах, так эндоскопическая папиллосфинктеротомия является эффективной и сравнительно несложной операцией, но сопровождается как травмой большого дуоденального сосочка с нарушением герметичности билиарного тракта, возможным риском развития грозных осложнений (кровотечение, острый панкреатит, перфорация), так и невозможностью одномоментной коррекции холецистохоледохолитиаза. Лапароскопические вмешательства (особенно в сочетании с фиброхолодохоскопией) позволяют как сохранить сфинктерный аппарат большого дуоденального сосочка, так и выполнить одномоментную коррекцию существующей патологии, но сопряжена с определенными техническими трудностями на этапе выполнения фиброхолодохоскопии.. Цель исследования. Усовершенствование лапароскопической фиброхолодохоскопии при оперативном лечении и диагностике холецистохоледохолитиаза, осложненного механической желтухой, отсроченная оценка эффективности данного метода. Материалы и методы. Нами разработан и внедрен способ троакарной лапароскопической фиброхолодохоскопии в оперативном лечении холецистохоледохолитиаза (патент на изобретение №2288648 по заявке №2005102970 от 07.02.2005г.). Разработанный способ применен при хирургическом лечении и интраоперационной диагностике 64 больных с острым калькулезным холециститом, холедохолитиазом и механической желтухой. После холецистэктомии выполнялась холедохотомия, в брюшную полость вводился созданный изогнутый под углом троакар (патент на полезную модель №53557 от 07.11.2005г.) с гибким стилетом для лапароскопической фиброхолодохоскопии. После удаления гибкого стилета через троакар вводился фиброхолодохоскоп в просвет общего желчного протока с последующим осмотром просвета билиарного тракта, удалением конкрементов. В последствии общий желчный проток дренировался, устанавливался дренаж в подпеченочное пространство. После лапароскопической холецистэктомии и фиброхолодохоскопии с устранением холедохолитиаза 64 пациента были выписаны в удовлетворительном состоянии на 10-15 сутки с дренажом в просвете холедоха. Один пациент умер через 4 суток после хирургического вмешательства от развившейся декомпенсации сердечно-сосудистой системы. У одного пациента отмечено подтекание желчи по дренажу подпеченочного пространства, при фистулографии данных за разгерметизацию билиарного тракта нет (желчеистечение из ложа пузыря?), на 5 сутки отделяемое прекратилось. У 6 пациентов отмечено развитие острого билиарнозависимого панкреатита, на фоне консервативной терапии отмечена положительная динамика течения заболевания. Через 2-3 недели после выписки больным выполнялась контрольная фистулохолангиография. В 2 случаях отмечен сладж в просвете общего желчного протока, на фоне приема урсодезоксихолевой кислоты, соблюдения

рекомендаций питания на контрольном исследовании данных за сладж нет, дренаж удален. В 5 случаях на контрольной фистулографии отмечена стриктура терминального отдела общего желчного протока без признаков билиарной гипертензии, дренаж удален. 45 пациентов были осмотрены в сроки от 2 до 6 месяцев после операции. Для изучения отдаленных результатов лечения было проведено исследование методами анкетирования (анкета SF-36) и обследования, включающего клинические (жалобы, осмотр), лабораторные (анализ крови и мочи, уровень билирубина, АлАТ, АсАт, ЩФ) и инструментальные (УЗИ) методы исследования. Следует отметить, что данных за резидуальный холедохолитиаз не было выявлено. Заключение. Разработанный способ позволяет без технических трудностей осуществлять лапароскопическую фиброхоледохоскопию без травматических повреждений общего желчного протока, тем самым повысить эффективность лечения больных с холедохолитиазом. Троярная лапароскопическая фиброхоледохоскопия с ревизией желчных протоков технически доступна, отличается надежностью. Полученные результаты применения разработанного способа троаярной лапароскопической фиброхоледохоскопии открывают новые возможности в хирургическом лечении данной патологии.

---

736. Первый опыт видеоассистированного лечения дивертикулярной болезни толстой кишки.

Дворянкин Д.В.(1,2), Кочетков А.В.(1), Павлов А.В.(1).

Санкт-Петербург

1. ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М.Никифорова МЧС России. 2. Кафедра факультетской хирургии им. И.И.Грекова СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Заболеваемость дивертикулярной болезнью толстой кишки (ДБТК) по разным источникам достигает 30% от всей популяции. В последние годы отмечается тенденция роста больных с данной патологией. В хирургические стационары города все больше и больше поступает пациентов с осложнениями дивертикулярной болезни, что делает актуальным рассмотрение вопросов профилактики данной патологии и выбора оптимальной лечебной тактики. Поскольку в группе больных с осложненными формами ДБТК отмечается достаточно высокая летальность, возникает необходимость рассмотрения прогностически неблагоприятных факторов развития осложнений ДБТК и расширения показаний к плановому оперативному лечению. Цель исследования - оценка результатов видеоассистированного лечения дивертикулярной болезни толстой кишки. Материалы и методы - в работе представлен первый опыт применения видеоассистированного лечения у больных с дивертикулярной болезнью с 2012 по 2014 гг. Всего прооперировано 8 пациентов из них - 7 в плановом и 1 в экстренном порядке (после перфорации дивертикула во время выполнения фиброколоноскопии) по поводу ДБТК. Возраст больных варьировал от 48 до 75 лет. Средний возраст пациентов составил 61 год. У 5 пациентов поражение ДБТК было только сигмовидной кишки, у 3 сигмовидной и нисходящей ободочной кишки. У всех больных были повторные приступы дивертикулита, у 3 из них рецидивирующие толстокишечные кровотечения. Больные были госпитализированы в плановом порядке для оперативного лечения и обследовались амбулаторно (УЗИ брюшной полости, МСКТ органов брюшной полости, эндоскопия, ирригоскопия). Обследование и операции выполнялись согласно «клиническим рекомендациям по диагностике и лечению взрослых пациентов с дивертикулярной болезнью» от 2013 г. Основными показаниями к операции были: наличие двух или более приступов дивертикулита (среди пациентов в возрастной группе до 50 лет достаточно одного приступа для рассмотрения вопроса о плановой резекции); кровотечение из дивертикулов в анамнезе; имеющаяся выраженная деформация сигмовидной кишки за счет воспалительного инфильтрата; клиническая, эндоскопическая, рентгенологическая картина не позволяющая исключить рак; свищевая форма ДБТК. Всем пациентам были выполнены видеоассистированные операции с формированием первичного анастомоза циркулярным аппаратом. Видеоассистированная резекция сигмовидной кишки 5 больных, левосторонняя гемиколэктомия у 3. Протективная колостома сформирована у одной пациентки. В 1 случае отмечалось нагноение послеоперационной раны. Активизация больных проводилась на 1-е, 2-е сутки. Среднее пребывание в стационаре составило 7-8 дней. Заключение: видеоассистированные операции при ДБТК могут стать основным малотравматичным и эффективным методом лечения. Учитывая возможные тяжелые

осложнения представленной патологии, необходимо проведение исследований прогностически значимых факторов и расширение показаний к оперативному лечению. Применение видеоассистированных операций при ДБТК способствует уменьшению болевого синдрома в послеоперационном периоде, позволяет активизировать больных в ранние сроки, а также сокращают сроки пребывания в стационаре.

---

737.Перикардиоцентез под УЗ-контролем при гидроперикарде с тампонадой сердца.

Возлюбленный Д.Е., Возлюбленный Е.И., Галин В.А., Зубкова А.А.

Ростов-на-Дону

МБУЗ "Городская больница №20 города Ростова-на-Дону"

Экссудативный перикардит с тампонадой сердца является одной из актуальных проблем современной хирургии. Клинически тяжелое течения заболевания, наличие выраженной сопутствующей патологии требует экстренной оценки состояния больного и выбора адекватного метода лечения. Несмотря на наличие современных методов диагностики данной патологии, уточнение этиопатогенеза экссудативного перикардита возможно при исследовании перикардального выпота. Так же, в случае выраженных нарушений гемодинамики проведение перикардиоцентеза является основной мерой неотложной помощи. Материалы и методы. С 2013г-2015гг 3 пациентам было выполнено 3 перикардиоцентеза. Все пациенты поступили по СП в отделение кардиологии, где при обследовании был установлен диагноз экссудативный перикардит с тампонадой сердца. Перикардиоцентез и дренирование выполнялись под УЗ-контролем под местной анестезией с применением пункционного датчика. Точка пункции определялась интраоперационно при ультразвуковом исследовании (в проекции наибольшего диастаза между листками перикарда) и находилась под мечевидным отростком по центру или по его левому краю. Применялась система игла-катетер 18G. После введения иглы под контролем ультразвука и контроля ее расположения осуществлялась пробная аспирация содержимого с последующим дренированием пластиковым катетером. Полученное содержимое подвергалось макроскопической оценке, цитологическому и бактериологическому исследованию. Показанием к выполнению вмешательства являлись: наличие большого количества содержимого в просвете перикарда, вызывающего тампонаду сердца; декомпенсация сердечно-сосудистой деятельности; необходимость уточнения диагноза и генеза заболевания. Результаты и обсуждение. Главным отличием данной методики от традиционного метода является возможность выбора как оптимальной точки места пункции, так и траектории введения иглы, а также постоянный контроль введения иглы и(или) дренажа в полость перикарда. Учитывая полученный объем жидкости во время пробной пункции более 200мл, большой остаточный объем жидкости (от 1500 до 2000мл) в полости перикарда у всех 3 пациентов дренаж был оставлен на сроки от 2 до 4 дней в связи с необходимостью дробного забора экссудата, т.к. одномоментное удаление большого объема у пациентов с сердечной недостаточностью ФК 3 NYHA могло резко ухудшить систолическую функцию левого желудочка. Во всех случаях диагностированы постинфарктные асептические перикардиты. Интра- и постоперационных осложнений не было выявлено, пациенты осмотрены через 3, 6, 12 месяцев, 3 года после выписки, состояние удовлетворительное, признаков декомпенсации сердечной деятельности нет, признаков рецидива экссудативного перикардита не было выявлено. Заключение. Пункция и дренирование перикарда под УЗ-контролем является безопасным и эффективным: постоянный контроль продвижения иглы, ее местоположение позволяет избежать возможных осложнений (кровотечение, перфорация); контроль количества полученного экссудата с остаточным объемом позволяет предотвратить ухудшение функции левого желудочка, декомпенсации сердечно-сосудистой недостаточности.

738. РАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАДИЦИОННЫХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ.

Дворянкин Д.В.(1,2), Кочетков А.В.(1), Савин А.С.(1).

Санкт-Петербург

1. ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М.Никифорова МЧС России. 2. Кафедра факультетской хирургии им. И.И.Грекова СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В работе представлен опыт применения открытых и лапароскопических методов лечения паховых грыж с 2012 года по 2014 год. Цель исследования - оценка результатов лапароскопических (лапароскопической трансабдоминальной предбрюшинной герниопластики (ТАРП) и тотальная экстраперитонеальная пластика (ТЕР)) и открытых методов лечения паховых грыж (по Лихтенштейну, Шолдису). Материалы и методы — Из 250 пациентов с паховой грыжей мужчин было 231 (93%), женщин – 19 (7%). Средний возраст составил  $31,12 \pm 7,62$  года. Выполнено 309 операций, в т.ч. 59 (19%) - с двух сторон. Ненатяжная открытая герниопластика выполнена 135 (54%), ТАРП - 78 (31%), ТЕР - 37 (15%) пациентам. Таким образом лапароскопические методы использованы у 46% больных, а с учетом выполненных двухсторонних операции они применены в 55,6% случаев. Количество косых паховых грыж было – 210 (68%), из них пахово-мошоночных – 18 (6%), прямых – 99 (32%); левосторонних – 139 (45 %), правосторонних - 170 (55 %). Рецидивные грыжи наблюдались у 12 (4%) больных. Критериями оценки результатов оперативного вмешательства служили: его длительность, сроки госпитализации, частота и структура наблюдаемых осложнений, и степень выраженности болевого синдрома. Результаты: Медиана периода наблюдения составила 18 мес (диапазон 1-36 мес). Средняя продолжительность операции составила  $66,15 \pm 19,78$  мин (диапазон 25-240 мин) для лапароскопических методов и  $55,22 \pm 17,43$  (диапазон 35-200 мин) для открытых методов. Средний срок госпитализации при лапароскопических вмешательствах был  $3,76 \pm 1,14$  койко-дня, при ненатяжной открытой пластики –  $5,28 \pm 1,57$  койко-дня. При лапароскопических методах в 2 случаях ТЕР наблюдалось повреждение эпигастральных сосудов, потребовавшее их клипирования. После ТАРП в послеоперационном периоде в 3 (3,8%) случаях развился выраженный и длительный болевой синдром, в одном из которых выполнена повторная лапароскопическая операция удаления скрепки из области прохождения подкожного нерва бедра. После выполнения открытых методик грыжесечения наблюдалось 2 (1,5%) случая образования предбрюшинных гематом, потребовавших повторного оперативного вмешательства, в 2 (1,5%) случаях - развития абсцессов семенного канатика и мошонки после ликвидации гигантских пахово-мошоночных грыж. Для сравнительной оценки различных методов грыжесечения была разработана анкета опроса пациентов в послеоперационном периоде, состоящая из 12 пунктов. Пункты 1,2,3,4,6,7,9,12 оценивались по 10 бальной шкале, пункты 5,8,10,11 - по шкале «да\нет». 1) Удовлетворенность операцией: после лапароскопической герниопластики (ЛГ) составила  $8,1 \pm 1,2$ ; открытой герниопластики (ОГ) -  $6,5 \pm 1,3$ . 2) Наличие и продолжительность болевого синдрома в послеоперационном периоде: ЛГ -  $2,4 \pm 1,1$  в 1-й день после операции, с его регрессом до  $1,2 \pm 0,67$  на 7-й послеоперационный день; открытых методов  $3,19 \pm 1,03$  на 1й день и  $1,34 \pm 0,54$  на 7-й день. 3) Наличие уплотнений в области вмешательства: ЛГ -  $1,74 \pm 0,22$ ; ОГ -  $5,67 \pm 1,1$ . 4) Наличие ощущения инородного тела: ЛГ -  $5,42 \pm 1,13$ ; ОГ -  $5,17 \pm 0,97$ . 5) Рецидив грыжи: ЛГ - без рецидивов; ОГ - 1 случай (0,7%). 6) Наличие гематом в области вмешательства в послеоперационном периоде: ЛГ -  $3,72 \pm 0,48$ ; ОГ -  $4,46 \pm 0,76$ . 7) Наличие отека мошонки и семенного канатика в послеоперационном периоде: ЛГ -  $3,84 \pm 0,91$ ; ОГ -  $4,86 \pm 1,12$ . 8) Нагноение послеоперационной раны: ЛГ - 0; ОГ - 2 случая (1,5%). 9) Толерантность к физическим нагрузкам: ЛГ -  $8,78 \pm 0,34$ ; ОГ -  $7,21 \pm 0,84$ . 10) Атрофия яичка в послеоперационном периоде: ЛГ - 0; ОГ - 0. 11) Эректильная дисфункция в послеоперационном периоде: ЛГ - 0; ОГ - 0. 12) Косметический эффект: ЛГ -  $9,12 \pm 0,32$ ; ОГ -  $4,37 \pm 1,87$ . Выводы: применение лапароскопических методов герниопластики паховых грыж в сравнении с традиционными открытыми методами, позволяет улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения, с ранней активизации пациента; минимизировать болевой синдром; сократить число послеоперационных осложнений и улучшить косметический результат.

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

739.ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ (ТАРР, ТЕР).

Дворянкин Д.В.(1,2), Кочетков А.В.(1), Савицкая О.А.(1), Савин А.С.(1).

Санкт-Петербург

1. ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России.2. Кафедра факультетской хирургии им. И.И.Грекова СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Представлены результаты лапароскопической герниопластики в лечении паховых грыж методами ТАРР, ТЕР. Цель исследования - оценка результатов лапароскопической трансабдоминальной предбрюшинной герниопластики (ТАРР) и тотальной экстраперитонеальной пластики (ТЕР). Материалы и методы - в работе представлен опыт применения лапароскопических методов лечения паховых грыж с 2012 по 2014 гг. Из 115 пациентов с диагнозом паховая грыжа - мужчин 106 (92%), женщин - 9 (8%). Средний возраст пациентов составил  $28,36 \pm 8,32$  года. Им выполнено 174 операции. Разница между количеством операций и числом пациентов заключается в проведении одномоментного устранения грыж с двух сторон. Односторонняя грыжа наблюдалась в 67% случаях, двухсторонняя в 33% случаях. ТАРР была выполнена в 118 случаях у 78 пациентов. ТЕР - в 54 случаях 37 пациентам. Количество косых паховых грыж - 129 (73%), прямых - 41 (26%). В одном случае наблюдалась пахово-мошоночная грыжа (0,6%). Левосторонних - 79 (46 %), правосторонних 93 (54 %). Критериями оценки результатов оперативного вмешательства являлись: время его проведения, сроки госпитализации, частота и структура наблюдаемых осложнений, степень выраженности болевого синдрома и экономическая составляющая. Результаты: Медиана периода наблюдения составила 18 мес (диапазон 1-36 мес). Средняя продолжительность операции составила  $64,25 \pm 21,64$  мин (диапазон 25-200 мин) для ТАРР и  $68,12 \pm 27,43$  (диапазон 35-240 мин) для ТЕР. В начале кривой обучения ТЕР средняя продолжительность операции составила  $96,32 \pm 25,87$  (диапазон 50-240 мин). Средний срок госпитализации при ТАРР составил  $3,76 \pm 1,14$  койко-дня. Для ТЕР -  $3,28 \pm 1,17$  койко-дня. Наличие и продолжительность болевого синдрома в послеоперационном периоде: для ТАРР -  $2,9 \pm 1,1$  в 1-й день после операции, с его регрессом до  $1,4 \pm 0,7$  на 7-й послеоперационный день. Аналогичный показатель для ТЕР  $2,8 \pm 1,1$  на первый день и  $1,3 \pm 0,5$  на седьмой день. В ходе выполнения оперативных вмешательств были выявлены следующие особенности ТАРР: 1) «Знакомая» анатомия - работа из стандартного доступа. Расположение анатомических ориентиров соответствует классическим лапароскопическим операциям. 2) Возможность интраабдоминальной диагностики с последующим выполнением симультанных оперативных вмешательств, таких как адгезиолизис, аппендэктомия и других. 3) Короткая кривая обучаемости. 4) Меньшая раневая поверхность, которая соответствует стандартному размеру трансплантата  $10 \times 15$ . Для ТЕР были выявлены следующие особенности: 1) Прямой доступ без вхождения в брюшную полость. 2) Широкое и объемное рабочее пространство. 3) Отсутствие необходимости фиксации сетчатого трансплантата и, соответственно, использования герниостеплера. 4) Полный контроль за положением сетки в момент десуффляции, в отличие от ТАРР. 5) Исключение контакта со спайками брюшины после выполненных ранее операций на органах брюшной полости. При выполнении ТАРР в 2 случаях из-за спаечного процесса произошла десерозация тонкой кишки, ушитая лапароскопически. В послеоперационном периоде в одном случае развилась спаечной тонкокишечной непроходимости устраненная также лапароскопически. У 3 пациентов наблюдался выраженный и длительный болевой синдром, в одном случае потребовалось удаление скрепки из области прохождения подкожного нерва бедра. У 3-х оперированных сформировались троакарные грыжи. Перечисленные осложнения не были характерны для ТЕР, в связи с особенностью самого метода. При использовании его интраоперационно в трех случаях наблюдалось контактное кровотечение в области мелких сосудов лонной кости, устраненное коагуляцией; в двух случаях повреждались эпигастральные сосуды, выполнено клипирование. В 4 случаях осуществлен переход с ТЕР на ТАРР, в связи с повреждением истонченной брюшины в проекции рубцов, ранее перенесенных операций. Утечка CO<sub>2</sub> в брюшную полость уменьшила рабочее пространство и значительно ограничило видимость. Дефекты брюшины ушиты. При использовании ТЕР, в связи с применением местной анестезии интраоперационно в зоне вмешательства, отпала необходимость обезболивания в послеоперационном периоде. Разница в экономической составляющей двух методов заключается в том, что при ТЕР используется эндобалон (стоимость его составляет 2600 руб.), а при ТАРР герниостеплер (стоимость его составляет около 8000 руб.). Выводы: лапароскопическая герниопластика считается золотым стандартом в лечении паховых грыж на современном этапе развития хирургии. В структуре интраабдоминальных осложнений при ТАРР обращает на себя внимание вероятность развития повреждений внутренних органов,

развитие спаечной болезни, формирования троакарных грыж, что исключается при ТЕР. На наш взгляд ТЕР является экономически более выгодным методом по сравнению с ТАРР. Отличительной чертой двух методов является более длительная кривая обучаемости при ТЕР. После долгого и тщательного усовершенствования техники ТЕР, послеоперационные результаты сопоставимы с ТАРР.

---

740. Синдром системной воспалительной реакции у больных с гнойно-деструктивными заболеваниями легких

Дзидзава И.И.(1), Баринов О.В.(1), Котив Б.Н. (1), Башилов Н.И. (1), Егоров В.И.(2), Дейнега И.В.(2).

Санкт-Петербург

1) Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра госпитальной хирургии 2) ГБУЗ «Городская Покровская больница», торакальное отделение

Сепсис является актуальной проблемой хирургии ввиду высокой заболеваемости и летальности. По результатам двухэтапного однодневного исследования инфекций в ОРИТ России, более чем у 44% пациентов локализацией очага инфекции являются легкие. Цель исследования: изучить клинико-лабораторные особенности сепсиса при гнойно-деструктивных заболеваниях легких с позиций международных согласительных конференций. Материалы и методы: проведено комплексное клинико-лабораторное обследование пациентов с гнойно-деструктивными заболеваниями легких (ГДЗЛ). Критериями включения являлись возраст от 18 до 70 лет и наличие деструкции легочной ткани (размерами более 10 мм). Критерии исключения: специфическое поражение легких; наличие других «входных» ворот инфекции (трофические язвы, пролежни, дренажи в брюшной полости); септический характер поражения легких, хронический характер течения (более 2 мес.); эмпиема плевры без деструкции легочной ткани, септическая пневмония; параканкротный абсцесс. Обследование пациентов проводилось при поступлении и на 7 сутки госпитализации и включало выявление признаков синдрома системной воспалительной реакции (ЧСС, ЧДД, температура тела, уровень лейкоцитов крови, ЛИИ), выявление биомаркеров сепсиса (С-реактивный белок (СРБ), прокальцитонинный тест (ПКТ)), регистрация рентгенологической картины. В исследование включено 46 пациентов с ГДЗЛ, среди которых мужчин было 31 (67%), женщин 15 (33%), медиана возраста составила 52 г. Распределение по формам ГДЗЛ: острый абсцесс легкого – 78,3% (36 наблюдений), гангренозный абсцесс легкого – 6,5% (3 наблюдения), абсцедирующая пневмония – 15,2% (7 наблюдений). Результаты: Средняя длительность течения заболевания до госпитализации в специализированный стационар составила 11 сут. При этом два и более критерия ССВР имели место у 35 пациентов (76%). Из них величина ПКТ  $\geq 2$  не была зарегистрирована ни в одном из случаев, величина ПКТ от 0,5 до 2,0 нг/мл выявлена у 2 пациентов, в 95% случаев величина ПКТ была  $\leq 0,5$  нг/мл. Средний уровень С-реактивного белка составил 87,9 мг/л. При этом у пациентов с 1 критерием ССВР (ССВР1) средний уровень СРБ составил 17,8 мг/л, ССВР2 – 61,7 мг/л, ССВР3 – 99,9 мг/л, ССВР4 – 118,4 мг/л. При обследовании пациентов на 7 сут. госпитализации в специализированный стационар наличие двух и более критериев ССВР диагностировалось в 24 % случаев (11 наблюдений). Средний уровень СРБ составил 29,7 мг/л. В 100% случаев ПКТ был отрицательным. Среди пациентов, у которых был диагностирован острый абсцесс легких, выявление двух и более критериев ССВР имело место в 86% случаев (31 пациент). При этом существует прямая связь между величиной критериев ССВР и уровнем ЛИИ, СРБ. Средняя продолжительность лечения составила 14; 17,3; 19 и 18,7 суток соответственно 1, 2, 3, 4 критериям ССВР. Выводы: Острые деструкции легких, особенно тяжелые гангренозные формы, протекают в виде первичного легочного сепсиса. Частота регистрации двух и более признаков ССВР у больных с гнойно-деструктивными заболеваниями легких (сепсис) регистрируется в 76%. Увеличение частоты встречаемости двух и более критериев возрастает в ряду абсцедирующая пневмония, острый абсцесс, гангренозный абсцесс.



#### 741. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Бадасян А.Н., Олифирова О.С.

Благовещенск

ГБОУ ВПО Амурская ГМА

По разным данным послеоперационный спаечный процесс возникает у 55 – 97% пациентов, перенесших лапаротомию. Частота острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН) составляет 50 – 93,3 % из всех видов механической непроходимости неопухолевого генеза. В некоторых случаях хирургическое вмешательство по поводу ОСКН может быть одним из наиболее сложных в неотложной абдоминальной хирургии. Технические трудности значительно возрастают, если операцию выполняют повторно после уже перенесенных большим вмешательств. Цель исследования: анализ результатов лечения острой спаечной кишечной непроходимости. Материалы и методы. Объектом исследования явились больные с ОСПК (121), получавшие лечение в хирургическом отделении городской клинической больницы г. Благовещенска (2008 – 2014 гг.). Возраст больных колебался от 18 до 77 лет. Женщин было 52 (43 %), мужчин – 69 (57 %). В первые 12 часов от начала острых болей поступили 58 (48%) больных, до 24 часов – 31 (25,6%) и свыше 24 часов 32 (26,4%) больных. Наиболее частыми причинами ОСКН явились – аппендэктомия (26,4%) и гинекологические операции (15,7 %). Всем больным проводилось стандартное обследование, включающее клинические и биохимические анализы, обзорную рентгенографию брюшной полости, рентгеноконтрастное исследование моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта (по показаниям), УЗИ, КТ и МРТ (по показаниям). Результаты. Консервативное лечение оказалось эффективным у 29 пациентов (24%), а 92 (76%) пациентов были оперированы. Оперативные вмешательства были выполнены в первые 6 часов от момента поступления у 49 (40%) и свыше 6 часов у 42 (60%) пациентов. Клиническая картина ОСКН во многом зависела от уровня непроходимости, ее вида и сроков заболевания. Высокая ОСКН при локализации спаек не ниже 50 см от связки Трейца была у 23 (25%) пациентов. Клинически она проявлялась частой неукротимой рвотой, выраженными схваткообразными болями. У пациентов этой группы быстро развивались выраженные нарушения водно-солевого обмена, декомпенсированные нарушения КЩР. У остальных 69 пациентов (75%) ОСКН локализовалась ниже 50 см от связки Трейца. Наиболее тяжелое клиническое течение было отмечено у 19 больных со странгуляционной ОСПК. На фоне интенсивных постоянных болей отмечались периодические схваткообразные боли, был выражен интоксикационный синдром, свободная жидкость в брюшной полости (40%), перитонеальные симптомы. Чаще ОСКН была вызвана шнуровидным спаечным тяжом, перекрывающим просвет тонкой или толстой кишки (36; 39%), спаечными деформациями в виде перегиба кишки под острым углом (13; 14%) или «двухстволки» (11; 12%). В большинстве случаев ОСКН (86%) устраняли путем выполнения лапаротомии и рассечения спаек. В связи с некротическими изменениями 11 больным выполнена резекция тонкой кишки. Из них 3 больным из-за наличия спаечных конгломератов, неподдающихся разделению, были произведены обширные резекции тонкой кишки (остаток функционирующей кишки от 50 до 60 см) с благоприятными ближайшим исходом. Двум больным с инфильтративными изменениями и вовлечением в процесс восходящей ободочной кишки была произведена правосторонняя гемиколэктомия. Наиболее технически сложными являлись случаи тотального фиброза брюшной полости (3,2%), при котором выделение петель кишечника сопровождалось их повреждением. В послеоперационном периоде эти больные погибли от множественных кишечных свищей и истощения. Для декомпрессии кишки и зоны межкишечных соустьев в большинстве случаев проводили назоинтестинальную интубацию всей тонкой кишки. Значительно реже выполняли наложение подвешной энтеростомы (1) и цекостомы (3) для интубации тонкой кишки. В послеоперационном периоде особое значение имело восстановление гомеостаза путем адекватной, рационально программированной инфузионной терапии. С целью стимуляции моторики кишечника, кроме традиционной схемы, применялись перидуральная анестезия (27%), ультразвук и диадинамические токи на брюшную стенку (45%). Декомпрессионные зонды из кишечника удалялись после восстановления моторики (на 4-5 сутки). Послеоперационная летальность составила 3,2% (3 пациента). Заключение. Хирургическое лечение ОСКН сопровождается риском послеоперационных осложнений. Назоинтестинальная интубация тонкой кишки создает предпосылки для более раннего восстановления моторики кишечника и является результативным методом профилактики ранних рецидивов ОСКН. Для ранней активизации моторики кишечника после

обширных, травматичных операции возможно использование перидуральной анестезии, ультразвука и диадинамических токов на переднюю брюшную стенку.

---

#### 742. Fast Track Surgery в неотложной хирургии

Совцов С.А.

Челябинск

ГБОУ ВПО "Южно-Уральский государственный медицинский университет" Минздрава России

В результате поиска эффективных методов лечения хирургических больных с минимальным риском возникло новое понятие — FTS - fast track surgery («быстрый путь в хирургии- к выздоровлению»), ускорение различных этапов лечебного процесса) или ERAS (early rehabilitation after surgery — (ранняя реабилитация после операции). Основными методами FTS являются подбор: методов анестезии, минимально инвазивных способов оперативного лечения, оптимального контроля боли и активного послеоперационного восстановления (в том числе раннего перорального питания и мобилизации). Из 17 принятых факторов Fast track surgery (Wind J. , 2006) наиболее подходящими для применения этой технологии в неотложной хирургии по нашему мнению являются : 1. Регионарная эпидуральная и спинальная анестезия и использованием короткодействующих летучих (севофлюран) и внутривенных (пропофол) анестетиков, опиоидов (ремифентанил) и миорелаксантов; 2. Адекватный объём инфузии в пери- и интраоперационном периоде (directed goal therapy), что предупреждает интраоперационную гиповолемию и чрезмерную инфузию кристаллоидов; 3. Предпочтение малым разрезам - мини-инвазивные доступы , включающие в себя как лапароскопические, так и минилапаротомные; 4. Отказ от рутинного использования дренажей , назогастральных зондов и раннее удаление мочевого катетера; 5. Раннее начало послеоперационного перорального питания (6-12 ч после операции), 6. Ранняя мобилизация - способность передвигаться, по крайней мере через 6 ч. после операции вне кровати в течение 1-го дня после операции с условием адекватной аналгезии. Мы считаем, что , в экстренной абдоминальной хирургии возможно использовать основные принципы FTS при не осложненных формах: 1. острого аппендицита, 2. острого холецистита, 3. ущемленных грыжах передней брюшной стенки, 4. острой кишечной непроходимости, 5. травмах органов брюшной полости. Мы используем экстренную лапароскопическую хирургию, при которой реализуются основные принципы FTS. Это острый аппендицит, острый холецистит, острая кишечная непроходимость. Так, за последние 2 года в нашей клинике с использованием основных принципов FTS-технологий было пролечено 1038 больных с острым аппендицитом . Процент ранних послеоперационных осложнений составил  $0,2\% \pm 0,01$ , т.е. в 3 раза меньше, чем при операциях из традиционного оперативного доступа за счет отсутствия внутрибольничной составляющей развития послеоперационных осложнений. В 2,5 раза уменьшился средний койко-день ( $3,1 \pm 0,5$  дня). Ни один человек не умер. С острым холециститом лечилось 680 пациентов, из них оперировано 600 (88,2%). С использованием малоинвазивных технологий : лапароскопически и операций из минилапаротомного доступа были выполнены хирургических вмешательств у 92,3% больных. Послеоперационная летальность составила 0,3%. 152 человека были оперированы с ущемленными грыжами передней брюшной стенки. У 101 из них (66,4%) были применены не натяжные способы пластики грыжевых ворот с использованием сетчатых трансплантатов. После операции умерло 4 больных (2,6%). При операциях по поводу ущемленных паховых грыж использовалась пластика грыжевых ворот по Лихтенштейну (Lichtenstein) , что позволило в случаях без резекции кишечника осуществить раннюю выписку больных на 2-3 день после операции. Аналогичные сроки пребывания больных в стационаре были и при ущемленных бедренных и пупочных грыжах. Мы считаем, что достаточно спорно использовать основные принципы FTS при остром панкреатите, желудочно-кишечных кровотечениях и перитонитах. В связи с тем, что сегодня в лечебно-диагностическом процессе больных с хирургической патологией ( помимо хирургов) участвуют анестезиологи-реаниматологи, врачи нутритивной поддержки, гастроэнтерологи, эндоскописты, рентгенологи , врачи УЗИ и др., что определяет ведущий принцип лечения хирургических больных в виде мультимодальности диагностики и лечения. А это , в свою очередь, обуславливает и обосновывает использование основных моментов FTS-технологий . Но для этого

необходимо, умение работать в команде, что на настоящий период времени является одним из ведущих и значимых компонентов лечения хирургических больных с учетом того, что главным действующим лицом в команде является хирург. Таким образом, лечение достаточно большой группы экстренно оперированных больных, основанное на принципах доказательной медицины, в пределах fast track методологии значительно ускоряет послеоперационное восстановление и реально уменьшает количество осложнений и летальность.

---

#### 743.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ГИБРИДНЫЕ СПЛЕНЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ

Быстров С.А., Каторкин С.Е., Шестаков Е.В., Толкачев Ю.С., Бизярин В.О.

Самара

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»

При неэффективности консервативного лечения у больных с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой показана спленэктомия, которая дает стойкий клинический эффект у 60-80% больных. Клиника госпитальной хирургии СамГМУ более 30 лет занимается хирургической гематологией и обладает опытом более 500 лапаротомных спленэктомий. Однако традиционная спленэктомия сопровождается длительным пребыванием больных в стационаре, высоким процентом интраоперационных и послеоперационных осложнений, неудовлетворительными косметическими результатами. Наиболее частыми хирургическими осложнениями спленэктомии являются острый панкреатит, внутрибрюшное кровотечение, поддиафрагмальный абсцесс. Применение видеолапароскопических технологий позволяет значительно улучшить результаты лечения этой категории больных и повысить их качество жизни. Однако эти операции нередко являются технически сложными для хирурга. Противопоказаниями к лапароскопической методике являются низкий уровень тромбоцитов (ниже  $50 \times 10^9/\text{л}$ ), спленомегалия более 20 см, общие противопоказания для проведения лапароскопии. С 2014 года в клинике госпитальной хирургии внедрена видеолапароскопическая гибридная (мануально ассистированная) спленэктомия при лечении больных гематологического профиля. С нашей точки зрения, эта операция сочетает в себе все преимущества как видеолапароскопических, так и традиционных лапаротомных операций. Нами выполнено 18 гибридных операций. Средний возраст больных -  $47,2 \pm 4,5$  года, женщин было 11, мужчин - 7. По поводу тромбоцитопении оперировано 15 пациентов, средний уровень тромбоцитов до операции  $35,8 \pm 16,8 \times 10^9/\text{л}$ , причем у 5 больных уровень тромбоцитов был ниже -  $10 \times 10^9/\text{л}$ . Средний размер селезенки -  $12,6 \pm 2,8$  см. У трех больных спленэктомия выполнена по поводу гемолитической анемии. Средний размер селезенки -  $24,1 \pm 2,5$  см. Продолжительность операций -  $89,2 \pm 13,5$  мин. Операция выполнялась в боковом латеральном положении больного на левом боку с валиком. Устанавливали три порта: 1 - Hand -port, 2 порт (10 мм) для инфузии и видеосистемы с углом обзора  $30^\circ$ , 3 порт (15 мм) для введения рабочих инструментов - гармонических ножниц, клиппера и сшивающего аппарата. Мобилизация селезенки осуществлялась с помощью ультразвуковых ножниц от нижнего полюса к верхнему по латеральной поверхности селезенки, отдельные сосуды клипировали и пересекали. Ножка прошивалась и пересекалась с помощью эндоскопического сшивающе-режущего аппарата с синей кассетой (длина шва 45 или 60 мм, высота скрепок 3,5 мм). Селезенку извлекали из брюшной полости через Hand -port. Обязательно проводили ревизию области ложа селезенки на предмет добавочных селезенек, которые нами были выявлены у 2 больных. Интраоперационная кровопотеря составляла  $45,4 \pm 15,2$  мл. Во всех случаях мы оставляли контрольный дренаж в ложе удаленной селезенки, который удаляли на 2-3 сутки. Ни в одном наблюдении нами не отмечено интраоперационных или послеоперационных осложнений, у всех больных к моменту выписки уровень тромбоцитов достиг референтных показателей. Средняя длительность пребывания больных в стационаре составила  $6,3 \pm 1,1$  дня. Течение послеоперационного периода у наших пациентов значительно отличалось от больных оперированных лапаротомным методом. После лапароскопической гибридной спленэктомии - минимальный болевой синдром, раннее удаление дренажа, максимально ранняя активизация и кормление пациентов, хороший косметический эффект. Лишь у 1 больного 29 лет, оперированного по поводу идиопатической тромбоцитопении на фоне нулевого уровня тромбоцитов в ближайшие

послеоперационные часы появились признаки продолжающегося внутрибрюшного кровотечения, которое было остановлено при релапаротомии путем тампонирования. Таким образом, миниинвазивные технологии при выполнении спленэктомии позволяют значительно уменьшить процент осложнений и улучшить результаты лечения больных.

---

#### 744. Применение фотодинамической терапии в лечении гнойных ран

Сагдиев Р.Д.(1), Тимербулатов М.В.(2), Туйсин С.Р.(2), Рахимов Р.Р.(2), Карамаликов С.А.(1), Гильфанов А.Р.(1)

1) Альметьевск 2) Уфа

Республиканский клинический онкологический диспансер ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Несмотря на очевидные успехи в хирургии, обусловленные прежде всего широким применением антибиотиков и совершенствованием оперативной техники, анестезиологии и т.д. лечение гнойно-воспалительных заболеваний остается чрезвычайно сложной и далеко еще не решенной проблемой. В основу работы положен анализ результатов хирургического лечения 320 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей находившихся на лечении в период с 2012 по 2015 гг. В основную группу вошли 181 пациент в контрольную группу - 139 больных гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей. В контрольную группу включены пациенты, лечение у которых проводили традиционными средствами – марлевые повязки с водорастворимыми мазями и растворами антисептиков, применением антибиотиков широкого спектра действия. В основной группе местное лечение ран осуществляли путем применения фотодинамической терапии (ФТД). Проводилась хирургическая обработка гнойных очагов с иссечением некротизированных тканей, ликвидацией гнойных затеков и обработкой раны растворами антисептиков. На следующие сутки в области дна и краев ран еще сохранялись единичные некрозы и налет фибрина. После туалета раны раствором перекиси водорода, шпателем наносили фотосенсибилизатор-гель «Фотодитазин» 0,1%. Экспозиция фотосенсибилизатора на ране составляла 2 часа. После этого проводилось лазерное облучение раны аппаратом «АТКУС-2» (длина волны 661 нм в непрерывном режиме, плотность мощности 0,5-1,0 Вт/см<sup>2</sup>, длительность воздействия, в зависимости от площади раны - 0,1-1,0 Вт·см<sup>2</sup>). Под действием ФДТ снижается токсическое воздействие бактериальных продуктов, что ведет к уменьшению некротических проявлений и гнойного воспаления, после чего восстанавливается активный фагоцитоз, рана очищается, уменьшаются микроциркуляторные нарушения, усиливаются угнетенные ранее последовательные репаративные процессы: макрофагальная реакция, синтез коллагена, рубцевание и эпителизация.

---

#### 745. Вопросы эндоскопической фотодинамической терапии в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Гильфанов А.Р.(1), Тимербулатов М.В.(2), Рахимов Р.Р.(2), Карамаликов С.А.(1), Сагдиев Р.Д.(1)

1) Альметьевск 2) Уфа

1)Республиканский онкологический диспансер РТ2)ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки занимают важное место в структуре заболеваний органов желудочно-кишечного тракта. Вопросы применения фотодинамической терапии в лечение гастродуоденальных язв находятся на этапе первичного накопления научного материала. Проведен анализ результатов обследования и лечения 47 больного с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. В основную группу вошли 27 пациентов, которым на фоне стандартной противоязвенной терапии проводили эндоскопическую фотодинамическую терапию. Для проведения эндоскопической фотодинамической терапии применяли фотосенсибилизатор второго поколения «Фотодитазин». В качестве источника лазерного излучения использовали медицинскую лазерную установку «Аткус-2». Выходная мощность излучения 2 Вт, длина волны – 661 нм. После приема препарата «Фотодитазин» внутрь, через 1-1,5 часа через биопсийный канал эндоскопа световод подводили к слизистой и осуществляли лазерное воздействие на луковицу двенадцатиперстной кишки, антральный отдел и тело желудка в дозе 6 Дж/см<sup>2</sup>. Контрольную группу составили больные (20 человек), которые получали традиционное консервативное противоязвенное лечение по традиционной схеме: антисекреторные препараты и антибиотики согласно требованиям Российской ассоциации гастроэнтерологов. Результаты морфологических исследований показали, что комплексное лечение язвенной болезни с применением эндоскопической фотодинамической терапии оказывает стимулирующее действие на процессы нормализации регионарной микроциркуляции и репаративной регенерации. Заключение: применение эндоскопической фотодинамической терапии способствует нормализации регионарной микроциркуляции в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки, стимуляции репаративных процессов, сокращению сроков заживления язвенного дефекта, уменьшению частоты рецидивов язв, и как следствие, улучшению результатов лечения.

---

746.Возможности ранней диагностики осложнений в хирургии

Туйсин С.Р.(1), Гильфанов А.Р.(2), Сагдиев Р.Д.(2), Закиев Т.З.(3), Богданов И.В.(1)

1)Уфа2)Альметьевск3)Альметьевск

1) Центр ПРО2) Республиканский онкологический диспансер РТ3) МСЧ ОАО Татнефть

В ответ на любое повреждение в организме человека развивается комплекс физиологических реакций, направленных на локализацию очага и восстановление нарушенных функций, наступает острая фаза воспаления. Понятие «белки острой фазы» объединяет несколько десятков белков плазмы крови, так или иначе участвующих в совокупности реакций воспалительного ответа организма на повреждение. Нами предложен способ оценки динамики гнойных заболеваний путем определения белков острой фазы воспаления. Проведенное исследование показывает, что исследование концентрации С-реактивного белка, фибриногена и альбумина является приемлемым методом контроля адекватности лечения. Изучены результаты лечения 228 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей. Основную группу составили 116 человек, контрольную – 112. Группы были однородны по полу и возрасту. В первой группе мужчин было 85 (73,3%), женщин – 31 (26,7%). Во второй группе соответственно мужчин 81 (72,3%) и 31 (27,7%) женщина. В исследование были включены пациенты с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей - это флегмоны конечностей, панариции, гидрадениты, карбункулы туловища и постинъекционные абсцессы. В основной группе была применена фотодинамическая терапия с помощью препарата Фотодитазин. Применение предложенных методов лечения ускоряет процесс очищения ран от гноя с 4,3±0,5 до 3,2±0,4 суток, позволяет сократить сроки купирования воспалительного процесса с 8,8±1,3 до 6,4±0,7 суток, уменьшить время эпителизации с 10,1±0,8 до 8,4±0,6 суток. Измерение концентрации белков острой фазы (С-реактивного белка, альбумина и фибриногена) позволяют оценить динамику гнойно-воспалительного заболевания, зафиксировать положительный эффект лечения за 1-2 суток до наступления клинических изменений, нормализации температуры тела, лейкоцитов, СОЭ.

747. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ SILS-ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Скворцов Е.В.(1), Баятакова Д.А.(1), Ивачев А.Б.(1), Бухтияров И.В.(1), Перелыгин А.Н.(1), Андреева И.А.(1), Намоконов Е.В.(2)

Чита

1) НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Чита 2» ОАО «РЖД», 2) Читинская Государственная Медицинская Академия.

Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет в работе представлен опыт выполнения SILS-холецистэктомии с последующим изучением особенностей и эффективности выполнения эндоскопической холецистэктомии через трансумбиликальный порт. На основании полученных данных можно констатировать, что SILS-холецистэктомия может успешно применяться при лечении больных с неосложненной желчнокаменной болезнью. Цель исследования. Изучить особенности и клиническую эффективность выполнения эндоскопической холецистэктомии через трансумбиликальный порт у больных с неосложненной желчнокаменной болезнью. Материал и методы исследования. В клинике общей хирургии в период с 2012 по 2014 годы в плановом порядке выполнено 56 эндоскопических SILS-холецистэктомий по поводу неосложненной желчнокаменной болезни. Возраст пациентов составил от 18 до 66 лет, длительность заболевания от 2 до 10 лет. Средняя продолжительность операций составила 60±6,5 минут. Для выполнения оперативных вмешательств использовали набор инструментов однопортового доступа EndoCone (KARL STORZ, Германия). Устройство S-Port вводилось в брюшную полость посредством окоймляющего разреза длиной до 3,0 см. под пупком, после рассечения апоневроза и вскрытия брюшины. После инсффляции углекислого газа в брюшную полость, визуализацию производили 10-ти мм лапароскопом с использованием 30-градусной оптики. Захват желчного пузыря и диссекцию в области треугольника Кало проводили с помощью инструментов с кривизной для однопортового доступа. Пузырный проток клипировали выше холедоха, тремя клипсами (две на культю протока) боковым клепатором. Культю пузырной артерии клипировали двумя клипсами. Десекцию желчного пузыря из ложа производили крючком монополярной электрокоагуляции. После контроля гемостаза производили удаление желчного пузыря одновременно с удалением S-Port. В ряде случаев оперативные вмешательства заканчивали дренированием подпеченочного пространства полихлорвиниловым дренажем, который проводится через отдельный прокол кожи на пупке. Для обеспечения хорошего косметического эффекта использовали кожный клей Дермабонд (Этикон, США) Осложнений после выполнения SILS-холецистэктомии отмечено не было. Обсуждение. Операция однопортовая холецистэктомия имеет свои особенности. Она продолжительнее по времени (в среднем на 1 час, по сравнению с применяемой в отделении технологий трех или четырех троакаров). Из-за выраженности подкожножировой клетчатки не всегда возможна установка устройства S-Port. При SILS-холецистэктомии отмечаются хорошие косметические результаты, что немало важно, так как большинство пациентов - женщины. Выводы: SILS-холецистэктомия может успешно применяться в клинической практике у больных с неосложненным течением желчнокаменной болезни. Нет это сделать!

---

748. ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ.

Скворцов Е.В.(1), Баятакова Д.А.(1), Ивачев А.Б.(1), Бухтияров И.В.(1), Перелыгин А.Н.(1), Андреева И.А.(1), Намоконов Е.В.(2)

Чита

1) НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Чита 2» ОАО «РЖД», 2) Читинская Государственная Медицинская Академия.

Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет оказание эффективной помощи больным с паховыми грыжами, остается одной из актуальных проблем практической медицины. Использование лапароскопической трансабдоминальной преперитонеальной пластики у этой категории пациентов представляет собой качественно новое решение данной проблемы. Цель исследования: оценить клиническую эффективность и надежность трансабдоминальной преперитонеальной пластики (ТАПП) в лечении пациентов с паховыми грыжами. Материалы и методы. В отделении общей хирургии на базе Дорожной клинической больницы ст. Чита-П, за период с 2012 по 2014 годы по данной методике было прооперировано 226 пациентов с паховыми грыжами. У 158 пациентов (69,9%) была односторонняя локализация грыжи, из них у 25 человек (11%) выявлены рецидивные грыжи. У остальных 68 (30,1%) пациентов имела место 2-х сторонняя локализация грыжи. В ходе проведения операций при односторонней локализации использовалась стандартная установка трех троакаров (5 мм, 5 мм и 10 мм), при двухсторонней локализации грыж боковые троакары устанавливались по латеральным краям прямых мышц живота. Фиксация осуществлялась в 8-10 точках скрепками (SECURESTRAP 5 мм). Операцию завершали дренированием брюшной полости ПХВ-дренажем, который удаляли на следующие сутки после оперативного вмешательства. Во всех случаях использовался полипропиленовый протез «Эсфил-Линтекс», размер сетки брался от величины грыжевого дефекта. Длительность операций составила в среднем  $54 \pm 4,0$  минут. Перед выпиской пациентам выполняли УЗИ контроль паховой области, с целью выявления серомы в области стояния протеза. Результаты: Положительный клинический эффект был получен почти во всех случаях наблюдений. В раннем послеоперационном периоде только у 15-и (6,6%) пациентов диагностированы серомы в области установки импланта, которые были удалены пункциями под УЗИ контролем. Лишь у 3 пациентов (во всех случаях имела место двусторонняя герниопластика) наблюдался умеренный болевой синдром в послеоперационном периоде, который корригировался назначением НПВС в течение трех суток после операции. У остальных больных болевой синдром был незначительный и купировался анальгетиками в течение первых суток после операции. Средний послеоперационный период нахождения больных в стационаре составил  $1,8 \pm 0,1$  койко/дня. В результате последующего диспансерного наблюдения в сроки до 2-х лет осмотрено 75 пациентов. У четырех пациентов имел место рецидив грыжи (1,76 %). В последующем двоим из них была выполнена операция Лихтенштейна, в двух других случаях - лапароскопическая герниопластика с использованием сетчатого импланта «Физиомеш». Заключение. Трансабдоминальная преперитонеальная пластика является высокоэффективным и надежным способом оперативного лечения паховых грыж, позволяющая значительно снизить сроки реабилитации пациентов и способствовать быстрому выздоровлению больных. лает это сделать!

---

#### 749. ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИННОВАЦИОННОЙ ХИРУРГИИ

Шептунов Ю.М.(1), Заркуа В.В.(1,2), Сундеев С.В. (1,2), Акимжанова И.Ю.(3), Внуков П.В.(4)

Липецк, Елец

1) Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко, 2) Липецкая областная клиническая больница, 3) Некоммерческое партнерство «Новолипецкий медицинский центр, 4) Елецкий межмуниципальный хирургический центр

Чем более высокие технологии внедряются в хирургическую практику, тем конкретнее должно быть деонтологическое обеспечение лечебного процесса. Все сказанное в полной мере относится и к эндоскопическим и к другим инновационным вмешательствам. Попытаемся этот тезис подтвердить последующими. Основой деонтологии в современной хирургии должно быть информированное согласие

больного или его родственников с ознакомлением со всем спектром возможных осложнений и побочных эффектов. При несоблюдении этого правила очень сложно, порой невозможно, объяснить больному, почему его соседи по палате после лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) выписаны на 3-5 сутки после операции, и давно уже приступили к трудовой деятельности, а ему еще в течение 2-3 лет предстоит периодическая смена транспеченочных дренажей, регулярный прием гепатопротекторов и литолитиков и, возможно, повторное вмешательство на желчных путях. На наш взгляд пациент и его близкие должны отчетливо представлять, чего можно и чего нельзя ожидать от предстоящей операции. Именно завышенные ожидания являются основной причиной возникновения конфликтов между врачом и пациентом. Мы не всегда можем точно сказать какое количество и качество жизни обеспечит оперативный этап лечения, но ориентировочную информацию пациент имеет право знать. Оптимальным вариантом для подготовки пациентов к малоинвазивным вмешательствам является ознакомление их с сущностью предстоящего вмешательства еще на догоспитальном этапе. Это возможно в том случае, если хирург амбулаторно-поликлинического учреждения владеет информацией о малоинвазивных и высокотехнологических операциях в достаточно полном объеме. Лучшим деонтологическим фоном для проведения и диагностических, и лечебных эндоскопических процедур и операций является концентрация однородных пациентов в одной палате: поддержка товарища по несчастью значит для пациента больше, чем любые увещевания хирурга. По этой же причине следует перевести в отдельную палату или изолировать иным способом больного с возникшим в ходе эндоскопической операции или после нее осложнением. Благоприятный психологический фон создает знакомство больного с некоторыми техническими деталями эндоскопических операций. При этом хирург должен сделать упор на малую инвазивность видеомониторного эндоскопического вмешательства по сравнению с операцией открытого типа. Немаловажным положительным фактором является косметически щадящие лапаро- и торакоскопические доступы, либо замена открытой операции эндоскопическим внутрипросветным вмешательством (ЭПСТ, полипэктомия и др.). Отдельно должен быть оговорен вопрос о возможности перехода на лапаротомный доступ. Больные обычно с пониманием относятся к такому изменению первоначального плана операции, если им заранее объяснить, что возможен любой вариант течения оперативного вмешательства, но хирург выберет путь наиболее безопасный в данной ситуации. Вообще, если во главу угла в беседах с больным ставить именно эту категорию - и доступ и операция должны быть максимально безопасными, - сложностей с получением информированного согласия возникать не должно. Небольшой опыт повторных вмешательств по поводу таких осложнений ЛХЭ как желчеистечение, показывает, что пациенты «более охотно» соглашались на релапароскопическую ревизию брюшной полости «через те же проколы», чем на релапаротомию. Пациентов для смены каркасных транспеченочных дренажей в поврежденном в ходе ЛХЭ холедохе, следует госпитализировать по возможности на короткие сроки. Освоение видеомониторных торако- и лапароскопических операций желательно при участии опытного эндоскопического хирурга с использованием тренажеров и теоретической подготовки на соответствующих циклах ФУВов. Внутрипросветные эндоскопические вмешательства, большей частью, проводимые амбулаторно или в стационарах одного дня, характеризуются ограниченным временем для деонтологической подготовки пациента, и поэтому требует от врача высокого профессионализма, большого такта и деликатности. Особенно это важно у больных проктологического профиля и с подозрением на онкопатологию (полипы, ворсинчатая опухоль), тем более что последняя группа требует эндоскопической диспансеризации. Не смотря на то, что основная часть доклада посвящена вопросам деонтологического обеспечения лапароскопических операций, всё то же относится ко всем инновационным технологиям в хирургии. Применение имплантов в герниологии, различных стентов в урологии, рентгенэндоваскулярной хирургии, эндопротезов в травматологии и др. несет опасность возникновения грозных осложнений, о которых пациент должен быть информирован. Тогда его согласие на операцию будет «информированным» не по формальному признаку. В заключение следует сказать, что каким бы малоинвазивным не было вмешательство, для больного это всегда «Операция». И если хирург постоянно об этом помнит, деонтологические проблемы не будут главенствующими в лечебном процессе.



Богдан В.Г.

Минск

Военно-медицинский факультет в УО "Белорусский государственный медицинский университет"

Актуальность. Несмотря на большое количество исследований, посвященных лечению послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ), вопросам пластики дефектов в пояснично-боковых областях передней брюшной стенки не уделяется соответствующее этой проблеме внимание. Уровень рецидивов при пластике местными тканями при рецидивных грыжах составляет 69%, при использовании синтетических материалов от 1,5 до 29,1%. Сложность хирургического лечения этой категории пациентов определяется как анатомическими особенностями передней брюшной стенки в этой области - отсутствие плотной апоневротической ткани и, как следствие, отсутствие надежных точек фиксации для имплантата, что предрасполагает к развитию рецидивов заболевания из-за смещения сетки, так и наличием наряду с истинными грыжами и релаксационных (невропатических) грыж без грыжевых ворот с релаксацией мышечных структур из-за пересечения нервных стволов при выполнении люмботомического доступа. Цель исследования - оценить эффективность клинического применения разработанного нами дифференцированного подхода и способов эндопротезирования ПОВГ в пояснично-боковых областях живота. Материалы и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 54 пациентов с ПОВГ в пояснично-боковых областях живота, которые проходили плановое оперативное лечение в городском центре герниологии и бариатрической хирургии на базе УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко» г. Минска. Интраоперационная оценка вида грыжевого дефекта определяла выбор положения сетчатого имплантата по отношению к структурам передней брюшной стенки живота в основной группе. Основная группа – 30 пациентов, у которых фиксация хирургической сетки осуществлялась с помощью устройства для лигатурной фиксации сетчатого имплантата представлена 2 подгруппами в зависимости от вида грыжевого дефекта и расположения сетчатого имплантата. В подгруппе №1 (16 пациентов с истинными грыжами) полипропиленовую хирургическую сетку размещали между париетальным листком брюшины и мышечно-апоневротическим слоем, с фиксацией сетки из отдельных проколов кожи с помощью оригинального устройства (патент Республики Беларусь № 4413): сверху - к XII ребру (с проведением лигатуры впереди и позади него), впереди - к внутренней поверхности передней брюшной стенки, внизу - к гребню подвздошной кости, сзади - к внутренней поверхности боковой стенки живота (патент Республики Беларусь № 12558). Подгруппа №2 – 14 пациентов с релаксационными грыжами - полипропиленовую хирургическую сетку располагали в межмышечном пространстве (между волокнами наружной и внутренней косой мышцы): сверху - от края реберной дуги, внизу - до крыла подвздошной кости, медиально - от наружного края влагалища прямой мышцы живота, латерально - от наружного края мышцы выпрямляющей спину с выполнением фиксации узловыми швами с помощью оригинального устройства (рац. предложение №6 выдано УО «БГМУ» от 15.02.2009.). В группе сравнения (24 пациента), представленной подгруппой №3 (13 пациентов с истинными грыжами) и подгруппой №4 (11 пациентов с невропатическими послеоперационными грыжами), в не зависимости от вида грыжевого дефекта аллопластику выполняли хирургической сеткой с расположением её интраперитонеально, с ограничением от органов брюшной полости большим салъником и фиксацией узловыми швами к внутренней поверхности мышечно-апоневротического слоя по периметру грыжевого дефекта. Результаты. Использование разработанного нами варианта фиксации и расположения имплантата при релаксационных грыжах позволило достоверно уменьшить время необходимое на проведение операции на 40,1 минуты с 118,2 (85÷145) у пациентов подгруппы №2 до 78,1 (60÷110) у пациентов подгруппы №4 ( $p=0,04$ ;  $U=12,0$ ). Дифференцированный подход в выборе варианта аллопластики в зависимости от вида грыжевого дефекта с применением предложенных нами способов хирургического лечения ПОВГ позволил уменьшить частоту развития послеоперационных осложнений на 17,5% (с 20,8% в группе сравнения, до 3,3% в основной группе,  $p=0,02$ ). Клиническое использование разработанных методов позволило уменьшить общую длительность послеоперационного периода у пациентов с истинными грыжами на 1,8 суток (с 9,9 (6,0÷12,0) до 8,1 (6,0÷9,0);  $p=0,25$ ;  $U=64,5$ ) и с релаксационными грыжами на 2 суток (с 8,2 (5,0÷10,0) до 6,2 (5,0÷6,0);  $p=0,24$ ;  $U=51,5$ ). Предложенный нами дифференцированный подход в сочетании с новыми способами хирургического лечения позволил избежать развития рецидива грыж и тем самым добиться достоверного снижения общего количества возврата заболевания на 16,7% ( $p=0,03$ ), повысить удельный вес отличных результатов выполнения пластики послеоперационного дефекта до 56,7% ( $p=0,03$ ) при отсутствии неудовлетворительных исходов лечения. Выводы. 1. Определяющим в выборе варианта размещения сетчатого имплантата при ПОВГ пояснично-боковой области является вид грыжи. 2. Клиническое применение разработанного нами дифференцированного подхода и способов эндопротезирования ПОВГ в пояснично-боковых областях живота является высоко эффективным комплексным методом лечения.

## 751. ПРИМЕНЕНИЕ АУТОЛОГИЧНЫХ ТРОМБОЦИТАРНЫХ КОНЦЕНТРАТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ

Богдан В.Г.(1), Толстов Д.А. (2)

Минск

1) Военно-медицинский факультет в УО "Белорусский государственный медицинский университет" 2) УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко»

Актуальность. Пристальное внимание современных исследователей обращено на использование тромбоцитарных концентратов (ТК) в качестве субстанции, способствующей активации репаративных процессов в ране. ТК представляет собой биологический продукт, получаемый из аутологичной крови человека с концентрацией тромбоцитов более 1 000 000/мкл в небольшом количестве плазмы. Стимулирующий эффект ТК обусловлен высоким содержанием ростовых факторов, которые высвобождаются из  $\alpha$ -гранул тромбоцитов. Цель. Провести анализ клинической эффективности разработанного способа применения аутологичных ТК в комплексном лечении пациентов с трофическими язвами венозной этиологии. Материал и методы. Оценены ближайшие и отдаленные результаты комплексного лечения 58 пациентов с хроническими трофическими язвами венозной этиологии. После патогенетической хирургической коррекции, направленной на устранение причины развития язвы, в зависимости от дальнейшего варианта лечения пациенты были распределены на 2 группы. В основной группе дополнительно применяли разработанный комплексный способ использования ТК: обогащенного тромбоцитами фибринового матрикса (ОТФМ) и обогащенной тромбоцитами плазмы (ОТП) (инструкция по применению №117-0912, утверждена министерством здравоохранения Республики Беларусь 28.09.2012). Для получения ОТФМ в стерильные пробирки набирали по 6 мл крови пациента. Затем проводили центрифугирование пробирок в течение 10 мин с числом оборотов 3000/мин. После центрифугирования в пробирках происходило формирование ОТФМ в виде сгустка в сыворотке крови. Для получения ОТП в стерильные пробирки, содержащие 1 мл 3,8% раствора цитрата натрия, набирали по 6 мл крови пациента. Проводили центрифугирование пробирок в течение 10 мин с числом оборотов 3000/мин, после которого в пробирках происходило разделение крови на три слоя. Средний слой собирали в отдельную стерильную пробирку. Технические особенности предложенного способа: после выполнения патогенетического хирургического лечения полученный непосредственно перед использованием в виде сгустка ОТФМ извлекали из пробирки, отделяли от эритроцитов и сыворотки, моделировали по размеру ТЯ и выполняли аппликацию на раневую поверхность; дополнительно инсулиновым шприцем осуществляли паравульнарное введение ОТП в объеме 0,2 мл на одну инъекцию в четырёх точках по периметру трофической язвы; в дальнейшем процедуру повторяли трехкратно с интервалом в 3-е суток исследования (уведомление о положительном результате предварительной экспертизы на выдачу патента Республики Беларусь №а 20121474 от 22.11.2012). В группе сравнения выполняли только основной комплекс лечебных мероприятий. Оценка клинической эффективности различных вариантов лечения проведена по динамике изменения площади язвенного дефекта, скорости эпителизации, времени полной эпителизации язвы, продолжительности стационарного лечения. Социальный эффект оценивали на основании анализа показателей качества жизни по опроснику CIVIQ. Результаты и обсуждение. В течение двух недель лечения площади язвенного дефекта в обеих группах имели сопоставимый уровень ( $p > 0,05$ ). Статистически значимые различия сформировались только к 21-м суткам наблюдения: площадь язвенной поверхности у пациентов основной группе уменьшилась на 46,7% от исходного значения ( $p$

752.ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ И ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Комарова Л.Н., Алиев Ф.Ш.

Тюмень

Тюменский ГМУ, кафедра общей хирургии с курсом онкологии

Цель работы: улучшить результаты лечения людей старческого возраста и долгожителей, страдающих сосудистой патологией нижних конечностей. Материалом для настоящей работы послужили результаты обследования 747 человек, из них 521 - долгожителей (основная группа, среди которых было 405 женщин и 116 мужчин) и 226 человек – лица старческого возраста (контрольная группа: 156 женщин и 70 мужчин). Следует отметить, что у подавляющего большинства (77,8%) пациентов была выявлена II степень хронической венозной недостаточности нижних конечностей (CEAP: C3, E<sub>r</sub>, A<sub>s</sub>, p, Pr, 2,18, LI); у 20% - III степень. Основным методом инструментальной диагностики для уточнения диагноза ХВННК, облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей клинико-биохимические данные дополняли гемодинамическим исследованием с помощью неинвазивных методов (реовазография, ультразвуковая доплерография). Для снижения хирургической патологии и общей заболеваемости у людей старших возрастных групп нами разработан алгоритм диспансеризации данной категории населения, детально изложенный в методических рекомендациях «Организация хирургической помощи гериатрическим пациентам», утверждённых Департаментом здравоохранения Тюменской области (2009 г.). Результаты сравнительного анализа показали, что у людей старческого возраста в 1,3 раза чаще, чем у долгожителей наблюдаются варикозная болезнь, хроническая венозная недостаточность. В то время как у долгожителей превалирует облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей (24,2±1,9%), который значительно ограничивает их способность к самообслуживанию и снижает качество жизни. За период внедрения алгоритма диспансеризации варикозная болезнь, ХВННК были впервые выявлены у 405 (46,1%) больных старческого возраста и у 10 долгожителей. Плановое оперативное лечение в течение года с момента внедрения алгоритма проведено у 21% гериатрических больных. Заключение. Использование в практическом здравоохранении алгоритма диспансеризации позволяет увеличить активное выявление хирургической патологии на 13,4%, повысить в 1,7 раза хирургическую активность и улучшить качество жизни у 64,6% людей старческого возраста и долгожителей на 45%.

---

753.Первый опыт применения новых оральных антикоагулянтов в амбулаторном лечении дистальных венозных тромбозов

Иванов А.А., Щукин А.В., Минаков О.Е.

Воронеж

БУЗ ВО Воронежская областная клиническая больница №1

Тромбозы глубоких вен нижних конечностей – одна из актуальнейших проблем современной клинической медицины. Появление новых оральных антикоагулянтов (НОАК) позволило изменить взгляд на привычные схемы лечения, требующие госпитализации в хирургические стационары пациентов, которым заведомо не будет проводиться оперативное лечение. Отсутствие необходимости строгого лабораторного контроля, многократных внутривенных инъекций и инвазивных исследований обуславливает возможность амбулаторного лечения этих больных. В настоящее время НОАК рассматриваются как альтернатива антагонистам витамина К в некоторых клинических ситуациях. Цель исследования: оценить эффективность и безопасность амбулаторного применения НОАК в лечении дистальных венозных тромбозов нижних конечностей. Материал и методы. С октября 2013 года по апрель 2015 года находились под наблюдением 28

пациентов в возрасте 32-78 лет с дистальными венозными тромбозами (тромбоз вен голени, подколенной вены, фемороподколенные тромбозы). Диагноз подтверждался УЗДС, у 10 пациентов дополнительно проводилась КТА ЛА (у 5 человек выявлена ТЭЛА мелких ветвей без клинически значимых проявлений). 19 пациентов имели окклюзивный тромбоз, 9 – неокклюзивный, из которых у 5 пациентов имелась флотация головки тромба от 1 до 3,5 см. У 8 пациентов имелась сопутствующая онкопатология (2 – после удаления опухоли на фоне проводимой ПХТ). Через 7 дней, 3 и 6 мес от начала терапии всем пациентам проводилось контрольное УЗДС венозной системы. 16 пациентов получали ривароксабан, 12 дабигатрана этексилат с 5-дневной начальной терапией НМГ. Курс лечения у всех пациентов составил от 3 мес (тромбоз вен голени) до 6 мес (фемороподколенные тромбозы). Результаты. Переносимость назначенной терапии у всех больных была хорошая. Случаев геморрагических осложнений не было. Положительная динамика отмечена у 25 пациентов. У 1 пациента произошло нарастание до илеофemorального тромбоза и он был госпитализирован на курс внутривенной гепаринотерапии с последующим переводом на антивитамины К (пациент с опухолью панкреато-дуоденальной зоны, 4 стадия). У 2 больных реканализации вены через 6 мес не произошло. У 7 из 11 пациентов с тромбозами вен голени отмечена полная реканализация. При вовлечении подколенной вены и фемороподколенном тромбозе (16 больных) полная реканализация отмечена у 4 пациентов. Степень реканализации более 50%, не препятствующая кровотоку, отмечена у 10 пациентов, частичная – 2 пациента. Таким образом, полная реканализация вен на фоне терапии НОАК составила 13 больных (46,4%). Флотирующая часть тромба через 7 дней терапии всегда уменьшалась и через 3 месяца случаев флотации не отмечено. Выводы. Терапия дистальных венозных тромбозов НОАК является безопасной и эффективной. Высокий процент полной реканализации венозного русла обусловлен отбором больных с небольшим объемом тромбов в просвете вен, однако эффективность в любом случае высока. Накопление опыта применения и увеличение числа клиник, доверяющих НОАК в лечении тромбозов, обеспечит увеличение доказательной базы их применения и в результате значительно облегчит лечение дистальных ТГВ как пациентам, так и хирургическим стационарам.

---

754. Хирургическая профилактика ишемического инсульта

Иванов А.А., Щукин А.В., Минаков О.Е.

Воронеж

БУЗ ВО Воронежская областная клиническая больница №1

Хирургическое лечение хронической мозговой сосудистой недостаточности – актуальнейшая тема современной сосудистой хирургии в связи с высокой частотой встречаемости ишемического инсульта, связанного с патологией экстракраниальных сосудов. Цель работы: анализ результатов хирургического лечения пациентов с хроническим нарушением мозгового кровообращения, обусловленных патологией экстракраниальных сосудов. Материалы и методы: с 2010 по 2014 год на базе отделения сосудистой хирургии и нейрососудистого отделения выполнено 780 вмешательств на экстракраниальных артериях. Средний возраст пациентов составил  $59,9 \pm 9,1$  года. Основной причиной вмешательств стал атеросклероз – 744 случая (95,5%), извитости ВСА 26 больных (3,3 %), опухоли каротидной зоны 5 больных (0,6 %), фибромускулярная дисплазия у 5 больных (0,6 %). Клинически 6 % оперированных больных были асимптомны, 14 % имели транзиторные ишемические атаки, 72 % перенесли ишемический инсульт, 8 % отмечали явления дисциркуляторной энцефалопатии. В диагностике использовали УЗДС, ТК УЗДГ, КТА, МРА, осмотр невролога. Традиционная ангиография использовалась у пациентов, которым планировалось проведение ангиопластики. По поводу стеноза ВСА (638 больных, 81,7 % случаев) выполнены: 320 эверсионная КЭАЭ, 22 классических ЭАЭ, 3 протезирования ВСА, 293 стентирования ВСА. Коррекция извитости ВСА выполнили только у 26 симптомных больных. Также выполнено: 2 протезирования и 5 стентирования БЦС. При окклюзия подключичной артерии выполнено 16 каротидно-подключичных шунтирований протезом и 1 прямой каротидно-подключичный анастомоз, 39 стентирований подключичной артерии. Для защиты головного мозга во время пережатия сонных артерий применяется управляемая гипертензия (+30% к исходному АД, но не более 200 мм рт. ст.) и внутривенная инфузия нимодипина (8,6 –

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

11,4 мг/кг час). За весь период наблюдения при проведении операций на каротидном бассейне временного шунтирования не применяли, в т.ч. при окклюзии контрлатеральной ВСА. Среднее время пережатия ВСА составило  $17,1 \pm 5,3$  мин (от 10 до 32 минут), и по мере накопления опыта имеется тенденция к его сокращению. Наибольшее внимание уделяется тщательности проведения эндартерэктомии и фиксации интимы. Эверсионная эндартерэктомия является методом выбора даже при продлённом распространении бляшки (более 2 см). Прямая эндартерэктомия применяется только при распространении бляшки до входа в череп. При этом удаляется участок критического стеноза, а оставшаяся часть бляшки с дистальной части артерии всегда фиксируется отдельными швами. Боковой шов не применяется вне зависимости от диаметра артерии. Результаты. Послеоперационные осложнения со стороны черепно-мозговых нервов (VII, X, XII) (невриты) при каротидной эндартерэктомии зафиксированы у 14 пациентов и в 2 случаях после удаления паравазальных опухолей (всего 16 – 4,1 %), которые еще на госпитальном этапе разрешились или имели значимую тенденцию к уменьшению. Случаев полного пересечения нервов не было. Рестенозы у оперированных больных, потребовавшие дополнительного оперативного лечения, отмечены в 11 случаях: 6 после открытых операций, 5 после ТЛБАП. В 1 случае после эверсионной эндартерэктомии через 6 мес отмечено дистальное расслоение артерии до 2 см. Всем выполнено рестентирование ВСА. Периоперационные инсульты, подтвержденные данными МРТ, возникли у 11 больных (1,4 %): 1 после протезирования сонной артерии с фатальным исходом, 6 малых инсульта после каротидной эндартерэктомии и 4 после ангиопластики сонной артерии и БЦС. Послеоперационная летальность составила 0,12 % (умер 1 больной). Суммарный риск летального исхода и инсульта составил 1,52%. Заключение. Современные подходы к хирургическому лечению хронической сосудисто-мозговой недостаточности обеспечивают высокий уровень эффективности, являются достаточно безопасными и должны максимально широко использоваться в профилактике ишемического инсульта. Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать!

---

#### 755. ПРИНЦИПЫ FAST-TRACK В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Сажин А.В., Нечай Т.В., Лобан К.М., Тягунов А.Е., Мосин С.В.,

Москва

ГБОУ ВПО РНИМУ им Н.И Пирогова Минздрава РФ, кафедра общей хирургии и лучевой диагностики педиатрического факультета. Москва, Россия.

С 2012 года в клинике применяются методики раннего послеоперационного восстановления пациентов с ургентной хирургической патологией. Цель: сравнить результаты лечения пациентов с острым аппендицитом, пролеченных по протоколам раннего послеоперационного восстановления с пациентами, пролеченными по стандартным принципам ведения периоперационного периода. Материалы и методы: проведено проспективное исследование. Проводилась рандомизация пациентов по номерам историй болезни: пациенты с четными номерами историй болезни велись по протоколу fast-track, с нечетным – согласно общепринятым методикам послеоперационного восстановления. В исследование включено 72 пациента с острым флегмонозным и острым гангренозным не перфоративным аппендицитом, осложненные местным перитонитом. По протоколу fast-track пролечено 35 (основная группа), по стандартному протоколу 37 (контрольная группа). Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Все пациенты прооперированы в течение трех часов от поступления. Всем пациентам выполнена ЛАЭ под эндотрахеальным наркозом. Протокол fast-track включал в себя: 1) антибиотикопрофилактику 2) отказ от использования салфеток и ирригации для санации брюшной полости 3) отказ от дренажей 4) обкалывание точек установки троакаров раствором лидокаина и введение лидокаина под брюшину правой подвздошной ямки и брыжеечку отростка 5) подъем больного через 2 часа после операции 6) кормление через 3 часа после операции (жидкая пища) 7) внутрикожные рассасывающиеся швы 8) отказ от назогастрального зонда. Результаты: послеоперационный койко-день в основной группе был достоверно ниже, чем в контрольной ( $2,9 \pm 0,3$  против  $4,7 \pm 0,7$ ). Выраженность послеоперационного болевого синдрома в первые сутки также была ниже: спустя 4 часа после операции боль как слабую расценивали 87% оперированных в основной (средние значения по ВАШ

715

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

2,2±0,3) и 63% в контрольной группе (средние значения по ВАШ 4,1±0.7). У одного пациента основной группы развилось нагноение троакарной раны, потребовавшее снятия швов и открытого ведения. У 3 пациентов контрольной группы (8,3%) развился послеоперационный парез кишечника, потребовавший его стимуляции. В основной группе парез кишечника развился у 1 пациента (3,0%). Время появления регулярных перистальтических шумов в группах достоверно не отличалось 2,7±1,3 ч против 3,4±1,9 ч, однако, время до появления стула в основной группе было статистически значимо ниже 20,1±5,4 ч против 36,3±3,3 в контрольной. Выводы: 1) Алгоритмы раннего послеоперационного восстановления имеют преимущества перед традиционными методами ведения пациентов в ургентной хирургии в плане экономических затрат, уменьшения количества осложнений и восстановления перистальтики 2) Рутинная антибактериальная терапия и дренирование брюшной полости при остром неосложненном флегмонозном и гангренозном не перфоративном аппендиците выглядят не обоснованными.

---

756. Сравнительная оценка способов мукопексии и лифтинга при дезартеризации внутренних геморроидальных узлов у больных с III и IV стадией геморроя

Костенко Н.В., Масленников В.С.

Астрахань.

ГБОУ ВПО "Астраханский государственный медицинский университет" Минздрава России.

Сравнительная оценка способов мукопексии и лифтинга при дезартеризации внутренних геморроидальных узлов у больных с III и IV стадией геморроя. Костенко Н.В. Масленников В.С. ГБОУ ВПО «Астраханский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Введение Геморрой – наиболее часто встречающееся заболевание человека. Его распространенность составляет 140–160 человек на 1000 взрослого населения (Щельгин Ю.А., Благодарный Л.А. 2011г). Трансанальная доплер-контролируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией и лифтингом слизистой является малоинвазивной альтернативой стандартному хирургическому лечению геморроидальной болезни III и IV стадии (Загрядский Е.А. 2014г). Цель Улучшение результатов трансанальной доплер-контролируемой дезартеризации внутренних геморроидальных узлов с мукопексией и лифтингом слизистой у больных с геморроидальной болезнью III и IV стадии. Материалы и методы Анализированы результаты лечения 76 пациентов с хроническим геморроем 3-4 стадии, которым с 2010 по 2013гг. была произведена трансанальная доплер-контролируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов в сочетании с мукопексией и лифтингом слизистой. Для проведения процедуры был использован комплекс «Ангиодин-Прокто» фирмы «БИОСС». В зависимости от способа мукопексии больные были разделены на 2 группы: в контрольную группу вошли 37 пациентов, которым выполнена мукопексия обвивным швом по стандартной методике, а основную группу составили 39 пациентов, которым мукопексия и лифтинг слизистой были выполнены предложенным нами модифицированным способом (решение о выдаче патента от 25. 02.2015г, заявка №2014113068/14(020457) ), при этом непосредственно мукопексия и лифтинг слизистой осуществляются подтягивающим швом, при котором нить проводится в подслизистом слое, а сам шов имеет вид треугольника с основанием в области верхушки геморроидального узла. В контрольной группе было 20 мужчин, 17 женщин. Средний возраст пациентов составил 47±8,2 лет. С 3 стадией геморроя – 22 пациента, с 4 стадией – 15. В основной группе – 25 мужчин, 14 женщин. Средний возраст пациентов составил 49±5,2 лет. Из них с 3 стадией – 20 пациентов, с 4 стадией – 19. Непосредственные результаты определены при опросе пациентов, структурированном в виде анкеты с оценкой таких симптомов как боль и потребности обезболивания, кровоточивость, выпадение геморроидальных узлов, возможных осложнений в виде нарушений мочеиспускания, лихорадки, тромбоза наружных геморроидальных узлов и активного кровотечения, требующего дополнительного лечения. Результаты Пребывание в стационаре в обеих группах составляло 3±0,8 суток. Время операции не превышало 45 мин (в среднем 32±5,21 мин). Болевой синдром через 3 часа не отличался и расценивался как умеренный у 47, 5% основной группы и у 48,1% контрольной. У остальных пациентов он имел слабый характер. В последующем, через 24 часа, в группе пациентов с использованием оригинальной методики, болевой синдром был существенно меньше и зарегистрирован как

716

слабый у 72,3%, умеренный у 24,2% и выраженный у 3,5% больных. Среднесуточная доза анальгетиков (кеторол) составила 20,2 мг. В контрольной группе у большинства больных преобладал умеренный болевой синдром (62,6%), слабый у 31,5% и интенсивный у 5,9%, со среднесуточной потребностью в анальгетиках до 31,6 мг. К моменту выписки из стационара (3 суток) - 91,3% больных основной группы отмечали слабый болевой синдром в виде дискомфорта и 8,7% - умеренный (средне-суточная доза анальгетиков - 11,1 мг), в контрольной группе данный показатель составил 73,5% и 26,5% соответственно (средне-суточная доза анальгетиков 20,4 мг). Значительных кровотечений после операции в обеих группах сравнения не отмечалось. Во 2-е сутки после вмешательства выделение крови при дефекации отметили 23,3% основной группы и 25,1% в контрольной. При сравнении кровоточивости на 7 и 30 сутки, последняя была существенно меньше у пациентов основной группы. Соотношение составило 2,3% и 0,3% соответственно в основной группе против 9,4% и 1,2% в контрольной. Выпадения внутренних геморроидальных узлов через 1 мес после вмешательства у больных основной группы не отмечалось, через 6 и 12 мес выпадение при дефекации, не требующее ручного вправления имело место у одной пациентки (2,5%), у которой геморрой 4 стадии сочетался с тазовым пролапсом и ректоцеле 2 степени. На качество жизни больной это не влияло и не требовало хирургической коррекции. У больных контрольной группы через 1 мес после операции выпадение сохранялось у 11 пациентов с 4-й стадией геморроя (29,7%) без необходимости ручного вправления, но к 6-12 мес они вынуждены были пользоваться ручным пособием, в последующем всем им была выполнена геморроидэктомия выпадающих узлов. У 3-х больных с 3-й стадией геморроя (3,1%) к 12 мес имело место выпадение внутренних геморроидальных узлов, не требующее ручного пособия, и было устранено путем склеротерапии. Лихорадка в виде субфебрильной температуры имела место у 20 больных основной группы (51,2%) и 22 больных контрольной (59,4%). Дизурические явления в виде временного затруднения при мочеиспускании отметили соответственно 3,2% и 6,1% пациентов. Тромбоз наружных геморроидальных узлов в основной группе не отмечался. В контрольной группе явления тромбоза возникли у 4 (10,8%) больных. Заключение. Использование модифицированного шва при выполнении трансанальной доплероконтролируемой дезартеризации внутренних геморроидальных узлов, дополняемой мукопексией и лифтингом слизистой у больных хроническим геморроем 3-ей и 4-ой стадии заболевания, позволяет улучшить ранний постманипуляционный период, уменьшить болевой синдром, кровоточивость, купировать симптомы геморроидального пролапса.

---

#### 757. ПЛАСТИКА ОБШИРНОГО ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА СФИНКТРА ПРЯМОЙ КИШКИ ПЕРЕМЕЩЕННОЙ АНОКОПЧИКОВОЙ СВЯЗКОЙ С КОПЧИКОМ

Китаев А.В. (1), Петров В.П. (2), Муслимов В.И. (1), Муслимов М.И. (1)

Москва

1) Кафедра госпитальной хирургии ГКА им. Маймонида 2) ЦВКГ им. А.А. Вишневого МО РФ

Клинический случай: Пациент К., 22 лет получил тупую травму таза, на этапе квалифицированной медицинской помощи была диагностирована: Тупая травма таза с открытыми переломами обеих лонных, левой седалищной костей со смещением отломков, разрывом лонного синдесмоза и крестцово-подвздошного сочленения слева, с нарушением целостности тазового кольца, повреждением пресакрального венозного сплетения. Обширная рана правой паховой области и промежности с отрывом забрюшинной части прямой кишки и разрушением левой половины запирающего аппарата прямой кишки, полным перерывом мембранозной части уретры, разрывом правой половины мошонки без повреждения яичка, обширная забрюшинная и тазовая гематомы. Через 9 месяцев после проведенного этапного лечения поступил для выполнения реконструктивно-восстановительного оперативного вмешательства на запирающем аппарате прямой кишки. При поступлении анальная воронка сглажена, анус зияет до 3 см, слизистая нижнеампулярного отдела прямой кишки пролабирует за пределы наружного отверстия заднего прохода, последнее находится на линии кожи над седалищными буграми. Кожные покровы левой половины передней и задней промежности деформированы множественными посттравматическими рубцами. Анальный рефлекс слева отсутствует, справа сохранен. Левая половина наружного сфинктера отсутствует с

11 до 7 часов. Наружный сфинктер представлен в виде линейного мышечного тяжа диаметром до 1,5см, спаянного с рубцовыми тканями у корня полового члена на 11 часах и переходящий в анокопчиковую связку на 7 часах. Через 10 месяцев после травмы выполнена операция: Сфинктеролеваторопластика посттравматического дефекта запирающего аппарата прямой кишки перемещением копчика с анокопчиковой связкой к седалищному отростку левой лонной кости. Во время операции выполнена мобилизация анокопчиковой связки и копчика. Крестцово-копчиковое сочленение пересечено. Передние леваторы вместе с надкостницей по внутренней поверхности в верхней трети седалищного отростка левой лонной кости отслоены и I-II копчиковые позвонки фиксированы 4 монофиламентными узловыми швами из нерассасывающегося материала к внутренней поверхности левой лонной кости и ее надкостнице. Затем мобилизованный участок сфинктера на 11 часах фиксирован к основанию анокопчиковой связки викриловыми лигатурами. Рана ушита наглухо. Послеоперационное течение гладкое. Предоперационная ЭМГ, сфинктерометрия через 9 месяцев после травмы - отмечается снижение показателей фоновой и произвольной биоэлектрической активности мышц наружного сфинктера и тазового дна. При сегментарной ЭМГ регистрируется отсутствие биоэлектрической активности от 12 до 6 часов по циферблату. Выявленные изменения соответствуют недостаточности анального сфинктера III степени. Послеоперационная ЭМГ, сфинктерометрия через три месяца после реконструктивной операции - При сегментарной ЭМГ выраженных дефектов наружного сфинктера не обнаружено, однако, регистрируется снижение биоэлектрической активности на 12-13 часах по циферблату. Реакция пуборектальной петли не изменена. При сфинктерометрическом исследовании тонус в проекции внутреннего сфинктера и суммарная сократительная способность анального жома несколько снижены. Выявленные изменения соответствуют недостаточности анального сфинктера I степени. Послеоперационная дефекография (через 3 мес. после операции) - прямая кишка обычно расположена, контуры ее четкие, стенки эластичные. При дефекографии аноректальная зона расположена на 3,4см ниже копчикоколобковой линии. При выполнении функциональных проб подвижность APЗ в пределах 0,4 см. Функция держания барьерной взвеси удовлетворительная.

---

#### 758.СИНДРОМ СЛАБОСТИ ТАЗОВОГО ДНА

Китаев А. В., Шашорин М.А., Овчаренко Д.А., Голубев С.И., Кахкцян Х.С., Родионов Д.А.

Москва

ГКА им. Маймонида, кафедра госпитальной хирургииФГМУ Медицинский центр при Спецстрое России

Тазовый пролапс (синдром опущения тазового дна) стал привлекать пристальное внимание врачей различных специальностей только последние несколько лет. В настоящее время опущение тазового дна у мужчин можно с уверенностью рассматривать как проявление геморроя и ректоцеле различных степеней. По данным различных авторов распространенность геморроя 120 человек на 10000 населения с преобладанием смешанной формы. Удельный вес в структуре проктологических заболеваний от 34 до 41 %. Наличие тазового пролапса и ректоцеле у мужчин довольно точно определяется с помощью дефекографии. Геморрой 2-4 стадии часто сопровождается наличием ректоцеле 1-3 степени, что подтверждают исследования зарубежных и отечественных авторов. Так же отмечено, что в отдаленном послеоперационном периоде после общепринятых геморроидэктомий (Миллиган-Морган, Фергюсон и т.д.) у 80% пациентов сохранялись жалобы на чувство «инородного тела» в области ануса и затрудненный акт дефекации. Многие авторы при синдроме опущения тазового дна отмечают частое сочетание патологических состояний. Так выпадение прямой кишки в 70-80 % случаев сочетается с ректоцеле. Выпадение внутренних геморроидальных узлов происходит за счет патологической подвижности слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки. В мире предложено около 250 вариантов оперативного лечения геморроя, что отражает попытки найти идеальную операцию, сопровождающуюся минимальными осложнениями и хорошими функциональными и клиническими результатами, минимальным сроком лечения и реабилитации. В нашей стране и за рубежом большинство колопроктологов выполняют геморроидэктомию в различных модификациях в основе которой лежит удаление трех основных групп геморроидальных узлов. До настоящего времени окончательно не определен наиболее радикальный и



патофизиологический способ геморроидэктомии с сохранением функций замыкательного аппарата прямой кишки. Слизисто-подслизистая резекция прямой кишки не решает вопрос о наружных геморроидальных узлах, из-за разности кровоснабжения. В исследование включено 71 пациент (мужчины), находившихся на лечении в ФГМУ «Медицинский центр при Спецстрое России» в 2000 – 2011 гг по поводу геморроя смешанной формы 2-4 стадий. Их возраст варьировал от 19 до 61 года. Средний возраст составил 44 год. Больных с II стадией геморроя было 8 (11,3%), III стадией – 42 (59,2%), IV стадией – 21 (29,5%). Первая группа составила 34(69%) пациента, оперированных по методу Лонго с иссечением наружных геморроидальных узлов. Вторая группа - 37(31%) пациентов оперированы по методу Миллигана – Моргана в модификации №2 ГНЦ колопроктологии. Наличие тазового пролапса во всех случаях диагностировано с помощью де-фекографии, сфинктерометрии и тонометрии запирающего аппарата прямой кишки. Из сопутствующих заболеваний выявлены: ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, гастродуоденит, язвенная болезнь желудка, варикозная болезнь нижних конечностей, остеохондроз позвоночника различных степеней выраженности, хронический простатит, полипы толстой кишки, анальные трещины. Операции выполнялись под спин-номозговой анестезией на уровне L2–L3. Для выполнения слизисто-подслизистой резекции нижнеампулярного отдела прямой кишки использовали аппараты РРН-01, РРН-03. Среднее время продолжительности операции 18-25 минут. Всем пациентам оперативное вмешательство дополнялось иссечением наружных геморроидальных узлов на 3, 7 и 11 часах. Средняя длительность послеоперационного периода составила 4,1 дня. Осложнения: У двух больных в первые сутки послеоперационного периода отмечалась задержка мочи, связанная с наличием хронического простатита и аденомы простаты. Выраженный болевой синдром в раннем послеоперационном периоде зафиксирован у одного больного, что мы связываем с близким расположением линии механического шва (1,0см) к внутреннему отверстию анального канала. Во всех случаях в послеоперационном периоде применялись ненаркотические анальгетики, как правило, один раз в сутки на ночь. Средняя длительность применения ненаркотических анальгетиков составила 3,3 дня. При обследовании в послеоперационном периоде во всех случаях после комбинированного хирургического лечения отмечено исчезновение симптомов, связанных с затруднением акта дефекации. В контрольной группе среднее время продолжительности операции была 46 минут. Средняя длительность послеоперационного периода составила 7,6 дней. Среди ранних послеоперационных осложнений следует отметить выраженный болевой синдром у всех исследуемых, который потребовал назначение наркотических анальгетиков 3-5 раз в сутки в среднем 4,3 дня и ненаркотических – 3,6 дня (всего 7,9 дня). У 11(29,7%) пациентов отмечена задержка мочеиспускания от 1 до 3 суток. Выводы. 1. Преимуществами операции геморроидопексии с иссечением наружных узлов являются: небольшая продолжительность; сохранение целостности слизистой оболочки анального канала с ее рецепторами, отсутствие выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде; быстрое восстановление активного образа жизни и работоспособности; 2. Операция геморроидопексия (резекция слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки) с иссечением наружных геморроидальных узлов направлена на коррекцию (ликвидацию) всех признаков тазового пролапса, и, кроме того, её можно признать радикальным хирургическим методом лечения геморроя.

---

759. Пути оптимизации организации хирургической помощи населению РФ

Совцов С.А.

Челябинск

ГБОУ ВПО "Южно-Уральский государственный медицинский университет" Минздрава России

В настоящее время Российским обществом хирургов одним из приоритетов своей деятельности определена оптимизация оказания хирургической помощи населению в различных регионах страны. Рассматриваются предложения от регионов по принципам оказания хирургической помощи в 1-2-3 уровневой системе. Такие предложения формируются уже от Республики Татарстан, Тульской, Рязанской, Челябинской и других территориальных образований России. Предварительные итоги этой работы планируется рассмотреть и обсудить во время работы 12 съезда хирургов России в октябре 2015 г. в г. Ростове-на-Дону. Как правило,

территориальные образования страны имеют очень неоднородную структуру, состоящую из: 1) крупных промышленных городов, 2) малых и средних городов и 3) чисто сельскохозяйственных районов с низкой плотностью населения. В связи с этим, предлагаются варианты оптимизации оказания хирургической помощи населению по 1-2-3 категорийной (урвневой) системе. Это обусловлено: 1) имеющимся достаточно низким числом хирургов, анестезиологов- реаниматологов, узких специалистов (травматологи-ортопеды, урологи, эндоскописты), среднего медицинского персонала (прежде всего, операционных сестер, сестер анестезисток), 2) высокой финансовой затратностью хирургических диагностических и лечебных технологий при имеющемся дефиците бюджетных и страховых средств. Следует напомнить, что на территории Российской Федерации на основании приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 922н медицинская помощь по профилю «хирургия» оказывается в виде: - первичной медико-санитарной помощи; - скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи; - специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. Хирургическая помощь может оказываться: - амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение); - в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения); - стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение). Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-хирургом. При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи (амбулаторно и в условиях дневного стационара) и наличии медицинских показаний больной направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь по профилю «хирургия». Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается врачами-хирургами в стационарных условиях и условиях дневного стационара и включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию. При наличии у больного медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной хирургической помощи направление больного в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную хирургическую помощь, осуществляется в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Таким образом, можно резюмировать, что хирургическая помощь может быть оказана населению по 1-2-3 уровневой системе. 3 уровень - амбулаторная и в условиях дневного стационара (сюда же можно отнести и уже существующие в ряде территорий Центры амбулаторной хирургии). 2 уровень - стационарная специализированная хирургическая помощь (все крупные ЦР и городские больницы). 1 уровень – высокотехнологичная хирургическая помощь (в учреждениях, имеющих лицензию на высокотехнологическую медпомощь). В связи с этим, мы предлагаем оптимизировать организацию хирургической помощи в территориальных образованиях России, в городах и районах, имеющих до 25 тысяч населения, отсутствие необходимого числа врачей специалистов, аппаратуры и оборудования и т.п. – оказывать хирургическую помощь населению в объеме только 3 уровня в условиях поликлиники и дневного стационара. Для этого необходимо сохранить площади и медицинский персонал из имеющихся стационаров и использовать их в режиме только дневного стационара. В амбулаторно-поликлинических условиях и на койках дневного стационара необходимо выполнять манипуляции и оперативные вмешательства (перечень которых, определяется территориальным органом управления здравоохранения) не требующих круглосуточного наблюдения и лечения. При наличии медицинских показаний - направлять больных в медицинскую организацию, оказывающую специализированную хирургическую помощь по профилю «хирургия» в условиях создаваемых межрайонных хирургических стационарах (определяемых приказами местных Министерств или Департаментов здравоохранения по территориальному принципу). Сюда могут быть отнесены ЦРБ и городские больницы, оказывающие помощь в объеме 2 категории. Хирургическую помощь населению объема 2 уровня необходимо оказывать в медицинских организациях, занимающихся специализированной медицинской помощью по профилю «хирургия». Сюда должны быть отнесены все хирургические стационары городов и районов, в т.ч. имеющих статус «межрайонных». Хирургическую помощь населению объема 1 уровня необходимо оказывать в медицинских организациях, имеющих лицензию на высокотехнологичную хирургическую помощь, (как правило, республиканские, краевые и областные ЛПУ). Таким образом, в территории формируется новый оптимальный финансовосберегающий 1-2-3 уровневый принцип оказания хирургической помощи/ 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 населению в рамках имеющихся трехсторонних комиссий территориальных ФОМС.

760. ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ГИБРИДНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ШУГУШЕВ З.Х., МАКСИМКИН Д.А., ФАЙБУШЕВИЧ А.Г., ЗУДИН А.М., УЧКИН И.Г., БАРАНОВИЧ В.Ю.

МОСКВА

ФГАОУ ВО "РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ", НУЗ ЦКБ №2 им. Н.А. СЕМАШКО  
ОАО "РЖД"

Цель: оценить эффективность гибридных операций у больных критической ишемией нижних конечностей. Материал: в исследование включено 119 пациентов. Критерии включения: многоэтажное поражение артерий нижних конечностей; критическая ишемия нижних конечностей; отсутствие в анамнезе операций на артериях нижних конечностей. Все больные были разделены на 2 группы. В I группу вошли 68 пациентов, которым выполнялось гибридное хирургическое вмешательство на артериях нижних конечностей, а во вторую группу (контрольную) вошли 51 пациент, которым выполнялось только открытое хирургическое вмешательство. Гибридное вмешательство включало в себя одномоментное выполнение открытого и эндоваскулярного вмешательства на артериях. В ходе открытого этапа преимущественно выполнялась эндартерэктомия из поверхностной бедренной артерии или бедренно-подколенное шунтирование. Эндоваскулярный этап включал в себя имплантацию стента в подвздошные артерии и преимущественное выполнение баллонной ангиопластики на поражениях, локализованных ниже паховой связки. При наличии бедренно – подколенного шунта эндоваскулярное вмешательство выполнялось посредством пункции шунта из открытой раны, а у пациентов после эндартерэктомии - посредством пункции бедренной артерии противоположной конечности при помощи контрлатерального интрадьюсера. Имплантация стента в данной ситуации выполнялась при наличии диссекции типа D-F. Клинические критерии оценки непосредственных результатов вмешательства: регресс болевого синдрома, увеличение дистанции безболевого ходьбы. Ангиографические критерии успешного вмешательства: восстановление магистрального кровотока по артериям до уровня ниже щели коленного сустава, отсутствие тяжелых диссекций типа D-F. Критерии оценки отдаленных результатов: частота ампутаций конечностей, частота повторных вмешательств. Артериография нижних конечностей выполнялась при наличии ишемии конечностей IIb. Результаты: средний возраст пациентов составил 67±5,5 лет. Среди пациентов I группы в ходе «открытого» этапа 60 пациентам (88,2%) была выполнена эндартерэктомия из поверхностной бедренной артерии, а у 8 пациентов (11,8%) – бедренно – подколенное шунтирование с использованием синтетического протеза. В ходе эндоваскулярного этапа всем больным были имплантированы самораскрывающиеся стенты в подвздошные артерии. У 55 больных (80,9%) выполнена баллонная ангиопластика поверхностной бедренной артерии, у 42 больных (61,8%) выполнялась баллонная ангиопластика артерий голени. Стенты в поверхностную бедренную артерию были имплантированы 13 пациентам (19,1%). Во II группе бедренно – подколенное шунтирование выполнялось у 23 пациентов (45%), а эндартерэктомия у 28 пациентов (55%). На этапе госпитализации у всех пациентов отмечался регресс болевого синдрома и достоверное увеличение дистанции безболевой ходьбы (с 12,54±2,24м до 150,2±2,14м; p

---

761. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА И ТАЗА.

Смоляр А.Н., Файн А.М.

Москва

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Пострадавшие с сочетанной травмой живота и таза отличаются особой тяжестью состояния, высоким удельным весом осложнений и летальных исходов. Основными причинами смерти являются травматический шок и массивная кровопотеря, которые наблюдают в 40,2-93,1%, госпитальная летальность достигает 40%. Лечение данной категории пострадавших осуществляет мультидисциплинарная команда специалистов. Слаженность их действий должен обеспечить единый диагностический и лечебный алгоритм. Целью работы было улучшение результатов лечения пострадавших с сочетанной травмой живота и таза за счет разработки лечебно-диагностического алгоритма. Проведен анализ лечения 112 пострадавших с сочетанной травмой живота и таза, госпитализированных в НИИСП им. Н.В. Склифосовского в 2010-2014 гг. Мужчин было 88 (78,6%), женщин 24 (21,4%), средний возраст составил 32±14 лет. Средняя тяжесть травмы по шкале ISS составила 24±6 балла. Объем обследования определяли, исходя из предполагаемого диагноза и тяжести состояния пострадавшего по классификации Раре и Krettek. Чем тяжелее было состояние, тем меньше был объем обследования. Всем пострадавшим, в том числе находившимся в критическом состоянии (n=6, 5,4%), выполняли рентгенографию груди и таза в прямой проекции, УЗИ с осмотром плевральных и брюшной полостей по программе FAST. При нестабильном состоянии (n=37, 33,0%) выполняли рентгенографию таза в краниальной и каудальной проекциях. При отсутствии большого гемоперитонеума, требующего экстренной лапаротомии, продолжали УЗИ с осмотром органов брюшной полости и забрюшинного пространства. При пограничном (n=58, 51,8%) или стабильном (n=11, 9,8%) состоянии и предположении о повреждении органов брюшной полости и забрюшинного пространства, переломе костей таза больным выполняли КТ живота и таза с внутривенным контрастным болюсным усилением. По показаниям выполняли уретро- и цистографию. Приоритетными в лечении пострадавших были операции по поводу повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Продолжающееся внутрибрюшное кровотечение было показанием к экстренной лапаротомии у 38 больных (33,9%). Источником кровотечения наиболее часто (n=19, 17,0%) был разрыв селезенки. У 14 пострадавших (12,5%) во время операции обнаружена травма печени, у 3 (2,7%) – сочетание разрыва селезенки и печени, у 2 (1,8%) – разрывы брыжейки тонкой кишки. Основной задачей операции являлось спасение жизни за счет скорейшей остановки внутрибрюшного кровотечения. Поэтому операцией выбора явилась спленэктомия и наложение швов на разрывы печени и брыжейки. Пострадавших с повреждением нижних мочевыводящих путей было 51 (45,5%). Внебрюшинный (n=27, 24,1%), внутрибрюшинный (n=12, 10,7%), смешанный (n=4, 3,6%) разрыв мочевого пузыря ушивали и накладывали эпицистостому. Пациентам с отрывом уретры (n=8, 7,1%) выполняли эпицистостомию. Ротационную нестабильность таза (n=65, 58,0%) устраняли с помощью стержневого аппарата наружной фиксации (АНФ). При вертикальной нестабильности таза (n=40, 35,7%) стабилизацию осуществляли С-рамой, при необходимости в сочетании с АНФ. Стабильные переломы таза (n=7, 6,3%) стабилизации не подлежали. При сохраняющейся во время операции гипотонии и исключении других источников интенсивного кровотечения выполняли внебрюшинную тампонаду тазовой клетчатки (n=12, 10,7%). В качестве крайней меры применяли ангиографию и эндоваскулярную эмболизацию (n=2, 1,8%). Время для реализации всех диагностических и лечебных мероприятий не превышало 6 часов. Удаление тампонов из тазовой клетчатки проводили после стабилизации состояния пострадавшего, не позже 24-72 часов после первой операции. При возможности одновременно демонтировали С-раму и выполняли миниинвазивный остеосинтез заднего полукольца канюлированными винтами. Демонтаж наружного фиксатора и погружной остеосинтез повреждений переднего полукольца таза производили при достижении стабильного (по оценке Раре-Krettek) состояния пострадавшего. Летальность составила 8,9%. Основной причиной смерти явились шок и кровопотеря (40,7%), отек и дислокация головного мозга (18,5%), гнойная интоксикация, пневмония, сепсис (37,1%) и тромбоэмболия легочной артерии (3,7%). У выживших пострадавших общими осложнениями явились: гнойный трахеобронхит и пневмонии – 26,9%, цистит – 39,3%, тромбоз вен нижних конечностей – 15,6%. Местными осложнениями были: воспалительные явления в области введения стержней аппаратов наружной фиксации – 4,3%, пролежни – 2,5%, флегмоны тазовой клетчатки после ее тампонады мы не наблюдали. Таким образом, приоритетными в лечении пострадавших с политравмой являются операции по поводу повреждений внутренних органов живота и забрюшинного пространства с признаками продолжающегося интенсивного кровотечения. Экстренная хирургическая иммобилизация нестабильных повреждений таза в максимально короткие сроки – один из ключевых элементов противошоковых мероприятий. Отсутствие положительной динамики состояния пострадавшего на фоне проводимого лечения является признаком продолжающегося забрюшинного кровотечения и показанием к тампонаде тазовой клетчатки. Наличие признаков артериального кровотечения во время тампонады тазовой клетчатки или отсутствие положительной динамики состояния на фоне всего комплекса

лечения у пострадавшего в нестабильном состоянии служит показанием к ангиографии с эмболизацией поврежденного артериального сосуда. Предложенный лечебно-диагностический алгоритм позволил уменьшить летальность пострадавших с переломом костей таза до 8,9%.

---

## 762. БАРИАТРИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ

Богдан В.Г. (1), Дорох Н.Н. (2), Варикаш Д.В. (2)

Минск

1) Военно-медицинский факультет УО «Белорусский государственный медицинский университет» 2) УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко»

Актуальность: Лечение ожирения является одной из самых актуальных проблем современной медицины. По предварительным данным в Республике Беларусь с диагнозом «ожирение» на медицинском учете состоят свыше 10 тысяч человек. Консервативное лечение помогает больным лишь в начальных стадиях заболевания. При тяжелых степенях ожирения оно либо неэффективно, либо достигнутый с его помощью эффект бывает кратковременным. Цель: оценить результаты и эффективность отдельных видов бариатрических вмешательств в комплексном лечении морбидного ожирения. Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 330 пациентов с морбидным ожирением. В группу контроля вошли 30 пациентов, лечившихся консервативно (с помощью психотерапии, диетотерапии, механотерапии, физиотерапии и т.д.). Основную группу наблюдения составили 300 пациентов (70% женщин и 30% мужчин), находившихся на лечении в Минском городском центре герниологии и бариатрической хирургии на базе отделения общей хирургии УЗ «4-я клиническая больница им. Н.Е. Савченко» г. Минска с апреля 2005 по настоящее время. Средний возраст пациентов составил 49,8±6,7 лет. Сопутствующая патология имела у всех больных основной группы; более 5 заболеваний выявлено у 55,6 % пациентов. У всех пациентов индекс массы тела (ИМТ) превышал значение 45 кг/м<sup>2</sup>, составив при этом 48,4±1,9 кг/м<sup>2</sup>. Выбор варианта бариатрической операции проводился на основании величины ИМТ, возраста пациента, характера сопутствующей патологии, а так же в соответствии с установленным по психологическому анкетированию и ведению дневника питания типом нарушения пищевого поведения. Выявленные в дооперационном периоде психологические девиации являлись противопоказанием для выполнения хирургического лечения морбидного ожирения. У 35% пациентов, подвергшимся хирургическому лечению, выполнены гастрощунтирующие операции в нашей модификации. В 8% случаев произведено открытое нерегулируемое бандажирование желудка. У 25% больных выполнен разработанный авторами вариант частичной илеощунтирующей операции как в качестве I этапа лечения ожирения, так и в качестве основного вида оперативного лечения. 32% пациентов произведено сочетанное выполнение бандажирования желудка с частичной илеощунтирующей операцией. Результаты: Прослежены отдаленные результаты хирургического лечения больных в сроки от 6 месяцев до 5 лет. Наиболее прогрессивное снижение массы тела отмечено после хирургического лечения ожирения в течение первого года после операции, достоверно уменьшаясь при желудочном шунтировании и бандажировании желудка с частичной илеощунтирующей операцией в 1,8 раз по сравнению с исходным уровнем (с 46,9±0,42 до 26±0,38 кг/м<sup>2</sup>; z=2,201398; p=0,027709, Wilcoxon). В сроки 1-2 лет все виды хирургической коррекции ожирения приводили к достоверному снижению показателя ИМТ по сравнению с консервативным лечением (p < 0,05-0,01). Выводы: 1. Бариатрические операции являются ведущим методом лечения больных с морбидным ожирением. 2. Индивидуальный подход при выборе способа бариатрической операции должен учитывать психологический тип нарушения пищевого поведения пациента.

763. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛНОСЛОЙНЫХ КОЖНО-ФАЦИАЛЬНЫХ ЛОСКУТОВ ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ МЯГКОТКАННЫХ ДЕФЕКТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН

Сухарев А.А.(1), Богдан В.Г. (2), Федоров К.А. (3)

Минск

1) Государственное учреждение «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь», 2) Военно-медицинский факультет в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет», 3)

Проблема восстановления дефектов мягких тканей не теряет своей актуальности со времени начала применения огнестрельного оружия и взрывных зарядов. Однако еще большее внимание этому вопросу стало уделяться в последнее время, когда вместе с совершенствованием средств защиты происходило развитие поражающих факторов, что привело к росту высоко импульсивных ранений с образованием мягкотканых дефектов и тяжелых переломов конечностей. И если проблема как временной, так и окончательной стабилизации переломов практически решена, то вопрос функционально правильного и своевременного закрытия дефектов мягких тканей остается открытым. Для ответа на него проделан длинный путь от применения расщепленного кожного лоскута до полнослойных кожно-фасциальных лоскутов с или без магистрального питающего сосуда. Мы располагаем опытом хирургического лечения мягкотканых дефектов различной сложности и локализации, а также неоднородных по механизму повреждений. В исследование включено 32 пациента (58,2%) с огнестрельными ранениями и 23 пациента (41,8%) с взрывными повреждениями. 82% пациентов оказались в возрасте от 18 до 40 лет. Изолированные повреждения составили 76,4%, ранения, затрагивающие несколько сегментов – чуть более 9% случаев, комбинированные повреждения были выявлены в 14,5% случаев, практически 31% случаев сопровождался открытыми переломами. Наиболее многочисленную группу среди наблюдаемых случаев (около 30%) составили операции по восстановлению дефектов мягких тканей области голени и стопы по разработанному нами методу. Все лоскуты прижились и обеспечили хорошие функциональные результаты восстановленного кожного покрова в 94,5% случаев, а так же способствовали решению ортопедических проблем. Усредненный срок лечения пациентов с мягкотканым дефектом составил 30±6 суток. Таким образом, при анализе выполненного спектра операций по восстановительной реконструктивной хирургии нами было апробировано и доказано несколько выводов, характерных для большинства пациентов с наличием дефекта мягких тканей: 1. Все боевые повреждения требовали выполнения реконструктивного вмешательства; 2. Основными условиями, позволяющими выполнять операции по закрытию мягкотканых дефектов, сочетающихся с повреждением костных структур, являются общее состояние пациента и раны; 3. Применение кожно-фасциальных лоскутов должно рассматриваться как методика оперативного лечения, проводимая в ранние сроки лечения, что позволит ускорить и облегчить дальнейшую реабилитацию; 4. Предложенная методика является простой в техническом плане, не требует дополнительного оборудования, может выполняться врачами-хирургами в лечебных учреждениях любого уровня.

---

764. КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОЙ С МЕТАХРОННЫМ МЕТАСТАЗИЗОВАНИЕМ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ (клинический случай)

Дмитриев А.В., Черкасов М.Ф., Помазков А.А.

Ростов-на-Дону

Ростовский государственный медицинский университет

Актуальность. Лечение пациентов с метастазами колоректального рака в печень является сложной задачей современной хирургической гепатологии. Наряду с резекцией метастатического поражения печени, которая

является «золотым стандартом» лечения этой категории больных, применяются и другие малоинвазивные методы воздействия на опухолевую ткань. Одним из наиболее перспективных и широко используемых методов деструкции метастазов в печени является радиочастотная термоабляция (РЧА), которая в ряде случаев по радикализму воздействия не уступает хирургическому вмешательству. Цель работы. Продemonстрировать собственное наблюдение комбинированного лечения больной колоректальным раком с метастазированием в печень. Больная Х., 62 лет, поступила в хирургическую клинику РостГМУ с жалобами на периодические боли в мезогастральной области, примесь крови в кале, общую слабость, снижение массы тела, аппетита. Данные жалобы пациентка отметила за 6 месяцев до поступления. При выполнении клиничко-лабораторно-инструментальных методов обследования установлен диагноз рак печеночного изгиба поперечно-ободочной кишки T3N0M0G2 2 клинической группы II стадии. В декабре 2013 проведено оперативное вмешательство в объеме правосторонней гемиколэктомии с расширенной лимфаденэктомии, спленэктомии. Послеоперационное течение гладкое. Больная выписана на 13-е сутки. Рекомендовано динамическое наблюдение у хирурга и онколога. В мае 2014 больная отметила жалобы на периодические боли в правом подреберье, слабость. Пациентка обследована. По данным МРТ печени выявлен метастатический узел с неровными контурами, неправильной формы, диаметром до 69 мм, располагающийся на границе VII-VIII сегментов. Других признаков распространенности процесса не выявлено. Учитывая труднодоступную локализацию метастатической опухоли принято решение о выполнении РЧА лапаротомным доступом. После мобилизации печени, выполнено интраоперационное УЗ-исследование. Противопоказаний к манипуляции не выявлено. Интраоперационная биопсия – метастаз умеренно-дифференцированной аденокарциномы с нейроэндокринным компонентом. РЧА метастаза печени выполнена четырьмя аппликациями зондовым электродом, с погружением последнего в ткань опухоли под разными углами. Абляция выполнена системой RITA® Medical Systems 1500x. По завершению процедуры отмечалась формирование гиперэхогенного облака, перекрывающее размеры опухоли более 1 см. Послеоперационный период протекал гладко. Больная выписана на 10 сутки. В послеоперационном периоде (на протяжении 13 месяцев) выполнялись контрольные МР-исследования печени, на которых данных за локорегионарный рецидив не выявлено. Общая продолжительность жизни с момента выявления метастазов метастазов и безрецидивный период составляют 13 месяцев. Выводы: Настоящее наблюдение демонстрирует современные возможности комплексного подхода к лечению метастатического колоректального рака со стойким клиническим эффектом. Этапное применение системной адъювантной химиотерапии, радиочастотного воздействия повышает абластичность лечения, тем самым повышая радикальность воздействия на внутрпеченочные метастазы больших размеров. РЧА – является сравнительно безопасной и эффективной манипуляцией при условии ее проведения в специализированных стационарах. Всё это способствует не только улучшению качества жизни пациентов, но и увеличивает ее продолжительность, что является ключевым аспектом в лечении онкологических больных.

---

765.МОЖНО ЛИ СДЕЛАТЬ РОССИЙСКУЮ МЕДИЦИНУ СВОБОДНОЙ ОТ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ?

Кириенко А.И., Андрияшкин В.В., Золотухин И.А., Леонтьев С.Г., Андрияшкин А.В.

Москва

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.Пирогова

Актуальность. В Российской Федерации уже многие годы – отдельными энтузиастами, коллективами, клиниками – проводится работа по внедрению идеологии профилактики венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) в повседневную работу медицинских учреждений. Ещё в 2000 году был создан первый Российский консенсус, утверждён Национальный стандарт по профилактике тромбоэмболии лёгочных артерий (2008 год), опубликованы Российские рекомендации по диагностике, лечению и профилактике ВТЭО (2010 год). Вместе с тем, общая ситуация с профилактикой ВТЭО в нашей стране остаётся весьма удручающей. Понимание необходимости внедрения идеологии превентивных подходов привело профессиональные сообщества к реализации научно-практических исследований с целью вовлечения

широкого круга врачей в активную работу по предотвращению ВТЭО в своих собственных стационарах. В России таким проектом, инициированным Российским обществом хирургов и Ассоциацией флебологов России, стала федеральная исследовательская программа «Территория безопасности от венозных тромбозмболических осложнений». Реализация первой волны проекта, осуществлённого в 2009-2011 гг. в 59 хирургических стационарах различного профиля всех регионов нашей страны, позволила сделать оценку риска ВТЭО и системное использование профилактических мер обязательной частью лечебно-диагностического процесса. В результате общая госпитальная летальность, обусловленная ТЭЛА, составила всего 0,03% среди 53 596 пациентов, включённых в исследование. Принимая во внимания полученные результаты и несомненный успех проекта, в 2012 году стартовал второй, а в 2014 году и третий этап «Территории безопасности». Цель проекта – практическая реализация в России идеологии предотвращения ВТЭО у госпитальных больных. Материал и методы. Участие в третьей волне «Территории безопасности» приняли 80 больниц (765 отделений) из всех регионов Российской Федерации. Получены данные о 93 137 пациентах – хирургических, терапевтических, онкологических, акушерских отделений. Всем больным проведена оценка риска развития венозных тромбозмболических осложнений согласно Российским клиническим рекомендациям по диагностике, лечению и профилактике ВТЭО от 2010 г. Результаты и обсуждение. Большинству пациентов, включённых в исследование, были назначены те или иные меры профилактики ВТЭО. Медикаментозные средства были назначены практически всем хирургическим больным высокого и умеренного риска – 99% и 98% соответственно. Точно такие же данные пре-доставили акушеры (99% и 98%). Что касается нехирургических больных, то следует отметить, что медикаментозную профилактику у этих пациентов также использовали в подавляющем числе наблюдений – 93% случаев у пациентов группы высокого риска. Самые же высокие результаты показали онкологи – 100% больных высокого и умеренного рисков были назначены антикоагулянты. В результате ВТЭО были зарегистрированы у 0,31% хирургических, 0,79% терапевтических, 0,07% онкологических и 0,05% акушерских пациентов. Геморрагические осложнения зафиксированы у 0,05% больных. Общая госпитальная летальность, обусловленная ТЭЛА, составила 0,02%. Выводы. С 2009 года в проекте "Территория безопасности от венозных тромбозмболических осложнений" приняли участие 227 530 пациентов. Значительное снижение частоты ВТЭО у данной группы больных по сравнению с результатами эпидемиологических исследований, со всей очевидностью демонстрирует, что российская медицина может и должна стать территорией свободной от тромбозмболических осложнений. Строгое следование букве национальных рекомендаций, использование современных препаратов с надёжной доказательной базой позволяет сохранить жизнь и здоровье тысячам наших пациентов.

---

766. Режимы этапного хирургического лечения распространенного перитонита.

Кириенко А.И., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И., Подачин П.В.

Москва

Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет им. Н.И.Пирогова

Уже более века в лечении распространенного перитонита существуют методы этапных или программируемых вмешательств. И сегодня, во многом благодаря постоянному совершенствованию средств анестезиологии и интенсивной терапии, этапные реоперации являются наиболее мощным, но обоюдоострым инструментом современной хирургии перитонита, который должен использоваться только в строгом соответствии ожидаемой пользы и тяжести травмы, ценою которой будет достигнут позитивный результат. Однако до настоящего времени литературные оценки показаний к выбору тактики лечения перитонита в режиме этапных программируемых реопераций неоднозначны. Определение «Режим этапного хирургического лечения» включает две главные позиции: в какие сроки лучше выполнять этапные вмешательства, сколько реопераций оптимально и когда следует остановиться. При этом следует помнить, что главный смысл метода заключается в строго дозированном, своевременном и адекватном чередовании интенсивной многокомпонентной терапии и хирургии перитонита. В данной работе нами представлены результаты применения различных режимов этапных реопераций у 101 больного распространенным



перитонитом, оперированных в клинике факультетской хирургии им. С.И. Спасокукоцкого РНИМУ им. Н.И.Пирогова. Для оптимизации технологии этапного хирургического лечения перитонита и оценки ее эффективности мы использовали три главных критерия: тяжесть перитонита, определяемая в баллах по индексу брюшной полости – ИБП (В.С. Савельев 1997), тяжесть физического состояния больного, оцениваемая по шкале АРАСНЕ II, а так же величина внутрибрюшного давления. Показания к выбору метода этапного хирургического лечения перитонита составляли следующие показатели, как каждый по отдельности, так и в сочетании: • Значения ИБП выше 13 баллов. • Значения АРАСНЕ-II выше 15 баллов. • ВБД выше 12 мм.рт.ст. при сведении краев лапаротомной раны, что соответствует первой степени интраабдоминальной гипертензии. В хирургии распространенного перитонита можно выделить три варианта интервалов реоперации – короткий, средний и максимальный. Короткий интервал (до суток) между первыми двумя операциями используют при необходимости проведения ранней повторной ревизии и санации брюшной полости. Показаниями к ранней реоперации являются: 1) крайне тяжелый перитонит, с уровнем ИБП выше 19 баллов при стабильном состоянии больного, значения АРАСНЕ II менее 16 баллов; 2) вынужденная реоперация, производимая при развитии непрогнозируемых осложнений. Средний интервал – 24 – 48 часов между реоперациями, позволяет оптимально сочетать пользу этапных хирургических интервенций с объемом травмы, ценою которой она будет достигнута. Во-первых, этот срок достаточен для стабилизации состояния больного. Во-вторых, оптимален с точки зрения санации брюшной полости и своевременной диагностики возможных интраабдоминальных осложнений. В-третьих, эти временные рамки обеспечивают равновесие между эффектом санации брюшной полости и многокомпонентной интенсивной терапии. Максимальный интервал (более двух суток) между оперативными вмешательствами негативно отражается на течении перитонита, часто сопровождается ухудшением состояния органов брюшной полости и отсутствием положительной динамики в состоянии больного. Вместе с тем, в ряде случаев удлинение интервала между реоперациями необходимо и возможно, в частности, тогда, когда состояние брюшной полости позволяет завершить режим этапного хирургического лечения, а тяжесть состояния больного и состояние операционной раны исключают эту возможность, в связи с большим риском тяжелых последствий. Показаниями к удлинению сроков между реоперациями мы считаем: 1) крайнюю тяжесть общего состояния больного – значение АРАСНЕ II более 20 баллов; 2) тяжелые раневые осложнения при относительно удовлетворительном состоянии брюшной полости; 3) необходимость контроля эффективности ликвидации источника перитонита при значении ИБП менее 12 баллов. В результате проведенных исследований установлено, что оптимальное равновесие между положительными и негативными последствиями этапных хирургических вмешательств может быть достигнуто при выполнении 3 – 4 реопераций с интервалом 24 – 48 часов. Завершение режима этапного лечения возможно при сочетании следующих показателей: • значения ИБП ниже 13 баллов • значения АРАСНЕ-II ниже 14 баллов • Внутрибрюшное давление ниже 12 мм.рт.ст. при сведении краев лапаротомной раны. Следует отметить, что завершение режима этапного хирургического лечения перитонита отнюдь не всегда означает необходимость полной реконструкции брюшной стенки. Возможно либо дальнейшее открытое ведение лапаротомной раны либо, только дермальное закрытие дефекта брюшной стенки. Решение о возможности ликвидации лапаростомы должно быть крайне взвешенным, хирург и реаниматолог должны быть готовы к возможным негативным последствиям ушивания брюшной стенки. Именно поэтому необходима комплексная оценка состояния больного и его возможности адаптации к реконструкции брюшной стенки.

---

767. Естественные факторы защиты брюшины с позиции этапного хирургического лечения распространенного перитонита.

Филимонов М.И., Подачин П.В.

Москва

Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет им. Н.И.Пирогова

Защитная функция брюшины реализуется двумя группами факторов. Одна из них направлена на защиту организма от инфекции с помощью гуморальных и клеточных систем противодействия. Роль другой группы

факторов сводится к механической защите органов брюшной полости. Важное значение в выполнении этой функции принадлежит как большому сальнику, так и способности адгезии париетальной и висцеральной брюшины, т.е. процессу, который способствует отграничению воспалительных очагов. Таким образом, в повседневной практике интраоперационной морфологии перитонита вышеперечисленное можно оценить, ориентируясь на реакцию большого сальника, выраженность адгезивного процесса в брюшной полости, количество и качество фибриновых наложений на париетальной и висцеральной брюшине, т.е. на те доминанты, которые определяют потенциал исхода заболевания – Прогрессирования или купирования распространенного воспаления брюшины. Однако этот потенциал и с позиции понимания патогенеза распространенного перитонита, и с позиции классических мер хирургического воздействия оценивается неоднозначно. В этой работе мы попытались определить чисто практическое значение этих факторов в аспекте этапного хирургического лечения распространенного перитонита. Нами обобщен опыт лечения 108 больных с распространенным гнойным перитонитом, у которых был применен метод программируемых реопераций. Необходимость применения этапного метода лечения возникала в тех случаях разлитого перитонита, когда он носил фибринозно-гнойный или каловый характер, а также в случаях невозможности одномоментно ликвидировать или надежно локализовать источник перитонита. Анализ результатов лечения распространенного перитонита проводили с учетом следующих факторов: наличие или отсутствие большого сальника; выраженность адгезивного процесса в брюшной полости; количество и качество фибриновых наложений на париетальной и висцеральной брюшине. Роль большого сальника в условиях этапного хирургического лечения перитонита трудно переоценить. Отсутствие этого органа при необходимости этапных реопераций – крайне неблагоприятный фактор, который часто ассоциируется с такими тяжелыми осложнениями как формирование кишечных свищей, повышенный риск несостоятельности кишечных швов. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что отсутствие большого сальника уменьшало тенденцию к отграничению распространенного воспаления брюшины. Это, в свою очередь, вело к увеличению летальности как за счет сохраняющегося или прогрессирующего перитонита, в том числе третичного так и вследствие вторичного повреждения кишечника с формированием свищей: в группе «оментэктомия» – умерло 9 – 42,8%, при сохраненном сальнике – 24 – 27,6%. До настоящего времени предметом широких дискуссий остается вопрос о необходимости удаления фибриновых наложений с висцеральной и париетальной брюшины. Пожалуй, традиционна точка зрения о необходимости тотальной или почти тотальной ликвидации всех фибриновых формирований в брюшной полости. С другой стороны, наложения фибрина являются естественным механизмом защиты брюшной полости. Фибрин способствует отграничению инфекционного-воспалительного процесса, а его механическое удаление приводит к значительной травме глубоких структур висцеральной брюшины и создает предпосылки для свищеобразования и делокализации гнойного очага. Клинические наблюдения свидетельствуют, что отсутствие тенденции к локализации процесса на 2 – 3 этапной операции, отсутствие или снижение количества фибриновых наложений и адгезивного процесса в брюшной полости (формирование конгломерата петель кишечника и большого сальника) является крайне тревожным признаком и часто соответствует патоморфологии третичного перитонита при условии устранения его источника. Низкий уровень резистентности больного к распространенному воспалению брюшины, выражающийся в высоком риске летального исхода и отсутствия тенденции к локализации процесса, был связан с нарушениями белкового обмена и, вероятно, недостаточным количеством фибрина в перитонеальном экссудате. Одним из клинических признаков регрессии распространенного перитонита является формирование конгломерата органов брюшной полости благодаря развитию адгезии париетальной и висцеральной брюшины. Анализ течения заболевания в зависимости от выраженности адгезивного процесса у 94 больных распространенным перитонитом установил, что формирование конгломерата органов брюшной полости достоверно повышает вероятность купирования распространенного воспалительного процесса, что, естественно, влияло на летальность при лечении этого заболевания. Представленные нами данные свидетельствуют о значительной эффективности и, следовательно, целесообразности, умеренной и строго дозированной хирургической агрессии в коррекции собственных факторов защиты брюшной полости при распространенном перитоните.

---

## 768.ВЫБОР БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

Е.В.Глебов(1), А.В.Бандурин(1), С.Ф.Шейранов Н.С.Шейранов(2)

Минеральные Воды, г.Георгиевск

1) «Отделенческая клиническая больница на станции Минеральные Воды ОАО «РЖД»2) Центральная городская больница г.Георгиевск

В 2013 году в Ливерпуле были сформулированы Междисциплинарные Европейские клинические рекомендации по метаболической и бариатрической хирургии. В 2014 году Яшков Ю.И. с большой группой российских специалистов разработал Национальные клинические рекомендации по бариатрической и метаболической хирургии. Оба документа являются результатом работы мультидисциплинарных европейской и российской групп экспертов соответственно. В этих основополагающих документах чётко прописаны показания и противопоказания к бариатрическим вмешательствам, протоколы предоперационного обследования и подготовки к операции, ведения послеоперационного периода и лечение возможных осложнений, регламент курации пациента после выписки и пожизненного его наблюдения. Выбор метода бариатрической операции является одним из главных вопросов бариатрической хирургии, однако в Национальных клинических рекомендациях он представлен недостаточно чётко. Вот как начинается глава «Выбор бариатрической операции» «... в настоящее время не существует точных критериев для назначения определенному пациенту того или иного вида операции. Пациент в полной мере участвует в выборе операции вместе с врачом». Подобное заключение больше подходит для пластической эстетической хирургии, где пациент заказывает себе ту или иную процедуру в зависимости от своих предпочтений и финансов. В рамках же бариатрической и метаболической хирургии оно даёт излишнюю широту показаний к простым бариатрическим процедурам в ущерб более эффективным, но технически и более сложных вмешательствам. Совершенно логично из этого возникают две полярные точки зрения на показания к бариатрическим операциям. Одной крайностью является то, что в некоторых клиниках неоправданно часто выполняются операции лапароскопического бандажирования желудка и/или продольной резекции желудка у пациентов с ИМТ 50 кг/м<sup>2</sup> и более со множеством сопутствующих заболеваний, в том числе и сахарным диабетом 2 типа. Пациенты при этом предупреждаются о возможности второго этапа операции при неэффективности первого. Но ведь при неправильном выборе первичной операции второй этап неизбежен. А ведь у нас в России есть клиники, где 80-90% операций при ожирении – это лапароскопическое бандажирование желудка и/или продольная резекция желудка, а остальные – установка внутрижелудочного баллона. Получается, что ожирение можно излечить одной операцией. Другая крайность – это выполнение билиопанкреатического шунтирования или дистального гастрошунтирования у пациентов с ИМТ меньше 40 кг/м<sup>2</sup>. Если к выполнению этих операций нет жёстких показаний, то такая тактическая ошибка неизбежно приведёт в лучшем случае к инвалидизации, а в худшем – к смерти больного. Выходит так, что результат операции у больного напрямую зависит только от опыта и профессионализма хирурга. Но этого явно недостаточно при всё большей заинтересованности хирургов проблемой ожирения. Мы считаем, что алгоритм выбора вида операции должен опираться на чёткие критерии отбора на них больного и знание патофизиологии операции. При выборе бариатрической операции хирург должен чётко представлять себе механизм её действия на метаболизм больного и предлагать пациенту наиболее эффективный вариант, а не тот, которым он овладел. В 2013 году Н. Buchwald (USA) в журнале «Obesity Surgery № 4 – 2013» опубликовал данные о числе выполненных бариатрических операций в мире за 2011 год, а так же эволюцию различных видов бариатрических операций в мире за период с 2003 по 2011 гг. В 2011 году в мире было выполнено 340 767 бариатрических операций. Самой часто выполняемой операцией является гастрошунтирование, затем идёт лапароскопическая продольная резекция желудка и лапароскопическое бандажирование желудка. Реже всех выполняется операция билиопанкреатического шунтирования. При этом удельный вес операций по поводу ожирения как такового в США и Канаде составляет только 2-4% от общего их числа, остальные же относятся к метаболическим операциям и выполняются больным с сахарным диабетом 2 типа, гиперхолестеринемией, злокачественной артериальной гипертензией. При анализе данных европейских хирургов видна та же тенденция в выборе операции. Разница заключается лишь в количестве выполненных вмешательств. С 2013 года в хирургических отделениях «Отделенческой клинической больницы на станции Минеральные Воды ОАО «РЖД» и Центральной городской больницы г. Георгиевска было выполнено 78 бариатрических операций. Женщин было 71 и мужчин – 7 пациентов. Параметры ИМТ колебались от 34,2 кг/м<sup>2</sup> до 72,8 кг/м<sup>2</sup>. Продольная резекция желудка выполнена 45 пациентам, гастрошунтирование – 24 больным, билиопанкреатическое шунтирование произведено 9 пациентам. Внутрижелудочный баллон установлен 18 пациентам. Все больные имели разной степени выраженности сопутствующую соматическую патологию: артериальной гипертензией, полисегментарным остеохондрозом и остеоартрозами крупных суставов, дыхательной недостаточностью различной степени тяжести, синдромом Пиквика страдали все пациенты. Почти 80% больных имели дислипидемию, гипергликемию, синдром сонного апноэ во сне, депрессивные состояния,

страх приближения смерти, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. У 65% больных имел место метаболический синдром в различной степени выраженности. Сахарный диабет 2 типа был у 45%. Кроме этого часто встречались нарушения менструального цикла и связанные с этим проблемы деторождения, недержание мочи, снижение либидо и масса социальных проблем. Показания к определённому виду бариатрической операции были следующие: 1. При ИМТ 35-39 кг/м<sup>2</sup> без существенной сопутствующей патологии мы применяем установку внутрижелудочного баллона. Всего установлено 18 внутрижелудочных баллонов. Потеря массы тела составила от 15 до 23 кг. Помимо этого внутрижелудочный баллон устанавливаем при ИМТ свыше 60 кг/м<sup>2</sup> при наличии тяжёлой соматической патологии и метаболического синдрома за 6 месяцев перед основным этапом лечения. 2. При ИМТ 40-50 кг/м<sup>2</sup> без тяжёлой сопутствующей соматической патологии выполнили 45 операций продольной резекции желудка (23 операции лапароскопические). 3. При ИМТ 40-50 кг/м<sup>2</sup> с умеренно выраженным метаболическим синдромом и артериальной гипертензией, сахарным диабетом 2 типа, гиперхолестеринемией, дыхательной недостаточностью, полиартралгией мы применяем операцию классического гастрощунтирования (алиментарная петля 60 см) - 16 операций. 4. При ИМТ 45-60 кг/м<sup>2</sup> с метаболическим синдромом и выраженными проявлениями гипертонической болезни, сахарного диабета 2 типа, гиперхолестеринемии, лёгочно-сердечной недостаточности, полиартралгии мы применяем гастрощунтирование на длинной петле (алиментарная петля 150 см) – выполнено 5 таких операций. 5. При ИМТ 50-60 кг/м<sup>2</sup> и выше с наличием тяжёлой сопутствующей соматической патологии и метаболического синдрома считаем показанными дистальное гастрощунтирование (3 операции) или билиопанкреатическое шунтирование (9 операций) – в том числе операция Скопинаро-4 больным и билио-панкреатическое отведение по Гесс-Марсо у 5 пациентов.

**ВЫВОДЫ:** При выборе бариатрической операции необходим строго индивидуальный подход в каждом конкретном случае, исходя из принципа «от простого к сложному».

1. Пациенты, имеющие небольшой вес и незначительную сопутствующую патологию, должны получать и более простые бариатрические процедуры такие как лапароскопическое бандажирование желудка или продольную резекцию желудка. Этим показаниям соответствуют параметры ИМТ – 40-50 кг/м<sup>2</sup>.
2. При наличии у пациентов гипергликемии, сахарного диабета 2 типа, артериальной гипертензии, гиперхолестеринемии, лёгочно-сердечной недостаточности, полиартралгии, показатели ИМТ – 45-60 кг/м<sup>2</sup> показана операция гастрощунтирования в одном из вариантов - классического гастрощунтирования или гастрощунтирование на длинной петле.
3. Наличие тяжёлых метаболических нарушений, большого веса, сахарного диабета 2 типа, показатели ИМТ – 50-60 кг/м<sup>2</sup> и выше является показанием к операциям дистального гастрощунтирования или билиопанкреатического шунтирования.
4. Применение внутрижелудочного баллона показано на различных этапах лечения или подготовки пациента к сложным бариатрическим операциям.
5. При бариатрических операциях, в процессе выполнения которых происходит нарушение анатомии пищеводно-желудочного жома, для профилактики рефлюкс-эзофагита необходимо восстановление нарушенных структур.
6. Если у больного имеет место тяжёлый метаболический синдром при небольшом весе, сахарный диабет 2 типа и злокачественная артериальная гипертензия при показателях ИМТ – 40-45 кг/м<sup>2</sup> или ниже 40 кг/м<sup>2</sup>, необходимо взвесить все факторы, влияющие на выбор бариатрической операции указанные выше, и ставить показания к операциям гастрощунтирования или билиопанкреатического шунтирования.
7. Бариатрический хирург, не владеющий технически сложными бариатрическими операциями или не имеющий возможности выхаживания этих больных, обязан направить своего пациента в клинику, где тот получит адекватную помощь.

---

## 769. ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ГЕРНИОЛОГИИ

Гривенко С.Г., Артемов Ю.В., Барановский Ю.Г.

Симферополь

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

Хирургическое лечение больных с послеоперационными вентральными грыжами является одной из важных проблем абдоминальной, реконструктивной и пластической хирургии (А.В. Кузнецов, 2011). Появление синтетических материалов сделало переворот в герниологии, однако количество ранних послеоперационных раневых осложнений при использовании протезов может достигать 18,6-67%. Поэтому ранняя диагностика и эффективная профилактика раневых осложнений после герниопластики являются одними из основных стратегических вопросов комплексного хирургического лечения таких пациентов. Следовательно, необходимо внедрение в клиническую практику новых передовых медицинских технологий для лечения этой категории пациентов (Т.Н. Аббасзаде, 2013). Цель: разработка и внедрение в клиническую практику новых способов профилактики послеоперационных раневых осложнений и оценка их эффективности в пластической герниологии. Материал и методы. Проведен анализ хирургического лечения 176 пациентов с вентральными грыжами, которые находились на стационарном лечении в хирургических отделениях железнодорожной больницы ст. Симферополь и Симферопольской ЦКРБ за период с сентября 2004г. по май 2015г. Возраст больных составил от 21 до 75 лет. Женщин было 128 (72,73%), мужчин - 48 (27,27%). Больные были разделены на две группы, которые были сопоставимы по возрасту, соотношению пола, видами грыж и выполненным оперативным вмешательствам. В первую (основную) группу включены 94 пациента, которым для профилактики осложнений проводили предлагаемую комплексную фармакотерапию [Патенты Украины на полезные модели №59637, №88007, №90408, №92344, №92718, №99436, №99610, №99622], во вторую (сравнения) группу - 82 пациента, у которых в послеоперационном периоде применяли традиционные методы профилактики послеоперационных осложнений. Основу комплексной фармакотерапии для профилактики раневых осложнений у пациентов основной группы составляли препараты диосминового ряда или гидросмин. Предпочтение отдавалось препарату «Detralex®» компании «Les Laboratoires Servier» (France), содержащий сумму микронизированных флавоноидных фракций: диосмина 450 мг и гесперидина 50 мг. В комплексе послеоперационной терапии кроме того применяли следующие препараты: лимфомиозот, сerratипептидаза, L-лизина эсцинат, полиоксидоний, магния оротат, тивортин аспартат, ксимедон, галавит и реамберин. Выводы об эффективности профилактики раневых осложнений при реконструктивных оперативных вмешательствах на передней брюшной стенке основывались на оценке следующих показателей: характере и длительности выделений по дренажным трубкам и резиновых выпускниках, наличии раневых осложнений в виде сером, инфильтратов и гематом, продолжительности послеоперационного койко-дня. Результаты и обсуждение. У больных основной группы экссудация наблюдалась в течение  $3,35 \pm 0,07$  суток, причем случаев образования серомы и нагноений послеоперационной раны не было диагностировано ни в одном случае. Инфильтрат в области послеоперационной раны имел место у 2 (2,13%) пациентов. Продолжительность пребывания пациентов этой группы составила в среднем  $12,34 \pm 0,92$  суток. Во второй группе серозная экссудация наблюдалась в течение  $5,88 \pm 0,13$  суток. Среди них у 2 (2,44%) больных образовалась серома, что потребовало применения множественных пункций. Инфильтрат послеоперационной раны также наблюдался у 2 (2,44%) пациентов. Рецидив грыжи в этой клинической группе отмечен у 1 (1,22%) пациента. Продолжительность пребывания в стационаре пациентов второй группы составила в среднем  $18,12 \pm 1,28$  суток. Выводы. Применение предложенной фармакологической профилактики позволяет уменьшить частоту послеоперационных раневых осложнений, улучшить функциональные результаты выполненных операций, что позволяет рекомендовать комплексную фармакотерапию при выполнении реконструктивных операций на передней брюшной стенке в широкую медицинскую практику.

---

770. Оптимизация результатов лечения морбидного ожирения и метаболического синдрома с использованием сливинговой гастропластики.

Хитарьян А.Г., Завгородняя Р.Н., Велиев К.С., Ковалев С.А., Хубиев С.Т.

Ростов-на-Дону

ДКБ на ст. Ростов – Главный

Бариатрические операции стали стандартом оказания помощи больным с морбидным ожирением, метаболическим синдромом и сахарным диабетом 2 типа, а в ряде стран Европы и Америки данный вид помощи оказывается даже в рамках страховой медицины. Наиболее распространенными операциями, используемыми для коррекции метаболического синдрома, являются бандажирование желудка, сливинговая гастропластика, гастроюношунтирование, а также различные варианты билиопанкреатического шунтирования. Сегодня все большую популярность получает лапароскопическая сливинговая гастропластика благодаря малой травматичности и продолжительности вмешательства, низким уровнем операционных, ближайших и отдаленных послеоперационных осложнений, экономической эффективности, отсутствием последствий, связанных с реконструкцией желудочно-кишечного тракта и синдрома мальабсорбции, встречающимся в отдаленные послеоперационные сроки. Несмотря на явные преимущества сливинговой гастропластики многие авторы отмечают ряд недостатков данного вмешательства, связанных с несостоятельностью желудочных швов, гастроэзофагального рефлюкса, недостаточную эффективность вмешательства у 10-20% пациентов. Целью настоящего исследования была оптимизация эффективности сливинговой гастропластики. Было проведено ретроспективное когортное исследование 68 пациентов: 47 женщин и 21 мужчины в возрасте от 18 до 56 лет, с индексом массы тела от 35 до 64, перенесших лапароскопическую сливинговую гастропластику с 2007 по 2014 год в Дорожной больнице СКЖД. Для достижения максимальной эффективности и безопасности сливинговой гастропластики использовали следующие технические приемы: выполняли полную мобилизацию желудка по большой кривизне, начиная на 2 см выше пилорического жома, для создания большой мобильности антрального отдела желудка пересекали пилорического-поджелудочную связку, вверх большую кривизну мобилизовывали до полного пересечения всех коротких сосудов желудка с пересечением желудочно- поджелудочной, селезеночной, диафрагмальной и пищеводной связок с выделением левой полуокружности пищевода. Отсечение большой кривизны осуществляли линейным эндостеплером 7-10 кассетами на фиброгастроскопе до 32 Fr. В местах геморража по линии степлерного шва накладывали отдельные Z- образные швы до достижения гемостаза, затем по всей линии степлерного шва накладывали обвивной непрерывный, предпочтительно системой V-LOC 90. Затем проводили поэтажную калибровку объема созданного желудка, выделяя презофагальную зону длиной 7 см и объемом до 40 мл, зону тела желудка до 10 см и объемом до 80 мл и зону пилорического отдела до 100 мл, при несоответствии объемов каждого из отделов сформированного желудка по большой кривизне на калибровочном зонде накладывали дополнительные вворачивающие эндешвы до достижения желательного объема. При ведении больных в послеоперационном периоде старались соблюдать принципы Fast track- отсутствие дренажей в брюшной полости и назогастрального зонда, минимальный объем инфузионной терапии, ранняя активизация больных и энтеральное питание. В отдаленные сроки после операции оценивали динамику снижения веса, нормализацию уровня глюкозы крови, исчезновение синдрома Пиквика, оценивали изменение качества жизни по шкале SF. Особенно детально наблюдали за пациентами, которые через 7-10 месяцев после операции теряли скорость потери избыточной массы тела. В таких случаях проводили детальное дообследование, проводили анкетирование по опроснику нарушений пищевого поведения DEBQ и оценивали объем желудка методом рентгеноскопии и сонографии при наполнении последнего через зонд закисленным раствором. Результаты Интраоперационных осложнений не отмечалось, конверсий не было, объем интраоперационной кровопотери не превышал 50-100 мл, продолжительность операции операции составила 45-140 минут, в среднем 75 минут. Серьезных осложнений, потребовавших повторной операции не отмечалось. В 2-х случаях наблюдали желудочное кровотечение в 1-е сутки после операции, остановленные проведением гемостатической терапии, показатели гемоглобина не снижались. В 3-х случаях отмечали раневые осложнения в месте извлечения резецированного желудка. В одном случае отмечались признаки системной воспалительной реакции при недоказанной рентгенологически несостоятельности швов желудка, что потребовало комплексной антибактериальной и дезинтоксикационной терапии. Поздних осложнений, связанных с сформированным "рукавным" желудком не наблюдали. Снижение избыточной массы тела в среднем через 6,9,12 месяцев наблюдалось соответственно на 50%, 64 и 72% у 59 пациентов, у этой категории больных в сроки наблюдения до 7 лет, медиана 2.5 года рецидивы ожирения отмечены у 10 пациентов. Замедление скорости потери избыточной массы тела через 6 месяцев наблюдали у 9 больных - 2 женщин и 7 мужчин, у 6 из них поданным рентгенологического и ультразвукового обследования желудка отмечено увеличение его накопительного объема более 200 мл, у всех пациентов с неудовлетворительными результатами отмечены нарушения пищевого поведения. Вместе с тем у всех пациентов отмечено улучшение качества жизни по данным опросника SF 36. Выводы: сливинговая гастропластика с поэтажной калибровкой желудочной трубки является безопасным и эффективным вмешательством у больных с морбидным ожирением и метаболическим синдромом и позволяет добиться удовлетворительных результатов в 87% случаев.

## 771. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ МЕТОДОМ ТРОМБОДИНАМИКИ.

Крылов А.Ю.(1), Шулутко А.М.(1), Петровская А.А.(1), Хмырова С.Е.(1), Серебрянский И.И.(2)

Москва

1) Первый МГМУ им. И.М. Сеченова<sup>2</sup>) ООО «Гематологическая корпорация», Москва, Россия

Основным методом лечения тромбозов глубоких вен нижних конечностей является антикоагулянтная терапия (АКТ). Ее эффективность оценивают при помощи глобальных коагуляционных тестов (тромбоэластография, тест генерации тромбина и тромбодинамика) и/или локальных лабораторных показателей (АЧТВ, фибриноген, протромбин (МНО), D-димер, АТ III, антиХа и т.п.). Цель исследования: Изучить эффективность глобального коагуляционного теста тромбодинамики для оценки эффективности и безопасности антикоагулянтной терапии. Материалы и методы: В исследование включили 60 больных (23 женщины и 37 мужчин) с идиопатическими тромбозами глубоких вен нижних конечностей. Средний возраст больных составил  $57,4 \pm 13,6$  лет. Наряду со стандартными коагулологическими тестами для оценки эффективности АКТ применили тест тромбодинамики, основанный на видеомикроскопии роста фибринового сгустка в реальном времени от имитированной поврежденной сосудистой стенки и позволяющий оценить состояние плазменного гемостаза пациента. Наиболее информативным показателем тромбодинамики являлась скорость роста сгустка Vs. АКТ проводили нефракционированным гепарином (НФГ) – 4-5 дней, комбинированная терапия НФГ+варфарин – 3-5 дней, с последующим переходом на монотерапию варфарином. Контроль показателей плазменного гемостаза на фоне АКТ у всех больных проводили в 4 основных точках: 1 день - до начала терапии, на 4 день – 4 день монотерапии НФГ, на 7-8 день – комбинированной терапии НФГ+варфарин, на 10 день – после отмены НФГ и монотерапии варфарином. Результаты антикоагулянтной терапии оценивали по динамике клинической симптоматики, результатам УЗАС и динамике локальных лабораторных параметров и состояния плазменного гемостаза. Результаты исследования: Динамика клинических симптомов и УЗ-картины тромбоза глубоких вен нижних конечностей являются объективными критериями лечения, но в отличие от различных лабораторных методов исследования, позволяющих контролировать качество проводимой терапии и выявлять группы эффективной/неэффективной терапии и групп риска возникновения ретромбозов, не всегда позволяют достоверно оценить качество проводимой антикоагулянтной терапии. Антикоагулянтная терапия НФГ с последующим переходом на монотерапию варфарином позволила добиться лабораторно подтвержденной гипокоагуляции у большинства больных с идиопатическими тромбозами, сопровождаемой клиническими и УЗ-контролируемыми улучшениями. Однако, по сравнению с рутинно применяемыми лабораторными методами контроля за АКТ, только тест тромбодинамики позволил статистически достоверно выделить группу с отсутствием эффекта гепарина и продемонстрировал высокую чувствительность в выделении групп неэффективной терапии варфарином, что подтверждалось последующим повышенным фибринообразованием. В качестве критерия было использовано повышение D-димера, происходящее на фоне АКТ, если она была недостаточно эффективна. В группах с недостаточной эффективностью АКТ гепарином и варфарином и возобновлением фибринообразования только показатели теста тромбодинамики подтверждали этот процесс, тогда как стандартные лабораторные показатели свидетельствовали об эффективной гипокоагуляции. Статистическая обработка данных позволила выявить чувствительность теста тромбодинамики (Vs) - 86% при достаточно высокой специфичности - 63%. Заключение: Тест тромбодинамики позволяет выделять больных с недостаточным антикоагуляционным эффектом при лечении НФГ и группу повышенного тромботического риска на фоне лечения варфарином, что позволяет своевременно корректировать антикоагулянтную терапию.

772. ПРИМЕНЕНИЕ ИНСУЛИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ С ДИФфуЗНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ (ДБСТ)

Яковченко А.В., Новиков А.А.

Москва

ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Цель исследования: изучить эффективность местного использования инсулина короткого действия при лечении гнойных ран после оперативных вмешательств у больных с ДБСТ. Материалы и методы: исследование проведено у 36 больных (мужчин-12, женщин-24) в возрасте 24-65 лет, средний возраст 47,16 ± 6,01, с гнойными ранами передне-боковой стенки живота после оперативных вмешательств на органах брюшной полости: аппендэктомия –8, холецистэктомия –4, пластика передней брюшной стенки при ущемленных грыжах –5, гемиколэктомия –2, холецистэктомия и дренирование холедоха –2, дренирование и тампонирование сальниковой сумки –3, операции при спаечной кишечной непроходимости –4, ушивание ран тонкой кишки –4, спленэктомия, обструктивная резекция сигмовидной кишки, ушивание ран печени, операции на желудке и двенадцатиперстной кишке –по одному случаю. Все наблюдаемые больные страдали диффузными болезнями соединительной ткани: ревматоидный артрит –34, системная красная волчанка –1, склеродермия –1, Продолжительность течения гнойных ран до 14 дней –10 человек, до 30 дней –17 и больше 40 дней –9. Цитологическое исследование –отпечатки по методу М.П. Покровской и М.С. Макарова (1942). При бактериологическом исследовании раневого отделяемого обнаружены *Staphylococcus aureus*, *E. coli*, *Staphylococcus albicans*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus vulgaris*. При течении процесса более 2-х недель возрастает частота выделения *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus vulgaris*. Скорость заживления вторичным натяжением наиболее удобно выражать как изменение площади раны в единицу времени (в процентах), где  $It$  – величина относительного заживления раны в процентах,  $S_0$  – начальная площадь раны,  $S_1$  – площадь в день исследования ( $t$ ). Измерение площади производили по Л.Н. Поповой (1942). Диоптография выполнялась на стерильной прозрачной пленке для принтера. Потом рисунок выполнялся на миллиметровой бумаге. Орошение раны инсулином короткого действия (актрапид, химулин Р, инсулин Рапид) производили из расчета 1,0 мл на 10 см<sup>2</sup> раневой поверхности. Все больные получали от 10-50 мг глюкокортикоидов в сутки при лечении основного заболевания соединительной ткани. Часто при ДБСТ наблюдается ареактивное течение гнойного процесса или, вялое затяжное течение раневой инфекции после снятия острых явлений. У этих больных нарушены процессы регенерации, изменены сроки течения фаз раневого процесса и как следствие заживление ран удлиняется в 2-3 раза. Результаты исследования. У всех больных содержание глюкозы крови было в пределах нормы. Такие эффекты глюкокортикоидов, как стимулирование превращения глюкогенных аминокислот в глюкозу, торможение синтеза белков в скелетных мышцах, соединительной ткани, лимфоидных органах, коже и жировой ткани, снимает инсулин - анаболический гормон белкового обмена. Даже при нормальном уровне глюкозы в крови имеется выраженное катаболическое действие глюкокортикоидов в тканях, особенно в условиях гнойной раны. Применение инсулина короткого действия, в виде орошения раны после ее туалета, позволило добиться улучшения течения раневого процесса, появление зрелых грануляций и краевой эпителизации. В результате лечения полное заживление раны наступило у 15 больных, улучшение в виде уменьшения ран на 48% у 8 больных. Выводы. Положительный эффект получен у 49% больных, очищение и рубцевание ран на 28-32 день. Скорость заживления за сутки составила в среднем 2%. В дальнейшем будет решен вопрос об оптимальном выборе противомикробных средств при лечении гнойных ран у больных с ДБСТ на фоне использования инсулина, в зависимости от фазы раневого процесса.

773. ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЯЗВАХ КАРДИАЛЬНОГО И СУБКАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА ПРИ НЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭРАДИКАЦИИ *HELICOBACTER PYLORI* (HP)



Яковченко А.В., Алексеев В.С., Новиков А.А.

Москва

ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Цель исследования. Определить показания и вид оперативного вмешательства при язвах верхней трети желудка при неэффективности эрадикации НР. Материал и методы. Исследования проведены у 421 больного (мужчин–334[79,3%], женщин– 87[20,7%]), в возрасте от 24-65 лет (в среднем 50,50 6,79 лет), средняя длительность заболевания 8,82 1,30 лет, сопутствующие заболевания у 34,5% больных. Оперировано 160 (38%) больных. Локализация язвы - верхняя треть желудка: кардиальный и субкардиальный отдел, дно желудка. Обсемененность НР определяли: до и после операции – материал биопсий при гастроскопиях (до и после эрадикации), исследование НР в кале. Окраска препаратов при морфологическом исследовании: гематоксилин-эозином, ШИК-реакция, альциановым синим, толуидиновым синим, иммуногистохимически с использованием моноклональных антител против НР. Эрадикацию проводили по схеме: омепразол (20 мг 2 раза в день) + кларитромицин 500 мг 2 раза в день) + амоксициллин (1г 2 раза в день) 7 дней. Результаты исследования. Изучение язвенных дефектов показало - обнаруженные в них нарушения связаны в большей мере с прогрессированием сосудистых и рубцовых изменений, нежели с эффектами НР. Все язвенные дефекты содержали четыре зоны: зону «деструкции» или тканевого детрита, зону фибринозного некроза, зону грануляционной ткани и зону рубца. Нет прямой причинно-следственной связи между глубиной язвы и протяженностью рубцовых изменений. Предположительно это можно объяснить следующим: обострение язв желудка возникают на месте предыдущей язвы или рядом с постязвенным рубцом, и во-вторых, в артериях и венах дна язвы в зоне некроза видна воспалительная инфильтрация стенок, фибринозный некроз и тромбоз. В интрамуральных нервных сплетениях отмечалась вакуолизация цитоплазмы, пикноз ядер ганглиозных клеток, лимфоидноклеточная инфильтрация. Нервные волокна формируют крупные "ампутационные невромы". В глубоких отделах язв в области серозного покрова (или на уровне его при наличии пенетрации и спаек) группы нервных волокон, крупных артерий и вен имели вид своеобразных гнезд, которые считаются характерными для язвы желудка. При хронических язвах лимфокапилляры суживаются, заустевают и облитерируются, формируются бессосудистые поля. В покровном эпителии, расположенном на расстоянии нескольких сантиметров от границ язвенного дефекта, очень мало муцина, довольно часто встречаются участки кишечной метаплазии, что ведет к снижению слизистого защитного барьера желудка. Именно в таких участках, с неадекватным слизистым барьером и неадекватной трофикой могут возникать новые язвенные дефекты. В связи с применением ингибиторов протонной помпы связан эффект транслокации НР из антрального отдела в тело желудка. Наши исследования подтвердили это, именно этим феноменом объясняется более низкая эффективность эрадикации (60%). Данные исследования позволяют определить показания к оперативному лечению: отсутствие эффекта после эрадикации НР с применением ингибиторов протонной помпы и сохранением размеров язвы, рецидив НР с высокой обсемененностью слизистой оболочкой желудка и размером язвы более 2 см, частые рецидивы (более 2 раз в год) и выраженный рефлюкс гастрит. При наличии показаний выполнялись следующие хирургические вмешательства. Различные варианты резекции желудка (ВРЖ)-65 (40,6%): резекция по Hofmeister-Finsterer у 20 больных, по Balfour у 21 больного, по Roux у18 и Roux-Csendes у 6. Вариант проксимальной желудочной ваготомии (ВПЖВ) - передняя серомиотомия тела и кардио-фундального отдела желудка в сочетании с задней стволовой ваготомией с иссечением язвы - 67 (41,9%). Паллиативные операции (ПО), иссечение язвы и ушивание дефекта -28 (17,5%), выполнялись при наличии тяжелых сопутствующих заболевания, клиники разлитого гнойного перитонита (более 12 часов) или на фоне геморрагического шока III ст. При экстренных операциях частота интраоперационных осложнений при ВПЖВ с иссечением язвы –10,2%, после ВРЖ -18,2 %. После плановых операций при ВПЖВ -8,3%, после ВРЖ -15,6%. Частота летальных исходов после ВРЖ в 4,8 больше, чем при ВПЖВ. Частота рецидива язвы после ВРЖ -4,6 %, после ВПЖВ – 5,0%. По шкале D. Johnston (1975), в среднем, после ВРЖ –732,6 балла, после ВПЖВ –148,4 балла. Анализ полученных результатов (критерий достоверности Стьюдента) показал, что ВПЖВ наиболее эффективная операция по оценке показателей качества жизни (анкета E. Eurasc, 1995, в модификации факультетской клиники ММА им. И.М. Сеченова). Выводы. Изучение количественных и качественных показателей позволяет сделать вывод, вариант проксимальной желудочной ваготомии (ВПЖВ) - передняя серомиотомия тела и кардио-фундального отдела желудка в сочетании с задней стволовой ваготомией с иссечением язвы является операцией выбора в лечении больных с язвами верхней трети желудка, осложненных кровотечением, перфорацией, стенозом или их сочетаниями.

## 774. КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Яковченко А.В., Новиков А.А.

Москва

ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Цель исследования. Анализ рационального использования финансовых ресурсов для достижения максимальной эффективности и безопасности лечения в сочетании с качеством оказания медицинской помощи. Проведение сравнительного клинико-экономического исследования терапевтического и хирургического способа лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Материалы и методы. Анализ полной экономической стоимости включает в себя расчет прямых и косвенных затрат, без соотнесения с полученными результатами. Всем больным в стационаре проводили клинические исследования и лечение на основании «Московских городских стандартов стационарной медицинской помощи для взрослого населения» у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Из группы статистической обработки были исключены больные с летальным исходом и больные, переведенные в другие отделения. В качестве группы сравнения были взяты больные с рефрактерными язвами двенадцатиперстной кишки, лечение которых осуществлялось терапевтическими методами. Количество наблюдений в каждой группе составило по 80 больных. Результаты. Имеется значительная разница в стоимости различных методов хирургического лечения по лекарственным препаратам для восстановления белковых, водно-электролитных нарушений и энергетических потерь. Косвенные затраты складываются из стоимости недополученного продукта и выплат по больничным листам. Максимальная стоимость на 1 больного в сутки приходится на модификации резекции желудка (15 714,1 руб.) и паллиативные хирургические вмешательства (12 771,1 руб.), минимальна при выполнении варианта проксимальной желудочной ваготомии (8 550,9 руб.). В основном увеличение стоимости при хирургических методах лечения происходит за счет роста прямых затрат, т.е. чем меньше соотношение прямых затрат (резекция желудка - 94%, паллиативные хирургические вмешательства - 92,7%, при оперативных вмешательствах на язве при сочетанных осложнениях - 88,2%), тем ближе данное соотношение к терапевтическим методам (72,6%). Прямые затраты при терапевтических методах и выполнении варианта проксимальной желудочной ваготомии больше в 2,4 раза, то при определении «затраты - эффективность» это частное составляет уже 1,6. При сравнении прямых затрат на резекцию желудка и на вариант проксимальной желудочной ваготомии затраты больше только в 1,9 раза, а при оценке по шкале «затраты - эффективность» вариант проксимальной желудочной ваготомии ниже и дешевле модификаций резекций желудка в 3,4 раза. Ориентация на стоимость конкретного вида лечения не может служить надежным экономическим показателем, поскольку расходы на лекарственные средства при терапевтических методах около 30%, а при хирургических от 52 до 72 %. При органосохраняющих операциях расходы на лекарственные средства на 23 % меньше, чем при различных модификациях резекции желудка. Косвенные расходы могут равняться прямым расходам на лечение. Выводы. Анализ полученных данных свидетельствует о целесообразности использования варианта проксимальной желудочной ваготомии, поскольку при его применении отмечается наиболее приемлемое соотношение стоимость/эффективность и достигается существенное сокращение как прямых, так и общих затрат на лечение. Данные исследования позволяют обоснованно внедрить принципы «FAST TRACK» в хирургической клинике. В дальнейшем планируется проведение анализа «затраты - польза», в этом случае учитывается не столько достижение тех или иных клинических эффектов, сколько мнение пациента о достигнутых результатах.

---

**775. ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАТИВНЫМИ ЯЗВАМИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ СОЧЕТАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

Яковченко А.В., Котаев А.Ю.

Москва

ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Цель исследования. Обоснование тактики хирургического лечения больных с перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки при различных вариантах сочетанных осложнений. Материалы и методы исследования. В клинике госпитальной хирургии № 2 находилось на лечении 200 больных с перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки с различными вариантами сочетанных осложнений. Возраст – 20-82 лет. Мужчин – 116(58,1%), женщин – 84 (42,2%). Наблюдались следующие варианты сочетанных осложнений с перфорацией: пенетрация – 53(26,5%) больных, стеноз пилорического канала – 65(32,5%) больных, пенетрация + стеноз – 35(17,5%), с кровотечением – 32 (16,0%), пенетрация + стеноз + кровотечение – 15 (7,5%). У 73 (36,5%) больных наблюдались сочетанные осложнения в пожилом и старческом возрасте. Отграниченный перитонит (абсцесс) у 1(0,5%) больного, местный перитонит выявлен у 20(10,0%) больных, разлитой у 179 (89,5%) больных. По фазам течения перитонит с отсутствием сепсиса наблюдали у 169 (84,5%) больных. Перитонит с сепсисом у 30(15,5%) больного, из них тяжелый сепсис у 9 (30,0%) и у 2 (6,7%) – септический шок. Наиболее часто в 187 (93,5%) наблюдениях выявлялись перфорацию язвы в свободную брюшную полость, при этом просвет двенадцатиперстной кишки сообщался со свободной брюшной полостью. Значительно реже в 12 (6,0%) наблюдениях наблюдали прикрытую перфорацию. Прободное отверстие при этом прикрывается соседним органом или большим салъником. В 184 (92%) наблюдениях перфоративные язвы локализовались по передней и передне-боковым стенкам двенадцатиперстной кишки. Локализация язв по передне-боковым стенкам кишки обуславливает сочетание перфорации язвы с кровотечением, что связано с особенностями сегментарного кровоснабжения двенадцатиперстной кишки. У 23 (11,5%) больных выявлены «зеркальные язвы», при этом перфоративная язва локализовалась на передней стенке, а по задне-боковым стенкам вторые язвы, осложненные пенетрацией или кровотечением. Паллиативные хирургические вмешательства (иссечение язвы в сочетании с пилоропластикой) выполнены у 38(19,0%) больных. Радикальные вмешательства выполнены у 162 (81,0%) больных. Резекция желудка в различных вариантах произведена у 10 (5,0%) больных. Стволовая ваготомия с пилоропластикой – 26(13,0%) больных. Проксимальная желудочная ваготомия в сочетании с пилоропластикой или дуоденопластикой - 25(12,5%). Вариант проксимальной желудочной ваготомии (задняя стволовая ваготомия с передней серомиотомией тела и кардио-фундального отдела желудка) в сочетании с пилоропластикой или дуоденопластикой произведен 101 (50,5%) больным. У 61 (30,5%) больных выполнен вариант проксимальной желудочной ваготомии в сочетании с пилоропластикой. У 40 (20,0%) больных выполнен вариант проксимальной желудочной ваготомии в сочетании с дуоденопластикой (типа Holle). Показания к радикальным операциям обосновывали на основании прогноза летальности по Мангеймскому перитонеальному индексу (MPI). Радикальные операции выполняли при MPI20 баллов). 2. Оптимальным радикальным методом оперативного вмешательства у больных с перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки при различных сочетанных осложнениях является вариант проксимальной желудочной ваготомии (задняя стволовая ваготомия с передней серомиотомией тела и кардио-фундального отдела желудка), иссечением язвы и поперечной пилоропластикой или дуоденопластикой.

---

**776. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРЕПАРАТОВ КОЛЛАГЕНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

Яковченко А.В., Новиков А.А.

Москва

ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Цель исследования: изучить эффективность лечения трофических язв препаратами коллагена – губки «Метуракол» и «Эмалан» (содержит: алантоин, эмоксипин, димексид, фосфатный буфер, основной носитель коллагеновый гель). Материалы и методы: исследования проведены у 65 больных (эмалан использовался у 30 и 35-контрольная группа). Возраст больных 41-78 лет, средний возраст 67,36 ± 2,31, женщин - 48 (73,9%), мужчин - 17 (26,1%). Язва на фоне ХВН с варикозным расширением вен нижней конечности (6 ст. по СЕАР), с продолжительностью наличия язвы от 2 – 6 лет (в среднем 3,75 ± 1,77 лет). Диаметр язв в основной группе: до 3 см – 7 (23,3%), от 3 до 6 см – 15 (50,0%), больше 6 см - 8 (26,7%); в контрольной группе: до 3 см – 7 (20,0%), от 3 до 6 см – 19 (54,3%), больше 6 см – 9 (25,7%). Диагноз варикозное расширение вен, ХВН подтвержден ультразвуковой доплерографией. Цитологическое исследование – отпечатки по методу М.П. Покровской и М.С. Макарова (1942). При бактериологическом исследовании раневого отделяемого обнаружены *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis*. Скорость заживления вторичным натяжением наиболее удобно выражать как изменение площади раны в единицу времени (в процентах), где  $It$  – величина относительного заживления раны в процентах,  $S_0$  – начальная площадь раны,  $S_1$  – площадь в день исследования ( $t$ ). Измерение площади производили по Л.Н. Поповой (1942). Диоптография выполнялась на стерильной прозрачной пленке для принтера. Потом рисунок пере-носился на миллиметровую бумагу. Всем больным первым слоем выполнялось бинтование нижних конечностей хлопчатобумажным бинтом, для выравнивания поверхности, потом накладывался компрессионный бинт. (класс компрессии 3, смена бинта 1 раз в 2 недели). Препарат наносили тонким слоем 2 раза в сутки после предварительного туалета раны мыль-ным раствором губкой и обработки раны перекисью водорода и мериомином. Контрольной группе на раны наносилась водорастворимая мазь «Левосин» или «Левомиколь» с последующей тампонадой губкой «Метуракол». Результаты исследования. Применение эмалана позволило добиться улучшения течения раневого процесса у всех больных. В результате лечения полное заживление раны наступило при ранах до 3 см у 4 (57,7%), от 3 до 6 см у 8 (53,3%), больше 6 см у 2 (25%) больных, т.е. всего 14 пациентов, что составило 46,7% от группы основного исследования. Значительное улучшение в виде уменьшения диаметра язв на 67% у 5 больных. Положительный эффект получен у 72% больных, язвенные дефекты рубцевались на 51-55 день. Суточное уменьшение раны (скорость заживления) составило в среднем 4%. В группе контроля – полное заживление при ранах до 3 см у 4 (57,1%), от 3 до 6 см у 8 (42,1%), больше 6 см у 1 (11,1%) больного, т.е. всего у 13 пациентов, что составило 37,1%. Уменьшение диаметра язвы на 67% у 4 больных. Положительный эффект получен в 60%, язвенные дефекты эпителизовались на 63-68 день. Суточное уменьшение раны – 3%. Применение эмалана выражалось в уменьшении или исчезновении болевых ощущений, появление зрелых грануляций и краевой эпителизации в области язвы на 22-24 день у 65% больных. Контрольное бактериологическое исследование показало отсутствие роста флоры на 15 день у 70%. Во время лечения эмаланом не выявлено ни одного случая местных или общих аллергических реакций. Выводы. Наибольшая скорость заживления трофических язв наблюдалась в течение первые 40-45 дней. Зависимость уменьшения площади раны от времени (скорость заживления) описывается экспоненциальной кривой. Скорость заживления не зависит от начального размера раны. Отмечается обратная пропорциональная зависимость от периметра раны, т.е. чем более извитые и подрывные края раны, тем меньше скорость заживления. Раны близкие по очертаниям к кругу или овалу со сглаженными краями заживают быстрее. Более высокая активность эмалана вероятно объясняется содержанием в препарате антиоксидантного средства – эмоксипина, который тормозит окисление ненасыщенных жирных кислот и активизирует клеточное дыхание.

---

777. ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ РАН АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЭМАЛАНOM В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Яковченко А.В., Новиков А.А.

Москва

ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Цель исследования: изучить эффективность лечения гнойных ран аноректальной области препаратом эмалан (содержит: алантоин, эмоксилин, димексид, фосфатный буфер, основной носитель коллагеновый гель). Материалы и методы. Исследования проводились на базе колопроктологического отделения 79 ГКБ г. Москвы. Материалы и методы: исследования проведены у 125 больных (эмалан использовался у 60 и 65-контрольная группа). Возраст больных 19-42 лет, средний возраст 27,36 2,31, с гнойными заболеваниями аноректальной области: острый парапроктит (с различной локализацией), эпителиальный копчиковый ход, дермоидная киста крестцово-копчиковой области. Цитологическое исследование – отпечатки по методу М.П. Покровской и М.С. Макарова (1942). При бактериологическом исследовании раневого отделяемого обнаружены *E. coli*, *Staphylococcus albus*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus vulgaris*. Скорость заживления вторичным натяжением наиболее удобно выражать как изменение площади раны в единицу времени (в процентах). , где  $It$  – величина относительного заживления раны в процентах,  $S_0$  начальная площадь раны,  $S_1$  – площадь в день исследования ( $t$ ). Измерение площади производили по Л.Н. Поповой (1942). Диоптография выполнялась на стерильной прозрачной пленке для принтера. Потом рисунок переносился на миллиметровую бумагу. После выполнения экстренного оперативного вмешательства по вскрытию гнойника, под внутривенной анестезией, туалета и дренирования раны, вводили турунду с эмаланом. В контрольной группе больных в полость гнойника вводился турунду с водорастворимой мазью «Левосин» или «Левомиколь». Первая перевязка выполнялась через 12-14 часов после вскрытия. Результаты. Применение эмалана позволило добиться улучшения течения раневого процесса у всех больных. В результате лечения полное очищение и заживление раны наступило у 44 (73,3%) больных на 4-е сутки, значительное улучшение в виде уменьшения раны до 70% на 4-е сутки, у 10 (16,7%) больных. Значительный положительный эффект получен у 54 (90%) больных, закрытие ран происходило в среднем на 5-6 день. Отмечается воспалительно-регенераторный и регенераторные типы цитограммы – нейтрофилы 40-50%. Преобладают молодые клетки грануляционной ткани, про- и фибробласты. Происходит процесс краевой эпителизации. Эпителий в виде пластов с широкой цитоплазмой. Микрофлора отсутствует. Скорость заживления за сутки составила в среднем 12%. В группе контроля на 4-е сутки уменьшение раны происходило только на 45% у 31 (47,7%) больных, уменьшение раны на 67% только у 7 (10,7%) больных. Положительный эффект получен у 42 (64,5%) больных, раневые дефекты с полным очищением от гнойного отделяемого, эпителизовались на 8-9 сутки. В контрольной группе преобладала цитограмма воспалительного типа – нейтрофилы сохраняются в 85-90%. Микрофлора обнаруживается в умеренном количестве внутриклеточно, состоянии завершеного или незавершеного фагоцитоза – 5 (7,7%). Выводы. Применение эмалана выразилось в уменьшении или исчезновении болевых ощущений, появление зрелых грануляций и краевой эпителизации в области раны на 2-4 день у 73% больных. Процесс заживления раны, образование рубца и его внешний вид при использовании эмалана, происходил без признаков гипертрофии и нарушения чувствительности в области операции. Контрольное бактериологическое исследование показало отсутствие роста флоры на 3 день у 80%. Во время лечения эмаланом не выявлено ни одного случая местных или общих аллергических реакций.

---

## 778. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ СОЧЕТАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА III ТИПА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Яковченко А.В., Котаев А.Ю.

Москва

ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Цель исследования. Изучение заболеваемости язвенной болезни желудка III типа и двенадцатиперстной кишки в конце XX и начале XXI века. Материалы и методы. В клинике госпитальной хирургии № 2 с 1984г. по 2013г. находилось на лечении 5917 больной с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, из них 1066 больных с сочетанными осложнениями язв желудка III типа и двенадцатиперстной кишки. У 4320 (73,01%) больных выполнено оперативное вмешательство, из них 2026 (46,90%) больных по поводу кровотечения; у 1850 (42,82%) больных – перфоративной язвы и 444 (10,28%) больных – стеноза

пилорического канала или двенадцатиперстной кишки. Анализу подвергнуты 1066 (24,68% от общего количества оперированных больных) с сочетанными осложнениями. Сочетанные осложнения с язв желудка III типа у – 567 (53,19%) больных, с язвами двенадцатиперстной кишки – 499 (46,81%). Мужчин - 670 (62,85%), женщин – 396 (37,15%), из них 224 (21,01%) были больные пожилого и старческого возраста (классификация ВОЗ, 2000). Возраст – 19-84 года. Средний возраст 52,0 3,04 лет. Средняя длительность заболевания 5,85 0,21 лет. Результаты. Пенетрацию язв в соседние анатомические образования наблюдали у 267 (25,05%) больных. Стеноз пилородуоденального отдела выявлен у 245 (22,9%) больных, из них у больных с язвами желудка III типа – 117 (10,98%), двенадцатиперстной кишки – 128 (12,01%), сочетание перфорации язвы со стенозом наблюдали у 133 (12,48%), а кровотечение со стенозом – 109 (10,23%). Пенетрацию и стеноз пилородуоденального отдела наблюдали у 156 (14,63%) больного. Множественную локализацию язв наблюдали у 275 (25,8%) больных. Пенетрацию, стеноз, кровотечение в сочетании с перфоративными язвами наблюдали у 32 (3,0%). У 87 (8,16%) больных наблюдали гигантские язвы (более 3,0 см при локализации язв в желудке и более 2,5 см в двенадцатиперстной кишке). У 29 (2,72%) больных, наблюдали гигантские язвы препилорического отдела желудка и пилорического канала, у 58 (5,44%) больных гигантские язвы двенадцатиперстной кишки. Выводы. Несмотря на внедрение новых антисекреторных препаратов, вызывающих значительное снижение желудочной секреции и методов эрадикации *Helicobacter pylori* в РФ наблюдается на фоне снижения заболеваемости увеличение числа осложнений язвенной болезни - кровотечения, перфорации язвы и стеноза пилоро-дуоденального отдела. По данным клиники в последние годы отмечается увеличение числа больных с сочетанными осложнениями язв желудка III типа (3,4 раза) и двенадцатиперстной кишки (2,9 раза), при сравнении двух периодов с 1984-1998 и 1995-2013 (р

---

#### 779. ПРИМЕНЕНИЕ БИОПОЛИМЕРОВ НОВОГО КЛАССА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

ВИННИК Ю.С., МАРКЕЛОВА Н.М., ШИШАЦКАЯ Е.И., КУЗНЕЦОВ М.Н., СОЛОВЬЕВА Н.С., ЗУЕВ А.П.

Красноярск

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России»

Результаты лечения при хроническом остеомиелите остаются не удовлетворительными несмотря на достижения современной хирургии. Более 60% больных с остеомиелитом длительное время остаются нетрудоспособными. Рецидивы заболевания составляют 20-50% и служат причиной образования дефектов костей. В настоящее время не существует способа пластического замещения послеоперационного костного дефекта, который бы обеспечивал хорошие результаты лечения у данной категории больных. К полному восстановлению анатомической и функциональной целостности кости не приводят ни мышечная, ни кожно-фасциальная пластика, ни пломбирование полости синтетическими материалами. В последние годы при хирургическом лечении хронического остеомиелита для пластики костных полостей все чаще используются аутотрансплантаты, алло- и ксеноимплантаты, синтетические материалы и их комбинации. Особый интерес в этом плане представляют биополимеры полигидроксиалканоаты (ПГА), которые обладают рядом уникальных свойств, включая совместимость с животными тканями, оптическую активность, пьезоэлектрические и антиоксидантные свойства, что делает их перспективными материалами для применения в медицине, и в частности в хирургии и травматологии. Цель исследования: В эксперименте обосновать использование нового класса биополимеров – ПГА для пластики костного дефекта при хроническом остеомиелите. Материалы и методы: экспериментальная часть работы проводилась на модели хронического остеомиелита, вызванного у кроликов-самцов породы «Шиншилла» 4-5 месячного возраста. Всего в эксперименте для моделирования хронического остеомиелита было использовано 18 животных. Опытной группой (n=9) явились животные, пластика костного дефекта которым закрывалась биосинтетическим материалом на основе ПГА, контрольной (n=9) – животные, пластика костного дефекта которым осуществлялась деминерализованным костным аутотрансплантатом. Для проведения эксперимента

мы использовали полигидроксibuтират (ПГБ), который представляет собой полимер (R)-3-гидроксibuтановой кислоты ( $\alpha$ -гидроксимасляной кислоты,  $C_4H_8O_2$ ). Воспроизводимость модели остеомиелита была 100%. Модель развивалась в течение 1-1,5 месяцев; процесс был первично-хроническим, без промежуточной картины острого воспаления. Все животные хорошо переносили моделирование, оставались подвижными, прибавляли в весе. При наружном осмотре животные щадили пораженную конечность. Пальпаторное обследование обнаруживало плотный инфильтрат. Рентгенологически выявлялись очаги деструкции в костной ткани. Выделение участка бедренной кости, пораженного остеомиелитом. После воспроизведения модели хронического остеомиелита производили пластику костных дефектов. После удаления всех нежизнеспособных тканей, полость промывалась раствором перекиси водорода и антисептика, дренировалась. Затем в костную полость с помощью ложки засыпались с легким утрамбовыванием порошка деминерализованный костный аутооттрансплантат, взятый из гребня подвздошной кости (контрольная группа) или ПГА (опытная группа). При этом пластика выполнялась таким образом, чтобы была заполнена вся полость пораженной кости. Проводился сравнительный анализ рентгенографических данных на 15-е, 60-е, 90-е, 120-е сутки после пластики костной полости. Оценивались размеры костного дефекта, его форма, однородность структуры регенерата, состояние надкостницы, кортикальной пластины и костномозгового канала. Выведение животных из эксперимента и забор материала осуществлялся на 30-е, 60-е, 90-е и 120-е сутки наблюдения пластики. Животных выводили из эксперимента путем передозировки эфирного наркоза. После выведения животных из эксперимента проводилось бактериологическое, рентгенологическое и гистоморфологическое исследование патологических изменений костной ткани. Результаты и обсуждение: в раннем послеоперационном периоде до 3 суток животные оставались вялыми, мало двигались, щадили оперированную конечность. Аппетит и двигательная активность кроликов восстанавливались к 3-5 суткам, однако отсутствовала опора на большую конечность. На 5-12 сутки после операции у животных появлялся отек мягких тканей в области операции, у 3 – локальная гиперемия кожи. В среднем на  $16 \pm 3$  сутки отек и гиперемия купировались. Опора на конечность появлялась на  $6 \pm 1$  сутки после операции. Операционные раны заживали в среднем на  $11 \pm 1$  сутки. Летальных случаев в послеоперационном периоде не наблюдалось. Рентгенологическое исследование оперированных конечностей кроликов показало следующее: в области дефекта определялось гомогенное просветление с неровными контурами, утолщение надкостницы. При макроскопическом исследовании области патологического процесса визуальное исследование показало, что окружающие мягкие ткани инфильтрированы, в области костного дефекта рыхлые массы соединительной ткани плотно спаяны со стенками костной полости. Замещение ПГА костных полостей экспериментального остеомиелита приводит к значительно более быстрому заживлению послеоперационных кожных ран и раннему восстановлению опорных свойств оперированной конечности, по сравнению со значениями, полученными у животных после моделирования остеомиелита и в контрольной группе. Воспалительные изменения мягких тканей в области операции также купировались значительно быстрее в опытной группе животных, чем в группе сравнения. Результаты проведенного экспериментального исследования показали, что при трансплантации ПГА в инфицированный костный дефект длинных трубчатых костей кроликов послеоперационный период характеризовался статистически значимым уменьшением количества воспалительных осложнений со стороны мягких тканей. Инфицированность золотистым стафилококком костного дефекта также встречалась реже, чем в группе контроля. Анализ рентгенографических данных оперированных конечностей животных обеих групп показало следующую картину. На 15-е сутки после пластики ПГА в проекции костного дефекта определялся участок просветления округлой формы с четкими границами с облачковидным затемнением в центре. На 60-е сутки после операции у большинства животных опытной группы рентгенологическая картина характеризовалась восстановлением кортикальной пластинки и костномозгового канала, структура костной ткани полностью соответствовала нормальной. На 90-120 сутки у всех животных рентгенологически подтверждалось восстановление анатомической структуры кости. В контрольной группе животных на 90-120 сутки сохранялась неоднородность структуры регенерата, утолщение надкостницы, костномозговой канал не прослеживался. Характеристика послеоперационных осложнений у экспериментальных животных. Восстановление анатомической структуры костной ткани наблюдалось только в группе животных с замещением костной полости ПГА. В контрольной группе животных полноценного восстановления костной структуры не наблюдалось на протяжении всего эксперимента. Таким образом, в ходе эксперимента установлено, что при пластике ПГА купирование воспалительного процесса, заживление послеоперационных ран и восстановление функциональных свойств оперированных конечностей происходило в 1,2 раза быстрее, чем в контрольной группе животных. Количество послеоперационных осложнений у животных опытной группы наблюдалось в 3 раза меньше по сравнению с контрольной группой животных. При замещении костной полости деминерализованным костным аутооттрансплантатом восстановления костной структуры не происходило. Выводы: 1. На основании клинично-морфологических исследований обнаружено, что ПГА являются постепенно

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

резорбируемой матрицей, на поверхности которой в условиях инфицированных костных дефектов интрамембранным путем формируется новообразованная кость. 2.Биодеградируемые материалы на основе ПГА обладают выраженными остеопластическими свойствами, обеспечивая нормальное протекание репаративного остеогенеза. 3.Результаты позволяют рекомендовать ПГА в качестве костнопластического материала для восстановления дефектов костной ткани.

---

780.Обоснование применения биодеградируемых биополимеров для лечения экспериментального остеомиелита

ВИННИК Ю.С (1),МАРКЕЛОВА Н.М (1),ШИШАЦКАЯ Е.И.(3), КУЗНЕЦОВ М.Н.(2),СОЛОВЬЕВА Н.С.(1),ЗУЕВ А.П. (1)

Красноярск

1)ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России»2)«НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Красноярск ОАО «РЖД», второе хирургическое отделение3)Институт биофизики СО РАН

**АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ** Ведущей тактикой хирургического лечения остеомиелита трубчатых костей является костная пластика дефекта с использованием различных материалов: ауто-, алло-, ксеноимплантатов, различных биосинтетических материалов и их аналогов. Но пока нет идеального варианта пластического замещения послеоперационного костного дефекта, который бы обеспечивал высокую эффективность лечения у данной категории больных. В последнее время возрос интерес к биополимерам нового класса- полигидроксиалканоатам (ПГА), которые показали хорошие результаты в качестве имплантационного материала в других направлениях хирургии. ПГА обладают уникальными качествами, такими как совместимость с животными тканями, оптическая активность, пьезоэлектрические и антиоксидантные свойства, что делает их перспективными материалами для применения в травматологии. Однако публикаций о применении данных биополимеров для лечения остеомиелита пока нет. **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ** Изучение нового класса биополимеров – ПГА в качестве биодеградируемого материала для пластики костного дефекта при хроническом остеомиелите. **ЗАДАЧИ** 1.Воспроизвести модель экспериментального остеомиелита на лабораторных животных. 2.Изучить сравнительную характеристику клинической картины, лабораторных показателей и показателей микробного профиля при замещении костного дефекта при остеомиелите с применением аутокости, ПГА, ПГА с тиенамом в эксперименте. 3.Доказать эффективность костнозамещающей технологии при остеомиелите с применением полигидроксиалканоатов с тиенамом и без него **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ** В эксперименте использовано 18 кроликов породы «Шиншилла» 4-5 месячного возраста. Всем кроликам была успешно воспроизведена модель хронического остеомиелита. Контрольной группе, состоящей из 6 особей, пластика костного дефекта производилась аутокостью. Первую опытную группу составило 7 кроликов, пластика костного дефекта которых выполнялась с помощью биосинтетического материала на основе ПГА. Во второй опытной группе 5 особей - закрытие костного дефекта осуществлялось материалом на основе ПГА в сочетании с Тиенамом. Для проведения эксперимента был использован полигидроксибутират (полимер (R)-3-гидроксибутановой кислоты ( $\alpha$ -гидроксимасляной кислоты, C<sub>4</sub>H<sub>8</sub>O<sub>2</sub>). Воспроизводимость остеомиелита была 100 %, после чего под общим дроперидол- калипсоловым наркозом производили секвестрэктомию, а затем пластику образовавшегося костного дефекта. В костную полость с помощью ложки засыпались с легким утрамбовыванием порошка деминерализованный костный ауотрансплантат (контрольная группа), ПГА (первая опытная группа) и ПГА+ Тиенам (вторая опытная группа). На 30-е и 90-е сутки после пластики костной полости проводился сравнительный анализ рентгенографических данных, оценка микробиологического статуса. Выведение животных из эксперимента для патоморфологического исследования осуществлялось на 30-е и 90-е сутки. Проводилась оценка клинико-лабораторных данных. **РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ** Проведен сравнительный анализ клинической картины у экспериментальных животных всех трех групп. Заживление операционной раны у животных с пластикой дефекта ПГА и Тиенамом происходило в 2 раза быстрее (на 13-15 сутки после операции), чем у животных с

742



костной пластикой (на 29-31 сутки). У группы животных с пластикой костной полости ПГА операционная рана заживала на 19-21 сутки. Также проводилась оценка скорости купирования отека и гиперемии мягких тканей: контрольная группа- 19-20-е сутки, первая опытная - 13-15 сутки, вторая опытная - в течении 5-9 суток. Опороспособность оперированной конечности у животных контрольной группы восстановилась в среднем на 60-е сутки, у первой опытной группы - на 40-е, у второй- на 28-е. Рентгенографическая картина оперированной конечности в первой опытной группе на 30 сутки представлена в виде округлого костного дефекта размером до 1,5 см со склеротическим ободком, линейного отслоенного периостита. На 90-е сутки костный дефект значительно уменьшился (1x1 мм) без секвестра с гладкими контурами и утолщением надкостницы. Прослеживалась выраженная положительная динамика. Во второй опытной группе на 30 сутки распространенность процесса была ограниченной, выражены репаративные процессы, сочетающиеся с развитием костной мозоли между отломками. На рентгенограмме животного из контрольной группы на 30 сутки определяются округлый костный дефект до 1,5 см с четким склеротическим контуром. На 90-е сутки сохранялись признаки патологического процесса, многочисленные мелкие очаги поражения, крупные секвестры, в том числе кортикальные, репаративные изменения слабо выражены, в надкостнице наблюдался отслоенный и бахромчатый периостит. Весомая роль при оценке хирургического лечения остеомиелита отводится микро-биологическому исследованию. При определении микробного профиля первой группы на 30-е и на 90-е сутки преимущественно высевались следующие ассоциации микробов: 48,2%-*Staphilococcus aureus*, в 51,8%-ассоциации грамм (+) и (-) анаэробных микроорганизмов, *E. Coli*. Во второй группе животных на 30-е сутки высевались ассоциации микробов *Staphilococcus aureus* (44,1%), ассоциации грамм (+) и (-) анаэробных микроорганизмов, *E. Coli* (55,9 %). На 90 сутки бактериоскопические исследования дали отрицательные результаты. В третьей группе животных на 30-е и 90-е - сутки при бактериоскопическом исследовании микробы не обнаружены. При морфологическом исследовании выявлено, что восстановление анатомической структуры костной ткани наблюдалось только в группе животных 2,3 с замещением костной полости ПГА и ПГА с тиенамом. В контрольной группе животных полноценного восстановления костной структуры не наблюдалось. При гистологическом исследовании препаратов 2 и 3 группы на 90 сутки наблюдались признаки, указывающие на полное восстановление целостности костной структуры. Надкостница полностью моделирована, состояла из наружного и внутреннего слоев. Костная ткань имела различную степень зрелости, пластинчатого строения, расположение остеонов нерегулярное, увеличивалось количество зрелых фиброцитов и остецитов. Между костными трабекулами в сформированном костномозговом канале располагалась миелоидная и ретикулярная ткань. В контрольной группе на 90-е сутки в области дефекта преобладала грубоволокнистая костная ткань с малочисленными остеонами, межклеточное вещество было менее гомогенным. В некоторых препаратах определялся плотный соединительнотканый рубец, препятствующий формированию кортикальной пластины. **ВЫВОДЫ** 1.ПГА являются постепенно резорбируемой матрицей, на поверхности которой в условиях инфицированных костных дефектов формируется новообразованная кость. 2.Использование тиенама в сочетании с ПГА при замещении костного дефекта при остеомиелите позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений, обеспечить репаративные процессы, ускорить период заживления операционной раны и восстановления опорной функции конечности.

---

781.РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕКЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КРОВОТОКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Кательницкий Иг.И., Мурадов А.М.

Ростов-на-Дону

Ростовский государственный медицинский университет

Цель: Определить степень эффективности эндоваскулярных методик в лечении больных с критической ишемией нижних конечностей, вызванной атеросклерозом артерий голени. Материалы и методы: 65 пациентам с КИНК была произведена коррекция периферического кровотока. Транслуминальная баллонная

ангиопластика была использована в 57 случаев, 8-ми пациентам была выполнена тромбэкстракция. Были использованы специальные аппараты марки Ротарекс и Turbohawk. Всем больным назначался Клопидогрел в дозе 75 мг 1р/д до операции. Пациенты продолжали пить его после операции до полугода. У 6 пациентов наблюдалось однососудистое поражение, 45 пациентов имели двухсосудистое поражение, у 14 пациентов имелась тотальная окклюзия всех артерий голени. 44 пациента имели хроническую ишемию III степени, и 21 пациент имели хроническую ишемию IV степени. Наблюдение за больными продолжалось в течении года. Результаты: Технический успех баллонной ангиопластики составил 96%, тромбэкстракции 100% соответственно. Клинический успех в группе пациентов с ХИНК III составил 100%. Пациенты говорили об уменьшении болевого синдрома, увеличении расстояния, которое они могли пройти без возникновения болевого синдрома. У больных с ХИНК IV клинический успех составил 80%. Процесс заживления трофических язв наблюдался у 17 пациентов. У остальных 4 больных трофические дефекты сохранялись. Первичная проходимость в послеоперационном периоде через 6, 9, 12 месяцев составила 78%, 74%, 62% соответственно. Повторные вмешательства через 12 месяцев потребовались у 26 пациентов (40%), вследствие возвращения клинической симптоматики. Заключение: Рентгенэндоваскулярные методики лечения на сегодняшний день являются основным методом коррекции периферического кровотока у больных с критической ишемией нижних конечностей. Тем не менее, результаты нашего исследования показывают, что частота возникновения рестеноза и реокклюзии в отдаленном послеоперационном периоде в течении года остается на высоком уровне, что вынуждает пациентов возвращаться к хирургам вновь для повторных вмешательств. Таким образом, одной из основных задач сосудистой хирургии является поиск новых более эффективных методов лечения.

---

## 782. Опыт лапароскопического хирургического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Тимербулатов М.В., Сендерович Е.И., Гришина Е.Е., Рахимов Р.Р.

Уфа

ГБОУ ВПО БГМУ

По данным последних исследований в России распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) достигает 60 %. Пациенты с ГЭРБ имеют довольно низкое качество жизни, к тому же длительное воздействие рефлюкса на слизистую оболочку пищевода чревато возникновением смертельно опасных осложнений. Учитывая, что основной причиной развития данного заболевания является анатомическое нарушение антирефлюксного барьера, операция остается единственным эффективным методом лечения. К тому же известны данные о высоком проценте рецидива рефлюкса на фоне курсовой терапии ингибиторами протонной помпы (ИПП). Следовательно, пациенты с ГЭРБ вынуждены пожизненно получать ИПП, что опасно развитием гиперпластических процессов в желудке, поджелудочной железе, двенадцатиперстной кишке. К тому же, по некоторым данным длительный прием ИПП повышает риск развития остеопороза. Внедрение лапароскопической методики для хирургического лечения ГЭРБ позволило расширить показания к оперативному лечению и существенно улучшить результаты операции. В клинике факультетской хирургии БГМУ на базе 1 хирургического отделения ГБУЗ РБ ГКБ №21 с 1999 по 2014 г. выполнено 227 лапароскопических операций больным с ГЭРБ, из них 15 фундопликаций в модификации Dor, 30 – в модификации Touret, остальные 182 фундопликаций выполнены в модификации Nissen-Rossetti, 5 операций дополнены стволовой ваготомией. Длина манжеты в среднем составляла 3 см (от 1,5 до 4,5см). У некоторых пациентов дно желудка было предварительно мобилизовано, и манжета, длина которой составляла менее 2 см, дополнительно фиксирована к правой ножке диафрагмы (модификация «Short floppy Nissen» с дополнительной крурофундопликацией) – 32 пациента. У 16 пациентов диагностирована параэзофагеальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, 40 пациентов имели желчнокаменную болезнь в качестве сопутствующего заболевания – выполнены симультанные операции. Средний возраст пациентов составил 49±11 лет. Среднее время операции – 60 мин (от 40 до 156 мин). В структуре интраоперационных осложнений преобладал пневмоторакс – 5 случаев, перфорация пищевода – 2 случая, кровотечение из печени при повреждении ретрактором – 2 случая. Из послеоперационных

осложнений имело место кровотечение из троакарной раны -1, стриктура пищевода – 2, тромбоз легочной артерии -1. Рефундопликаций выполнено 4: из них после фундопликации Dog - 3, после Nissen-Rossetti - 1. Дисфагия в течение первых 2-х суток после операции встречалась у 18% больных, купировалась на фоне противовоспалительной терапии. В экстренном порядке на фоне осложненного течения ГЭРБ выполнено 6,4% оперативных вмешательств: у пациентов с пищеводным кровотечением или на фоне ущемления параэзофагеальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Конверсия производилась в 2 случаях у пациентов с параэзофагеальными грыжами в связи с техническими трудностями, связанными с выделением грыжевого мешка из полости заднего средостения. Показанием к плановому оперативному лечению служили: неэффективность консервативной терапии в течение 2-х лет, выраженная регургитация. Предоперационное обследование включало рентгенконтрастное исследование пищевода-желудочного перехода, в том числе и в позиции Тренделенбурга; фиброгастродуоденоскопию с биопсией пищевода на 2 см выше z-линии с обязательным определением наличия *Helicobacter Pylori*; внутрижелудочная рН-метрия; манометрия пищевода с измерением давления нижнего пищеводного сфинктера, в сложных диагностических случаях – магнитно-резонансная томография верхнего этажа брюшной полости и диафрагмы. Площадь пищеводного отверстия диафрагмы более 4 см<sup>2</sup>, а также давление нижнего пищеводного сфинктера ниже 6 мм.рт.ст. расценивались как прогностические критерии рецидива рефлюкса, выполнялась протезирующая диафрагмопластика. Использовался прямоугольный сетчатый имплант, который фиксировался поверх сшитых ножек диафрагмы с последующей перитонизацией импланта фрагментом грыжевого мешка, оставленного на передней стенке пищевода при выделении при параэзофагеальных грыжах, париетальной брюшины ножек диафрагмы при скользящих грыжах. В сроки от 1 до 5 лет после операции обследовано 79 пациентов, которым было выполнено эндоскопическое обследование, исследование жалоб путем заполнения анкеты, предназначенной для выявления симптомов, связанных с желудочно-пищеводным рефлюксом и перенесенной антирефлюксной операцией. Рецидивы симптомов изжоги различной интенсивности отмечены у 19 человек (24%). При эндоскопическом исследовании у всех пациентов с возобновлением симптомов изжоги в послеоперационном периоде выявлены какие-либо нарушения формы и расположения фундопликационной манжеты. Самой частой причиной рецидива симптомов рефлюкса стала «скользящая фундопликация» - расположение фундопликационной манжеты вокруг проксимальной части желудка вместо пищевода-желудочного перехода. Дисфагия на твердую пищу обнаружена у 3 пациентов. У одного из них при эндоскопическом исследовании выявлена слишком длинная фундопликационная манжета, у двух других не выявлено анатомических нарушений со стороны манжеты. При сравнении двух методик циркулярной фундопликации: «Short floppy Nissen» и «Nissen-Rossetti», выявлено наличие достоверных различий по частоте обнаружения эндоскопических признаков недостаточности манжеты, а также по частоте возникновения симптомов изжоги в послеоперационном периоде в пользу метода «Short floppy Nissen». С помощью телефонной связи изучены отдаленные результаты у 80 пациентов в сроки от 5 до 15 лет после лапароскопической антирефлюксной операции. Выявлено возобновление симптомов изжоги различной интенсивности у 18 человек (22%). Лапароскопическая антирефлюксная операция является эффективным, безопасным, единственным радикальным методом лечения ГЭРБ. Самой распространенной причиной рецидива симптомов рефлюкса при циркулярной фундопликации является миграция манжеты с пищевода-желудочного перехода на проксимальную часть желудка по типу «скользящей фундопликации». Лапароскопическая фундопликация в модификации «Short floppy Nissen» позволяет минимизировать этот самый распространенный технический недостаток операции.

---

783. Микроциркуляция в стенке кишки при экстраинтестинальной и интраинтестинальной интраабдоминальной гипертензии

Измайлов С.Г.(1), Рябков М.Г.(2), Лукоянычев Е.Е.(3)

Нижний Новгород

1) ГБУЗ НО "Городская клиническая больница №12", 2) ГБУЗ НО "Городская клиническая больница №30", 3) ГБУЗ НО "Городская клиническая больница №35"

Цель. Исследовать в эксперименте особенности микроциркуляции кишечной стенки в условиях интраабдоминальной гипертензии, вызванной или повышением внутрикишечного давления или увеличением объема содержимого брюшной полости без интраинтестинальной гипертензии. Материал и методы. 37 лабораторных животных разделили на две группы: в группе «А» (n=18) экстраинтестинальную интраабдоминальную гипертензию (Э-ИАГ) моделировали с помощью раздуваемого баллона, введенного в брюшную полость; в группе «Б» (n=19) моделировали интраинтестинальную интраабдоминальную гипертензию (И-ИАГ) нагнетанием в изолированный участок тонкой кишки 0,9% раствора NaCl. В обеих группах дозировано повышали внутрибрюшное давление (ВБД) до 12,5 мм рт. ст., 15 мм рт.ст, 17,5 мм рт. ст., 20 мм рт. ст., контролировали уровень ВБД по М. Cheatham. Гипотеза: 1) декомпенсация микроциркуляции, а именно критическое снижение уровня перфузии стенки тонкой кишки, в условиях Э-ИАГ и И-ИАГ наступает на разных уровнях ВБД; 2) соотношение вкладов пассивных (обусловленных работой сердца и дыхательной системы) и активных (нервных, гуморальных, мышечных) факторов регуляции микроциркуляции в кишке отличается при одинаковом уровне ВБД в зависимости от типа интраабдоминальной гипертензии – Э-ИАГ или И-ИАГ. Параметры микроциркуляции изучали с помощью лазерного анализатора капиллярного кровотока ЛАКК-2 (Лазма, Россия). После окончания эксперимента ушивали дефекты стенки кишки, мочевого пузыря, санировали брюшную полость, ушивали лапаротомную рану, возвращали животных в виварий. Результаты. Динамика основных показателей ЛДФ-граммы при экстраинтестинальном типе интраабдоминальной гипертензии свидетельствовала, что необратимые критические нарушения микроциркуляции в стенке тонкой кишки развиваются при ВБД 17,5 мм рт. ст. [95% ДИ – 16,9; 17,6] преимущественно за счет снижения на 25,9% активности кардиального и дыхательного механизмов регуляции микроциркуляции (p=0,034). При этом статистически значимо на 15% снижалась постоянная составляющая перфузии (M) с 38,6 до 32,7 пф.ед. (p=0,047), а отношение амплитуд дыхательных (AmaxHF) и кардиальных (AmaxCF) частот к низким частотам (AmaxLF) было отрицательным: AmaxCF/AmaxLF после повышения внутрибрюшного давления до 17,5 мм рт. ст. составило 74% от контрольного уровня (p=0,034); AmaxHF/AmaxLF – 90% от контрольного уровня (p=0,625). Интраинтестинальная гипертензия при внутрикишечном давлении от 23,4 мм рт. ст. [95% ДИ – 22,7; 24,1] до 29,4 мм рт. ст. [95% ДИ – 28,7;30,1] сопровождалась ЛДФ-картиной недостаточности микроциркуляции II-III степени. Статистически значимо снижалась постоянная составляющая перфузии (M) на 21% (p=0,047), коэффициент вариации на 60% (p=0,007); увеличивался сброс крови по шунтирующим сосудам мимо нутритивного звена на 35% (p=0,042). Вывод. Впервые выявлены два патогенетически различных типа нарушений микроциркуляции в кишечной стенке, развивающиеся на моделях интраинтестинальной и экстраинтестинальной интраабдоминальной гипертензии. Установленные различия характеризуют триггерные механизмы развития органной недостаточности в зависимости от преобладающей причины повышения внутрибрюшного давления.

---

784. Влияние хирургической тактики на структуру послеоперационных осложнений абдоминальной хирургической инфекции

Измайлов С.Г.(1), Рябков М.Г.(2), Мокеев О.А.(2)

Нижний Новгород

1) ГБУЗ НО "Городская клиническая больница №12", 2) ГБУЗ НО "Городская клиническая больница №30"

Цель. Изучить структуру послеоперационных осложнений в зависимости от тактики и техники оперативного лечения абдоминальной хирургической инфекции. Материал и методы. В ретроспективное исследование включены результаты оперативного лечения 175 больных, из которых у 66 причиной абдоминальной хирургической инфекции была перфорация полого органа желудочно-кишечного тракта, у 61 пациента - кишечная непроходимость, осложненная распространенным перитонитом, у 48 больных диагностирован инфицированный панкреонекроз. Структуру периоперационных осложнений анализировали в зависимости от основного метода ведения брюшной полости и от применения технических элементов операций, влияющих на биофизические соматические параметры пациента: декомпрессии кишечника;

лапаростомы продолжительностью более 48 часов; сопоставления и разведения краев лапаротомной раны более 2 раз; ушивания всех слоев околораневых тканей; селективного ушивания кожи лапаротомной раны в завершении операции. Результаты. Послеоперационные осложнения развились у 71,6% пациентов. Частота нагноений послеоперационной раны составила 17,1% (30 больных из 175): полузакрытый метод ведения брюшной полости сопровождался нагноением раны в 2 раза чаще (22%), чем полуоткрытый и открытый методы (11%). Латеральная ретракция краев лапаротомной раны у пациентов с лапаростомой (15 из 21 больного) и полуоткрытым методом ведения брюшной полости (6 пациентов из 53) развивалась статистически значимо чаще, чем при полузакрытом методе (8 из 101,  $p=0,001$ ). Отношение шансов (OR) нозокомиальной суперинфекции при открытом и полуоткрытом методах в сравнении с полузакрытым методом ведения брюшной полости составило 8,12 ( $p=0,001$ ). Максимальная частота органной недостаточности зафиксирована у пациентов с лапаростомой: в 52% наблюдений – сердечно-сосудистая недостаточность; 33% – почечная недостаточность; 14% – печеночная недостаточность. Сравнение между собой открытого и полуоткрытого методов ведения брюшной полости продемонстрировало, что при лапаростомии риск развития осложнений выше: для нозокомиальной суперинфекции  $OR=50,7$  ( $p=0,001$ ), сердечно-сосудистой недостаточности –  $OR=6,2$  ( $p=0,002$ ), для почечной недостаточности –  $OR=3,9$  ( $p=0,040$ ). При этом OR дыхательной недостаточности при выборе полузакрытого метода лечения в 2,3 раза превышал данный показатель при полуоткрытом и полузакрытом методах ведения брюшной полости ( $p=0,039$ ). Анализ влияния технических элементов операции на риск развития осложнений показал, что длительность лапаростомы больше 48 часов сопровождалась статистически значимым повышением частоты латеральной ретракции краев лапаротомной раны ( $OR=26,9$ ); учащением нозокомиальной суперинфекции ( $OR=37,6$ ), сердечно-сосудистой ( $OR=3,7$ ) и почечной ( $OR=4,8$ ) недостаточности. Декомпрессия кишечника достоверно снижала отношение шансов только дыхательной недостаточности ( $OR=0,25$ ). Многократные манипуляции с краями лапаротомной раны статистически значимо увеличивали относительный шанс нагноения раны ( $OR=2,6$ ). Выводы. Частота и структура послеоперационных осложнений у больных с абдоминальной хирургической инфекцией зависят от выбора метода ведения брюшной полости, а также от состояния биофизических соматических параметров. Традиционная лапаростомия характеризуется достоверно более высокой частотой развития послеоперационных осложнений, чем полузакрытый и полуоткрытый методы ведения брюшной полости.

---

785. Диагностическая ценность способов контроля биофизических соматических параметров при перитоните

Рябков М.Г.(1), Лукоянычев Е.Е.(2), Миронов А.А.(3), Бухтояров В.И.(1)

Нижний Новгород

ГБУЗ НО "Городская клиническая больница №30", ГБУЗ НО "Городская клиническая больница №35", Нижегородская государственная медицинская академия

Цель. Провести сравнительный анализ диагностической ценности способов контроля биофизических соматических параметров в зависимости от степени интраабдоминальной гипертензии. Материал и методы. У 125 пациентов, оперированных по поводу распространенного перитонита (Мангеймский индекс перитонита у всех больных более 20 баллов) интраоперационно после завершения основного этапа операции при сопоставлении краев раны измеряли биофизические соматические параметры (БСП) одновременно несколькими способами. Исследовали чувствительность, специфичность и диагностическую ценность способов измерения БСП: прямого способа измерения внутрибрюшного давления по R. Overholt (1931), способа контроля внутригрудного давления по градиенту пикового инспираторного давления на аппарате ИВЛ, внутрикишечного давления способом открытого зонда в просвете кишки, силы натяжения околораневых тканей механическим динамометром. За «золотой стандарт» измерения внутрибрюшного давления принимали способ M. Cheatham (1998). Диагностическую ценность каждого из включенных в исследование способов измерения биофизических соматических параметров определяли в условиях I, (42 пациента), II (29 пациентов), III (28 пациентов) и IV (26 пациентов) степени интраабдоминальной гипертензии по WCACS (2007). Результаты. В условиях внутрибрюшного давления, не превышающего

уровень I–II степени интраабдоминальной гипертензии, максимальной диагностической ценностью обладают измерение внутригрудного давления по пиковому инспираторному давлению (78,9% [95% ДИ – 72,8; 82,5]) и контроль натяжения околораневых тканей механическим динамометром (74,1% [95% ДИ – 62,3; 81,5]). В условиях III и IV степени интраабдоминальной гипертензии на фоне снижения чувствительности способов контроля внутригрудного давления и натяжения околораневых тканей снижалась и их диагностическая ценность. При этом в условиях внутрибрюшного давления более 20 мм рт. ст. чувствительность измерения давления в брюшной полости прямым способом R. Overholt возрастала до 81,0%, а диагностическая ценность – до 81,4% [95% ДИ - 72,1; 88,8]. Выводы. Чувствительность, специфичность и диагностическая ценность способов измерения внутрибрюшного, внутрикишечного, внутригрудного давления, а также силы натяжения околораневых тканей зависит от степени интраабдоминальной гипертензии. При разноречивых данных измерений в условиях I и II степеней интраабдоминальной гипертензии, кроме результатов измерения давления способом M. Cheatham (1998), целесообразно ориентироваться на показатели внутригрудного давления и натяжения околораневых тканей, а при более выраженной гипертензии – на результаты измерения внутрибрюшного давления прямым способом R. Overholt (1931).

---

786.К вопросу о хирургических методах предупреждения послеоперационной дыхательной недостаточности при перитоните

Рябков М.Г.(1), Измайлов С.Г. (2), Кулов Р.М.(1), Пятойкин Е.А.(2), Наливайский А.А.(1)

Нижний Новгород

1)ГБУЗ НО "Городская клиническая больница №30", 2)ГБУЗ НО "Городская клиническая больница №12"

Цель. Совершенствовать тактику и технику оперативного лечения распространенного перитонита, позволяющих снизить частоту дыхательной недостаточности в послеоперационном периоде. Материал и методы. В 2004-2014 гг. прооперированы 407 больных с распространенным перитонитом различной этиологии. В группе клинического сравнения (157 больных) применена традиционная тактика. В исследуемой группе (250 больных) лечебно-диагностическая тактика включала расширенный алгоритм диагностики и хирургической коррекции биофизических соматических параметров (БСП): внутрибрюшного давления (ВБД) способом M. Cheatham (1998), внутрикишечного давления (ВКД) способом открытого зонда в просвете кишки, внутригрудного давления (ВГД) – по градиенту повышения пикового инспираторного давления, силы натяжения околораневых тканей (СНОТ) механическим динамометром. В случае повышения ВБД от 12 до 17,5 мм рт. ст. и градиента повышения ВГД, не превышающего 5 см вод. ст., а также СНОТ больше 0,5 Н / см длины раны и ВКД выше 23 мм рт. ст. у пациентов с показаниями к полужакрытому методу ведения брюшной полости использовали способы коррекции (БСП) без декомпрессионной лапаростомы. При наличии показаний к этапному лечению накладывали аппаратную контролируемую лапаростомию с диастазом раны, позволяющим поддерживать безопасный уровень БСП. При уровне ВБД, превышающем 17,5 мм рт. ст., градиента повышения ВГД более 5 см вод. ст. накладывали аппаратную контролируемую лапаростомию (патент РФ на изобретение № 2355329 от 20.05.2009 г.), позволяющую активно корректировать БСП в послеоперационном периоде. Инструментальным обеспечением послужили специально разработанные СпАРК (патенты РФ на изобретения № 2246271 от 14.04.2005 г.; № 2255681 от 08.07.2006 г.; № 2432914 от 10.11.2011 г.), а также устройства для мониторинга БСП. Результаты. Патогенетически обоснованное расширение спектра контролируемых БСП, а также совершенствование тактики и инструментально-технической базы, внедрение аппаратной контролируемой лапаростомии в лечение пациентов исследуемой группы распространённым перитонитом обеспечило возможность многократных санаций брюшной полости с контролем и коррекцией клинически значимых биофизических соматических параметров на протяжении всего послеоперационного периода. В результате удалось статистически значимо снизить частоту дыхательной недостаточности в 1,9 раза с 29,3% до 15,2% (p=0,001). Летальность среди всех пациентов, включенных в исследование уменьшилась с 24,8% до 16,4% (p=0,041), причем наиболее значимой причиной улучшения клинических результатов стало снижение относительного

риска смерти пациента от острой дыхательной недостаточности ( $p=0,003$ ,  $OR = 0,19$  (0,06 до 0,6). Выводы. Включение в лечебно-диагностический алгоритм оперативного лечения пациентов с распространенным перитонитом расширенного алгоритма диагностики биофизических соматических параметров, а также применение хирургической тактики и техники, направленной на предупреждение и коррекцию нарушений внутрибрюшного, внутригрудного, внутрикишечного давления и силы натяжения околораневых тканей, позволяют статистически значимо снизить риск развития дыхательной недостаточности в послеоперационном периоде и снизить уровень послеоперационной летальности.

---

#### 787. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА В КАЧЕСТВЕ МАРКЁРОВ ИСХОДА РАСПРОСТРАНЁННОГО ПЕРИТОНИТА

Гуржий Д.В. (1), Земляной В.П. (1), Гамзатов Х.А. (1), Лернер А.А. (2)

Санкт-Петербург

1) Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, кафедра хирургических болезней № 22) Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения Поликлиника № 1 Российской академии наук (г. Санкт-Петербург)

Распространённый перитонит остаётся одной из главных причин развития неблагоприятного исхода. В настоящее время существует мнение, что распространённый перитонит должен быть рассмотрен в контексте абдоминального сепсиса, в основе формирования которого лежит синдром системного воспалительного ответа, приводящий к полиорганной недостаточности и смерти. Воспалительный ответ и активация системы гемостаза, тесно взаимосвязаны между собой. В этой двунаправленной связи, воспаление приводит к активации системы гемостаза на уровне всех её компонентов, включая коагуляционный гемостаз, систему естественных антикоагулянтов и фибринолиз, что, в свою очередь, также существенно влияет на воспалительную активность. Исходя из этих данных в последние годы, активно изучается возможность прогностической оценки течения и исхода распространённого перитонита с использованием компонентов системы гемостаза. Цель работы: оценить использование показателей системы гемостаза в качестве маркёров исхода заболевания у больных с распространённым перитонитом, осложнённым абдоминальным сепсисом. Материалы и методы: в исследование было включено 60 пациентов с распространённым перитонитом, осложнённым абдоминальным сепсисом. Оценивали активность факторов VIII (ф. VIII), V (V), антитромбина (АТ), протромбина (ПТ), фактора Виллебранда (vWF), уровень (антиген) фактора Виллебранда (Ag:vWF), время Хагеман-зависимого лизиса (ХЗЛ). Использовались значения медианы (Me), 50% ДИ (25-й и 75-й процентиля). Результаты: В качестве маркёров были использованы значения факторов системы гемостаза, которые достоверно изменялись у больных с РП. Полученные значения активности ф. VIII, ф. V, vWF, Ag:vWF, времени ХЗЛ выше 296%, 94%, 267%, 284%, 1560 с, соответственно, и АТ и ПТ ниже 65%, 66%, соответственно, оценивались как факторы, оказывающие влияние на формирование тяжести течения и неблагоприятного исхода распространённого перитонита. По полученным данным оценивалось наличие взаимосвязи между уровнем летальности и количеством факторов свёртывания, которые были выше, а в случае с естественными антикоагулянтами ниже, принятых референтных интервалов. В ходе исследования было установлено: у больных имеющих изменение 1-го или 2-х факторов системы гемостаза летальных исходов не наблюдалось, при изменении 3-х факторов летальность составила 14%, в случае нарушения 4-х факторов больные умерли в 35% случаев. Наиболее высокий уровень развития неблагоприятного исхода отмечался при изменении 5-ти факторов свёртывания - 44% случаев, а при изменении 6-и, а также 7-и факторов уровень летальности доходил до 100%. На основании полученных данных, которые подтвердили имеющуюся взаимосвязь между наличием нарушений в системе гемостаза и исходом распространённого перитонита, была установлена шкала оценки степени риска развития исхода распространённого перитонита: изменено от 1 до 3 факторов – низкий риск, 4 фактора – умеренный риск, 5 и более – высокий риск. Выводы. Установлено, что при повышении гемостатического потенциала крови и увеличении количества изменённых факторов системы гемостаза нарастает риск развития летального исхода у больных с распространённым перитонитом. Использование показателей системы гемостаза в качестве

маркёров, отражающих степень риска развития летального исхода, позволит получить дополнительную информацию для своевременного применения лечебно-диагностических мероприятий у больных с распространённым перитонитом.

---

## 788. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГРЫЖАМИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Сергеев А.В. (1), Нарезкин Д.В. (2), Прибыткин А.А. (1), Безалтынных А.А. (2)

Смоленск

Клиническая больница скорой медицинской помощи г. Смоленска (1). Смоленский Государственный Медицинский Университет, кафедра госпитальной хирургии (2).

Актуальность. С бурным ростом эндоскопических технологий диагностики и лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта, выявление гастроэзофагеальнорефлюксной болезни (ГЭРБ) и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) не составляет затруднений. Это позволяет хирургам шире использовать возможности оперативной коррекции этой патологии. Лапароскопический вариант операций обладает рядом преимуществ перед традиционными открытыми оперативными методиками лечения ГЭРБ и ГПОД. Материалы и методы. За 2012-2014 гг. на базе больницы скорой медицинской помощи г. Смоленска проведено 28 лапароскопических операций по поводу гастроэзофагеальнорефлюксной болезни, развившейся на фоне грыж пищеводного отверстия диафрагмы. В 26 случаях констатированы скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, в двух – параэзофагеальные грыжи с внутригрудным расположением 1/3 желудка. В шести наблюдениях ГПОД сочеталась с хроническим калькулёзным холециститом. Все оперативные вмешательства проводились с использованием аппарата Liga Sure и ультразвукового скальпеля. Обязательным считаем интраоперационное зондирование желудка (с оставлением назогастрального зонда в раннем послеоперационном периоде на одни сутки). Наиболее широко использовалась фундопликация по способу Nissen-Rosetti с методикой Shot Floopy Nissen (полноценная мобилизация большой кривизны и дна желудка для наложения полноценной манжеты). В пяти наблюдениях были использованы методики Touret и Dog. Всем пациентам до оперативного лечения проводилась суточная рН-метрия. Результаты. Средняя продолжительность лапароскопического вмешательства составила 120±43 мин. Средний объём кровопотери не превышал 100±21 мл. Средний размер грыжевых ворот составил 6,7±3,6 см. У 23 больных выполнена лапароскопическая фундопликация по способу Nissen-Rosetti, у четырёх пациентов – Touret, у одного – по методике Dog. Изменение методики операции в данных пяти случаях связано с малыми размерами грыжевых ворот. В одном случае потребовалась конверсия в открытую операцию, так как при мобилизации большой кривизны и дна желудка констатирован выраженный периспленит. Ввиду высокого риска травматизации селезёнки осуществлена конверсия, операция закончена классическим способом фундопликации по Nissen. У шести больных крурорафия и фундопликация дополнены холецистэктомией по поводу хронического калькулёзного холецистита. Послеоперационный период у пациентов в большинстве случаев протекал без осложнений и характеризовался минимально выраженным болевым синдромом. Пациенты активизировались в 1-е сутки после операции. У 4 пациентов в послеоперационном периоде отмечались явления дисфагии, продолжительность которой в среднем составляла около 4-6 суток. Разрешение во всех случаях достигнуто консервативными мероприятиями. У одного больного на 4-е сутки послеоперационного периода отмечены интенсивные боли в эпигастрии. При проведении ФЭГДС констатировано наличие в нижней 1/3 пищевода крупных фрагментов пищи, что обусловило вышеописанную симптоматику. Фрагменты пищи удалены эндоскопически. Дальнейший послеоперационный период протекал гладко. При проведении анализа ближайших и отдалённых результатов, рецидивов ГПОД у всех пациентов не отмечено (по результатам ФЭГДС, контрастной Rg-скопии желудка, клиническим данным). У 27 больных констатировано нивелирование явлений ГЭРБ и восстановление качества жизни. У одного пациента в течение года после оперативного лечения сохранялась стойкая изжога, однако при проведении обследования рецидив ГПОД не подтверждён. Изжога успешно купировалась приёмом блокаторов протонной помпы. Выводы. 1. При ГПОД II-III степени возможно



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

успешное применение оперативных вмешательств лапароскопическим доступом. 2. Эндовидеохирургические операции при ГПОД позволяют значительно улучшить результаты лечения больных, сократить сроки стационарного лечения, улучшить качество жизни пациентов. 3. Наиболее благоприятные результаты отмечены у пациентов, оперированных по способу Nissen-Rosetti с методикой Shot Floopy Nissen.

---

## 789.ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЭКСТРЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ.

Прибыткин А.А. (1), Сергеев А.В. (1), Нарезкин Д.В. (2), Безалтынных А.А. (2)

Смоленск

Клиническая больница скорой медицинской помощи г. Смоленска (1).Смоленский Государственный Медицинский Университет, кафедра госпитальной хирургии (2).

Актуальность. Несмотря на наличие современной клинко-лабораторной, рентгенологической, КТ, СКТ, МРТ и УЗ-диагностики, вопросы дифференциальной диагностики острых заболеваний (хирургических и нехирургических) остаются сложными. Это очевидно при стертой абдоминальной симптоматике или резко выраженной полярности симптомов заболевания. Улучшение диагностики и лечения стали возможны благодаря стремительному развитию лапароскопической хирургии. Материалы и методы. Анализ экстренной абдоминальной патологии, подвергшейся лапароскопической диагностике и лечению, проведён за период с 2000 по 2014 год. Выполнено более 5000 экстренных лапароскопических вмешательств. Структура острых заболеваний органов брюшной полости представлена следующей патологией: острый аппендицит (преимущественно деструктивные формы), острый холецистит (в том числе флегмонозный, гангренозный, с перивезикальным инфильтратом), перфоративная язва желудка и ДПК, острый панкреатит (в том числе с ферментативный перитонитом), тупая травма живота с повреждением и без повреждения внутренних органов, некроз жировых привесков сигмовидной кишки, мезаденит, острая гинекологическая патология, кисты урахуса, онкологические заболевания тонкого и толстого кишечника, осложнённый дивертикулит, синдром абдоминальной ишемии, тромбоз мезентериальных сосудов, перитониты, осложняющие вышеперечисленные заболевания. При острой абдоминальной патологии лапароскопия является наиболее приоритетным по информативности и оперативности осуществления методом дифференциальной диагностики. При этом диагностическая лапароскопия всегда может быть переведена в лечебную с применением лапароскопических технологий оперирования и санации брюшной полости. Результаты. В структуре экстренных лапароскопических вмешательств преобладают: диагностические лапароскопии, лапароскопические аппендэктомии, лапароскопические холецистэктомии, санация и дренирование брюшной полости при остром панкреатите, ушивание перфоративных язв желудка и ДПК. Выполнено 2473 лапароскопических аппендэктомий. Из них: 2243 (90,7%) выполнено по методике обработки брыжейки червеобразного отростка монополярной коагуляцией и клипированием основания аппендикса; лигатурным способом выполнено 173 (7,0%) лапароскопических аппендэктомий; с использованием аппарата GIA-30 – 57 (2,3%) операция. Лапароскопическая аппендэктомия выполнялась при всех формах острого аппендицита, преобладают деструктивные формы – флегмонозный аппендицит (77,3%), гангренозный аппендицит (13,1%). С 2007 года при выполнении ЛА нами используется аппарат Liga Sure (в рамках данного исследования ЛА выполнена 403 пациентам). Выполнена 941 лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите, как флегмонозном, гангренозном (калькулёзном и бескаменном), так и с наличием перивезикального инфильтрата и/или абсцесса. После выполнения диагностической лапароскопии на предмет выявления перфоративной язвы желудка и ДПК, в 167 случаях выполнено лапароскопическое ушивание прободной язвы с дополнительной перитонизацией линии шва прядью большого сальника, санацией и дренированием брюшной полости. Одной из наиболее грозных хирургических патологий является острый панкреатит. Доказано, что лапароскопическая санация брюшной полости, блокада круглой связки печени, декомпрессия по показаниям желчного пузыря, дренирование брюшной полости способны abortивно прервать острый процесс в поджелудочной железе и

751

добиться ремиссии ферментативного перитонита. С 2000 года по настоящее время выполнена 531 диагностическая и лечебная лапароскопия по поводу острого панкреатита, с санацией и дренированием брюшной полости, раскрытием париетальной брюшины по флангам брюшной полости, формированием транскутанных транспечёночных или контактных холецистостом. При травме живота выполнена 369 диагностическая и лечебная лапароскопия. При тупой травме живота без повреждения внутренних органов диагностическая лапароскопия в 59,7% случаев позволила избежать неоправданных лапаротомий. При проникающих ножевых ранениях живота у 53,6% пострадавших лапароскопия позволила исключить повреждение внутренних органов. Удаление некротизированных привесков сигмовидной кишки выполнено у 46 пациентов. В 132 клинических наблюдениях, при выполнении диагностической лапароскопии, констатировано отсутствие абдоминальной хирургической патологии, т.е. диагностирован ложный острый живот. Заключение. Активное использование лапароскопических методик в диагностике и лечении ургентной абдоминальной патологии позволило сократить продолжительность времени динамического наблюдения пациентов с неясной или скрытой симптоматикой, минимизировать диагностические ошибки, снизить количество ненужных и необоснованных лапаротомий.

---

## 790.ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Прибыткин А.А. (1), Сергеев А.В. (1), Нарезкин Д.В. (2), Безалтынных А.А. (2)

Смоленск

Клиническая больница скорой медицинской помощи г. Смоленска (1).Смоленский Государственный Медицинский Университет, кафедра госпитальной хирургии (2).

Актуальность. Особое место в дифференциальной диагностике острого аппендицита занимает лапароскопия. Частота диагностических ошибок при остром аппендиците достигает 28-38,3%. Около 15-25% удаленных червеобразных отростков при гистологическом исследовании оказываются неизменными. С развитием эндовидеотехнологий диагностическая лапароскопия получила дальнейшее развитие в виде лапароскопической аппендэктомии (ЛА). Материалы и методы. За 2000-2014 гг. на базе больницы скорой медицинской помощи г. Смоленска проведено 2473 лапароскопических аппендэктомий. Использовались следующие способы ЛА: клипирование основания червеобразного отростка – 2243 (90,7%) больных; лигатурный способ – 173 (7,0%) больных; с использованием аппарата GIA-30 – 57 (2,3%). ЛА с использованием аппарата GIA-30 проводилась на этапах освоения методики данной операции, а в настоящее время применяется при выраженных изменениях в области основания аппендикса с явлениями тифлита. С 2007 года при выполнении ЛА нами используется аппарат Liga Sure (в рамках данного исследования ЛА выполнена 403 пациентам). В методике с использованием клипс, брыжейка червеобразного отростка обрабатывалась с применением монополярной коагуляции, а основание червеобразного отростка клипировалось и пересекалось. Культя аппендикса обрабатывалась раствором антисептика. При лигатурном способе клипсы заменялись на эндопетли, уже готовые к использованию, или же формировался экстракорпоральный узел по методике Рёдера. В случае использования аппарата Liga Sure, брыжейка аппендикса и его основание подвергались обработке аппаратом. Дополнительно на основание червеобразного отростка накладывалась клипса с целью лучшей герметизации. Во всех случаях удалённый червеобразный отросток извлекается из брюшной полости в троакаре или пластиковом контейнере. После ЛА проводились клинические, лабораторные, бактериологические и морфологические исследования. Результаты. У 903 (27,4%) больных, поступавших в клинику с предположительным диагнозом острый аппендицит, после лапароскопии эта патология была исключена в связи с выявлением заболеваний, нуждающихся в иной хирургической коррекции (мезаденит, сальпингоофорит, апоплексия яичника, внематочная беременность, острый холецистит, острый панкреатит, перфоративная язва желудка и ДПК). Время выполнения ЛА в группе с использованием клипирования составило  $30,1 \pm 2,6$  мин (с аппаратом Liga Sure –  $17,9 \pm 2,4$  мин). При гистологическом исследовании выявлены следующие изменения: катаральный аппендицит – у 238 (9,6%), флегмонозный – у 1911 (77,3%), гангренозный – у 324 (13,1%). При бактериологическом исследовании мазков с культуры червеобразного отростка выявлено: в группе с

применением монокоагуляции в 1294 случаях (57,7%) высеяна *E. Coli* (105 КОЭ/мл). В группе с применением аппарата Liga Sure констатировано отсутствие роста микробной флоры во всех наблюдениях. При морфологическом исследовании брыжейки аппендиксов установлено: в группе, где применялась монополярная коагуляция, зона некроза составила  $2,2 \pm 0,31$  мм. Зона гомогенизации брыжейки после применения Liga Sure составила  $1,3 \pm 0,19$  мм. У 42 (1,7%) больных из-за технических сложностей потребовалась конверсия к традиционной аппендэктомии. Причины перехода к открытой операции: вскрывшийся аппендикулярный абсцесс при гангренозном аппендиците - у 23 (1,1%) больных, распространенный фибринозно-гнойный перитонит при гангренозно-перфоративном аппендиците - у 19 (0,8%) больных соответственно. У 23 клинических наблюдений в группе, где применялось клипирование, имелись интра - и послеоперационные осложнения: кровотечение из аппендикулярной артерии у 13 (0,6%) пациентов, которое остановлено интраоперационно дополнительным коагулированием. Инфильтрат правой подвздошной области отмечен у 8 больных (0,4%), ранняя спаечная кишечная непроходимость - у 2 (0,08%) пациентов. При использовании аппарата Liga Sure в 4 случаях констатировано нагноение троакарной раны (1,01%). В ходе работы установлены относительные противопоказания к применению аппарата Liga Sure для лапароскопической аппендэктомии: перфорация в области основания червеобразного отростка; выраженный тифлит; гангренозный аппендицит, когда диаметр червеобразного отростка более 10 мм; флегмона брыжейки червеобразного отростка. Выводы. 1. Диагностическая лапароскопия показана во всех случаях неоднозначной симптоматики острого аппендицита, и позволяет значительно сократить число диагностических ошибок и общее количество операций по поводу острого аппендицита. 2. Лапароскопическую аппендэктомию лучше выполнять методом клипирования или лигирования, а пересечение брыжейки червеобразного отростка проводить аппаратом Liga Sure.

---

791.Профилактика осложнений после резекции поджелудочной железы

Лубянский В.Г. (1), Аргучинский И.В. (2), Сероштанов В.В (1).

Барнаул

1) ГБОУ ВПО АГМУ, 2) КГБУЗ ККБ

Цель: улучшить результаты панкреатоэнтеростомии после резекции поджелудочной железы при хроническом панкреатите и опухоли поджелудочной железы  
Материалы и методы: В клинике оперировано 124 больных с хроническим панкреатитом и опухолью поджелудочной железы, которым выполнены различные варианты резекции поджелудочной железы. Среди них было 84 (68%) мужчин и 40 (32%) женщин. Средний возраст  $50,47 \pm 4$  лет. Всем больным проводились клинические и биохимические исследования с определением параметров гомеостаза, а также динамические исследования амилазы крови, коагулограммы, УЗ-исследование органов брюшной полости на аппарате Esaote Mylab, МСКТ брюшной полости на аппарате SOMATOM Definition-128 с применением методики внутривенного контрастирования «Ультравист 370», ФГДС проводилось для оценки состояния большого дуоденального сосочка. Резецирующие операции включали выполнение ПДР у 36 (29%) больных, из них у 11 (8,8%) пилоросохраняющие. Выполнение ПДР на фоне воспалительных изменений поджелудочной железы и окружающих тканей может представлять риск тяжелых интраоперационных кровотечений, которые возникли у 3 больных, и других осложнений, и сопровождаться ферментативной недостаточностью в отдаленные сроки. Дистальная резекция поджелудочной железы выполнена у 29 (23%) больных. Из них – 9 (7%) с панкреатокишечным анастомозом, у 20 (16%) с зашиванием культи поджелудочной железы. При выполнении дистальной резекции нами у 5 (4%) больных произведено сохранение селезенки. Для этого артерия и вена прошивались проксимально, вблизи от трифуркации чревного ствола. Кровоснабжение селезенки осуществлялось за счет сохранения коротких желудочных артерий в процессе мобилизации большой кривизны желудка. Интрапаренхиматозная резекция поджелудочной железы предпринята у 59 больных (48%). Резецированные препараты подвергались гистологическому исследованию с окраской на гематоксилин-эозин и Ван-Гизон. Результаты: Осложнения возникли у 36 больного (29%). Частота возникновения осложнений после ПДР составила 14%, после дистальной резекции – 5%, после

интрапаренхиматозной резекции – 11%. Среди умерших у 5 больных развилась полиорганная недостаточность; один больной умер в результате кровотечения из аневризмы селезеночной артерии. При анализе осложнений выявлено, что несостоятельность швов ПЭА обнаружена у 6 больных (4,8%) – 5 после ПДР и 1 после центральной резекции поджелудочной железы. Абсцессы в зоне ПЭА и подпеченочном пространстве - у 2 больного после ПДР и у 8 больных после интрапаренхиматозной резекции поджелудочной железы (8%). При анализе причин возникновения абсцессов оказалось, что они развились у больных с билиарной гипертензией, которым предварительно было выполнено билиарное дренирование. Нарушение эвакуации из желудка после ПДР у 8 больных (6,4%). Абсцессы и жидкостные скопления после дистальной резекции наблюдались у 2 (2%) больных, которым не накладывался панкреатокишечный анастомоз, а проводилось зашивание и перитонизация культи поджелудочной железы со спленэктомией. У лиц с сохранением селезенки этих осложнений мы не наблюдали. Кровотечение из ветвей ГДА и аневризмы селезеночной артерии в просвет панкреатокишечного анастомоза возникло у 3 больных (2,4%), Из них у 2 (1,6%) больных после резекции головки поджелудочной железы и у 1 больного (0,8%) кровотечение возникло из аневризмы селезеночной артерии. Возникновение внесистемных осложнений (плеврит, флеботромбоз голени, задержка мочи) зарегистрировано у 9 (7%) больных. Наиболее благоприятные условия для наложения ПКА складывались при плотной структуре ткани поджелудочной железы, при которой наложение однорядного ПКА оказалось достаточным для закрытия сформированной полости. Процент осложнений, прежде всего несостоятельности оказался низким (4,8%), а летальность составила менее 7%. Несостоятельность швов панкреатокишечного анастомоза регистрировалась у больных после наложения двухрядного шва. Основной причиной несостоятельности явилась рыхлая структура ткани поджелудочной железы, натяжение тканей кишечной петли в процессе наложения второго ряда швов, воспалительная инфильтрация паренхимы поджелудочной железы. Именно поэтому поиск новых способов наложения ПКА, имеет принципиальное значение, при котором ткани первого ряда швов закрывались бы здоровыми тканями кишечной трубки с неизменной стенкой и адекватным кровотоком. Такой способ наложения ПКА показан и в случаях, когда диаметр кишечной петли не позволяет без натяжения наложить двухрядный шов из-за высокого риска прорезывания паренхимы железы, или операции при «мягкой» структуре поджелудочной железы. Выполнение интрапаренхиматозной резекции сопровождается меньшим числом интраоперационных кровотечений и осложнений в ближайшем послеоперационном периоде. Это связано с более благоприятными техническими особенностями выполнения интрапаренхиматозной резекции, которые обуславливают меньший риск травматизации верхней брыжеечной вены вследствие ее вовлечения в воспалительный процесс. Выводы: • Применение интрапаренхиматозной резекции поджелудочной железы дает меньше осложнений (11%) в сравнении с гастропанкреатодуоденальной резекцией (14%); • Наибольшее число осложнений возникло в случаях «мягкой» структуры поджелудочной железы; • Применение клея «сульфокрилат» эффективно только в ближайшем периоде в течение первых суток, в отдаленные сроки клейкая пластина может отслаиваться и сочетаться с формированием жидкостных скоплений; • Для снижения риска несостоятельности ПКА при инфильтрированной ткани железы для герметизации соустья, показано закрытие ПКА свободным концом кишечной петли, что не сопровождается возникновением несостоятельности панкреатоэнтероанастомоза.

---

792. Комплексный подход к лечению деструктивных форм острого панкреатита.

Хрупкин В.И., Афанасьев А.Н., Кириллин А.В., Шалыгин А.Б.

Москва

ГКБ им. И.В. Давыдовского

Основу исследования составили результаты обследования и лечения 256 больных деструктивными формами острого панкреатита, поступивших на лечение в ГКБ им. И.В. Давыдовского в период с 2010 по 2014 гг по поводу острого панкреатита. Всем пациентам с острым деструктивным панкреатитом (подтвержденным инструментальными и лабораторными методами исследования) выполнялись «закрытые» методы дренирования, такие как пункция и дренирование жидкостных образований в проекции поджелудочной

желудка, сальниковой сумки и забрюшинного пространства, брюшной полости, причем, не зависимо от распространенности процесса. В соответствии с объемом деструкции, полученных при инструментальных методах исследования пациенты были разделены на три группы. Использована модифицированная классификация с учетом клинико-морфологической характеристики заболевания, основанная на оценке первоначального объема деструкции поджелудочной железы и динамики развития органной дисфункции: Отечная форма (интрестрициальный панкреатит), Острый панкреонекроз: очаговый (некроз до 30% ткани ПЖ), массивный (30-60% ткани ПЖ), тотально-субтотальный (более 60% ткани ПЖ). Используя общепринятые интегральные клинико-лабораторные шкалы параметров физиологического состояния больного (SAPS, APACHE-III), производили оценку тяжести состояния, степень органной дисфункции, определяли прогностические критерии. Синдром полиорганной недостаточности (СПОН) при остром деструктивном панкреатите (ОДП) имеет свои особенности вследствие выраженного болевого синдрома, быстро нарастающей и устойчивой к прокинетики терапии кишечной дисфункции, и развивающегося вследствие этого повышения внутрибрюшного давления (ВБД). Продленная эпидуральная блокада (ЭБ) раствором местного анестетика, включенная в комплекс ИТ тяжелого ОДП, надежно купирует болевой синдром, имеет выраженное прокинетики действие на перистальтику кишечника, вызывает релаксацию мышц передней брюшной стенки и приводит к более быстрому снижению ВБД и предотвращению синдрома ПОН. Сочетание эффектов продленной ЭБ и раннего энтерального питания позволяет существенно улучшить результаты лечения больных деструктивными формами панкреатита. В отделении реанимации и интенсивной терапии всем включенным в исследование больным наряду со стандартной терапией проводилась продленная грудная ЭБ раствором нарпина 0,2% со скоростью 6–8 мл/час. с измерение ВБД при помощи системы «Urosafety plus» через мочевого катетер. Установлено, что при поступлении уровень ВБД был повышен и достигал 18–20 мм рт. ст. у пациентов всех групп. К третьим суткам терапии с продленной ЭБ уровень ВБД был в среднем  $9,8 \pm 1,2$  мм рт.ст., что позволяло начать энтеральное питание. Питание энтеральными смесями осуществлялось через тонкий назоеюнальный зонд, устанавливаемый на 30–40 см за связку Трейца при контроле сброса через назогастральный зонд. Наиболее достоверным методом диагностики острого деструктивного панкреатита и его гнойно-деструктивных осложнений являлась компьютерная томография. Используя данные компьютерной томографии в том числе в динамике, проводили оценку поражения поджелудочной железы и окружающих тканей по шкале E. Balthazar. Учитывая масштаб некроза поджелудочной железы, вычисляли КТ индекс тяжести CTSI, путем сложения балла по E. Balthazar и балла масштаба некроза ПЖ. Степень экстрапанкреатических проявлений острого панкреатита определяли по T.Schroder. Обобщив клинический и морфологический материал, полученный при обследовании и лечении данных больных, выявлено, что закономерность развития патологического процесса в поджелудочной железе и структура осложнений зависят от первичного объема поражения поджелудочной железы. При КТ и УЗИ выявлены неоднородные деструктивные очаги, размеры которых не превышал 30% ткани поджелудочной железы. Степень поражения поджелудочной железы по CTSI – 3-4 балла, окружающих тканей по Schroder – 0-4 балла. Всем больным данной группы проводили стандартизованную базовую интенсивную терапию, направленную на прерывание каскада патобиохимических процессов в поджелудочной железе и окружающих тканях, ограничение и локализацию очагов некроза, предотвращение развития в них инфекционных осложнений и пункции, дренирование сальниковой сумки или очагов деструкции в поджелудочной железе в сочетании с продленной ЭБ. Предложенный алгоритм лечебных действий позволял купировать деструктивный процесс в поджелудочной железе при очаговом панкреонекрозе и окружающих тканях без выполнения лапаротомии. При масштабах некроза поджелудочной железы достигающих 30%-60%. всегда образуются крупные секвестры, заключенные в сложные замкнутые полости и поддерживающие высокий уровень тканевой интоксикации. Интенсивная многокомпонентная терапия в комплексе с методами малоинвазивных «закрытых» способов дренирования, продленной эпидуральной анальгезией, экстракорпоральной детоксикации были недостаточными для купирования патологического процесса при массивном панкреонекрозе, что диктовало необходимость санации обширных гнойно-некротических очагов традиционными хирургическими методами с выполнением лапаротомии. Однако за счет снижения интоксикации на фоне проводимых консервативных мероприятий в сочетании с применением малоинвазивных методов дренирования и проведения продленной ЭБ, что проявилось в снижении степени тяжести по шкалам оценки и снижения ВБД. У пациентов с деструкцией поджелудочной железы более 60% наличие тяжелого течения острого деструктивного панкреатита, сопровождалось перитонеальной симптоматикой и у 73,5% больных явилось показанием к раннему оперативному вмешательству. Наличие тяжелого течения острого деструктивного панкреатита в этой группе больных, в период развития ранних постнекротических асептических осложнений, также, как и при легкой и средней степени тяжести течения заболевания, являлось показанием к комплексному консервативному лечению, которое было дополнено лапароскопической санацией и дренированием брюшной полости или дренированием сальниковой сумки и очагов деструкции под УЗ-

контролем. Тем не менее проведение указанных малоинвазивных мероприятий сопровождалось лишь некоторым кратковременным улучшением состояния больных и являлось, по существу, одним из подготовительных этапов комплексного лечения, которое в связи с неэффективностью последнего послужило показанием к выполнению открытых оперативных вмешательств. Лечебно-диагностическая лапароскопия и малоинвазивные методы «закрытого» дренированием очагов деструкции позволяет снизить проявление эндогенной интоксикации у больных острым панкреатитом. При очаговом панкреонекрозе лечебно-диагностическая лапароскопия и мининвазивные методы дренирования является завершающим видом оперативного лечения и позволяет снизить количество койко-дней, гнойных осложнений и летальность. Поражение поджелудочной железы более 30% сопровождается неотграниченными гнойными осложнениями, что требует выполнения лапаротомии с последующим «открытым» дренированием очагов деструкции с последующими этапными санациями с использованием аппарата гидропресивной препаровки очагов деструкции что позволяет снизить количество койко-дней, гнойных осложнений и уменьшить общую летальность. Результаты исследования выявили, что измерение ВБД и показателей балльной оценки тяжести в совокупности с динамической оценкой параметров КТ является высокоинформативным методом мониторинга применения данного алгоритма лечения с использованием комбинированной эпидуральной анестезии, проводимой комплексно на этапах лечения пациентов с различными формами острого панкреатита

---

793. Хирургическое лечение больных с острым калькулезным холециститом

Нажмудинов З.З., Магомедов М.А., Исаев Х.М.-Р., Гусейнов А.-К.Г., Абдулаев У.М.

Махачкала

ДГМА

Анализу подвергнут материал, «История болезни» пациентов находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении №2 РБ2 ЦСЭМП, за 2013-2014 годы. Всего госпитализировано -1176 пациентов с диагнозом: «Острый холецистит», «Острый калькулезный холецистит», «Острый калькулезный холецистит, осложненный холедохолитиазом», «Острый бескаменный холецистит», «Билиарный панкреатит» и т.д. Из них по скорой помощи поступило 610(51,8%) пациентов, самотеком- 534(45,4%) и по направлению различных лечебных учреждений-32(2,8%). По срокам поступления - до 24 часов с момента заболевания госпитализировано-458(47,4%) и позже 24 часов 618(52,6%) пациентов. Превалирующее большинство госпитализированных пациентов составляют женщины - 864(73,5%). Возраст колеблется в пределах 19-79 лет. Основной контингент пациентов работоспособного возраста 27-49 лет. Из всех госпитализированных: оперировано- 784(66,6%), не оперировано -392(33,4%) пациентов. Среди оперированных пациентов преобладало «Лапароскопическая холецистэктомия»- 640(81,6%), «Традиционная холецистэктомия» - 144(18,4%) случаев. Все случаи «Традиционной холецистэктомии» сопровождались с интраоперационной ревизией холедоха. В 72(9,1%) случаях у пациентов до операции наблюдалась желтушность кожных покровов различной интенсивности. По данным УЗИ и показателям биохимических анализов крови подтверждено наличие конкрементов в общем желчном протоке. Колебание билирубина крови в пределах - 60-120 мкмоль/л. Во всех этих случаях пациентам до операции проводилась общепринятая инфузионная терапия. Интраоперационно проводилась ревизия холедоха с холангиоскопией или холедохографией. Анализ данного материала показал, что пациенты в последние годы все чаще поступают адресно, т.е. пользуются законным правом выбора врача, о чем свидетельствует самостоятельное поступление большей части пациентов- 45,4%, основной контингент пациентов 62% поступили в дневное, т.е. рабочее время. Доступность УЗИ методов диагностики, позволило более раннем периоде выявить наличие ЖКБ, что во многом снизил процент осложненных форм холецистита. Пациентам с осложненной формой ЖКБ, в частности холедохолитиаз, широко применяется двух а иногда и трех этапное оперативное вмешательство. Первым этапом выполняется папилосфинктеротомия и удаление конкрементов из холедоха, вторым этапом лапароскопическая холецистэктомия, по необходимости интраоперационная холангиография. В случае выявления сопутствующих заболеваний, которые нуждаются в коррекции, пациенту накладывалась под УЗИ

756

наведением холецистостомию, до стабилизации состояния. В последующем все они подвергнуты к оперативному лечению. Объем операции холецистэктомия, ревизия и дренирование холедоха. Применение данной тактики лечения пациентов с ЖКБ с различными осложнениями и сопутствующей патологией позволило нам снизить процент послеоперационных осложнений. Сократить количество койка дней и период реабилитации пациентов.

---

794. Анализ клинического материала больных с ранней послеоперационной кишечной непроходимостью

Нажмудинов З.З., Магомедов М.А., Абдулаев У.М., Исаев Х.М.-Р.

Махачкала

ГБОУ ВПО "Дагестанская государственная медицинская академия" МЗ РФ.

Ретроспективно анализирован материал «медицинская карта» стационарного пациента находившихся на лечении в хирургическом отделении №2 РБ2 ЦСЭМП, г. Махачкалы за пять лет с Диагнозом в графе осложнение «Ранняя послеоперационная спаечная кишечная непроходимость». Актуальность. Ранняя послеоперационная спаечная кишечная непроходимость (РПСКН) занимает особое место среди осложнений, требующих повторных оперативных вмешательств на органах брюшной полости в послеоперационном периоде. Это обусловлено возрастающей частотой данного осложнения, высокой летальностью, большими трудностями в его диагностике и лечении. Материалы и методы. За период с 2009 по 2014 гг. в отделении абдоминальной хирургии №2 РБ2 ЦСЭМП находились на лечении 50 пациентов с ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимостью (РПСКН). Наиболее часто развитие данного осложнения отмечено у больных, оперированных по поводу следующих заболеваний: Деструктивный аппендицит-19 (38%); Закрытая травма живота с повреждением внутренних органов -10 (20%); Острая спаечная кишечная непроходимость-11 (22%); Деструктивный холецистит-5 (10%); Язвенная болезнь желудка или 12 перстной кишки-4(8%); Гинекологические заболевания (пиосальпинкс, пельвиоперитонит, трубная беременность и др.) -1 (5%). Ретроспективный анализ повторных оперативных вмешательств по поводу РПСКН позволил объединить основные причины развития данного осложнения в две основные группы: 1.Разлитой перитонит; 2.Тактические и технические ошибки хирургов во время первой операции и в послеоперационном периоде: а) большая травматичность предшествующей операции; б) неадекватная санация и дренирование брюшной полости; в) отказ от закрытой декомпрессии и интубации тонкой кишки; г) оставленные инородные тела в брюшной полости; д) отсутствие ранней стимуляции кишечника в послеоперационном периоде. Возраст больных колебался от 18 до 65 лет. Мужчин из них 31 (68,1%), женщин 19 (31,9%). Диагностический поиск у больных с РПСКН начинался с изучения клинико-объективных и лабораторных данных. Клиническая картина РПСКН является стертой. Это связано с наложением симптомов предшествующего оперативного вмешательства и проводимой в послеоперационном периоде интенсивной и антибактериальной терапией. В послеоперационном периоде чрезвычайно важно динамическое наблюдение за пациентами, всегда настораживает длительно продолжающийся парез желудочно-кишечного тракта. Напряжение мышц передней брюшной стенки, болезненность при пальпации, частота и характер кишечной перистальтики, количество и состав выделяемого по НГЗ, частота пульса и артериальное давление являются важнейшими критериями для оценки сложившейся ситуации и решения вопроса о дальнейшей тактике лечения. Следует выделить ряд симптомов в той или иной степени выраженности, характерных для всех больных с РПСКН: Рвота, изменение перистальтики, боли диффузного характера, болезненность при пальпации передней брюшной стенки, вздутие живота и т.д. Среди лабораторных исследований, при РПСКН, нами проведены общие анализы крови и мочи, определение креатинина и мочевины в крови. В большинстве наблюдений определялись высокие цифры НВ и Нт, лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг. Методом выбора в диагностике РПСКН являются рентгенологические исследования. Обзорная рентгенография брюшной полости выполнена всем 50 пациентам. При этом, в 43(86%) случаях выявлены рентгенологические признаки острой кишечной непроходимости: наличие чаш Клойбера, поперечная исчерченность тонкой кишки (симптом Кейси). Другим скрининговым методом диагностики РПСКН является ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости. При помощи

УЗИ возможно оценить состояние кишки, определить ее диаметр, толщину стенки, ширину складок слизистой и характер перистальтических движений. Так, при тонкокишечной непроходимости диаметр кишки находится в интервале от 3,0 до 5,5 см. Толщина стенки тонкой кишки составляет 4-6 мм. При нарастании клиники кишечной непроходимости, увеличивается диаметр кишки, уменьшается толщина ее стенки. По характеру перистальтических движений, можно судить о передвижении жидкого содержимого в просвете кишки. Ускоренные перистальтические движения характерны при обтурационной кишечной непроходимости. Гораздо реже ускоренная перистальтика отмечается у больных со странгуляционной кишечной непроходимостью. Замедление или полное отсутствие перистальтических движений характерно для динамической кишечной непроходимости. УЗИ органов брюшной полости выполнено также всем 50 больным. При этом у 46 (92%) пациентов в брюшной полости обнаружена свободная жидкость. В 38 случаях петли тонкой кишки были расширены до 3,0-5,0 мм в диаметре. Большие перспективы открываются при использовании лапароскопии не только с целью установления диагноза, но и выполнения интродуцированного адгезиолизиса, а так же динамического наблюдения в послеоперационном периоде. По нашему мнению, отсутствие эффекта от консервативной терапии в течение 4-5 суток в раннем послеоперационном периоде является показанием к проведению лапароскопического исследования. Противопоказания к проведению лапароскопического исследования: 1. Распространенный перитонит; 2. Большие гнойники брюшной полости; 3. Проведение лапароскопии через 10-12 суток. Лапароскопическое исследование выполнено 7 пациентам, из них 6 больным установлен диагноз РПСКН. Лечение больных с РПСКН начинали с консервативных мероприятий. Несмотря на применение разнообразных методов стимуляции кишечника, эффект от консервативной терапии отсутствовал у 45 больных. У 9 пациентов отмечался ложноположительный результат (уменьшалось вздутие живота, появлялась или усиливалась перистальтика, отходили газы, был стул). Целью операции являлось устранение препятствия и декомпрессия кишечника, санация и дренирование брюшной полости. Следует подчеркнуть, что во всех случаях РПСКН выявлялся сопутствующий перитонит, который в сочетании с паралитическим илеусом являлся одной из причин развития непроходимости. В большинстве наблюдений доступом служила широкая срединная лапаротомия. Обязательным в ходе операции считаем проведение различных видов декомпрессии и интубации кишечника. Предпочтительно выполнение антеградных способов декомпрессии тонкой кишки. При этом интубация снижает кишечную гипертензию, позволяет хорошо опорожнять не перистальтирующий кишечник, нормализует кровообращение, обеспечивает функционально выгодное положение кишки. Выводы 1. При сравнительном анализе результатов хирургического лечения больных в плановой и экстренной абдоминальной хирургии установлено, что основными причинами развития ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимости являются: разлитой перитонит, тактические и технические ошибки хирургов в ходе операции и в послеоперационном периоде (большая травматичность предшествующей операции, неадекватные санация и дренирование брюшной полости). 2. Консервативная терапия при ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимости продолжительностью более 24 часов приводит к увеличению летальности в 2 раза. 3. Оперативное пособие при ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимости направлено на устранение препятствия и проведение декомпрессии кишечника. Методом выбора является НИЗ тонкой кишки двухпросветным зондом, по показаниям, у пациентов с сопутствующей хронической легочной патологией целесообразно выполнить гастроинтестинальную интубацию по Ю.М. Дедереру. 4. Усовершенствование методов диагностики и комплексного лечения больных с ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимостью позволили снизить летальность при данной патологии.

---

795. Результаты эндохирургического лечения пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы

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

Казань

Республиканский клинический онкологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Татарстан



Актуальность. Очевидно, что лапароскопические антирефлюксные операции являются приоритетными в лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). Цель. Представить объективный анализ результатов эндохирургического лечения пациентов с ГПОД. Материалы и методы. В период 1996-2014 гг. в отделении хирургии пищевода и желудка РКОД МЗ РТ находилось на лечении 922 пациента с диагнозом ГПОД. Возраст больных от 15 до 78 лет (средний возраст  $54 \pm 0,71$  года). Мужчин - 521 (56,5%), женщин - 401 (43,5%). Соотношение мужчин и женщин составило 1,4:1. Показаниями к операции явились: осложненные формы ГПОД (наличие пептической язвы, стриктуры пищевода, пищеводного кровотечения, метаплазия Барретта) 386 (42%), неэффективность консервативной терапии 357 (38%), сочетание ГПОД с хроническим калькулезным холециститом или язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки 84 (9%), внепищеводные проявления ГПОД 52 (6%), паразофагеальные ГПОД 43(5%). Виды лапароскопических фундопликаций: Ниссена-Розетти 769 (83%), Ниссена 143 (16%), Тупе 6 (0,6%), Дора 4 (0,4%). Результаты. Основные показатели лапароскопических антирефлюксных операций: летальность 3 (0,3%), интраоперационные осложнения 42 (4,5%), ранние послеоперационные осложнения 443 (48%), поздние послеоперационные осложнения 83 (9,5%), рецидив гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) 56 (6%). Характер и частота интраоперационных осложнений: перфорация желудка 16 (1,7%), перфорация пищевода 12 (1,3%), внутрибрюшное кровотечение 5 (0,5%), повреждение блуждающих нервов 5 (0,5%), пневмоторакс 4 (0,4%). Характер и частота ранних послеоперационных осложнений (срок до 1 месяца, включая госпитальный период): внутрибрюшное кровотечение 3 (0,3%); транзиторные функциональные расстройства, не требующие медикаментозной терапии - дисфагия 200 (21,7%), «gas-bloat»-синдром 181 (19,6%); диарея, запор, аэрофагия 45 (4,9%); рецидив ГЭР 8 (0,9%); не диагностируемая перфорация желудка 2 (0,2%); ишемический некроз фундопликационной манжеты 1 (0,1%); острая язва желудка 1 (0,1%); инфаркт миокарда 1 (0,1%); левосторонняя нижнедолевая пневмония 1 (0,1%). Характер и частота поздних послеоперационных осложнений (срок после 1 месяца): «gas-bloat»-синдром тяжелой степени 23 (2,5%); стойкая дисфагия 13 (1,4%); пищеводно-манжеточный свищ 2 (0,2%); вторичная паразофагеальная ГПОД 2 (0,2%); рецидив ГЭР 48 (5,2%). Результаты лечения ГПОД были оценены по A.Visik (сроки наблюдения от 12 месяцев до 18 лет): отличный и хороший 808 (87,2%); удовлетворительный 52 (5,6%); неудовлетворительный 67 (7,2%). Причины неудовлетворительных результатов: 56 (83,6%) рецидив ГЭР; рецидив пептической стриктуры без рецидива ГЭР 7 (10,4%); развитие аденокарциномы в пищеводе Барретта 4 (6%) без рецидива ГЭР.

---

#### 796. Результаты эндохирургического лечения пациентов с ахалазией кардии

Бурмистров М.В.(1), Сигал Е.И.(1), Шарапов Т.Л.(1), Иванов А.И.(1), Бакиров М.Р.(2)

1)Казань, 2)Набережные Челны

1) Республиканский клинический онкологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Татарстан 2) Больница скорой медицинской помощи

Актуальность: на долю ахалазии кардии приходится от 3,1 до 20% всех поражений пищевода. 0,5-1 случай заболевания регистрируется примерно на 100000 населения. По данным отечественных и зарубежных авторов, наиболее эффективным способом лечения пациентов с диагнозом ахалазии кардии является эндохирургическая операция Геллера-Дора. Цель: представить объективные результаты эндохирургического лечения пациентов с диагнозом ахалазия кардии. Материалы и методы: в период 1996-2014 гг. в период 1996-2014 гг. в отделении хирургии пищевода и желудка РКОД МЗ РТ находилось на оперативном лечении 186 пациентов с диагнозом ахалазия кардии. Возраст больных от 17 до 85 лет (средний возраст  $51 \pm 0,71$  года). Мужчин - 103 (55,3%), женщин - 83 (44,7%). Показания к оперативному лечению: неэффективность кардиодилатации 52 (30%), неэффективность эндоскопического лечения ботулиновым токсином А 23 (12,3%), возраст больных меньше 40 лет или как первичное лечение 111 пациентов (57,7%). Операция выбора лапароскопическая передняя внеслизистая вертикальная эзофагокардиомиотомия по Геллеру в дополнении с передней гемифундопликацией по Дору. Основные показатели ВЛС операции: летальных исходов и конверсий к лапаротомии не было; интраоперационные осложнения были у 35 пациентов (18,5%)

- перфорация пищевода 34, внутрибрюшное кровотечение 1 (0,5%); ранние послеоперационные осложнения (срок до 1 месяца, включая госпитальный период) констатированы у 3 больных (1,6%) - кровотечение (1), спонтанный разрыв пищевода (1), высокий желудочный свищ (1) были зафиксированы у одного пациента, эмпиема плевры слева (1), внутрибрюшная гематома (1); поздние послеоперационные осложнения (срок после 1 месяца) выявлены 25 больных (13,4%) - рецидив дисфагии (23), формирование псевдодивертикула (1); вторичная параэзофагеальная ГПОД (1). Причины послеоперационного рецидива дисфагии и лечебные мероприятия по ее устранению: рецидив 1 типа (неадекватная миотомия) 5 пациентов - релапароскопия, ремио-томия (2) и дивертикулэктомия (1), эндоскопическое введение ботулотоксина (3); рецидив 2 типа (рубцово-спаечный процесс) 10 пациентов - кардиодилатация (9), экстирпация пищевода с пластикой стеблем желудка (1); рецидив 3 типа (атония пищевода) 8 пациентов - экстирпация пищевода с пластикой стеблем желудка (торакотомия+лапаротомия - 3, видеоторако-скопия+лапаротомия - 2, видеоторако-скопия+видеолапароскопия - 3). Результаты лечения ахалазии кардии (срок наблюдения от 12 месяцев до 16 лет): отличный и хороший 145 (80%); удовлетворительный 18 (9,7%); неудовлетворительный 23 (12,3%).

---

797. Лечебная тактика у больных пожилого и старческого возраста с хроническим холециститом.

НАЖМУДИНОВ З.З., МАГОМЕДОВ М.А., АБДУЛАЕВ У.М.

Махачкала

ГБОУ ВПО "Дагестанская государственная медицинская академия" МЗ РФ.

Материал и методы. В настоящей работе приведен анализ материала лечения хронического калькулезного холецистита (ХКХ) у 104 пациентов в возрасте от 60 до 75 лет. Из них 76 (73,1%) женщин, 28 (26,9%) мужчин. Из 104 пациентов ХКХ у 86 (82,6%), полипоз желчного пузыря (ЖП) у 12 (11,5%) и холестероз ЖП у 6 (5,7%) пациентов. Холедохолитиаз выявлен у 37 (35,5%) пациентов, механическая желтуха у 24 (23,0%), холангит - у 9 (8,6%), перипапеллярный дивертикулит у 7 (6,7%), стриктура большого дуоденального соска (БДС) - у 6 (5,7%). Клинически у всех пациентов наблюдались постоянные боли, и чувство наполнения после приема пищи в правом подреберье и в эпигастриальной области. Длительность заболевания от 5 до 15 лет. Тошнота наблюдалась у 75 (72,1%) пациентов, рвота у 38 (36,5%), желтушность склер и кожного покрова у 24 (23,0%), повышение температуры тела выше 37,5 °С у 18 (17,3%) больных, учащение пульса от 85-100 ударов в минуту и выше у 47 (45,2%). Артериальное давление (А\Д): систолическое - от 140-240 мм рт.ст., диастолическое - от 90 до 140 мм рт.ст. Картина периферической крови характеризовалась умеренным лейкоцитозом с нейтрофильным сдвигом влево. Содержание общего билирубина в крови составило от 35 до 150 мкмоль/л. С целью диагностики ХКХ, кроме сбора анамнеза, осуществляли стандартные клинико-лабораторные исследования, эзофагогастродуоденоскопию (ЭФГДС), ультразвуковое исследование гепатобиллиарной зоны и поджелудочной железы. В течение первых суток с момента госпитализации всем пациентам, учитывая сопутствующую патологию, проводилась предоперационная коррекция нарушений в течение 2-4 дней. Результаты и обсуждение. Холецистэктомия выполнена 96 (92,3%) пациентам, в том числе холедохолитотомия в 37 (35,5%) случаях. В 8 (7,6%) случаях произведена папилосфинктеротомия (ПСТ) с литотрипсией и литоэкстракцией и в 8 (7,6%) случаях с наружным дренированием ЖП. Характер проведенных оперативных вмешательств: В 67 (64,4%) случаях выполнена типичная лапароскопическая холецистэктомия под эндотрахеальным наркозом (ЭТН), давление в брюшной полости не превышало 10 мм рт.ст. У 29 (27,8%) под ЭТН, с успехом применяли косой разрез по Кохеру, обеспечивающий оптимальный доступ к желчевыводящим путям и создающие удобства для дренирования общего желчного протока и брюшной полости. В 8 (7,6%) случаях под местным обезболиванием выполнена наружное дренирование ЖП под УЗИ наведением, учитывая тяжесть сопутствующих заболеваний, «Сахарный диабет 2 типа, в стадии декомпенсации», «ГБ-3ст., Риск-4, АГ-4ст.», «Фибрилляция предсердий», «Бронхиальная астма в стадии обострения». Этим пациентам на 8-10 сутки выполнена ПСТ с литотрипсией и литоэкстракцией. В 5 (4,8%) случаях полипоз подтвержден лишь после вскрытия ЖП. Длительное носительство камней в ЖП у 37 (35,5%) пациентов привело к холедохолитиазу, который проявился механической желтухой у 24 (23,0%) и

холангитом у 9(8,6%). При подозрении на холедохолитиаз, который подтверждался анамнезом, клинико-лабораторными исследованиями и пароклиническими данными, т.е. расширение гепатикохоледоха более 10 мм в диаметре, у 8 (27,5%) пациентов было произведено интраоперационная холангиография и у 21(72,4%) интраоперационная холедохоскопия с последующим дренированием гепатикохоледоха у 29(27,8%) больных. ПСТ мы выполняли по общепринятым показаниям у 8 пациентов, учитывая тяжесть сопутствующих заболеваний. В качестве сочетанных операций у больных были выполнены: герниопластика по поводу пупочной грыжи 4(3,8%), рассечение спаек после аппендэктомии в 2(1,8%) случаях. Характер операции: Холецистэктомия (ХЭ) -96(92,3%), ХЭ + холедохолитотомия-37(35,5%), ХЭ+ холедохотомия-12(11,5%), ХЭ+папиллосфинктеротомия-8(7,6%), Холецистостомия + ПСТ-8(7,6%), ХЭ+дренирование холедоха по Пиковскому-8(7,6%) случаях. Выводы. В подавляющем большинстве случаев у 82,6% пациентов причиной хронического холецистита явилась желчнокаменная болезнь. Наличие калькулезного холецистита является показанием к плановому оперативному лечению. Тщательная предоперационная подготовка, направленная на лечение сопутствующих заболеваний, и операция в холодном периоде, позволяют предотвратить развитие деструктивного холецистита и его осложнений, а так же сводит к минимуму послеоперационную летальность. В наших наблюдениях после операции летальных исходов не было.

---

798.Современные методы диагностики и хирургического лечения ректоцеле.

Хитарьян А.Г.(1,3), Дульеров К.А.(1), Стагниева Д.В.(2), Прокудин С.В.(3), Ромодан Н.А.(1), Ковалев С.А.(1)

Ростов-на-Дону

Хитарьян А.Г.(1,3), Дульеров К.А.(1), Стагниева Д.В.(2), Прокудин С.В.(3), Ромодан Н.А.(1), Ковалев С.А.(1)1 НУЗ "Дорожная клиническая больница" ст. Ростов-Главный ОАО "РЖД", г. Ростов-на-Дону (главный врач - О.И. Нахрацкая),2 МБУЗ "Городская поликлиника"

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с ректоцеле посредством двухуровневой пластики тазового дна. Материалы и методы. Мы располагаем 8 летним опытом хирургического лечения более 200 пациенток с ректоцеле и задним тазовым пролапсом. Клиническую группу составили 49 женщин, страдающих ректоцеле 2-3 степени. Возраст больных колебался от 31 до 70 лет. Пластика ректоцеле осуществлялась из комбинированного трансвагинального и трансректального доступа и заключалась в сакроспинальной фиксации купола влагалища, кольпорафии, дополненной трансректальной «11 часовой» мукопексией на высоту до 5 см от зубчатой линии. Всем пациенткам проводили предгоспитальное обследование, включающее: клинический осмотр, мануальное гинекологическое и проктологическое исследование, оценку опущения тазового дна по системе POP-Q, эвакуаторную рентгеновскую проктодефектографию, дополнительно проводили тоноперинеометрию в покое и при напряжении, трансвагинальную соноэластографию с функциональной пробой при натуживании, МРТ органов малого таза. При перинеометрии уточняли степень недостаточности тонического усилия мышц промежности. В норме прирост давления на 20-50 мм.рт.ст. и выше свидетельствовал об отсутствии недостаточности тазового дна. Значения градиента давления 5-20 мм.рт.ст. отражали умеренную морфофункциональную недостаточность, при повышении давления на 5 мм.рт.ст. и менее, расценивалось как выраженная недостаточность тазового дна. Для оценки симптомов заболевания до и после операции использован опросник PFDI, Оценка отдельных симптомов расстройств кишечника и прямой кишки была проведена по подкатегории CRADI. Симптомокомплекс, сопровождающий пролапс органов малого таза, был исследован по подкатегории POPDI. Нами были ранжированы баллы по категориям и подкатегориям опросника PFDI для оценки отдаленных результатов лечения тазового пролапса у женщин. Результаты. У исследуемых пациенток (n=49) ректоцеле 2 степени было выявлено у 21 (42,9%), а 3 степени – у 28 (57,1%). Таким образом, по степени основного заболевания преобладали пациентки с 3 степенью ректоцеле. По классификации POP-Q пациентки были распределены следующим образом: 2 степень выявлена у 19 (38,8%) больных, 3 степень наблюдалась в 29 (59,2%) случаях, и у 1 (2%) больной выявлена 4 степень. Перинеометрия позволила уточнить степень выраженности функциональной недостаточности тазового дна.

Умеренная морфофункциональная недостаточность мышц тазового дна встречалась у 20 (40,8%), а выраженная – у 29 (59,2%) больных. У 29 пациенток с выраженной функциональной недостаточностью мышц тазового дна на долю ректоцеле 3 степени приходилось 22 (75,9%) пациентки. Отдаленные результаты лечения были прослежены в сроки от 12 мес. до 5 лет после операции (медиана 3,5 года). В исследуемой группе «хороший» результат был отмечен у 37 (75,5%) пациенток, «удовлетворительный» и «неудовлетворительный» – у 11 (22,4%) и 1 (2,0%) пациенток, соответственно. Нарастание симптомов пролапса не обнаруживалось у больных исследуемой группы. Не было улучшений по шкале POPDI у 1 (2,0%) пациентки. Хороший результат чаще встречался у больных по шкале POPDI. Проведение МРТ после комбинированной операции показало качественную фиксацию купола влагалища к сакроспинальной связке. Фиксация влагалища в области его купола и шейки матки была физиологичной, что в последующем не затрудняло осмотра шейки матки при гинекологическом обследовании. Выводы. 1. При диагностике и лечении ректоцеле и тазового пролапса необходимо учитывать уровни поражения тазового дна и в соответствии с этим подбирать вид тазовой пластики. 2. Предлагаемая двухуровневая тазовая пластика с комбинированным влагалищным и трансректальным доступом отличается малой травматичностью (средняя продолжительность операции чуть более 50 мин, при объеме кровопотери до 150 мл) и низким процентом интраоперационных и послеоперационных осложнений. 3. В отдаленные сроки рецидив ректоцеле составил 2% при медиане наблюдения 3,5 года. 4. При анализе отдаленных результатов по шкале POPDI "хороший" и "отличный" результат получен у 100% пациенток, а по шкале CRADI "хороший" и "отличный" результат получен в 89,8% случаев.

---

#### 799.СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛОКАЛЬНЫХ КОАГУЛЯЦИОННЫХ ТЕСТОВ И ТЕСТА ТРОМБОДИНАМИКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН И МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Серебрянский И.И.(1), Крылов А.Ю.(2), Шулутко А.М.(2), Зотова И.В.(3), Верховолова Ф.Ю.(1), Затеищиков Д.А.(3,4)

Москва

1 Гематологическая корпорация (ГемаКор), 2 ГБОУ ВПО Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, 3 ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УДП РФ, 4 ГБУЗ «Городская клиническая больница №51 ДЗМ»,

Широкое применение антрикоагулянтной терапии (АКТ) как в хирургии, так и в кардиологии требует оценки ее эффективности различными лабораторными методами. Для этого применяют глобальные и локальные коагулогические тесты. Несколько лет назад был разработан новый глобальный тест тромбодинамики, оценивающий состояние плазменного гемостаза на фоне АКТ Цель: Изучение параметров теста тромбодинамики на фоне антикоагулянтной терапии и сравнение их с рутинными коагулогическими тестами. Материалы и методы: Обследовано 60 больных со спонтанными тромбозами глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей на фоне АКТ нефракционированным гепарином (НФГ) с последующим переходом на варфарин и 205 больных с мерцательной аритмией (МА) на варфарине. Помимо стандартных лабораторных показателей (АЧТВ, МНО, D-димер) измеряли параметры тромбодинамики, основным показателем которой была скорость роста сгустка V (референсные значения V - 20-29 мкм/мин). Результаты: Среди больных с ТГВ на НФГ при снижении V ниже референсных значений через 4 дня терапии наблюдали достоверное снижение уровня D-димера (p

800. Роль диагностических методов исследования при хирургическом лечении ректоцеле 2-3 степени.

Хитарьян А.Г., Дульеров К.А., Прокудин С.В., Ковалев С.А., Болоцков А.С., Стагниева Д.В.

Ростов-на-Дону

Хитарьян А.Г.(1,3), Дульеров К.А.(1), Прокудин С.В.(3), Ковалев С.А.(1), Болоцков А.С.(1,3), Стагниева Д.В.(2) 1 НУЗ "Дорожная клиническая больница" ст. Ростов-Главный ОАО "РЖД", г. Ростов-на-Дону (главный врач - О.И. Нахрацкая), 2 МБУЗ "Городская поликлиника"

Целью работы явилось установить диагностическую ценность трансвагинальной соноэластопериметрии в исследовании ректовагинальной фасции для определения степени ректоцеле и разработать рекомендации для хирургического лечения. Материалы и методы. Исследование проводили на базе хирургического отделения Дорожной клинической больницы с 2007 по 2015 г.г. Клиническую группу составили 87 женщин, страдающих ректоцеле 2-3 степени. Больные были разделены на две группы. В 1 группе (n=38) при хирургическом лечении выполняли леваторопластику и кольпорафию. Во 2 группе (n=49) пластика ректоцеле заключалась в сакроспинальной фиксации купола влага-лица, кольпорафии, дополненной трансректальной «11 часовой» мукопексией. Всем пациентам проводили клинический осмотр, мануальное гинекологическое и проктологическое исследование, эвакуаторную рентгеновскую дефекографию, тонопериметрию, трансвагинальную соноэластографию с функциональной пробой при натуживании, МРТ органов малого таза. При эвакуаторной рентгеновской проктодефекографии уточняли наличие и степень ректоцеле. Соноэластографию проводили с использованием датчика 12-3МГц. В результате получали объективное эластографическое изображение, где эластичность или плотность ткани кодировалась цветовыми полями. При периметрии измеряли силу сокращения мышц промежности по величине прироста давления при напряжении мышц тазовой диафрагмы. Для оценки симптомов заболевания до и после операции использован опросник PFDI. Оценка отдельных симптомов расстройств кишечника и прямой кишки была проведена по подкатегории CRADI. Результаты. В 1 группе (n=38) ректоцеле 2 степени наблюдали у 17 (44,7%), а ректоцеле 3 степени – у 21 (55,3%) больных. Во 2 группе (n=49) ректоцеле 2 степени было выявлено у 21 (42,9%), а 3 степени – у 28 (57,1%). Периметрия позволила уточнить степень выраженности функциональной недостаточности тазового дна. У больных 1 группы умеренная морфофункциональная недостаточность мышц тазового дна у 15 (39,5%) пациентов, а выраженная – у 23 (60,5%). Во 2 группе умеренная морфофункциональная недостаточность встречалась у 20 (40,8%), а выраженная – у 29 (59,2%) больных. Из 23 больных 1 группы с выраженной функциональной недостаточностью у 19 (82,6%) наблюдалось ректоцеле 3 степени. У 29 пациентов 2 группы с выраженной функциональной недостаточностью ректоцеле 3 степени 22 (75,9%) пациента. В 1 группе нормальный градиент эластографической жесткости наблюдался у 7 (18,4%), сниженный – у 15 (39,5%) пациентов, а у 16 (42,1%) больных он отсутствовал. Во 2 группе нормальный градиент эластографической жесткости наблюдался у 5 (10,2%), сниженный – у 20 (40,8%) пациентов, а у 24 (49%) больных он отсутствовал. Отдаленные результаты лечения были прослежены в сроки от 12 мес. до 5 лет после операции. В 1 группе «хороший» результат у 18 (47,4%) больных, «удовлетворительный» – у 14 (36,8%) и «неудовлетворительный» - у 6 (15,8%) пациенток, соответственно. Во 2 группе «хороший» результат у 37 (75,5%) пациенток, «удовлетворительный» и «неудовлетворительный» – у 11 (22,4%) и 1 (2,0%) пациенток, соответственно. Таким образом, при ректоцеле 3 степени выполнение сакроспинальной фиксации купола влага-лица, кольпорафии, дополненной трансректальной «11 часовой» мукопексией, из комбинированного трансвагинального и трансректального доступа более целесообразно. Выводы. 1. Соноэластографическое изучение жесткости промежности, тонометрическое исследование градиента вагинального давления покоя и напряжения, являются важными диагностическими критериями функциональной недостаточности тазового дна и сопряжены с тяжестью ректоцеле. 2. У пациенток с исходным отсутствием либо сниженным градиентом эластографической жесткости промежности при натуживании по результатам соноэластографии рекомендовано дополнительное назначение гимнастики мышц промежности с электростимуляцией после операции для улучшения функциональных результатов оперативного лечения. 3. Сакроспинальная фиксация купола влага-лица, кольпорафия, дополненная трансректальной «11 часовой» мукопексией по сравнению с леваторопластикой и кольпорафией из трансвагинального доступа при хирургическом лечении ректоцеле более физиологична, сопровождается меньшим числом рецидивов и более высокими параметрами качества жизни и рекомендована больным с 3 степенью ректоцеле.

## 801. Этапы хирургического лечения больных с синдромом диабетической стопы

Самарцев В.А., Харузина О.В.

Пермь

ПГМУ

Введение. Сахарный диабет – заболевание с высоким риском инвалидизации и смертности. По статистике каждые 40 секунд в мире по различным причинам производится одна инвалидизирующая операция, при этом ампутация нижних конечностей у больных сахарным диабетом проводится в 17–45 раз чаще. Эпидемиологические исследования показали, что примерно 6–30% больных после первой ампутации подвергаются ампутации второй конечности в течение 1–3 лет. Смертность после ампутации в течение 1 года составляют 11–41%, в течение 3 лет 20–50%, а в течение 5 лет 39–68%. Ежегодно сахарный диабет уносит около 3 млн. жизней. Особенностью заболевания является бессимптомное течение, дистальный уровень поражения артерий, медиакальциноз. Реконструктивные операции на артериях нижних конечностей выполнимы лишь у 60–70% пациентов, что обусловлено поражением дистального сосудистого русла. При этом у 30% больных выполняются повторные реконструктивные вмешательства, что обусловлено прогрессированием заболевания в послеоперационном периоде. Современная тактика лечения больных с синдромом диабетической стопы диктует необходимость этапного оказания хирургической помощи для коррекции трофических нарушений с помощью местного лечения, реваскуляризации артерий нижних конечностей и профилактического наблюдения и лечения на амбулаторном этапе. «Цель» С помощью инструментальных и клиничко-лабораторных методов провести сравнительный анализ эффективности 2-х и 3-х этапного хирургического лечения больных с синдромом диабетической стопы. «Материалы и методы» В исследование включено всего 29 пациентов с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы: 7 больных с поверхностными трофическими язвами, 9 – с глубокими трофическими язвами, 13 – с гангреной конечности. Среди обследованных пациентов было 23 женщины, 6 мужчин. Возраст больных варьировал от 57 до 77 лет ( $65,7 \pm 6,05$ ). Все пациенты были с тяжелой степенью СД 2 типа и находились на инсулинотерапии. В соответствии с поставленной задачей сформированы 2 группы наблюдения. Первая группа – 13 пациентов с 2-х этапным хирургическим лечением, включающим лечение трофических нарушений, посредством ангиотропных препаратов и местных средств в условиях хирургического отделения, профилактических курсов и динамического наблюдения в амбулаторных условиях. Вторая группа – 16 пациентов с 3-х этапным хирургическим лечением, где в комплекс лечебных мероприятий включены реваскуляризирующие методы восстановления кровотока нижних конечностей в отделении сосудистой хирургии. Для изучения эффективности этапного хирургического лечения использовали разработанную нами балльную шкалу оценки, включающую следующие показатели: дистанция безболевого ходьбы, степень ишемии, трофические нарушения, изменение пульсации артерий, степень стеноза, линейную скорость кровотока, лодыжечно-плечевой индекс, содержание лейкоцитов в крови, скорость оседания эритроцитов, социальный статус (трудоспособность, способность к самообслуживанию). Оценка эффективности комплексного лечения проводилась по следующим критериям: низкая – при сумме баллов от 0 до 10; средняя – от 10 до 20; высокая от 20 до 30 баллов. «Результаты» В динамике наблюдения пациентов 1-й группы 2-х этапного хирургического лечения до 6 месяцев, эффективность комплексного лечения оценивается как средняя и составила 16,67 баллов ( $p = 0,01$ ). Трофические нарушения рецидивировали у 5 человек, 61,5% больных чувствовали себя удовлетворительно. Во 2-й группе наблюдения пациентов, прошедших 3-х этапное хирургическое лечение, эффективность его достоверно большая и составила 19,31 баллов ( $p = 0,001$ ), то есть приближается к «высокой». Трофические нарушения рецидивировали у 2 человек, 87,5% больных чувствовали себя удовлетворительно. «Выводы» Этапность хирургической помощи улучшает результаты лечения пациентов, повышает качество жизни. Балльная система оценки позволяет оценить эффективность 2-х и 3-х этапного хирургического лечения. Установлена достоверно более высокая эффективность 3-х этапного хирургического лечения больных с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы по сравнению с 2-х этапным лечением. Эффективность 2-х этапного хирургического лечения составила 16,67 баллов; эффективность 3-х этапного хирургического лечения - 19,31 баллов ( $p = 0,001$ ). Реваскуляризирующие операции позволяют улучшить кровоток и сохранить конечность.

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

Амбулаторное динамическое наблюдение и лечение является профилактикой рецидивов критической ишемии нижних конечностей.

---

802.Эффективность выполнения лазерной вапоризации геморроидальных узлов в условиях однодневного стационара.

Брехов Е.И., Калинин В.В., Коробов М.В., Кулаковский К.А., Муршудли Р.Ч., Сычев А.В.

Москва

ФГБУ УНМЦ УДП РФ

Нами было выполнено 35 операций - лазерной деструкции геморроидальных узлов. Распределение пациентов по полу было следующим: 27 женщин и 8 мужчин; по возрасту: все пациенты были в возрасте от 40 до 53 лет. Хронический наружный геморрой был диагностирован у пяти больных, хронический внутренний геморрой у 30 пациентов, при этом у 27 пациентов была 2 стадия, а трех пациентов выявлена 3 стадия геморроя. После соответствующей подготовки всем пациентам под местной анестезией 2% раствором лидокаина на лазерном аппарате KLS MARTIN в импульсном режиме мощностью 8 Вт и длиной волны 0,97мкм была выполнена лазерная вапоризация геморроидальных узлов. Описание методики: первым этапом выполнялась местная анестезия 2% раствором лидокаина, затем 0,25% раствором лидокаина производилась тумесценция подлежащей к зоне деструкции мышечной ткани, затем проводилось введение световода в ткань геморроидального узла и под контролем пилотного луча деструкция геморроидального узла. Результаты: в раннем послеоперационном периоде однократное ненаркотическое обезболивание потребовалось одному пациенту, которому была выполнена лазерная деструкция внутреннего геморроидального узла по поводу хронического внутреннего геморроя 2 стадии. Все пациенты были выписаны из стационара через 8 часов. В послеоперационном периоде у двух пациентов отмечено осложнение - некроз в области введения световода, который потребовал местного лечения на протяжении 11 дней. Удовлетворительные результаты лазерной деструкции геморроидальных узлов достигнуты у 94,3% пациентов, у одного пациента с хроническим геморроем 2 стадии и одного пациента с хроническим геморроем 3 стадии результаты признаны неудовлетворительными, что потребовало выполнение закрытой геморроидэктомии. Выводы: таким образом метод лазерной вапоризации геморроидальных узлов в подавляющем большинстве случаев обеспечивает удовлетворительный результат лечения, при этом характеризуется малоинвазивностью и практически безболезненностью в послеоперационном периоде, а также возможностью выполнения операции под местной анестезией, что делает возможным использование этого метода в однодневных стационарах.

---

803.Опыт использования препарата Иломедин у пациентов с критической ишемией нижних конечностей.

БОРИСОВ В.А., КРАСОВСКИЙ В.В., МАЛЮГИН А.А., СМОЛЯК Е.А., ФРОЛОВ А.А.

Саратов

ГОУ ВПО «СГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава», «Областная клиническая больница»

В практике нашего отделения сравнительно недавно, появился препарат Иломедин. Цель исследования: определить эффективность применения препарата Иломедин у пациентов с критической ишемией. Материалы и методы: Препарат применялся в лечении 27 пациентов с тяжелой хронической ишемией нижних конечностей (III-IV степень по классификации Фонтейна-Покровского), которые нами разделены на две группы: те, кому ранее уже были выполнены реконструктивные операции (17 пациентов) и больные кому оперативные вмешательства не выполнялись (10 пациентов). В первой группе, 88,2% (15 больных), выявили ишемию нижних конечностей III степени, у остальных 11,8% (2 пациента) - IV степень по Фонтейну-Покровскому. Во второй группе пациентов с третьей степенью ишемии было 50% (5 больных) и 50% (5 больных) с четвертой степенью ишемии. Трофические нарушения кожных покровов были как единичными, так и множественными и по площади суммарно не превышали 7 см<sup>2</sup>. Во вторую группу также вошли 4 (40%) пациента с сахарным диабетом 2 типа, с тяжелым поражением периферического русла. Препарат вводился по стандартной схеме внутривенно в дозировке 1-1,5 нг/кг/минуту с помощью инфузomата, время инфузии в среднем составляло 4 часа 30 минут ±15 минут. Каждый пациент прошел курс из 8-10 инфузий. Как фактор риска в у двоих из 10 пациентов в группе неоперированных больных имелась тяжелая сердечная недостаточность III-IV класса по классификации NYHA (НIIA-IIБ по Стражеско-Василенко). Результаты: Результаты лечения оценивались клинически и посредством анализа динамики лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ). В первой группе купирование боли покоя наблюдалось у 8 пациентов (47%), а из 5 пациентов с трофическими нарушениями у 3 отмечено появление грануляций, уменьшение площади язв в среднем на 15% по площади. В группе неоперированных больных по окончании курса терапии у пациентов с трофическими нарушениями отмечено активное заживление язв, а в 2 случаях трофические язвы зажили полностью спустя 1-1,5 месяца. У 7 пациентов (70%) в группе неоперированных больных купировались боли покоя и ночные боли. У пациентов с сахарным диабетом отмечалось улучшение поверхностной чувствительности. При анализе изменения ЛПИ у наблюдаемых пациентов отметили отсутствие какого-либо достоверного прироста индекса. Из негативных проявлений мы наблюдали возникновение нарушения сердечного ритма у пациента с сердечной недостаточностью (фибрилляция предсердий), купированное медикаментозно, и доза Иломедина уменьшена до 0,5 нг/кг/минуту. Выводы: 1. Препараты синтетического простаглицлина обладают относительно высокой эффективностью в лечении больных с критической ишемией нижних конечностей. У 15 пациентов клинически снизился класс ишемии. По сравнению со стандартными препаратами удалось сократить сроки заживления трофических язв. 2. Положительная динамика в клинических проявлениях у больных с IV классом ишемии дает повод к продолжению лечения и возможности снижения уровня ампутации. Благоприятные результаты, полученные непосредственно при использовании Иломедина, дают надежду на улучшение ситуации в отдаленном периоде.

---

804. Возможности эндоскопической аргоноплазменной дилатации при доброкачественных рубцовых стриктурах пищевода.

Скажугина Т. В.

Чита

ГОУ ВПО ЧГМА, кафедра госпитальной хирургии. ГУЗ ККБ, отделение эндоскопии.

Рубцовые стриктуры - одна из самых частых патологий пищевода. По данным Черноусова А.Ф., не менее 70% доброкачественных стриктур пищевода — послеожоговые. Несмотря на расширение арсенала лечебных мероприятий в острой стадии химического ожога, исход в рубцовую стриктуру составляет 25%, летальность больных достигает 6-14%. В то же время, отмечена выраженная тенденция к повышению частоты встречаемости пептических стриктур пищевода, что связано с общим ростом заболеваемости гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, а в частности - грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, как формой ее проявления. Используемые методы лечения данной группы больных - бужирование, балонная дилатация, эндопротезирование и оперативные варианты пластики пищевода - отличаются значительной трудоемкостью, сложностью исполнения, сопряжены с высоким риском сопутствующих осложнений.



Поиски альтернативных методик лечения привели к широкому внедрению в клиническую практику внутрисветных эндоскопических пособий. Возможность локального воздействия, осуществляемая под постоянным визуальным контролем, обуславливает перспективность дальнейшего развития и совершенствования эндоскопического лечения рубцовых стенозов пищевода. В связи с чем, нами впервые было предложено и успешно применено лечение доброкачественных стенозов пищевода методом воздействия ионизированной аргоновой плазмой. В период с 2010 по 2013 год в Краевой клинической больнице г. Читы эндоскопическим способом с применением ионизированной аргоновой плазмы пролечен 51 пациент в возрасте от 23 до 73 лет, средний возраст –  $57,3 \pm 3,2$  лет. Из них мужчин – 34, женщин – 17. Основным этиологическим фактором стеноза пищевода в 42 случаях (82,4%) явился химический ожог; у 9 пациентов (17,6%) сужение сформировалось как следствие длительно текущего пептического рефлюкс-эзофагита. У 29 пациентов сроки формирования стеноза составили от 4 до 12 месяцев, у 22 – от года до 26 лет. Степень сужения пищевода варьировала от 0,3 см до 0,9 см. На долю коротких стриктур пришлось 76,5% (39), протяженных – 23,5% (12). Аргоноплазменную реканализацию рубцовых стриктур пищевода проводили с использованием видеогастроскопов «Olimpus» различного диаметра (0,6см, 0,9см, 1,2см) и аргоноплазменного коагулятора фирмы «Martin» с набором APC-зондов. Методика заключается в бесконтактном воздействии на стенозированный участок пищевода ионизированной аргоновой плазмой в режиме монополярной спрей-коагуляции с мощностью переменного тока 25Вт и скоростью подачи аргона 1 л/мин, длительность воздействия составляет 5-6 секунд. Для расширения стенозированного участка проводили от 3 до 5 воздействий ионизированной аргоновой плазмой за один сеанс. Для достижения стабильного эффекта сеансы лечения назначались ежедневно в течение 5-10 дней до восстановления пассажа пищи по пищеводу. Среднее количество сеансов лечения составило  $6,1 \pm 0,5$ . При первичной эзофагоскопии и по окончании курса лечения проводили забор биопсионного материала с целью дальнейшего гистологического исследования. Препараты, окрашенные гематоксилином и эозином, использовали для общей оценки состояния исследуемых тканей. С помощью ШИК-реакции выявляли мукополисахаридные компоненты; при окраске пикрофуксином по Ван Гизону оценивали процессы фиброобразования. Количественную морфометрическую оценку биоптатов проводили с помощью пакета программ «Optika Vision Pro» Version 2.7 (Italia) и выражали в мкм. Статистическая обработка полученного материала проводилась с использованием непараметрического метода Манна-Уитни. До лечения распределение пациентов по группам в зависимости от диаметра стенозированного участка проводилось на основании эндоскопических и рентгеноскопических данных согласно классификации Галлингера Ю.И.: I степень – 9 пациентов (17,6%); II степень – 18 (35,3%); III степень – 20 (39,3%); IV степень – 4 пациента (7,8%). Клиническая оценка степени дисфагии осуществлялась на основании данных опроса пациентов в соответствии со шкалой Bown: 0 баллов – 1 пациент (1,9%); 1 балл – 10 (19,6%); 2 балла – 12 (23,5%); 3 балла – 22 (43,1%); 4 балла – 6 пациентов (11,9%). В ходе распределения выявлялась четкая корреляция между степенью сужения просвета пищевода и выраженностью дисфагии. В 88,2 % случаев (45 пациентов) эндоскопическая картина характеризовалась сочетанием рубцовой стриктуры и эрозивного эзофагита. В результате лечения методом воздействия ионизированной аргоновой плазмой у 31 пациента (60,8%) удалось достигнуть расширения стенозированного участка до 12мм и более; до 10-11мм (I степень)- у 12 пациентов (23,5%), до 7-9мм (II степень) – у 5 (9,8%); до 4-6мм (III степень) – у 3 пациентов (5,9%). По окончании курса отмечалась отчетливая положительная клиническая динамика, служившая критерием для оценки эффективности, что отражено в распределении пациентов по шкале Bown по окончании курса: 0 баллов – 27 человек (52,9%); 1 балл – 16 (31,4%); 2 балла – 6 (11,7%); 3 балла – 3 пациента (4%). Максимальная эффективность выявлена при коротких пептических стриктурах – достигнута дилатация сужений до 12мм и более у 11 пациентов из 12 (91,6%). При коротких посттравматических стенозах реканализация до 12мм и более достигнута у 20 пациентов из 27 (74,1%). При лечении коротких стриктур на сроке от 4 до 12 месяцев максимальная дилатация достигнута у 19 из 23 (82,6%). При протяженных стриктурах только у 2 пациентов из 12 (16,6%) удалось достигнуть максимальной реканализации просвета. Необходимо отметить, что в 100% случаев после проведенной аргоноплазменной терапии удалось добиться полной эпителизации эрозий слизистой области сужения. Результаты лечения оценивались как хорошие при дилатации стриктуры до 12мм и более и полном купировании дисфагии и были достигнуты в 27 случаях (52,9%). У 14 (27,5%) пациентов достигнута дилатация стенозированного участка до 9-12мм при сохраняющейся периодической дисфагии твердой пищей. Данный результат лечения оценивался как удовлетворительный. Неудовлетворительный результат лечения был отмечен у 10 пациентов с посттравматическими протяженными стенозами (19,6%) и характеризовался сохранением постоянной дисфагии твердой или полужидкой пищей и достигнутой дилатацией стриктур менее 9 мм. Необходимо отметить, что максимальная эффективность метода выявлена при пептических стриктурах – в 83,3% (10 пациентов из 12) получен хороший результат. При коротких посттравматических сужениях хороший результат достигнут в 74,1% (20 пациентов из 27). При исследовании биоптатов, взятых из зоны стриктуры до лечения, выявлено

наличие хронического неспецифического воспалительного процесса с грубым фиброзом стромы и, особенно, подслизистой зоны, формированием рубцов. В деформированной эпителиальной пластинке слизистой отмечали явления резкого акантоза и гипер-, паракератоза поверхностных слоев с их «вакуольной дистрофией» с формированием множественных мелкофокальных зон нарушения стратификации. Базальный слой слизистой характеризовался неравномерной гиперреактивностью. На поверхности нередко отмечались эрозивные дефекты (в 25 случаях). Воспалительный инфильтрат носил диффузно-очаговый характер; а по клеточному составу в собственно слизистой оболочке преобладали нейтрофилы, в подлежащей фиброзно-мышечной – лимфоциты и плазмциты. В 100% случаев (51 пациент) были выявлены зоны скопления лимфоцитарно-плазмочитарных элементов в расширенном и фиброзированном подслизистом пространстве с формированием фолликулоподобных формаций. При исследовании биоптатов, полученных после аргоноплазменной реканализации, отмечено купирование процессов воспаления, равномерное снижение высоты, как слизистой, так и подслизистой пластинок. В собственно эпителиальном пласте отмечали снижение высоты базального слоя и приближение его к значениям физиологической нормы, наряду с восстановлением стратификационных взаимоотношений. В подслизистой зоне, наряду с разрыхлением и уменьшением объема пучков коллагена, резко сокращалось количество и величина лимфоцитарных фолликулоподобных скоплений; так же зафиксировано снижение высоты подслизистой пластинки. Таким образом, эндоскопическое лечение с применением ионизированной аргоновой плазмы - малотравматичный и эффективный способ лечения доброкачественных стенозов пищевода, позволяющий получить выраженный клинический эффект за короткий срок. После аргоноплазменной реканализации в слизистой и подслизистом слоях стенозированного участка происходит уменьшение морфологических признаков воспаления и фиброза, нормализация толщины эпителиальной выстилки с восстановлением стратификационных взаимоотношений.

---

#### 805. ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Кочетков А.В., Ворошилова Т.М., Гудилов М.С.

Санкт-Петербург

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова МЧС России

Цель: Изучить этиологическую структуру гнойно-септических осложнений после операций на органах брюшной полости в хирургических отделениях и отделении реанимации клиники. Материалы и методы: Проведено исследование раневого отделяемого и отделяемого из брюшной полости у 19 больных с гнойно-септическими осложнениями оперированных на органах брюшной полости в отделениях экстренной хирургической помощи и торако-абдоминальной хирургии. Идентификация выделенных микроорганизмов осуществлялась с помощью применения классических фенотипических методов с культивированием на широком перечне сред, в том числе с использованием анаэробных технологий, а также с помощью метода масс-спектрометрии микробных маркеров. Результаты: Изучение этиологической структуры гнойно-септических осложнений показало, что более чем в половине всех случаев данные осложнения были вызваны ассоциацией микроорганизмов, из которых грамположительная и грамотрицательная флора распределилась по 43% и 57% соответственно. Среди грамположительных микроорганизмов в основном регистрировались *Enterococcus faecium*, *Streptococcus infantarius*, *Staphylococcus aureus*. В грамотрицательной флоре лидирует семейство *Enterobacteriaceae* (главную роль играют *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*) и неферментирующие грамотрицательные бактерии (наиболее часто идентифицировался *Acinetobacter baumannii*). Во всех случаях при нахождении пациента в отделении реанимации более 15-ти суток (у 5 пациентов этот срок составил менее 7-ми суток) из раневого отделяемого определялась *Pseudomonas aeruginosa*, выделяемая метало- $\beta$ -лактамазы генотип VIM и *Acinetobacter baumannii*, продуцирующий карбапенемазы OXA-40, что свидетельствовало о присоединении нозокомиальной инфекции. Методом масс-спектрометрии во всех случаях были выявлены маркеры анаэробных микроорганизмов таких как *Clostridium ramosum*, *Clostridium hystolyticum* и *Clostridium*

perfringens. Однако их выявление методом культивирования с применением анаэробных технологий не было подтверждено, что также клинически не проявлялось. Выводы: Полученные нами данные были использованы для оптимизации эмпирической антибиотикотерапии с учётом микробного пейзажа стационара. В последствии антибактериальная терапия корректировалась с учётом результатов мониторинга посевов и определения чувствительности к антибиотикам, что позволяло добиться регресса инфекционного процесса в кратчайшие сроки.

---

806. Неотложная специализированная хирургическая помощь при жизнеугрожающих заболеваниях трахеи.

Базаров Д.В., Григорчук А.Ю., Абдумурадов К.А., Выжигина М.А., Шарипжанова Р.Д., Кавочкин А.А., Боранов Э.В.

Москва

ФГБУ Российский научный центр хирургии им.акад.Б.В.Петровского

Актуальность. К жизнеугрожающим заболеваниям трахеи относим такие патологические состояния дыхательных путей, которые протекают с явлениями выраженного сужения просвета, аспирации в трахеобронхиальное дерево, легочного кровотечения. Рубцовый стеноз трахеи (РСТ) является наиболее грозным поражением в этой группе и встречается наиболее часто. По различным данным встречаемость РСТ варьирует от 2,5 до 10% в группе пациентов, перенесших реанимационные мероприятия. До сих пор лечение РСТ остается трудной задачей торакальной хирургии. Новообразования трахеи и гортани (НТ) являются довольно редкими заболеваниями, составляя 0,1-0,2% всех новообразований. При этом они могут быть как первичными, то есть возникающими из стенки самой трахеи, так и вторичными. Последнее имеет место при переходе опухолевого процесса из граничащего с трахеей органа. Наиболее грозным проявлением и осложнением опухоли трахеи считаем стеноз и связанную с ней дыхательную недостаточность. Статистика свидетельствует о том, что сужение просвета опухолью наступает на поздних стадиях онкологического процесса, когда нередко имеют место ближайшие или отдаленные метастазы либо распространение на соседние органы. Чаще всего таким пациентам накладывают трахеостому и дальнейшее специализированное лечение онкологами не проводится. Трахеопищеводные свищи (ТПС) редкая патология, манифестация которой сопровождается тяжелыми опасными осложнениями. Большинство больных с ТПС умирает именно на этапе первичной диагностики этого опасного заболевания. Цель. Изучить результаты неотложной специализированной помощи у больных с жизнеугрожающими заболеваниями трахеи. Материалы и методы. С 2012 по 2015 гг. в отделении торакальной хирургии ФГБУ РНЦХ им.акад. Б.В.Петровского находились на лечении 63 пациента с рубцовыми стенозами трахеи, 10 с различными опухолями трахеи и гортани, 6 пациентов с трахеопищеводными свищами. Возраст больных варьировал от 16 до 88 лет. Мужчин было 45. Основными жалобами при поступлении были: стрidor - 26 пациентов, дисфония – 18 больных, кровохарканье – 11 случаев, поперхивание – 5 пациентов. Большинство пациентов (40) до поступления в РНЦХ получали экстренную помощь в других хирургических стационарах, что позволило стабилизировать их состояние и в ряде случаев спасти жизнь. После поступления в РНЦХ эти больные были оперированы в плановом порядке. Другая часть пациентов (39) поступала в отделение торакальной хирургии РНЦХ в экстренном порядке, что требовало оказания экстренной специализированной помощи. В этой группе больных наблюдали следующую патологию: стеноз трахеи – 26, опухоль трахеи – 10, трахеопищеводный свищ – 3. В группе больных с РСТ алгоритм ведения в клинике включал экстренную КТ трахеи и бронхоскопию, по результатам которых принимали решение о дальнейшей тактике лечения. Как правило, в день поступления пациенту выполняли экстренное эндоскопическое бужирование стеноза трахеи с продленной назотрахеальной интубацией, либо с эндопротезированием трахеи самофиксирующимся стентом (7 больных). Выбор в пользу эндопротеза делали в случае общего тяжелого состояния пациента. Продолжительность пребывания стента в трахее больного варьирует по нашим данным от 2 мес до 10 лет. Однако у этой методики есть отрицательные стороны. При длительном нахождении эндопротеза в трахее могут появляться грануляции в местах контакта стенки стента со стенкой трахеи и это в итоге ведет к увеличению площади рубцового поражения и к

прогрессированию дыхательных расстройств. Поэтому предпочитаем у больных с РСТ выполнять открытые операции, включая циркулярную резекцию трахеи и этапные реконструктивно-пластические операции. Циркулярную резекцию трахеи в экстренном порядке выполнили у 3 больных и трахеопластику с введением Т-образной трубки в 16 случаях. Такое малое соотношение радикальных резекционных вмешательств объясняем тем, что увеличивается число пациентов с выраженными изменениями ЦНС после тяжелых МЧТ, декомпенсированным сахарным диабетом, после многократных перенесенных операций на трахее. Эта группа больных является прогностически неблагоприятной для направления на циркулярную резекцию трахеи. В группе пациентов с ТПС в 2 случаях выполнили экстренное бужирование стеноза трахеи и установку трахеостомической трубки с удлинненным нижним коленом, таким образом, чтобы изолировать свищевое отверстие от просвета трахеобронхиального дерева. Еще 2 больным выполнили пункционную гастростомию. И всем 3 пациентам этой группы было произведено разобщение трахеопищеводных свищей после предоперационной подготовки, включавшей ликвидацию последствий аспирационной пневмонии, восстановление просвета трахеи, улучшение нутритивного статуса и устранение нарушений обмена веществ. Больные с новообразованиями трахеи были направлены в отделение торакальной хирургии онкологами либо ЛОР-хирургами других лечебных учреждений, поскольку наличие опухолевого стеноза у пациентов делало невозможным проводить специализированную онкологическую помощь. Гистологическая структура новообразований была следующая: фибросаркома – 1 случай, рак щитовидной железы – 3 случая, карциноид трахеи и гортани – 1 случай, миофибробластома – 1 случай, нейрофиброма – 1 случай, аденокистозный рак - 1 случай, гемангиома трахеи и гортани – 2 случая. Основными методами диагностики при подготовке больных к хирургическому лечению и планировании операции были компьютерная томография шеи и грудной клетки с 3D реконструкцией изображений и фибротрахеобронхоскопия. Во время ФТБС выполняли биопсию образования. Трем больным потребовалось выполнение бужирования опухолевого стеноза трахеи в связи декомпенсацией дыхания. Для оценки состояния регионарных лимфоузлов использовали УЗИ шеи. Выполнены следующие операции: циркулярная резекция трахеи у 2 больных, этапные реконструктивно-пластические операции у 8 больных. У 4 пациентов операция дополнена шейной и медиастинальной лимфодиссекцией. У 1 пациента выполнена одномоментная резекция рукоятки грудины и остеосинтез грудины и торакопластика по поводу метастаза рака щитовидной железы в рукоятку грудины. При планировании объема операции учитывали протяженность опухолевого поражения, вовлечение в патологический процесс возвратных гортанных нервов, общее состояние пациента. Результаты. В послеоперационном периоде умерла одна пациентка от аррозийного кровотечения из плечевого ствола (1,2%). У этой больной было сочетание рубцового стеноза трахеи и трахеопищеводного соустья внутригрудной локализации в дебюте длительной ИВЛ и стерномедиастинита, что потребовало выполнения частичной стернотомии, разобщения ТПС и трахеопластики с введением Т-образной трубки. Операция прошла успешно, однако на 3 сутки после операции возникло массивное одномоментное кровотечение из плечевого ствола, ставшее фатальным. Осложнения возникли у 14 больных (7,1%) и включали: анастомозит – 2 случая, парез голосовых складок – 2 случая, гнойный хондроперихондрит – 10 больных. Отдаленные результаты прослежены у 35 больных. В течение 6 и 12 мес рестеноз трахеи выявлен соответственно у 10 и у 5 больных. Рецидивов опухоли и метастазов у не наблюдали. Рецидивов ТПС не возникло. У 15 пациентов после этапных реконструктивно-пластических операций выполнено закрытие дефектов трахеи и, таким образом, закончено лечение. Качество жизни этих больных признано удовлетворительным. Выводы. Полагаем, что неотложная помощь больным с жизнеугрожающими заболеваниями трахеи должна носить мультидисциплинарный характер, и включает участие эндоскописта, торакального хирурга, реаниматолога и анестезиолога. При критическом стенозе трахеи специализированная помощь осуществляется в срочном порядке, при этом экстренная эндоскопическая диагностика может быть трансформирована в эндоскопическую операцию и даже в ряде случаев в открытую операцию. В случае с опухолевым стенозом трахеи необходимо радикальное удаление опухоли с регионарной лимфодиссекцией. Этапные реконструктивные операции являются альтернативой одномоментной резекционной операции с удовлетворительными отдаленными результатами и могут быть методом выбора у больных с протяженными стенозами трахеи, нарушениями функции гортани и при наличии неблагоприятных прогностических факторов. Экстренная помощь при трахеопищеводных свищах должна начинаться с момента манифестации заболевания и включает изоляцию ТПС от просвета дыхательных путей, профилактику рефлюкса путем наложения гастростомии, нормализацию питания пациента. Оптимально и безопаснее осуществлять лечение подобных больных в многопрофильных медицинских учреждениях, имеющих многолетний опыт реконструктивной хирургии трахеи.

## 807. МАГНИТОПЛАЗМЕННАЯ ТЕРАПИЯ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ КОЖИ

Подойницына М.Г.

Чита

ЧГМА

Введение. Ожоги являются самыми распространенными среди травматических поражений. Этому способствует появление новых источников энергии и применение их в быту. Летальность ожоговых больных остается высокой, поэтому методы лечения должны быть доступными, безопасными, но эффективными. Значительное место в лечении ожоговой травмы занимают физические методы, в частности, магнитоплазменная терапия. Данных по лечению этим методом ожоговых ран в литературе крайне мало, многие аспекты использования энергии ионизированной плазмы с целью лечения глубоких ожогов до сих пор не раскрыты. Цель исследования: оценка эффективности магнитоплазменной терапии, основанной на комбинированном одновременном воздействии низкотемпературной воздушной плазмы и переменного электромагнитного поля в комплексном лечении глубоких ожогов кожи. Материалы и методы. Было обследовано 70 пациентов с ожогами кожи IIIA-IV ст. общей площадью от 10% до 40% поверхности тела, в возрасте от 18 до 60 лет, сгруппированные следующим образом: пациенты, которым проводилась обработка ожоговых ран с применением магнитоплазменной терапии (35 человек); группа клинического сравнения – больные, получавшие традиционное общее и местное лечение (35 пациентов). Лечение осуществлялось аппаратом «Плазон» и МАГ-30. Одновременно на раневую поверхность воздействовали потоком воздушной плазмы и переменным магнитным полем частотой 50 Гц с магнитной индукцией 30 мТл. Цитологическое исследование раневых отпечатков проводили по методу М.П. Покровской и М.С. Макарова. При сравнении показателей исследуемых групп использовали непараметрический метод Манна-Уитни в связи с ненормальным распределением значений в вариационных рядах. Результаты исследований. Применение магнитоплазменной терапии благоприятно сказывалось на клиническом течении глубоких ожогов. У пациентов уменьшалась боль во время проведения сеансов магнитоплазменной терапии и после них, они становились спокойнее, улучшался аппетит. В более ранние сроки уменьшалось количество отделяемого из ожоговых ран по отношению к группе клинического сравнения, появлялись мелкозернистые розовые грануляции, хорошо определялась краевая эпителизация. Анализ полученных данных позволяет говорить о том, что сроки начала отторжения ожогового струпа и проведения первой аутодермопластики у больных, получавших магнитоплазменную терапию, были достоверно ниже по сравнению с группой пациентов, леченных традиционным способом. Цитологическое исследование раневого экссудата позволяет объективно судить о характере морфологических изменений в ране, состоянии неспецифической иммунобиологической реактивности организма, об эффективности лечения, четко определить фазы течения раневого процесса. Нами были проведены цитологические исследования раневого отделяемого у больных с глубокими ожогами на 1-е, 5-е и 10-е сутки после некрэктомии. Цитологическая картина раневых отпечатков, взятых до лечения больных, была типичной для ожоговых ран. Основная масса клеточных элементов представлена нейтрофилами и лейкоцитами (до 85,3%). Подавляющее большинство нейтрофилов были дегенеративно изменены (81%) и лишь единичные клетки находились в стадии фагоцитоза (4,3%). В первые сутки после некрэктомии в цитограммах встречались и другие клеточные элементы в единичных экземплярах. На 5-е сутки лечения у пациентов группы клинического сравнения в раневых отпечатках выявлялись некротические ткани, дегенеративно-измененные лейкоциты и нейтрофилы (61,3%), а также единичные нейтрофилы в стадии фагоцитоза (5,8%) и единичные полибласты (10,7%). Однако цитограммы в этот период преимущественно являются дегенеративно-воспалительными. У больных, получавших магнитоплазменную терапию, цитологическая картина отличалась: уменьшалось количество нейтрофилов до 43,8% (р

808.10-летний опыт экспертизы качества хирургической помощи в Санкт-Петербурге

Кочетков А.В.(1), Королев М.П.(2), Яблонский П.К.(3)

Санкт-Петербург

1. ВЦЭРМ им.А.М.Никифорова МЧС России2. ГПМУ3. СПбГУ

В течение десяти лет в Санкт-Петербурге разработана, внедрена и действует единая система контроля и управления качеством медицинской помощи (КМП) на различных этапах и при различных ее видах. За прошедший период реализованы общегородские проекты по анализу и улучшению КМП при основных социально значимых заболеваниях: болезнях системы кровообращения (острый коронарный синдром, сердечная недостаточность); неврологии (острые нарушения мозгового кровообращения); гастроэнтерологии (язвенная болезнь, холециститы, панкреатиты и т.п.); неотложной хирургии; онкологии (опухоль кишечника и молочных желез). Лучшие показатели КМП в городе наблюдаются в тех областях медицины, где методично ведется работа по стандартизации помощи и четко разработан алгоритм оказания помощи в виде протоколов, одобренный соответствующей профессиональной ассоциацией. В качестве примера можно привести опыт многолетней работы ассоциации хирургов, шаг за шагом разрабатывавшей и внедрявшей в Санкт-Петербурге протоколы оказания неотложной хирургической помощи. Сегодня эти протоколы, подкрепленные экономическими стандартами, гарантировано действуют в лечебных учреждениях. Для иллюстрации, при анализе качества оказания хирургической помощи больным с кишечной непроходимостью и желудочно-кишечными кровотечениями отмечено преобладание надлежащего КМП соответственно, в 82% и 70% случаев. В 12% и 20% наблюдений имел место риск или реальное развитие нового патологического процесса вследствие дефекта помощи, завершившиеся без инвалидизации пациентов или летальных исходов. Улучшение показателей КМП достигнуто после усовершенствования протокола оказания помощи при остром панкреатите. Отмечено увеличение уровня надлежащего качества с 53% до 65,5%; уменьшение уровня риска и реального развития нового патологического процесса, связанного с дефектом хирургической помощи с 35% до 6,5%. По результатам экспертизы КМП больным хирургического профиля в случаях жалоб и летальных исходов в 2014 году отмечено, что в 30,5% качество было надлежащим, полностью соответствующим протоколам оказания медицинской помощи. Дефекты ведения медицинской документации и нерациональное использование ресурсов диагностики и лечения без влияния на состояние пациентов выявлены в 41,4% наблюдений. В 28,1% выявлены дефекты медицинской помощи, оказавшие влияние на состояние пациентов без социальных последствий. Случаев инвалидизации и летальных исходов, связанных с дефектами оказания хирургической помощи, не выявлено. Анализ проведенных целевых экспертиз качества хирургической помощи по жалобам показал, что в 57,8% случаев она было ненадлежащей, в половине случаев с влиянием на состояние пациента, т.е. высказанные в жалобах претензии чаще были обоснованы. Выводы: В Санкт-Петербурге разработана и в 2007 году внедрена система управления качеством медицинской помощи, предназначением которой служит, прежде всего, обеспечение безопасности пациентов от оказания некачественной помощи, сведению до минимума риска возникновения осложнений по вине медицинских работников. Но есть и другое предназначение этой системы – защита профессионала от необоснованных претензий по качеству оказанной помощи, а количество этих претензий в условиях развития рынка медицинских услуг и страховых гарантий для пациентов закономерно будет повышаться. Поэтому система должна быть сбалансированной в обе стороны участников процесса оказания медицинской помощи. Наилучшие результаты достигнуты в неотложной хирургии, где действуют разработанные хирургическим сообществом протоколы оказания помощи.

---

809.КОМПЛЕКСНАЯ ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Афанасьев А.Н., Фролков В.В., Кириллин А.В., Шальгин А.Б.

Москва

Первый МГМУ им.И.М. Сеченова.

Синдром полиорганной недостаточности (СПОН) при остром деструктивном панкреатите (ОДП) имеет свои особенности вследствие выраженного болевого синдрома, быстро нарастающей и устойчивой к прокинетической терапии атонии кишечника, и развивающегося вследствие этого повышения внутрибрюшного давления (ВБД). Это приводит к механическому сдавлению легких, уже подвергшихся действию эндотоксинов и др. эйкозаноидов. Другой причиной быстро прогрессирующего СПОН является отсутствие специфической терапии при ОДП. Вследствие нарушения перистальтической активности кишечника и всасывающей способности кишечной стенки создаются условия для выраженной нутритивной недостаточности этого контингента больных и связанных с этим осложнений. Энтеральное питание (ЭП) является действенным методом интенсивной терапии при создании условий для его своевременного начала, оптимальности и сбалансированности его состава. Продленная эпидуральная блокада (ЭБ) раствором местного анестетика (наропин 0,2% раствор), включенная в комплекс ИТ тяжелого ОДП, надежно купирует болевой синдром, имеет выраженное стимулирующее действие на перистальтику кишечника, вызывает релаксацию мышц передней брюшной стенки и приводит к более быстрому снижению ВБД и снижению проявлений ОПЛ. Сочетание эффектов продленной ЭБ и раннего ЭП позволяет существенно улучшить результаты лечения больных тяжелым острым панкреатитом и панкреонекрозом. В отделении реанимации и интенсивной терапии хирургической клиники ГБУЗ ГКБ им. И.В.Давыдовского за период 2008–2014 гг. были исследованы 265 больных ОДП. В исследование включались следующие больные: поступление в стационар до 48 ч. от манифестации клинически значимого проявления тяжелого ОП, имеющие ультразвуковые и лабораторные подтверждения остроты процесса. Исключались больные с фульминантным панкреонекрозом и больные, отказавшиеся от исследования. Пациенты были разделены на две группы: основная – 125 больных, в лечении которых наряду со стандартной терапией проводилась продленная грудная ЭБ раствором наропина 0,2% со скоростью 6–8 мл/час, и контрольная группа – 140 больных со стандартной ИТ. По антропометрическим данным, возрасту и тяжести состояния по основным прогностическим шкалам больные были сопоставимы. Измерение ВБД проводили с помощью системы «Urosafety plus» через мочевого катетер. Питание энтеральными смесями осуществлялось через тонкий назоеюнальный зонд, устанавливаемый на 30–40 см за связку Трейца при контроле количества и содержимого сбрасываемого отделяемого через назогастральный зонд. Результаты исследования. При поступлении уровень ВБД был повышен и достигал 18–20 мм рт. ст. у пациентов обеих групп. К третьим суткам терапии в группе с продленной ЭБ уровень ВБД был в среднем  $9,8 \pm 1,2$  мм рт.ст., что позволяло начать энтеральное питание. Тогда как в контрольной группе уровень ВБД в эти сроки оставался больше 15 мм рт.ст., а нормализация его начиналась с 5–7 суток, несмотря на прокинетическую терапию. При анализе осложнений, вызванных нарушением нутриционного статуса больных, было отмечено, что у пациентов, получавших энтеральное питание в разные сроки, были значительные отличия в таких показателях, как дефицит массы тела и атрофия мышечной ткани (в три раза больше больных в контрольной группе). У больных контрольной группы чаще возникали язвенные поражения различных отделов ЖКТ (31 и 68 больных соответственно), в большем числе случаев определялось низкое содержание общего белка и альбумина в плазме крови. Это было причиной значительных органических нарушений, приводило к увеличению полостных жидкостных скоплений, отеков и прогрессированию синдрома ПОН и необходимости в оперативном лечении. При анализе летальности, было выявлено, что она ниже у больных панкреонекрозом (6,2 и 18,4% соответственно), которым проводилась комплексная ИТ с ЭБ и ранним энтеральным питанием.

---

## 810.СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К УЛУЧШЕНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

Галин В.А., Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Воронова О.В.

Ростов-на-Дону

Государственный медицинский университет

Цель работы. Определить технические приёмы, позволяющие улучшить результаты трансабдоминальной преперитонеальной эндовидеохирургической герниопластики. Материалы и методы. Проанализированы результаты 174 паховых герниопластик выполненных у лиц первого и второго зрелых возрастных периодов, 98 из которых выполнены традиционными и 76 эндовидеохирургическими методами. На 60 трупах людей, в возрасте от 15 до 70 лет изучена клиническая анатомия латеральной и медиальной паховых ямок. Результаты. Продолжительность лапароскопической герниопластики составляет в среднем от 15 минут до 1 часа, традиционной от 20 минут до 1,5 часа, особенно большая разница времени обнаруживается при анализе лечения рецидивных и больших грыж. Все выявленные осложнения были разделены на раневые и околограневые (паховая и соседние области), перитонеальные, общесоматические, интраоперационные травматические и рецидив грыжи. Анализу подвергнуты плановые операции, выполненные после обследования и предоперационной подготовки, чем объясняется отсутствие перитонеальных осложнений и недостоверная разница числа общесоматических, в среднем около 3%. При традиционной герниопластике отмечены следующие осложнения: рецидив грыжи - 3, послеоперационное невриномы - 1, фуникулит - 2, орхоэпидемит - 2, атрофия яичка - 1, повреждения семенного канатика - 4. При лапароскопической герниопластике послеоперационных осложнений в основной группе не отмечено, однако технические трудности отмечены во время 20% операций. Во всех случаях лапароскопической герниопластики использована методика протезирующей герниопластики прорастаемым протезом с предбрюшинным расположением. Полученные результаты в основной группе при использовании настоящей методики у лиц зрелых возрастных периодов объясняются тем, что эти операции не являются первым опытом и обоснованы собственными клинико-анатомическими исследованиями. Специфическими для лапароскопической герниопластики являются повреждения нижних эпигастральных сосудов и сосудов семенного канатика при разрезе и препаровке брюшины паховой области. Известны случаи повреждения наружной подвздошной артерии, огибающей ветви глубокой подвздошной и запирательной артерий. Сосуды семенного канатика и семявыносящий проток, соединяясь у внутреннего пахового кольца, формируют верхушку условного треугольника, наружной стороной являются яичковые сосуды, внутренней - семявыносящий проток, внутренний угол соответствует пересечению семявыносящего протока и медиальной пупочной складки (пупочный сосудистый пучок). Наружной стороной треугольника являются яичковые сосуды. Внутри треугольника расположены наружные подвздошные артерия диаметром от 12 до 14 ( $11,4 \pm 1,3$ ) мм, и кнутри от нее наружная подвздошная вена. Перед переходом через поперечную фасцию, за семявыносящим протоком от наружных подвздошных артерий отходят нижние надчревные сосуды, которые петлеобразно изгибаясь переходят на внутренний край глубокого пахового кольца, нижняя надчревная вена расположена медиальнее одноименной артерии. Если яичковая артерия делится на две ветви к яичку и его придатку на уровне нижнего полюса почки (6 из 60 случаев) или три (2 из 60 случаев), то наружная сторона условного треугольника представлена несколькими последовательно расположенными сосудами, что чаще отмечается у лиц долихоморфного телосложения. У лиц брахиморфного телосложения чаще встречается одна яичковая артерия. В связи с перечисленными анатомическими данными не рекомендуется накладывать клипсы латеральнее семявыносящего протока и медиальнее сосудов семенного канатика. У 3 больных, не вошедших в основную группу и оперированных в периоде освоения методики в послеоперационном периоде отмечены невралгии латерального кожного нерва бедра, проявлявшиеся жгучими болями и нарушениями чувствительности. Однако возможно повреждение и других нервов: бедренная ветвь полово-бедренного нерва и срединная кожная ветвь бедренного нерва. Учитывая эти анатомические данные мы не использовали в контрольной группе грыжевой степлер латеральнее глубокого пахового кольца, где проходят основные нервные стволы («треугольник боли»). В этой связи имеет значение отмечаемое в 13% случаев аномальное положение латерального кожного нерва бедра в 0,5 см от подвздошно-паховой связки латерально или в непосредственной близости от передней верхней подвздошной ости. Кроме того нижний край полипропиленовой сетки крепили к передневерхней части гребенчатой связки, в этом месте она хорошо выражена и имеет толщину до 0,4 см, что предотвращает развитие периостита в послеоперационном периоде. Заключение. Протезирующая герниопластика прорастаемым протезом с предбрюшинным расположением показана больным зрелых возрастных периодов, при этом в целях предупреждения повреждения сосудов и нервов не следует фиксировать сетку латеральнее глубокого пахового кольца. Наложение швов или сетчатого протеза должно производиться медиальнее семявыносящего протока вдоль гребенчатой связки и латеральнее сосудов семявыносящего канатика. При прямой грыже протез следует тщательно фиксировать к гребенчатой связке. У лиц второго зрелого и старческого возрастного периодов при большой прямой паховой грыже отдельным швом следует фиксировать латеральный край глубокого пахового кольца к внутренней поверхности серповидного края.



811. Анализ летальности при панкреонекрозе.

Бронштейн П.Г., Шляхова М.А., Петушков Л.Л., к.м.н. Карapyш Д.В.

Тула

ГУЗ ТГКБСМП им.Д.Я.Ваныкина

При деструктивных формах острого панкреатита летальность остается на очень высоком уровне от 15% до 90%, не имея принципиальной тенденции к снижению. Среди всей группы больных ОП от 70% до 80% составляют пациенты с интерстициально-отечным острым панкреатитом, разрешающимся в результате консервативного лечения в течение 7-10 дней пребывания в стационаре. Остальные 20% – 30% – это тяжелые больные с панкреонекрозом, требующие проведения интенсивной и эфферентной терапии в реанимационном отделении и хирургического лечения. В 97% случаев летальность при панкреонекрозе обусловлена осложнениями заболевания, в том числе послеоперационными, при этом патологический процесс в самой поджелудочной железе часто может регрессировать. Работа основана на ретроспективном анализе 142 историй болезней умерших больных с различными формами панкреонекроза за период 2010 по 2014 годы. Общая летальность составила 43,4%. Основными причинами панкреонекроза приведшими к летальному исходу явились: злоупотребление алкоголем 68 (47,8%) и патология билиарной системы 43 (30,0%). Из 142 умерших больных оперативному вмешательству подвергались 41 (28,9%). В первые сутки с момента госпитализации оперированы 25 (61%) больных, во всех случаях операция выполнялась в связи с наличием у больных перитонита не установленной этиологии. В течение 2-14 суток - 6 (14,6%) пациентов оперированы в виду неэффективности консервативной терапии. В первой (доинфекционной) фазе заболевания умерло 55 (38,7%) больных. Во второй (инфекционной) фазе умерло 87 (61,2%) человек. С 2012. придерживались активно-выжидательной тактики. Все умершие больные с диагнозом панкреонекроз получали интенсивную терапию в условиях реанимационного отделения. Комплекс лечебных мероприятий включал в себя методы экстракорпоральной детоксикации или ультрагеофильтрацию или плазмаферез. Отмечено снижение общей летальности на 1/3. Обнаружены отличия в структуре летальности в рассматриваемых периодах. Если до 2012 года, преобладающая часть летальных исходов наблюдалась в первой фазе заболевания на фоне гемодинамических нарушений и полиорганной недостаточности 40 (67%) человек, то в последующие годы в связи с изменением тактики лечения чаще всего летальность отмечена в поздних стадиях панкреонекроза 51 (62,2%) больной, вследствие нарастания эндотоксикоза и прогрессирования гнойных осложнений панкреонекроза.

---

812. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОН КИСТИ С УЧЁТОМ СТАДИИ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ТКАНЕВОГО ГИПЕРТЕНЗИОННОГО СИНДРОМА

Красенков Ю.В., Татьянченко В.К., Давыденко А.В., Сухая Ю.В.

Ростов-на-Дону

Государственный медицинский университет

Цель работы: улучшение результатов лечения больных с флегмоной кисти с учетом своевременной оценки стадии развития острого тканевого гипертензионного синдрома (ОТГС). Материал и методы. В основу

анатомического раздела работы положены результаты изучения хирургической анатомии фасциальных структур и клетчаточных пространств кисти на 40 трупах людей в возрастном и конституциональном аспектах. Клинический раздел основан на результатах анализа историй болезни 74 больных с флегмонами кисти в период с 2008 по 2014 год, находившихся на стационарном лечении в отделении гнойной хирургии МБУЗ ГБСМП №2 г. Ростова-на-Дону. Все больные были разделены на 2 клинические группы: 1 группа - больные, которым не проводилось измерение внутритканевого давления (36 больных); 2 группа – 38 больных, которым при поступлении в стационар проводили измерение внутритканевого давления инвазивным способом по оригинальной методике. Результаты. Большое количество сконцентрированных в области кисти сосудисто-нервных пучков, места их деления, так называемые «опасные зоны» их расположения по отношению к фасциальным футлярам мышц и пястным костям создаёт значительные трудности при лечении флегмон данной локализации. Наличие хорошо выраженных фасциальных футляров мышц тенара и гипотенара при ограниченном количестве рыхлой клетчатки приводит к тому, что даже небольшое повреждение скопление гнойного экссудата служит причиной развития ОТГС. Измерение внутритканевого давления проводилось у всех 38 больных второй клинической группы каждые 1 или 2 часа, если давление возрастало, и каждые 4 часа, если оно было низким или снизилось. Давление измерялось в проекции всех фасциальных футляров больной кисти, а также на стороне здоровой кисти. Для объективной оценки повышения внутритканевого давления вычисляется дифференциальное давление - разница диастолического и внутритканевого давления. Было установлено, что при поступлении в стационар у 24 пациентов внутритканевое давление имело критическое значение. При этом у 16 пациентов дифференциальное давление было меньше 30 мм рт. ст. и в течение 4 часов уменьшилось до 15 мм рт. ст., что потребовало выполнения фасциотомии. У 8 пациентов внутритканевое давление продолжало повышаться до момента выполнения фасциотомии. У этих больных выполнена фасциотомия в 5 случаях через 24 часа, а в 3 случаях - через 40 часов. У 14 пациентов внутритканевое давление имело нормальные значения после динамического наблюдения и лечения флегмоны кисти. Эти больные выписаны в удовлетворительном состоянии. При флегмоне области тенара патогенетически обоснованным является выполнение фасциотомии фасциального узла на границе нижней и средней трети предплечья латерального края I пястной кости. При флегмоне области гипотенара патогенетически обоснованным является выполнение фасциотомии фасциального узла на границе верхней и средней трети V пястной кости. Заключение. При использовании предложенной нами тактики хирургического лечения хорошие результаты получены у 94,8% больных. Полученные результаты достаточно полно доказывают состоятельность предложенной нами тактики хирургического лечения больных с флегмоной кисти с учетом стадии развития острого тканевого гипертензионного синдрома.

---

### 813. АНАТОМО-ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ФАСЦИОТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКИХ ФЛЕГМОН ЯГОДИЧНОЙ ОБЛАСТИ НА ФОНЕ ОСТРОГО ТКАНЕВОГО ГИПЕРТЕНЗИОННОГО СИНДРОМА

Фирсов М.С., Татьянченко В.К., Давыденко А.В., Богданов В.Л.

Ростов-на-Дону

Государственный медицинский университет

Цель работы: обосновать фасциотомию при лечении глубоких флегмон ягодичной области на фоне острого тканевого гипертензионного синдрома (ОТГС). Материал и методы. Особенности хирургической анатомии мягкого остова ягодичной области изучены на 40 трупах людей разного возраста, пола и конституционального типа телосложения. Используются современные методы морфологического исследования (препарирование, рентгеновазография, морфометрия). Клинический раздел работы составил 76 больных с флегмонами ягодичной области. Больные были разделены на две клинические группы: основная (39 пациентов) и контрольная (37 пациентов). Причем у 25 (63,5%) из 39 больных основной группы развился острый тканевой гипертензионный синдром. Внутритканевое давление мягкого остова ягодичной области определяли инвазивным способом по оригинальной методике. Результаты исследования.

Нами установлено, что фасциальные футляры и узлы ягодичной области обладают высокими показателями предела прочности и модуля упругости при относительно небольших деформациях (большая и средняя ягодичные мышцы). Для этих мышц характерна сложная архитектура ветвления сосудов и нервов. Их фасциальные футляры выдерживают высокие градиенты повышения внутритканевого давления, что приводит к более раннему развитию ОТГС со сдавлением сосудисто-нервных образований, лежащих в пределах этих мышц их фасциальных футляров. Фасциальные узлы ягодичной области (четыре) обладают высокими показателями относительного удлинения, при невысоких значениях модуля упругости и предела прочности. Следовательно, эти структуры подвергаются значительным деформациям даже при невысоких показателях повышения внутритканевого давления, что приводит к их разрыву и возможности распространения гнойного процесса на соседние клетчаточные пространства. Проведена сравнительная оценка результатов лечения больных с флегмонами ягодичной области получавших общепринятое хирургическое лечение, которое было дополнено ультразвуковой обработкой гнойной раны. Все больные поступали в стационар в порядке скорой помощи. Сроки начала заболевания колебались от 3-х до 14 дней. Всем больным регистрировали внутритканевое давление. Мы считаем, что повышение внутритканевого давления свыше 40 мм вод. ст. является пусковым механизмом развития острого тканевого гипертензионного синдрома и определяет тяжесть клинико-функционального статуса этих больных. При этом патогенетическим методом лечения гипертензионного синдрома является фасциотомия в пределах фасциальных футляров мышц, относящихся к 1-й категории по своим биомеханическим свойствам. В день поступления температурная реакция отмечалась у 94,4% больных, лейкоцитоз - у 89,9%. При изучении биохимических анализов крови выявлена диспротеинемия. Всем 76 больным в день поступления производили вскрытие гнойного очага. У 25 больных с сопутствующим диагнозом ОТГС производили фасциотомию одного или нескольких фасциальных узлов ягодичной области. Операции выполнены под общим обезболиванием с применением адекватных разрезов. Больным основной группы (39 человек) производили санацию гнойной полости растворами антисептиков и ультразвуковую обработку ран в 0,05% растворе водного хлоргексидина. В контрольной группе (37 больных) гнойная полость только обрабатывалась растворами антисептиков (3% раствор перекиси водорода и 0,05% раствор водного хлоргексидина). Заключение. Применение в комплексе лечения флегмоны ягодичной области ультразвуковой обработки в 1,5-2 раза ускоряет процессы очищения раны, появление грануляций и позволяет заканчивать радикальное оперативное лечение ушиванием раны на 6-7 сутки с применением первично-отсроченных швов, обеспечивая заживление раны у 92,2% больных первичным натяжением. Своевременно выполненная фасциотомия позволяет избежать развития ОТГС. Предлагаемая тактика хирургического лечения больных с глубокими флегмонами ягодичной области должна быть рекомендована для более широкого внедрения в клиническую практику.

---

#### 814. КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТУННЕЛЬНОГО СИНДРОМА ТАЗОВОГО ДНА

Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Ковалёв Б.В., Фролкина Т.К.

Ростов-на-Дону

Государственный медицинский университет

Цель работы. Разработка алгоритма обследования больных для выявления нейродистрофической кокцигодии (туннельного синдрома тазового дна) при болевом синдроме тазового дна и обоснование выбора способа их лечения. Материал и методы. В основу клинического раздела работы положен анализ 48 больных с нейродистрофической кокцигодией. Возраст больных колебался от 21 года до 70 лет. Лица моложе 35 лет составили 16,7%. При поступлении в стационар давность заболевания до 1 года была у 12,5% больных, от 1 до 2 лет - у 16,7% больных, от 2 до 3 лет - у 41,7% больных и свыше 3-х лет - у 29,1% больных. При этом у 26 больных (54,2%) нейродистрофическая кокцигодия имела вертеброгенный характер происхождения (остеохондроз), а у 22 больных (45,8%) она возникла после перенесенных воспалительных процессов органов малого таза и промежности: парапроктит (8 больных), анальная трещина (3 больных), параметрит (6 больных) и простатит (5 больных). Для выявления степени тяжести течения

нейродистрофической кокцигодии были использованы следующие методы: пальцевое исследование прямой кишки и мышц тазового дна, рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника, электромиография (ЭМГ), определение перекисного окисления липидов (ПОЛ), измерение внутритканевого давления. Результаты исследования. Установлено, что для больных с нейродистрофической кокцигодией ведущим симптомом является боль. По характеру она была чаще (75%) тупой и ноющей. По интенсивности боль была в основном умеренной (60%) и реже сильной и очень сильной (соответственно 22% и 18%). Локализуются боли чаще всего в области промежности с иррадиацией в область анального канала и прямой кишки (72%). Важным диагностическим признаком является то, что боли при нейродистрофической кокцигодии усиливаются у 52% больных в сидячем положении, реже при ходьбе, акте дефекации или развороте туловища (соответственно 18%, 14% и 16%). Определенное значение в диагностике нейродистрофической кокцигодии имеет обнаружение местной болезненности при надавливании или покалывании паравертебрально, или в области седалищного бугра. У 64% обследованных больных, боли могли быть вызваны также определенными приемами: сильным надавливанием на пояснично-крестцовое сочленение, сгибание одной ноги в тазобедренном суставе и одновременным разворотом в сторону. Кроме того, у 72,3% больных с нейродистрофической кокцигодией отмечали метеозависимость. Большой интерес представляло изучение рентгеносемиотики остеохондроза позвоночника. В изучаемой клинической группе из 48 больных у 10 был выявлен дискоз, а у 16 - остеохондроз поясничного отдела позвоночника. При этом у 88,5% больных имелось поражение каудальных сегментов L5S1, а у 3 больных (11,5%) L3-4. При изучении ПОЛ у больных нейродистрофической кокцигодией отмечено снижение функциональной активности системы антиоксидантной защиты и интенсификации триггерного механизма процессов перекисидации липидов. Установлено, что развитие нейродистрофической кокцигодии протекает при повышенном внутритканевом давлении. При этом степень повышения внутритканевого давления зависела как от характера строения фасциального футляра мышц тазового дна, так и от длительности заболевания. Так, в динамике развития нейродистрофической кокцигодии отмечается больший подъем внутритканевого давления в фасциальном футляре внутренней запирающей мышцы и канала Алькокка, чем в области фасциального футляра мышцы, поднимающей задний проход. Результаты ЭМГ исследования мышц тазового дна при нейродистрофической кокцигодии показали, что у больных с давностью заболевания свыше 3 лет, в мышце, поднимающей задний проход, на фоне сформировавшегося гипертонуса (болезненного миофасциального триггера) доминирующим становится режим её изотонического сокращения, при котором рефлекторное сокращение мышцы практически отсутствует. На основании полученных клинко-лабораторных и инструментальных данных обследования больных с нейродистрофической кокцигодией, мы разработали индексную оценку тяжести течения патологического процесса, которая выглядит следующим образом: - до 13 баллов - легкая степень; - 14-21 балл - средняя степень; - свыше 22 баллов - тяжелая степень. У обследованных нами больных легкая степень была выявлена у 16 (33,4%), средняя у 22 (45,8%) и тяжелая у 10 больных (20,8%). Заключение. Всем пациентам с туннельным синдромом тазового дна проводилась консервативная терапия. Однако у больных со средней и тяжелой степенью тяжести патологического процесса эффективность её была невысокой. В связи с этим, у 16 из 48 больных со средней и тяжелой степенью тяжести течения заболевания по индивидуальной шкале была выполнена операция - декомпрессия полового нерва в седалищно-прямокишечной ямке с использованием силиконового микропротектора.

---

#### 815. ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССА ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Богданова А.Е., Бликян А.В., Фирсов М.С.

Ростов-на-Дону

Государственный медицинский университет

Цель работы. Улучшение результатов лечения больных с абсцессом эпителиального копчикового хода (ЭКХ), путем использования разработанных технологий. Материал и методы. Проведен анализ лечения 126 больных с абсцессом ЭКХ, которые разделены на две группы (контрольная и основная). Внутритканевое

давление крестцово-копчиковой и ягодичной областей определяли монитором «Stryker» REF, по оригинальной методике. Результаты. Из 62 больных основной группы по субъективным признакам диагноз острый тканевой гипертензионный синдром (ОТГС) был поставлен только у 7 (11,3%), а при аппаратном измерении - у 38 больных (61, 3%). Установлено, что резкое увеличение градиента внутритканевого давления (свыше 40 мм рт.ст.) наступает на 3-4 сутки развития патологического процесса. У всех больных с абсцессом ЭКХ операции были выполнены под эпидуральной анестезией в первые 3 часа с момента госпитализации. Первым этапом операции производили иссечение ЭКХ в одном блоке с кожей, подкожной клетчаткой. Объем нежизнеспособных тканей, подлежащих удалению определяли на операционном столе, путем введения через первичное отверстие свищевого хода метиленового синего, смешанного с перекисью водорода 1:1. При посевах экссудата было выделено 184 штамма микроорганизмов. В спектре выделенной микрофлоры преобладали энтеробактерии, составляя 46,1% и представители рода Staphylococcus - 33,6%. Реже встречались Enterococcus faecalis, Aerococcus viridans, и др. - 13,5% и Pseudomonas aeruginosa - 10,4%. У трети обследованных больных возбудители хирургической инфекции были выделены в монокультуре, преимущественно стафилококки и стрептококки. Ассоциации микроорганизмов наблюдались у 36,5% больных. Наиболее часто встречались ассоциации стафилококков и энтеробактерии, стафилококков и стрептококков, а также различных представителей семейства Enterobacteriaceae. При лечении больных использовали мази на полиэтиленгликолевой основе (Левомеколь, Диоксиколь). Применяли деэскалационные принципы антибиотикотерапии, озонотерапию и ультразвук. Микробиологические исследования показали высокую эффективность санации полости гнойника ультразвуком низкой частоты, а также озонотерапии. У больных с ОТГС была выполнена фасциотомия по оригинальной методике (Федеральный патент №2393783). Восстановительный этап лечения начинали в строгом соответствии с показателями микробной обсемененности ран (не более 10<sup>4</sup> – 10<sup>5</sup> 1/мл). Вид операции зависел от показателей индивидуальной шкалы балльной оценки течения ЭКХ и топографо- анатомических особенностей крестцово-копчиковой области (Федеральный патент №2408292). Ранние вторичные швы с проточно-промывным дренированием - у 14 больных; поздние вторичные швы с подшиванием краев раны к дну - у 32 больных; пластика кожным лоскутом - у 6 больных; пластика сложным трансплантатом на основе тонкой мышцы бедра по оригинальной методике – у 10 больных. Заключение. Комплексный подход в лечении больных с абсцессом ЭКХ с использованием инновационных технологий позволил достичь хороших и удовлетворительных результатов у 93,7 % больных (в контроле 70,4 %).

---

## 816. НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕФЕКТОВ ДИАФРАГМЫ

Фролкин В.И., Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Сухая Ю.В., Красенков Ю.В.

Ростов-на-Дону

Государственный медицинский университет

Цель работы: выработка оптимального способа операции и пластического материала для улучшения результатов лечения и послеоперационной реабилитации больных с дефектами диафрагмы. Материал и методы исследования. На 60 трупах людей разного возраста и конституционального типа телосложения проведены анатомические исследования по изучению хирургической анатомии наружной косой мышцы живота, применительно к перемещению его в область дефекта купола диафрагмы. В клинике проведен анализ хирургического лечения 51 больного с дефектами купола диафрагмы различной локализации и размеров. Результаты исследования. В клиническом разделе работы все больные были распределены на 2 клинические группы. В первую группу вошли 23 больных, у которых пластика дефекта диафрагмы производилась разработанным нами способом операции (Федеральный патент №2251983). Во вторую группу вошли 28 больных прооперированных традиционным способом (ушивание диафрагмы в виде дубликатуры). Из 51 больного, подвергшихся операции, у 29 пациентов была патология левого купола диафрагмы, здесь чаще наблюдались травматические грыжи (8 больных) и полные релаксации (9 больных). Из общего числа больных с повреждениями правого купола диафрагмы чаще всего наблюдаются парастеральные грыжи - 5 больных, а из общего числа больных с ограниченными релаксациями в

большинстве случаев наблюдаются также патология правого отдела диафрагмы. Из вышесказанного следует, что в большинстве случаев (56,9%) отмечаются дефекты левого купола диафрагмы. В клинической картине больных с дефектами диафрагмы доминируют такие симптомы, как снижение толерантности к физическим нагрузкам (слабость при выполнении физических нагрузок, одышка, кашель), болевой синдром различной степени выраженности и локализации и явления дисфагии. У одних и тех же больных одновременно встречался как боль за грудиной, так и боль в эпигастрии. У больных старшей возрастной группы (от 50 лет и старше) четко прослеживается зависимость степени тяжести состояния от длительности заболевания (по данным анамнеза), выраженности болевого синдрома, характера дисфагии и других осложнений. На наш взгляд, это связано с увеличением частоты развития грыж и релаксаций диафрагмы в старших возрастных группах (в условиях возрастных рубцово-склеротических и дистрофических изменений элементов диафрагмы), несвоевременно поздним обращением этих пациентов к врачу, высоким удельным весом осложненных форм заболевания. Всем больным при поступлении в стационар была проведена эзофагогастроуденоскопия, которая также помогает отличить грыжи и релаксации купола диафрагмы от грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Магнитно-резонансная томография выполнена на аппарате "Bruker" Tomikon S50. Нами изучена возможность этого метода в топической диагностике грыж и релаксаций диафрагмы для определения размеров и характера грыжевого содержимого. Кроме того, у ряда больных старшей возрастной группы при стертой или атипичной клинической картине трудно было определить характер и размеры грыжевого содержимого. У этих больных магнитно-резонансная томография явилась ведущим и наиболее информативным диагностическим тестом по сравнению с традиционной рентгенографией. Проведенный сравнительный анализ 2-х клинических групп показывает, что наилучшие результаты, как в ближайшем, так и отдаленном послеоперационном периодах получены у больных с пластикой дефекта диафрагмы лоскутом из наружной косой мышцы живота на сосудисто-нервной ножке. В этой группе послеоперационные осложнения отмечены только у 1 больного (4,35%) в виде реактивного плеврита, устраненного консервативным путем. В то же время во второй клинической группе из послеоперационных осложнений можно отметить, развитие у 1 больного (3,57%) ателектаза легкого, у 2-х больных (7,14%) развился реактивный плеврит и у 4-х больных (14,29%) течение послеоперационного процесса осложнилось пневмонией. Заключение. Таким образом, для постановки диагноза и выбора способа операции необходимо применять комплекс диагностических мероприятий, что уменьшает процент послеоперационных осложнений. Полученные хорошие результаты лечения у большинства больных (95,65%) позволили нам сделать заключение, что для пластики дефектов диафрагмы независимо от этиологических факторов и размеров хорошим пластическим материалом является мышечно-апоневротический лоскут из наружной косой мышцы живота на питающей ножке.

---

817. Биохимический анализ работы стресс-лимитирующей системы в хирургии магистральных артерий нижних конечностей на клинических примерах.

Калинин Р.Е., Пшенников А.С., Сучков И.А., Никифоров А.А., Пшенникова М.Ю.

Рязань

Калинин Р.Е.(1), Пшенников А.С.(1), Сучков И.А.(1), Никифоров А.А.(1), Пшенникова М.Ю.(2)1) ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России2) ГБУ РО ГКБ №11

Введение. Необходимость изучения механизмов адаптации тканей к ишемии у пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОААНК) диктует ряд противоречий в сосудистой хирургии, не раскрытых с позиции доказательной медицины, но часто встречающихся в нашей клинической практике. Нерешенным остается вопрос сосудистой хирургии - почему восстановления функционального статуса пациента не происходит либо эффект от операции существенно не значим при технически правильной реконструкции магистральных артерий. Эти ответные реакции сосудов в сочетании с повреждением эндотелиальных клеток приводят к развитию реперфузионного повреждения, которое может вызывать не только функциональную перестройку тканей, но и их гибель. Материалы и методы. В работе представлен анализ клинических случаев лечения пациентов, страдающих облитерирующим

атеросклерозом артерий нижних конечностей, в клинике сосудистой хирургии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. Во всех случаях в раннем послеоперационном периоде произошло резкое прогрессирование заболевания при условии адекватного восстановления магистрального кровотока. Работа выполнена в рамках работы над грантом президента РФ МК-1878.2014.7. Пациент Г., 56 лет, диагноз – «Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Бедренно-подколенная окклюзия справа. IV стадия заболевания по классификации Покровского-Фонтейна». Ангиологический статус. УЗДСММ 0.43/1.0. По данным ДС артерий и периферической ангиограммы определена короткая окклюзия поверхностной бедренной артерии в нижней трети (Тип А). Консервативная терапия назначена согласно «Национальным рекомендациям по ведению пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей». Пациенту выполнена рентгенэндоваскулярная дилатация ПБА. Остаточный стеноз не более 30 %. Послеоперационный период. Появление периферического пульса на передней большеберцовой артерии, УЗДСММ 0.87/1.06. Несмотря на успехи миниинвазивной хирургической техники на вторые сутки развивается влажная гангрена стопы, что послужило основанием выполнить ампутацию голени по экстренным показаниям. Пациент Л., 89 лет, диагноз – «Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Бедренно-подколенная окклюзия слева. IV стадия заболевания по классификации Покровского-Фонтейна». Ангиологический статус. УЗДСММ 1.0/0. По данным ДС артерий и периферической ангиограммы определена окклюзия поверхностной бедренной артерии более 10 см. в средней трети (Тип С). Пациенту выполнено оперативное лечение – тромбэктомия из поверхностной бедренной артерии с аутовенозной пластикой артерий. Послеоперационный период. Появление периферического пульса на передней большеберцовой артерии, УЗДСММ 1.0/0.9. Несмотря на успехи хирургической тактики в послеоперационном периоде ишемическое поражение не разрешилось, прогредиентное прогрессирование трофических расстройств послужило основанием выполнить ампутацию голени на 9-е сутки. Обсуждение полученных данных. Пациентам определяли исходные уровни метаболитов оксида азота (NO), фактора роста эндотелия сосудов (VEGF), проапоптотических белков (Bcl-2), белков теплового шока (HSP70) по стандартной методике (биологический материал - кровь, ИФА анализаторы – EKS 715 - Hsp70, BMS244 - Bcl-2, KHG 0111 – VEGF; реактив Грисса) до оперативного лечения (NO-57.4 мкм/мл, VEGF-112.3пк/мл, Bcl2-6.85нг/мл, HSP70-0.37 нг/мл. и NO-59.31 мкм/мл, VEGF-107.1пк/мл, Bcl2-6.7нг/мл, HSP70-0.28 нг/мл. у пациентов соответственно), после операции (NO-49.1 мкм/мл, VEGF-108.2пк/мл, Bcl2-6.93нг/мл, HSP70-0.35 нг/мл. и NO-51.23 мкм/мл, VEGF-105.3пк/мл, Bcl2-6.81нг/мл, HSP70-0.3 нг/мл. у пациентов соответственно), у пациента Л. на вторые сутки после операции (NO-41.9 мкм/мл, VEGF-98.1пк/мл, Bcl2-7.93нг/мл, HSP70-0.23 нг/мл.). Снижение изучаемых показателей (NO, VEGF, HSP70) в послеоперационном периоде во многом раскрывает тяжесть и глубину поражения эндотелия сосудов и тканей конечности во время реперфузионного повреждения. Повышение уровня bcl-2 белков в послеоперационном периоде необходимо рассматривать как механизм положительной обратной связи регулирования процессов апоптоза в пораженной конечности на фоне развития грубых некротических изменений конечности. Заключение. Данные клинические примеры иллюстрируют явное снижение эндотелиальных резервов и, как следствие, угнетение функции эндотелия сосудов у пациентов с IV стадией заболевания по классификации Покровского-Фонтейна.

---

818.Однорядный непрерывный шов в колоректальной хирургии.

Тимербулатов М.В. (1), Ибатуллин А.А.(1), Гайнутдинов Ф.М.(1), Куляпин А.В.(2), Валиева Э.К.(2), Аитова Л.Р.(1), Суфияров Р.Р.(2)

Уфа

1) Башкирский государственный медицинский университет 2) Городская клиническая больница №21

Актуальность. Долгое время однорядный шов в хирургии кишечника не находил широкого применения на практике. В первую очередь это было обусловлено несовершенством производимого на тот момент шовного материала. С появлением резорбируемых атравматичных нитей однорядный непрерывный шов стал использоваться многими хирургами. По результатам многочисленных научных исследований доказано

преимущество однорядного шва перед двухрядным. Тем не менее большинство отечественных хирургов в своей практике используют двухрядный шов. Цель. Внедрить в хирургическую практику колоректальных хирургов однорядный кишечный шов и оценить результаты. Материалы и методы. В основную группу пациентов, которым был использован однорядный непрерывный шов вошли 44 пациента. Группу сравнения составили 232 пациента, которым был сформирован двухрядный узловый анастомоз. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и заболеваниям. В группе пациентов с однорядным швом 7 пациентам, однорядный шов был сформирован лапароскопически. Результаты. Несостоятельность анастомоза в основной группе отмечена в 1 одном случае (2,27%), на 6 сутки после лапароскопической гемиколэктомии по поводу рака сигмовидной кишки, что потребовало проведения релапаротомии, вскрытия абсцесса и петлевой трансверзостомии. В группе сравнения несостоятельность анастомоза развилась в 12 случаях (5,17%). Заключение. Первый опыт применения однорядного непрерывного кишечного шва в колоректальной хирургии показал его преимущества перед двухрядным, что позволяет рекомендовать использовать его как метод выбора при формировании толстокишечных анастомозов.

---

819. Место внутрисветной ультрасонографии кишечной стомы в определении сроков хирургической реабилитации

Тимербулатов М.В. (1), Ибатуллин А.А.(1), Гайнутдинов Ф.М.(1), Куляпин А.В.(2), Аитова Л.Р.(1)

Уфа

1) Башкирский государственный медицинский университет 2) Городская клиническая больница №21

Актуальность. Ключевым этапом комплексной реабилитации стомированных больных является восстановительная операция, которая должна выполняться в приемлемом состоянии здоровья. Рекомендуемые сроки выполнения восстановительной операции, по данным различных авторов, сильно варьируют. В большинстве случаев восстановительная операция выполняется не ранее чем через 6 месяцев, когда стихают воспалительные явления в брюшной полости, полностью ликвидируются последствия основного заболевания и значительно улучшается общее состояние больного. Однако эти изменения могут протекать быстрее или медленнее, что зависит от индивидуальных особенностей пациента. Цель исследования. Определить роль внутрисветной ультрасонографии с доплерографией в определении изменений, происходящих в кишечнике стомированных больных, в установлении сроков и показаний выполнения реконструктивно-восстановительной операции. Материал и методы: изучены результаты проведенной внутрисветной ультрасонографии с доплерографией у 79 стомированных больных перенесших радикальные операции по поводу рака левой половины толстой кишки осложненной острой толстокишечной непроходимостью. УЗИ проводилось на аппарате HDI – 4000 ректальным датчиком введенным в просвет стомы в 4 режимах сканирования. Оценивали состояние стенки кишки, наличие кровотока и степень васкуляризации. Результаты. При оценке полученных результатов в сроке до 14 суток было выявлено утолщение стенки кишки, снижение эхогенности и отсутствие дифференцировки на слои, усиление кровотока и повышение скоростных показателей. В последующие сроки наблюдалось постепенное уменьшение толщины стенки, повышение ее эхогенности, снижение степени васкуляризации и скоростных показателей. Оценка УЗИ кишечной стомы в поздние сроки (до 12 месяцев) показала состояние кровотока кишечной стенки и брыжеечных сосудов, степень дистрофических изменений, что позволило судить о степени зрелости кишечной стомы и использовать результаты данного исследования как один из критериев готовности пациента к восстановительной операции. Заключение: Внедрение методов внутрисветной ультразвуковой доплерографии позволило определить оптимальные сроки для выполнения восстановительной операции начиная с 4-й недели при достижении максимальной скорости кровотока в стенке  $10,45 \pm 0,92$  см/с и толщины стенки приводящей кишки  $0,18 \pm 0,02$  см.



820. Эндохирургия язвенного колита, как метод выбора хирургического лечения.

Тимербулатов М.В. (1), Ибатуллин А.А.(1), Гайнутдинов Ф.М.(1), Куляпин А.В.(2), Аитова Л.Р.(1).

Уфа

1) Башкирский государственный медицинский университет 2) Городская клиническая больница №21

Актуальность. В последние годы отмечается быстрый рост заболеваемости язвенным колитом. Назначение больших доз гормональных препаратов при тяжелых формах далеко не всегда дает положительный эффект, в связи с чем пациентам применяется хирургическое лечение. Травматичность вмешательства отягощает течение послеоперационного периода. Цель. Оценить эффективность эндоскопических вмешательств в хирургии язвенного колита. Материалы и методы. В отделении колопроктологии ГКБ №21 оперировано 17 больных язвенным колитом с применением лапароскопической техники. Во всех случаях первым этапом выполнялась лапароскопическая колэктомия с выведением одностольной илеостомы по Бруку. После стабилизации состояния в плановом порядке вторым этапом выполнялась лапароскопическая брюшно-анальная резекция прямой кишки с формированием J-образного тонкокишечного резервуара и резервуаро-анальным анастомозом с превентивной илеостомой по Торнболлу (14 больных). Третий этап хирургического лечения включал внутрибрюшное закрытие стомы (9 больных). Результаты. Средняя продолжительность первого этапа хирургического лечения составила  $185 \pm 18$  минут, конверсий не было. В послеоперационном периоде отмечено два осложнения. В одном случае отмечен некроз пряди сальника, что потребовало проведение повторного эндоскопического вмешательства и его удаления. В другом случае развилось нагноение парастомальной раны. Продолжительность операции второго этапа хирургического лечения составила  $171 \pm 23$  минуты. Конверсий не было. Осложнений не отмечено. Летальных исходов не было. Пациенты, перенесшие эндоскопическое вмешательство, отмечали менее выраженный болевой синдром, быстрее восстанавливались. Третий этап внутрибрюшного закрытия илеостомы выполнялся с применением однорядного непрерывного кишечного шва. Несостоятельностью анастомоза не было. Заключение. Первый опыт эндоскопических вмешательств показал высокую эффективность и перспективность данного направления в хирургии язвенного колита.

---

821. Хирургия поздних стомальных осложнений

Тимербулатов М.В. (1), Ибатуллин А.А.(1), Гайнутдинов Ф.М.(1), Куляпин А.В.(2), Аитова Л.Р.(1).

Уфа

1) Башкирский государственный медицинский университет 2) Городская клиническая больница №21

Актуальность. Рост заболеваемости раком прямой кишки в последние десятилетия привели к увеличению числа больных перенесших радикальное хирургическое лечение. Удельный вес таких больных достигает 35% среди стомированных больных. Развитие осложнений со стороны стомы происходит по данным различных авторов в 30-96%. Увеличение количества стомальных осложнений прямо пропорционально сроку давности стомы. Материал и методы. На базе колопроктологического центра ГКБ №21 г. Уфы выполнено 29 реконструкций колостом у больных перенесших экстирпацию прямой кишки по поводу нижнеампулярного рака прямой кишки. Показаниями для реконструкции стали пролапс или стриктура с наличием параколостомической грыжи больших размеров, а также втянутая стома с невозможностью применения клеящихся калоприемников при отсутствии данных за рецидив заболевания. В 12 случаях была произведена реконструкция стомы с проведением через забрюшинный канал и пластикой грыжевого

дефекта с помощью полипропиленовой сетки. 17 больных оперировано с применением разработанного в клинике способа формирования забрюшинной колостомы (патент РФ), позволяющий сократить вероятность развития осложнений со стороны стомы и улучшить течение послеоперационного периода. Результаты. Сроки наблюдений составили 3 года. Отмечено 1 нагноение параколостомической раны. Рецидив параколостомической грыжи развился в 1 случае. Стриктур и пролапсов не было. Все больные возобновили использование калоприемника. Заключение. С целью профилактики развития параколостомических осложнений при выполнении экстирпации прямой кишки необходимо применять забрюшинный способ формирования колостомы. Разработанный способ формирования забрюшинной колостомы позволяет сократить количество осложнений со стороны стомы и значительно улучшить качество жизни стомированных больных.

---

822. Опыт проведения химиоэмболизации метастатического поражения печени при колоректальных.

Панов В.В., Сасина Е.В., Левченко Л.А., Волгушев О.А., Корольков А.В., Кабанов А.В.

Ростов-на-Дону

ФГКУ «1602 Военный клинический госпиталь» МО РФ

Химиоэмболизация – метод местной химиотерапии при различных злокачественных новообразованиях. Суть метода заключается в эмболизации артерии питающей опухоль. Химиоэмболизация подразделяется на 2 вида в зависимости от выбранного носителя химиопрепарата. Масляная химиоэмболизация – носитель Липиодол (Lipiodol). Удерживает высокую дозу химиопрепарата в опухоли в течение нескольких часов, не вызывает стойкую ишемию опухоли, не вызывает необратимую эмболизацию артерии питающую опухоль. Химиоэмболизация микросферами – носитель полимерные микросферы (НераSphere). Удерживает высокую концентрацию химиопрепарата в опухоли до месяца, вызывает стойкую ишемию опухоли. Преимущества: - Малая инвазивность. - Повышенная концентрация химиопрепарата в опухоли и отсутствие его в общем кровотоке и как следствие отсутствие побочных эффектов химиотерапии. - Короткий период восстановления после процедуры по сравнению с оперативным вмешательством. - Возможность использовать метод при неоперабельных опухолях - Возможность проведения повторных курсов. Показания к применению химиоэмболизации микросферами: Первичные опухоли печени и метастазы, в частности: 1. Гепатоцеллюлярная карцинома. 2. Холангиоцеллюлярный рак. 3. Метастазы колоректального рака. 4. Метастазы нейроэндокринного рака (в том числе карциноида). 5. Метастазы меланомы. 6. Метастазы рака щитовидной железы. 7. Метастазы рака молочной железы. 8. Опухоли почки (предоперационная химиоэмболизация). 9. Опухоли головки поджелудочной железы. 10. Опухоли основания мозга. 11. Сосудистые немозговые образования черепа. 12. Неоперабельные злокачественные опухоли лицевого черепа. 13. Неоперабельные злокачественные опухоли основания черепа. Противопоказания : 1. Диссеминация опухолевого поражения. 2. Объем поражения печени более 75%. 3. Тромбоз воротной вены (за исключением Y-90). 4. Значительные нарушения функции печени и почек. Здоровая печень около 75 % кровоснабжения получает по системе воротной вены и лишь 25% через печеночную артерию, однако опухоль в органе получает почти все своё кровоснабжение из печеночной артерии. Химиотерапевтические препараты вводят в печеночную артерию, таким образом, большая часть лекарства достигает непосредственно опухоли. Затем, когда артерия заблокирована, кровь больше не поступает в опухоль, в то время как в здоровые ткани печени кровь продолжает поступать из воротной вены. Это позволяет достичь высокой концентрации противораковых препаратов в непосредственном контакте с опухолью в течение длительного периода времени. В ФГКУ «1602 ВКГ» МО РФ в период с 2013г. по май 2015 г. проведено 17 химиоэмболизаций метастатического поражения печени при колоректальном раке. Из них 13 пациентам химиоэмболизация выполнялась однократно, 4 пациентам процедура химиоэмболизации проводилась дважды. Хотелось отметить, что у всех пациентов повысилось качество жизни. Больной К. 1947г.р. с диагнозом: «Рак поджелудочной железы с прорастанием опухоли в поперечно-ободочную кишку, забрюшинное пространство, множественным метастатическим поражением правой и левой доли печени, поражением внутрибрюшных лимфатических узлов, T4N1M1, IV стадия», которому была выполнена

химиоэмболизация метастазов печени с препаратом Ирринокан из расчета 350 мг на 1 метр квадратный. Отмечал улучшение общего состояния, купирование болевого синдрома. После 6 недель пациенту выполнена контрольная КТ с целью определения реакции опухоли на процедуру. В целях контроля над процессом уменьшения опухоли, КТ проводилась каждые три месяца. Отмечалась положительная динамика. При возникновении рецидива был назначен второй тур химиоэмболизации. Продолжительность жизни составила 24 месяца. Промежуток между процедурами составил 12 месяцев. Возможные осложнения : 1. Печеночная и почечная недостаточность 2. Инфаркт печени 3. Абсцесс печени 4. Билиарный некроз 5. Распад опухоли 6. Холецистит 7. Нецелевая эмболизация 8. Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы Химиоэмболизация может проводиться много раз на протяжении многих лет, до тех пор, пока она остается технически возможна. Пациенты при этом могут ощущать себя достаточно здоровыми людьми. Преимущества метода. Примерно в 2/3 случаев, химиоэмболизация, предотвращает рост опухоли, а в некоторых случаях, отмечается полная регрессия опухоли, что важно при сохранении функции печени и относительно нормальном качестве жизни, а так же способствует снижению затрат на проведение многоциклового химиотерапии. Эффект от одной процедуры длится в среднем от 10 до 14 месяцев, в зависимости от типа опухоли.

---

823. Вопросы применения фотодинамической терапии в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Гильфанов А.Р. (1), Тимербулатов М.В. (2), Рахимов Р.Р. (2), Сагдиев Р.Д. (1)

1) Альметьевск, 2) Уфа

Гильфанов А.Р. (1), Сагдиев Р.Д. (1), Тимербулатов М.В. (2), Рахимов Р.Р. (2) 1) РОД РТ 2) ГБОУ ВПО БГМУ

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки занимает важное место в структуре заболеваний органов желудочно-кишечного тракта. Вопросы применения фотодинамической терапии в лечении гастродуоденальных язв находятся на этапе первичного накопления научного материала. Проведен анализ результатов обследования и лечения 47 больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. В основную группу вошли 27 пациентов, которым на фоне стандартной противоязвенной терапии проводили эндоскопическую фотодинамическую терапию. Для проведения эндоскопической фотодинамической терапии применяли фотосенсибилизатор второго поколения "Фотодитазин". В качестве источника лазерного излучения использовали установку "Аткус-2". Выходная мощность излучения 2 Вт, длина волны - 661 нм. После приема препарата "Фотодитазин" внутрь, через 1-1,5 часа через биопсийный канал эндоскопа световод подводили к слизистой и осуществляли лазерное воздействие на луковицу двенадцатиперстной кишки, антральный отдел и тело желудка в дозе 6ДЖ/см<sup>2</sup>. Контрольную группу составили больные (20 человек), которые получали традиционное консервативное противоязвенное лечение по традиционной схеме: антисекреторные препараты и антибиотики согласно требованиям российской ассоциации гастроэнтерологов. Результаты морфологических исследований показали, что комплексное лечение язвенной болезни с применением эндоскопической фотодинамической терапии оказывает стимулирующее действие на процессы нормализации регионарной микроциркуляции и репаративной регенерации. Заключение. Применение эндоскопической фотодинамической терапии способствует нормализации регионарной микроциркуляции в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки, стимуляции репаративных процессов, сокращению сроков заживления язвенного дефекта, уменьшения частоты рецидива язв.

#### 824. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРФТОРАНА У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Аскерханов Г.Р., Закариев М.З., Казакмурзаев М.А., Исмаилов С.А.

Махачкала

Кафедра факультетской хирургии Дагмедакадемии

В основе исследования положены результаты обследования и лечения 72 первичных больных в возрасте от 27 до 79 лет (средний возраст 53,5 лет), среди которых 70 мужчин (97,2%) и 3-е женщины (4,2%) с облитерирующими заболеваниями сосудов нижних конечностей, которые находились в отделении сосудистой хирургии РКБ с 2010 по 2015 г. В настоящее исследование включены больные с облитерирующим атеросклерозом и эндоартериитом нижних конечностей в стадии критической ишемии на фоне дистальных и многоэтажных поражений сосудистого русла, бесперспективных для выполнения хирургической реваскуляризации. 37 больных контрольной группы получали традиционное лечение, 35 больных основной группы получали традиционное лечение с дополнительными внутриартериальными перфузиями озонированного перфторана. В контрольной группе к концу лечения показатели напряжения кислорода увеличились на  $4,18 \pm 0,35$  мм. рт. ст. (p

---

#### 825. Возможности лапароскопии при закрытой травме живота

Лобанов С.Л., Е.В.Размахнин, Л.С.Лобанов.

Чита

Читинская государственная медицинская академия

Актуальность: Нетерапевтические лапаротомии при травмах живота, составляют по разным данным, от 25 до 40%. Диагностическим ошибкам способствуют такие факторы, как политравма, алкогольное опьянение пострадавшего, недостаточное оснащение клиник и квалификация медицинского персонала и т.д. По мере совершенствования технологий становится возможным активное использование лапароскопии не только для диагностики, но и для определения дальнейшей лечебной тактики. Цель работы: изучение возможности лапароскопии при закрытой травме живота. В городской клинической больнице №1 г.Читы в период с 2008 по 2014 г. изучены результаты 2300 urgentных лапароскопий, выполненных по поводу самой различной патологии. Среди них больных с ЗТЖ было 251 человек (10,9%). Среди пострадавших мужчин было – 186 (74,1%), женщин – 65 (25,9%). В большинстве случаев (81,2%) пациенты с ЗТЖ имели сочетанную травму. По данным, полученных при лапароскопии все пациенты разделены на три группы: 1. Без видимой патологии. 2. Патология, не требующая оперативного вмешательства. 3. Наличие показаний к оперативному лечению. По результатам исследований у 126 больных патологии в брюшной полости не обнаружено, что составило (50,2%). Вторую группу составили пациенты -26 человек (10,4%), у которых была обнаружена патология, не требующая экстренной лапаротомии. В данной группе преобладали локальные повреждения: ушибы брюшной стенки, ограниченные забрюшинные гематомы, а так же тяжелые поражения печени (жировой гепатоз, цирроз). В третью группу вошли пострадавшие, которым по данным лапароскопии потребовалась экстренная операция -99 (39,4%). В 69 случаях был обнаружен гемоперитонеум (69,7%), у 30 (30,3%) пациентов были различные признаки повреждения внутренних органов, как правило, осложненные развивающимся перитонитом. Таким образом, диагностическая лапароскопия, более чем у 60% пострадавших, позволила исключить неотложную хирургическую патологию и избежать нетерапевтических лапаротомий.

## 826. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

Аскерханов Г.Р., Магомедов С.М., Халилов А.Х., Аскерханов Р.Г.

Махачкала

Кафедра факультетской хирургии Дагмедакадемии

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения больных со спонтанным пневмотораксом путем оптимизации подходов к его диагностике и лечению. Анализ подвергнуты результаты обследования и лечения 122 больных со спонтанным пневмотораксом, находившихся на лечении в торакальном отделении РКБ с 2000 по 2010 годы. Причинами возникновения спонтанного пневмоторакса служили истинные и ложные кисты - у 56 человек, кистозная дегенерация легких - у 38, острые воспалительные заболевания легких - у 9, опухоли - у 4, отрыв плевральной спайки - у 3. В 12 случаях причины заболевания не удалось установить. Правосторонний пневмоторакс был у 76 больных, левосторонний - у 36, двусторонний - у 10 человек. Полный коллапс легкого выявлен у 97 больных, частичный - у 16, напряженный пневмоторакс наблюдался у 10 больных, хронический пневмоторакс - у 6 человек. Спонтанный пневмоторакс сочетался с гидротораксом в 23 случаях, пиотораксом - в 17 случаях и гемотораксом - в 5. Больные обследовались по единой схеме, включавшей клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования, а также рентгенографию в стандартных проекциях, а в последние годы (57) компьютерную томографию на до- и послеоперационном этапах. Лечение пациентов в торакальном отделении РКБ с первым эпизодом пневмоторакса включало пункции у 27 человек; дренирование плевральной полости с активной аспирацией - у 73 человек. Части больных (37) при поступлении выполняли видеоторакоскопию, диатермокоагуляцию булл спаек, индуцировали плевродез доксициклином с дренированием полости плевры и аспирацией ее содержимого. При неэффективности проводимого лечения пациентам выполняли торакотомию и, как правило, атипичную резекцию легкого. Выполнено 20 клиновидных и краевых резекций легких, 18 лигирований или прошивание булл, 3 коагуляции булл и 3 плевродезов при невыявленном источнике пневмоторакса. Выявлены следующие осложнения: подкожная эмфизема - у 3; нагноение послеоперационной раны - у 2; у 3-х больных отмечены явления послеоперационного плеврита (у одного больного с исходом в эмпиему плевры). Применяемая хирургическая тактика при спонтанном пневмотораксе, с внедрением видеоторакоскопии, для лечения пациентов на современном этапе позволяет эффективно решить данную проблему. Приведенные результаты лечения спонтанного пневмоторакса различного генеза позволяют четко аргументировать показания и выбор оптимальных сроков оперативного пособия при спонтанном пневмотораксе.

---

## 827. ВОЗМОЖНОСТИ ЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Богомазов А.М., Лизанец Ю.М., Катрышев В.В., Сухоруков Е.А., Копылов Б.Э.

Москва

Медицинский центр «Южный»

Цель: Оценить состояние варикозных притоков после термической абляции стволов подкожных вен нижних конечностей и необходимость одномоментного их удаления или склерозирования. Материал и методы: В исследуемую группу вошло 54 пациента с ХЗВ в стадии С2-С4 с наличием варикозных притоков разного диаметра, ретикулярных вен и телеангиоэктазий. Всем им первым этапом была выполнена только

радиочастотная или лазерная эндовазальная коагуляция стволов БПВ и МПВ, далее в течение 2-4 месяцев оценивали состояние притоков. В группу не вошли пациенты, которым одновременно была выполнена термическая абляция стволов в сочетании с минифлебэктомией или склерооблитерацией притоков. Вторым этапом лечения в объеме минифлебэктомии или склерооблитерации выполнялся через 2-4 месяца. Диаметр варикозных притоков измерялся с помощью ультразвукового сканнера в фиксированных точках до и через 2, 4 месяца после термической абляции. Диаметр варикозных притоков варьировал от 0,4 до 1,5 см. Все пациенты после абляции соблюдали компрессионный режим конечностей. Использовали трикотаж II класса компрессии первые 5 дней круглосуточно, далее в течение 2 месяцев только днем. Результаты. У всех пациентов отмечена положительная клиническая динамика: исчезновение чувства тяжести, отеков, ночных судорог и пр. Также, у всех пациентов отмечено уменьшение диаметра варикозных притоков в 2 и 3 раза. Через 2-4 месяца у 17 (31,5 %) пациентов варикозные притоки визуально не определялись, количество телеангиоэктазий также уменьшилось, а при ультразвуковом исследовании диаметр притоков уменьшился с 0,6-0,8 см. до 0,3-0,4 см. У остальных 37 (68,5%) пациентов количество притоков визуально также уменьшилось. Однако, более протяженные притоки с локализацией на бедре и голени, а также в зоне лодыжек и стопы не устранились, но значительно уменьшились в диаметре с 1,2-1,5 см. до 0,5-0,7 см. Этим пациентам в последующем выполнены минифлебэктомии или склерооблитерация притоков. Таким образом, устранение только вертикального сброса по недостаточным стволам подкожных вен позволяет у части больных избежать удаления варикозных притоков. А значительное уменьшение количества притоков и уменьшение их диаметра после термической абляции стволов, сокращает время и объем выполняемых минифлебэктомий и склерооблитераций, что позволяет достигнуть лучшего косметического эффекта.

---

828. Работа стресс-лимитирующей системы в хирургии магистральных артерий нижних конечностей.

Калинин Р.Е., Пшенников А.С., Сучков И.А., Никифоров А.А., Пшенникова М.Ю., Камаев А.А.

Рязань

Калинин Р.Е.(1), Пшенников А.С. (1), Сучков И.А. (1), Никифоров А.А. (1), Пшенникова М.Ю.(2), Камаев А.А.(1)1) ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России 2) ГБУ РО ГКБ №11

Цель. Изучить работу стресс-лимитирующей системы NO, HSP70, VEGF, bcl-2 в хирургии магистральных артерий. Материалы и методы. По дизайну исследование открытое, рандомизированное, проспективное, в параллельных группах, включает в себя 30 пациентов. В зависимости от степени ишемии нижних конечностей и оперативной тактики все пациенты разделены на 3 группы: 1-ая группа включила 10 пациентов II-III стадиями, 2-ая группа – 10 пациентов с IV стадией заболевания по классификации Fontaine, которым выполнены реконструкции PTFE-графтом. Десяти пациентам 3-ей группы выполнены в экстренном порядке тромбэмболэктомии на фоне кардиогенной неклапанной эмболии артерий нижних конечностей. HSP70, NO оценивали во всех группах до оперативного вмешательства и после: 1, 2, 10 суток, 1, 3, 6 месяцев. VEGF, bcl-2 определяли как исходный параметр и через 3, 6 месяцев во всех группах. Работа выполнена в рамках работы над грантом президента РФ МК-1878.2014.7. Результаты. Во всех хирургических группах реперфузионный ответ направлен на повышение образования HSP 70 у 80% пациентов, тогда как клиническое подтверждение реперфузионного, постишемического синдромов выявлено только у 30% пациентов и носило только местный характер. Восстановление адаптационных механизмов клеточной адаптации к ишемическому и реперфузионному стрессу происходит только к 3-ему месяцу и составляет  $0.42 \pm 0.03$ ,  $0.43 \pm 0.02$ ,  $0.38 \pm 0.03$  нг/мл. Выявлено заметное снижение метаболитов NO в 1-ой и 3-й группе на 4 и 20% соответственно, что связано с интродооперационной травмой эндотелия магистральной артерии вследствие катетерной тромбэмболэктомии, эндалтерэтомии и имплантации PTFE-графта в стенку артерии. Необратимое повреждение эндотелия приводит к нарушению его функции и, как следствие, усугублению эндотелиальной дисфункции, которое прослеживается в течение 3-х месячного послеоперационного периода. Низкий уровень VEGF определяется у больных с критической ишемией ( $128.6 \pm 3.34$ ,  $127.4 \pm 2.21$  пк/мл во 2-й группе ( $p < 0,05$ ) пациентов до операции и через 3, 6 месяцев). В 1, 2 группах отмечена тенденция к снижению VEGF к 3-ему месяцу наблюдения на 9%, 1%, 13,6%

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

соответственно. Однозначное поведение белков bcl-2 у пациентов с острой и хронической ишемией отмечено на оперативное вмешательство. Повышение на 44,8%, 23,2%, 10,9% соответственно в 1,2,3 – ей группах. Сильная корреляционная связь выявлена между показателем bcl-2 и VEGF в группах пациентов с хронической ишемией (1-я, 2-я группы) и составила  $rs=-0,78$ ,  $rs=-0,61$  ( $p < 0,05$ ). Вывод. Проблема изучения регуляции синтеза представленных метаболитов очень быстро из фундаментальной, академической сферы перешла в область теоретической и практической медицины. В целом стратегия на использование препаратов, влияющих на их содержание, является чрезвычайно многообещающей и активно разрабатывается в клиниках.

---

829. Безопасность медицинской помощи в хирургии: терминология Национальной медицинской палаты

Старченко А.А., Рошаль Л.М., Гришина Н.И., Тарасова О.В.

Москва

Национальная медицинская палата, Росгосстрах-Медицина

Цель: создание единого экспертного пространства в сфере здравоохранения. Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с нормой ст. 88 Закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» осуществляется проведением проверок соблюдения: порядков оказания и стандартов медицинской помощи; безопасного применения медицинских изделий; ограничений при осуществлении профессиональной деятельности. Статья 238 УК РФ устанавливает уголовную ответственность за оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей. ГК РФ вводит ответственность за ненадлежащее качество медицинской помощи, конструктивные, рецептурные и иные технологические недостатки услуг. Национальная медицинская палата (НМП) в отсутствие законодательного нормирования безопасности медицинской деятельности полагает издание соответствующего нормативного акта НМП с целью формулирования обычно предъявляемых требований в здравоохранении по безопасности медицинской деятельности в соответствии с нормами статьи 309 ГК РФ: «Безопасность медицинской помощи - отсутствие необоснованного риска при допущении обоснованного риска медицинского вмешательства, соответствующего номенклатуре медицинских услуг, выполняемого с диагностической или лечебной целью по показаниям в соответствии с имеющимся заболеванием, с учетом противопоказаний, в специально предусмотренном, нормируемом помещении специалистом, имеющим допуск к выполнению вмешательства на основании имеющихся у него документа об образовании и сертификата специалиста». Риск медицинского вмешательства - вероятность наступления неблагоприятного исхода для жизни или здоровья пациента, а также вероятность недостижения той цели, ради которой проводится медицинское вмешательство; оценивается экспертом: а) по наличию объективных и субъективных условий для возникновения неблагоприятного исхода или недостижения поставленной цели медицинского вмешательства; б) по выполнению объема и качества профилактических мер неблагоприятного исхода и недостижения цели медицинского вмешательства. Риск в здравоохранении является не обоснованным и медицинская услуга признается не отвечающей требованиям безопасности при следующих обстоятельствах: 1. Рискованное медицинское вмешательство не предусмотрено номенклатурой медицинских услуг. 2. Рискованное медицинское вмешательство выполняется медицинским работником, не имеющим допуск к его выполнению: отсутствие у исполнителя документа об образовании и/или сертификата специалиста. 3. Рискованное медицинское вмешательство выполняется за пределами специально предусмотренного, нормируемого и приспособленного помещения. 4. Рискованное медицинское вмешательство выполняется с нарушением требований обязательного стандарта оснащения и оборудования специально предусмотренного помещения. 5. Рискованное действие осуществляют с пренебрежением достижения общественно полезной цели, т. е. сохранения жизни и здоровья пациента. 6. Применение конкретного метода диагностики или лечения осуществляется вне медицинских показаний к нему и/или при наличии противопоказаний, в т.ч. по другим параметрам состояния здоровья пациента и сопутствующим заболеваниям. 7. Цель рискованного вмешательства может быть достигнута без риска другими вариантами вмешательств. 8. Риск развития ятрогенного осложнения,

789

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

неблагоприятных последствий и смерти пациента при предлагаемом конкретном вмешательстве выше, чем риск развития неблагоприятного исхода без применения данного метода. 9. Наступление вредных последствий предлагаемого конкретного вмешательства неизбежно, а не лишь возможно. 10. Не использованы без положительного результата все менее опасные методы диагностики и лечения. 11. Врач не прогнозирует типичные возможные осложнения применяемого им метода и/или не предпринимает мер для их предотвращения, своевременного выявления и лечения. 12. Пациент не согласен на применение рискованных медицинских действий. Безопасность медицинской деятельности – это, прежде всего, организационные усилия и деятельность руководства медицинской организации по тотальному исключению из практики условий и обстоятельств оказания небезопасных услуг пациентам. В этом контексте исполнение стандартов и порядков оказания медицинской помощи, в которых и изложены специальные требования (в т.ч. организационные, общие и специальные) по оснащению, лекарственному и кадровому обеспечению, технологическим составляющим (перечень медицинских услуг с кратностью), является инструментом безопасности медицинской деятельности.

---

### 830. ПРИНЦИПЫ ЭКСПЕРТИЗЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОПЛАЧЕННОЙ ПО СПОСОБУ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП БОЛЕЗНЕЙ (КСГ)

Старченко А.А., Тарасова О.В.

Москва

Национальная медицинская палата, Росгосстрах-Медицина

Минздравом России 15.12.14 г. утверждена новая редакция рекомендаций «О способах оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи». И врачи, и пациенты должны иметь представление о том, что предметом такого контроля должны быть следующие узловые точки. Во-первых, при оплате по КСГ возникнет соблазн выписывать пациента, как можно раньше, чтобы получить, как можно больше финансовых средств без затрат на больного. Отсутствие контроля на этом этапе приведет к тому, что пациентов будут выписывать с койки недолеченными. Во-вторых, если ранее по федеральным стандартам выполнение каждой позиции стандарта должно было быть отражено в медицинской карте больного, то при оплате по КСГ создается впечатление, что не следует использовать дорогостоящие методы диагностики и лечения, т.к. они затратны. В-третьих, тяжелые больные могут быть дискриминированы в праве быть госпитализированными в лечебное учреждение, т.к. априори ясно, что сроки лечения таких пациентов превысят средние, т.е. создадут серьезные материальные затраты, не покрываемые тарифом данной КСГ. Существенным недостатком способа оплаты по КСГ является отказ от оплаты самого дорогостоящего и жизнеоберегающего этапа – реанимационной помощи. Погружение ее в основной тариф по КСГ приведет к тому, что реанимационная служба останется недофинансированной, что очень быстро скажется на снижении качества ее работы. В-четвертых, требует четкого регулирования установления дифференцированных коэффициентов тяжести состояния больного, без которых и в отсутствие контрольных функций, применения данных коэффициентов очень быстро достигнет максимума: все пациенты окажутся самыми тяжелыми! В-пятых, серьезного экспертного общественного контроля должен требовать процесс введения управленческих коэффициентов, т.к. в этом случае существует соблазн коррупционной составляющей или иной конфликт интересов между руководителями медицинских организаций и управляющих структур. Введение нового способа оплаты по КСГ требует взвешенного подхода, периода подготовки к новому документообороту, и, самое главное, широкое и глубокое стимулирование экспертной деятельности СМО в систем ОМС, иначе финансового одеяла ОМС на все медицинские организации не хватит. Таким образом, узловыми точками контроля, как показывает экспертный опыт, являются: 1. Кратковременные сроки госпитализации, при которых создаются массовые экономические предпосылки для выписки пациента без достижения необходимого и требуемого клинического результата. 2. Исполнение необходимых сложных и финансово затратных инструментальных и лабораторных методов исследования с целью дифференциальной диагностики, коррекции лечения и определения прогноза. 3. Отказ (дискриминация) в госпитализации пациентов пожилого возраста, имеющих



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

тяжелые формы, состояния и варианты течения заболеваний, множественные сопутствующие заболевания. 4. Установление дифференцированных коэффициентов тяжести состояния, злоупотребление которым создает риск необоснованного увеличения финансового бремени без объективного анализа тяжести состояний пациентов. 5. Корректировка (установление) управленческих коэффициентов для медицинских организаций, требующая экспертного антикоррупционного общественного контроля и анализа наличия множественных дефектов в оказании медицинской помощи в конкретной медицинской организации.

---

831. Верховный Суд РФ: стандарты медицинской (хирургической) помощи в России обязательны для исполнения

Старченко А.А., Тарасова О.В.

Москва

Национальная медицинская палата, Росгосстрах-Медицина

Верховным Судом РФ положен конец дискуссии в отечественном здравоохранении об обязательности исполнения стандартов, как нормативных актов Минздрава России. Верховным Судом РФ в заседании от 09.04.14 г. по делу № АКПИ14-152 рассмотрены: 1) заявление представителя Минздрава России, в котором он просил суд прекратить производство по делу, поскольку оспариваемый приказ об утверждении стандарта медицинской помощи является актом рекомендательного характера, не нуждается в государственной регистрации и не нарушает прав граждан; 2) мнение представителя Минюста России, который считает, что приказ об утверждении стандарта медицинской помощи является нормативным правовым актом и подлежал направлению на государственную регистрацию в Минюст России. Выслушав объяснения представителей Минздрава России, Минюста России, исследовав материалы дела, заслушав заключение прокурора Генеральной прокуратуры РФ, полагавшей, что заявление подлежит удовлетворению, и судебные прения, Верховный Суд РФ находит заявленные требования подлежащими удовлетворению. 1. Существенными признаками, характеризующими нормативный правовой акт, являются: издание его в установленном порядке уполномоченным органом государственной власти, наличие в нем правовых норм (правил поведения), обязательных для неопределенного круга лиц, рассчитанных на неоднократное применение, направленных на урегулирование общественных отношений либо на изменение или прекращение существующих правоотношений. 2. Доводы представителя Минздрава России о том, что стандарт медицинской помощи больным не является нормативным правовым актом, носит рекомендательный характер, являются несостоятельными и не могут служить основанием для отказа в удовлетворении заявленных требований. 3. Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. N 321 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации" было предусмотрено, что стандарты медицинской помощи устанавливаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации (пункт 5.2.14 Положения). 4. Согласно статье 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах здоровья граждан в Российской Федерации" стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения: 1) медицинских услуг; 2) зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения; 3) медицинских изделий, имплантируемых в организм человека; 4) компонентов крови; 5) видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания; 6) иного, исходя из особенностей заболевания (состояния). Апелляционная коллегия Верховного Суда РФ в заседании от 31.07.14 г. по делу № АПЛ14-302 установила: 1) в апелляционной жалобе Минздрава России, не соглашаясь с решением суда и считая его незаконным и необоснованным, просит решение отменить и производство по делу прекратить; 2) в обоснование апелляционной жалобы Минздрав России ссылается на то, что приказ не содержит основных существенных признаков нормативного правового акта, а именно подписан должностным лицом, не уполномоченным на

791

издание нормативных правовых актов, и не содержит правовых норм (правил поведения), обязательных для неопределенного круга лиц, поэтому может быть оспорен исключительно в порядке производства по делам об оспаривании решений, действий (бездействия) органов государственной власти, органов местного самоуправления, должностных лиц, государственных или муниципальных служащих (глава 25 ГПК РФ). Проверив материалы дела, обсудив доводы апелляционной жалобы, Апелляционная коллегия Верховного Суда Российской Федерации не находит оснований для ее удовлетворения: 1. Федеральным законом от 29 декабря 2006 г. N 258-ФЗ Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан дополнены статьей 37.1, которая определяет, что стандарты медицинской помощи устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения. 2. Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. N 321 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации" было предусмотрено, что стандарты медицинской помощи устанавливаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации (пункт 5.2.14 Положения). 3. Согласно статье 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах здоровья граждан в Российской Федерации" стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения: 1) медицинских услуг; 2) зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения; 3) медицинских изделий, имплантируемых в организм человека; 4) компонентов крови; 5) видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания; 6) иного исходя из особенностей заболевания (состояния). 4. Постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. N 608 утверждено Положение о Министерстве здравоохранения Российской Федерации. В соответствии с пунктом 5.2.18 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации Минздрав России на основании и во исполнение Конституции Российской Федерации, федеральных конституционных законов, федеральных законов, актов Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации самостоятельно принимает нормативные правовые акты, в том числе стандарты медицинской помощи. Апелляционная коллегия Верховного Суда РФ в заседании от 31.07.14 г. по делу № АПЛ14-302 установила: «На основании изложенного Верховным Судом Российской Федерации сделан правильный вывод о том, что стандарты медицинской помощи являются нормативными правовыми актами». Таким образом, Верховным Судом РФ установлено обязательство государства и ее власти разных уровней перед обществом: 1) утверждать нормативные акты (приказы) о медицинских стандартах медицинской помощи (Минздрав РФ); 2) исполнять требования нормативных актов (приказы) о медицинских стандартах медицинской помощи при оказании медицинской помощи; 3) осуществлять контроль и надзор в сфере здравоохранения на предмет исполнения нормативных актов (приказы) о медицинских стандартах медицинской помощи, в т.ч. в системе ОМС в рамках контроля объема, качества и условий предоставления медицинской помощи; 4) выносить судебные решения на основании нормативных актов (приказы) о медицинских стандартах медицинской помощи.

---

832. Особенности ультразвуковой диагностики при острой ишемии конечностей.

Борисов В. А., Лукьянова Л. В., Неверова О. С., Крайнов А. А., Смоляк Е. А.

Саратов

ГОУ ВПО «СГМУ им. В. И. Разумовского Росздрава», «Областная клиническая больница» г. Саратова, Россия.

Острая ишемия конечностей относится к наиболее типичным неотложным состояниям в сосудистой хирургии и характеризуется острым нарушением кровообращения дистальнее места окклюзии артерии эмболом или тромбом, большое значение в диагностике которых принадлежит дуплексному исследованию.

Материалы и методы: за период с 2010 по 2014 гг. было обследовано 214(100%) пациентов с клиникой острой ишемии конечностей, вызванных тромбозом и эмболией. Из них у 93(43%) выявлена эмболия, а у 121(57%) острая ишемия была обусловлена тромбозом. При этом из 121(100%) пациента с тромбозом у 87(72%) выявлен атеросклероз, у 30(25%) –артериит и у 4(3%) онкологические заболевания. Из 93(100%) пациентов у 35(38%) отмечена эмболия артерий верхних конечностей, у 58(62%) –артерий нижних конечностей. У 28 выявлена эмболия подколенной артерии, у 25 – общей бедренной артерии в месте бифуркации и у 5 – подвздошных артерий. Следует так же отметить, что у мужчин острая ишемия конечностей, вызванная тромбозом, чаще возникала на фоне атеросклероза, а у женщин – на фоне артериита. Нами отмечено, что тромбоз выявлялся на любом уровне, а эмболия чаще в области бифуркации артерий. Нами выявлено, что тромбоз имел чаще пролонгированное поражение, а эмболия - локальное. Мы не отметили существенных различий по экзогенности внутрисосудистых образований при тромбозе и тромбоемболии. Сканирование в В-режиме не позволяло отличить «свежий» тромб (тромбоембол) от свободного просвета артерии, так как его акустическая плотность аналогична крови в проходимом сосуде, а у 5% выявлены неоднородные по структуре тромбы и эмболы атеросклеротического генеза. При эмболии изменения стенки сосуда как правило отсутствовали, а при тромбозе – характер их определялся первичным патологическим процессом. При тромбозе чаще имело место окклюзия, при эмболии выявляли или окклюзию, или стеноз различной степени выраженности. У 10% пациентов проводилось исследование в динамике для оценки эффективности проводимой терапии, что выражалось в улучшении коллатерального кровотока, а при отрицательной динамике чаще имело место нарастание степени тромбоза. При наличии артериального кровотока либо на артерии тыла стопы, либо на задней большеберцовой артерии, измеряли лодыжечно-плечевой индекс для определения степени компенсации коллатерального кровотока. Соотношение более 0,7 указывало на компенсацию, 0,7 до 0,4 – на субкомпенсацию и менее 0,4 – на декомпенсацию. При сравнении результатов дуплексного сканирования с интраоперационными данными, точность диагностики при дуплексном исследовании тромбоза и эмболии составила 89%. Вывод: при острой ишемии конечности важным дополнительным методом исследования является ультразвуковое цветное дуплексное сканирование. Метод эффективен в оценке характера, локализации, протяженности и степени поражения артериального русла конечности, о чем свидетельствует высокий процент (89%) совпадений с интраоперационными данными.

---

833. Применение ретроперитонеоскопического доступа при заболеваниях верхних мочевых путей у детей

Врублевский С.Г.(1), Шмыров О.С.(1), Манжос П.И.(2), Иманалиева А.А.(2)

Москва

1)РНИМУ им.Н.И.Пирогова, 2) РУДНМорозовская детская городская клиническая больница

Актуальность: пороки и заболевания верхних мочевых путей составляют более 40% всех аномалий, встречающихся у детей. Многие из них нуждаются в проведении хирургической коррекции. В России эндохирургические операции при заболеваниях верхних мочевых путей преимущественно выполняются лапароскопическим доступом, существуют единичные публикации о применении ретроперитонеоскопического доступа у детей, тем не менее остается множество нерешенных проблем, таких как показания, противопоказания к эндохирургическим ретроперитонеальным операциям, их преимущества, недостатки, особенности технического вмешательства. Все вышеизложенное послужило предпосылкой для настоящего исследования. Цель: улучшить результаты хирургического лечения детей с заболеваниями верхних мочевых путей путем разработки и внедрения эндохирургических операций ретроперитонеальным доступом. Пациенты и методы исследования: в период 2011 по 2015 г. на базе МДГКБ эндовидеохирургические операции забрюшинным доступом проведены 23 пациентам с заболеваниями верхних мочевых в возрасте от 11 мес. до 17 лет. Было выполнено 8 резекций солитарных кист почек, 5 нефрэктомий, 2 геминефрэктомии, 1 уретеролитотомия, 1 чрескожная нефролитотомия, 6 пиелопластик. Показаниями к операциям ретроперитонеальным доступом являлись: наличие в анамнезе множественных операций на органах брюшной полости, носительство венстрикуло-перитонеального шунта, кисты почек в

дорсо-латеральных отделах, локализация конкремента большого размера в средней трети мочеточника, множественные конкременты чашечек и лоханки почки, обусловленные обструкцией пиелoureтерального сегмента. Все оперативные вмешательства проводились в положении пациента на боку с использованием стандартного набора эндовидеохирургического оборудования и инструментария. Результаты: по нашим данным осложнений, потребовавших дополнительные лечебные мероприятия, включая конверсию доступа, не отмечено. Во всех случаях кровопотеря была минимальной. Неинтенсивная обезболивающая терапия анальгетиками ненаркотического ряда потребовалась в течение 2-3 суток. В среднем на 3 сутки после операции отмечено восстановление физической активности. Продолжительность пребывания пациентов в стационаре составляла не более 7 суток. Заключение: полученные результаты отражают эффективность ретроперитонеоскопических вмешательств при хирургических заболеваниях верхних мочевых путей у детей. Чрескожная нефроскопия при множественных конкрементах чашечек и лоханки почки позволяет производить хорошую визуализацию полостной системы почки с дальнейшей экстракцией камней почки. Ретроперитонеоскопический доступ при резекции кист почек, локализуемых в дорсо-латеральных отделах, дает возможность визуализировать всю полость кисты и выполнить адекватную резекцию ее стенки и тотальную электрокоагуляцию эпителиальной кистозной выстилки. Недостатками эндохирургического забрюшинного доступа являются ограниченный объем «рабочего пространства», близкое расположение портов и отсутствие четких анатомических ориентиров. В то же время преимущества ретроперитонеоскопических вмешательств очевидны – малая инвазивность, прямой и более быстрый доступ к верхним мочевым путям, отсутствие вскрытия брюшной полости и, как следствие, снижение риска возможных абдоминальных осложнений. Таким образом, ретроперитонеоскопический доступ может расцениваться как миниинвазивный и малотравматичный, обеспечивающий хорошие анатомические, функциональные и косметические результаты оперативного лечения и стать перспективным методом в педиатрической практике.

---

#### 834. ПОКАЗАНИЯ К ВЫПОЛНЕНИЮ СУБТОТАЛЬНЫХ КОЛОНЭКТОМИЙ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

Полунин Г.Е., Седаков И.Е., Гюльмамедов Ф.И., Косарь Н.В., Танасов И.А., Коктышев И.В.

Донецк

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Актуальность. Неспецифический язвенный колит (НЯК) – болезнь неустановленной этиологии, поражающая толстую кишку (ТК). До 30% пациентов нуждаются в оперативном лечении. Критерии, определяющие тактику ведения пациентов, разработаны недостаточно. Материалы и методы. В исследование включены сведения за 20 лет о 634 больных с НЯК, находившихся на лечении и диспансерном наблюдении в колопроктологическом центре г.Донецка. Резекции ТК произведены 134 (21,1%) больным. Мужчин было 66 (49,3%), женщин – 68 (50,7%). Ввиду крайней тяжести состояния 71 (53,0%) пациенту на первом этапе выполнена субтотальная колонэктомия (СК) с раздельной илео- и сигмостомией. Результаты. Средний возраст пациентов составил 38,5 лет. 25 (35,2±5,7%) операций выполнены по ургентным показаниям. Время от дебюта болезни до операции в среднем составило 5,3 лет. Показаниями к операции явились: тяжелое состояние с развитием синдрома полиорганной недостаточности (СПОН) – 28 (39,4±5,8%), кровотечение – 14 (19,7±4,7%), перитонит – 12 (16,9±4,4%), токсическая дилатация ТК – 8 (11,3±3,8%), кишечная непроходимость – 4 (5,6±2,7%), рак ТК – 4 (5,6±2,3%), воспалительная псевдоопухоль (ВПО) – 1 (1,4±1,4%) пациент. Общая послеоперационная летальность составила 15,5±4,3%. Выводы. Мы придерживаемся мнения, что единственным радикальным методом лечения НЯК является тотальная колонпроктэктомия, однако тяжесть состояния пациентов в 53,0% случаев не позволила выполнить радикальный объем на первом этапе хирургического лечения. Наиболее рациональной тактикой в указанной группе является выполнение СК с раздельной илео- и сигмостомией, и последующей (через 2-3 месяца) сигмопроктэктомией. С учетом высокого риска неудовлетворительных результатов (летальность до 15,5%) в

перспективе целесообразна разработка методов прогнозирования развития осложнений, для расширения показаний к более раннему и своевременному выполнению хирургического лечения у пациентов с НЯК.

---

### 835. Особенности хирургической тактики при ущемленных грыжах.

Рыбачков В. В., Кабанов Е. Н., Тевяшов А. В., Абакшин Н. С.

Ярославль.

ГБОУ ВПО «Ярославский Государственный медицинский университет» МЗ РФ

Ущемленные грыжи занимают четвертое место в структуре urgentных хирургических заболеваний и составляют около 20% всех больных с грыжами. Частота послеоперационных осложнений достигает 25%, а послеоперационная летальность превышает 20%. Основу работы составили клинические наблюдения у 1540 больных с ущемленными грыжами, оперированных в клинике госпитальной хирургии за последние 15 лет. Частота паховых грыж составила 19,5%, бедренных - 22,1%, пупочных - 24,2%, послеоперационных вентральных - 34,2%. При послеоперационных вентральных грыжах во всех случаях имела место срединная локализация, у 16,5% больных отмечен рецидив грыжи от 2 до 4 раз, у 72,6% пациентов размер грыжевых ворот был менее 10 см. Среди поступивших мужчин было 27,1%, женщин 72,9% в возрасте от 21 до 95 лет. Удельный вес больных пожилого и старческого возраста превысил 80% (1257 пациентов). Продолжительность грыженосительства составила  $8,1 \pm 1,3$  года. 80,5% (1240) пациентов поступило более чем через сутки от начала заболевания. Изолированное ущемление большого сальника диагностировано в 42,4%, в сочетании с тонкой кишкой в 10,1%, ущемление только тонкой кишки отмечено в 39,2% случаев. Частота ущемления толстой кишки составила 2,9%. Флегмона грыжевого мешка имела место в 2,5% наблюдений. У 13,3% оперированных выполнена резекция нежизнеспособной тонкой кишки в объеме от 50 см до 2 м. При паховых грыжах частота резекции кишки составила 22,7%, при бедренных - 17,6%, при пупочных - 6,7%, и при послеоперационных - 9,9%. У 64 больных (17,9%) с ущемленными послеоперационными вентральными грыжами диагностирована спаечная кишечная непроходимость, что потребовало рассечения спаек и трансназальной интубации тонкой кишки. При паховых грыжах частота лапаротомий при резекции кишки составила 58,8%, при бедренных - 55%. Одним из преимуществ лапаротомного доступа является возможность выполнения трансназальной интубации тонкой кишки, которая была выполнена в 64,7% случаев. Из 205 межкишечных анастомозов «бок в бок» наложено 158 (77,1%), «конец в конец» - 47 (22,9%). При ущемлении суточной давности анастомозы «бок в бок» выполнялись в 80%, при ущемлении до 12 часов только в 40% случаев. Уровень внутрибрюшного давления (ВБД) уже через 6 часов с момента ущемления превышал параметры контроля более чем в 3 раза и составил  $25,0 \pm 1,82$  мм рт.ст. Через 24 часа данный показатель увеличивался более чем в 4 раза, с прогрессированием заболевания продолжал возрастать и достигал  $37,2 \pm 1,5$  мм рт.ст. Изучение функции внешнего дыхания (ФВД) выявило при наличии грыжевых ворот менее 10 см существенные изменения только со стороны дыхательного объема (ДО) и минутного объема дыхания (МОД). При размере дефекта более 10 см жизненная емкость легких (ЖЕЛ) снижалась на 78%, объем форсированного выдоха за 1 сек. (ОФВ1) в 1,1 раза, ДО на 47,2%, МОД на 31,5%, при нарастании тахипноэ на 21,4% до 28,3 дыханий в минуту. Уровень общей летальности составил 3,94% и зависел от сроков ущемления, возраста больных и объема операции. При ущемлении до 6 часов неблагоприятных исходов не было, до 12 часов летальность составила 1,7%, при суточном ущемлении 3,3%, при ущемлении более суток 4,6%. У больных до 60 лет летальность наблюдалась в 1,1%, старше 60 лет - в 4,6% случаев. При ущемленных грыжах без резекции кишки показатель составил 0,6%, в случае некроза ущемленной кишки частота неблагоприятных исходов возросла до 22,8%. Существенное влияние на уровень летальности оказал выбор хирургического доступа для резекции кишки, что особенно важно при паховых и бедренных грыжах. При выполнении резекции кишки через герниотомный доступ неблагоприятные исходы наблюдались в 45,5%, при лапаротомии - лишь в 2,7%. Сравнение способов анастомозирования кишки после резекции выявило серьезные преимущества применения анастомоза по типу «конец в конец». Несостоятельность межкишечных анастомозов «бок в бок» наблюдалась в 11% (летальность 17,6%), а «конец в конец» в 2,9% (летальность 5,2%). При ущемленной

грыже с резекцией кишки интраабдоминальная гипертензия (ИАГ) сохранялась в течение недели с максимальным подъемом на 1-2 сутки после операции (в 4,6 раза выше нормы). Повышение внутрибрюшного давления у больных без резекции кишки было значительно меньше (в 1,3 -1,6 раза). При ущемленных послеоперационных вентральных грыжах с применением традиционных методов натяжной аутопластики осложнения возникли у 19,9%, рецидив грыжи в ближайшем и отдаленном периоде развился у 18,6% больных, летальность составила 8,6%. При ущемлении до 6 часов неблагоприятных исходов не было, до 12 часов их частота составила 5,3%, при суточном ущемлении 8%, более суток 9,9%. Летальность в группе больных с резекцией кишки имела место в 34,6%, без резекции кишки в 5,9% наблюдений. При дефекте в апоневрозе более 10 см на первые сутки после операции уровень внутрибрюшного давления составил  $39,9 \pm 2,7$  мм рт.ст., при дефекте менее 10 см  $23,8 \pm 2,4$  мм рт.ст., на 4 сутки  $33,8 \pm 1,9$  и  $11,3 \pm 0,9$  мм рт.ст. соответственно. На 7 сутки у больных с размером грыжевых ворот до 10 см прослеживалась тенденция к нормализации показателя, при дефекте более 10 см уровень ВБД нормализовался только к 10 суткам. Динамика показателей ФВД оказалась подобна изменениям параметров интраабдоминальной гипертензии. У больных с размером грыжевых ворот менее 10 см ЖЕЛ снижалась на 15%, ОВФ1 на 23,7%, ДО на 7,1%, при увеличении частоты дыхания до 24. У больных с диаметром грыжевых ворот более 10 см ЖЕЛ была ниже еще на 20,5%, ОВФ1 на 24,4%, ДО на 13,3%, при нарастании тахипноэ до 29 в минуту. С целью попытки улучшения результатов лечения при ущемленных послеоперационных грыжах у 34 больных в возрасте от 45 до 76 лет в экстренном порядке выполнено грыжесечение с ненатяжной пластикой сетчатым полипропиленовым эндопротезом «Эсфил» фирмы «Линтекс». Средний возраст составил  $57 \pm 8,5$  лет. Мужчин было 11 (32,4%), женщин 23 (67,6%). Продолжительность ущемления в 23 случаях составляла сутки, у 11 больных превышала 24 часа. Размер грыжевых ворот до 10 см имел место в 64,7% случаев. В 23,5% случаев эндопротез устанавливался на апоневроз, у 76,5% под апоневроз. Летальности в этой группе больных не отмечалось. Фиксации трансплантата под апоневроз позволила снизить частоту местных осложнений в 6,5 раз. При активном наблюдении в течение трех лет рецидивов грыж не отмечено. Ненатяжная герниопластика способствовала более быстрому (в 1,2 – 3,0 раза) по сравнению с традиционными методами снижению интраабдоминальной гипертензии в послеоперационном периоде с нормализацией показателей внутрибрюшного давления и ФВД при грыжах с дефектом более 10 см уже к 7-м суткам. Таким образом, снижению летальности при ущемленных грыжах в случае резекции кишки способствует использование лапаротомии и наложение анастомоза «конец в конец». При ущемленных послеоперационных вентральных грыжах преимущества ненатяжной герниопластики связаны с уменьшением интраабдоминальной гипертензии и улучшением функции внешнего дыхания.

---

836.Безопасная лапароскопическая холецистэктомия с позиции доказательной медицины.

Сажин В.П., Сажин И.В., Айвазян С.А.

Рязань

Рязанский ГМУ им. акад. И.П.Павлова.

Цель работы. Провести оценку личного опыта авторов при выполнении лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) в соответствии с современными позициями доказательной медицины. Материал и методы. В анализ включены 2165 больных с хроническим и острым холециститом, которых авторы оперировали в период с 1993 по 2013 годы. В основу работы положены результаты сравнения собственной техники выполнения ЛХЭ с протоколами утвержденными экспертами EAES (2012). Результаты и обсуждения. За анализируемый период после ЛХЭ получены следующие результаты: летальность отсутствовала, интраоперационные осложнения (кровотечение из ложа пузыря при остром холецистите) встретились у 12 больных (0,6%), послеоперационные осложнения (желчеистечение) встретилось у 3 больных (0,14%), конверсии выполнены у 16 больных (0,7%). До операции наибольший интерес представляют следующие вопросы: влияет ли опыт хирурга на результаты ЛХЭ; влияет ли традиционный тренинг (настольные тренажеры) на частоту развития осложнений. На наш взгляд, риск развития осложнений не исчезает даже в руках хирургов-экспертов, однако по мере накопления количества операций

(более 30) опасность в действиях хирурга снижается. В то же время даже с накоплением опыта выполнения ЛХЭ и уверенности в своих действиях не исчезает опасность повреждения общего желчного протока. Более того, излишняя уверенность в своих действиях, порой играет роковую роль при повреждении холедоха, в случае недооценки необходимости выполнения обязательных (стандартных) технических приёмов. После входа в брюшную полость хирург должен визуализировать все известные источники хирургической опасности, тем самым обеспечить выполнение техники «критического взгляда безопасности». К этой технике относятся: идентификация только двух трубчатых структур, которые соединяются с желчным пузырем – пузырный проток и пузырная артерия, идентификация лимфатического узла Клокета, как ориентира расположения пузырной артерии, визуализация общего желчного протока, визуализация трубчатых образований, идущих из ложа желчного пузыря в печени к желчному пузырю. Эксперты единогласно признают, что обеспечить технику «критического взгляда безопасности» ЛХЭ возможно при выполнении следующих приемов: переменное использование 0о, 30о, или 45о оптики для визуализации общего желчного протока без диссекции; устойчивая цефалическая тракция дна пузыря к правому плечу пациента для уменьшения избыточного нависания шейки желчного пузыря; латеральная и каудальная тракция кармана Гартмана для позиционирования пузырного протока перпендикулярно общему желчному протоку. Диссекцию следует начинать над предполагаемым местом нахождения пузырного протока, лучше на медиальной поверхности шейки ЖП около перехода брюшины на паренхиму печени. При этом, за счёт тракции, контуры шейки пузыря и пузырного протока образуют фигуру, напоминающую «хобот слона». Затем диссекция продолжается поочередно на латеральной и медиальной сторонах желчного пузыря по направлению к пузырному протоку, с поочередными движениями зажима, удерживающим карман Гартмана влево или вправо (техника флага). Лигирование можно выполнять только тогда, когда четко идентифицированы и выделены пузырный проток и пузырная артерия. При диссекции желчного пузыря от ложа печени необходимо искать добавочные протоки Люшка и лигировать их. Любая тонкая трубчатая структура идущая от ложа печени должна быть вскрыта. Если она кровоточит, ее можно коагулировать, если она имеет природу желчного протока (ход Люшка), ее необходимо лигировать. Авторы согласны с экспертными заключениями о не существенной роли инструмента выбранного для диссекции структур желчного пузыря, а так же в отношении не высокой ценности интраоперационной холангиграфии для диагностики интраоперационных осложнений. В послеоперационном периоде, для диагностики хирургических осложнений, решающую роль играют динамическое ультразвуковое исследование брюшной полости и компьютерная томография.

---

### 837. Хирургическая тактика при закрытой травме груди

Авзалетдинов А.М., Плечев В.В., Фатихов Р.Г., Исмагилов Ф.Ш., Ионис Е.Ю., Вильданов Т.Д.

Уфа

Клиника Башкирского государственного медицинского университета

За период с 2012 по 2014 год госпитализировано 291 человека с закрытой осложненной травмой грудной клетки. 62,2% пострадавших поступили позднее суток от момента получения травмы. Двухсторонние повреждения имели место у 32 больных, сочетанные травмы отмечены у 95 пациентов. Выбор лечебной тактики при травме груди основывался на данных осмотра, рентгенологического исследования, компьютерной томографии и результатов плевральных пункций. Основным лечебным пособием при осложненной закрытой травме груди являются малоинвазивные оперативные вмешательства. Торакоскопия с последующим дренированием плевральной полости – 209 (72,4%). Видеоторакоскопия проведена 50 пострадавшим (17%), что позволило уточнить топографию и характер повреждений органов грудной клетки, санировать плевральную полость, ушить разрывы легочной ткани, провести декортикацию легкого, обеспечить гемостаз. У 52 (18%) больных проведена миниторакотомия с видеоподдержкой, необходимая в тех случаях, когда требовалось использование костного набора для резекции отломков ребер (11 больных), при синдроме вторичных повреждений. Этим доступом ушивались разрывы диафрагмы, проводилась ее пластика. Торакотомия выполнена 17 пациентам (5,8%), при невозможности торакоскопической коррекции

повреждений внутренних органов, нарастающих явлениях геморрагического шока и дыхательной недостаточности. В 1 случае, проведена спленэктомия по поводу обширной гематомы селезенки. Восстановление реберного каркаса у 21 больного осуществлялось путем создания фиксации отломков ребер с помощью полиспасного шва, синтетической сетки и биоматериалов серии «Аллоплант», что предотвращало смещение отломков ребер, изолировало их края от окружающих тканей, препятствуя вторичному повреждению легкого. Раннее восстановление костного каркаса устраняло «реберный клапан», уменьшало болевой синдром и улучшало экскурсию легких. В комплексном лечении больных закрытой травмы груди также использовалась шейная медиастинотомия (12 случая) и трахеостомия (2 больных). Общая летальность составила 7 человек (2,4%), послеоперационная – 5 (1,7%), что обусловлено как тяжестью самой травмы, так и декомпенсацией сопутствующих хронических легочных заболеваний. Таким образом, малоинвазивные технологии использованы у 85,7% оперированных больных с закрытыми травмами грудной клетки, что позволило улучшить течение послеоперационного периода, благодаря минимальной операционной травме, маловыраженному болевому синдрому и снизить летальность до 1,7 %.

---

#### 838. Малоинвазивная хирургия проникающих повреждений груди

Исмагилов Ф.Ш., Галимов О.В., Авзалетдинов А.М., Ионис Е.Ю., Латыпов Ф.Р., Вильданов Т.Д., Канипов Ф.З.

Уфа

Клиника Башкирского государственного медицинского университета

За период с 2012 по 2014 в отделение торакальной хирургии КБГМУ было госпитализировано 165 больных с проникающими ранениями грудной клетки. Изолированные повреждения сердца и его оболочек составили 8 больных (5%) случаев, изолированное повреждение легкого 86–(52,4%) случая, сочетанное повреждение легкого и сердца отмечено в 23- (14,2%) случаях, торакоабдоминальные ранения (без повреждения легкого) отмечено в 4 случаях, в сочетании с ранением легкого –(27,5%) случаев, повреждения селезенки отмечены у 2-х больных, печени – у 12 , повреждения других органов грудной и брюшной полости составили менее 5%. Ранение межреберной артерии в сочетании с повреждением органов грудной и брюшной полости отмечено в 31 случаях. Среди сочетанных повреждений выделяются 2 случая ранения трахеи, оперированных шейным доступом. Летальный исход наблюдался у 3 (1,81%) больных. Выбор лечебной тактики при травме груди основывался на данных осмотра, рентгенологического исследования, компьютерной томографии и результатов плевральных пункций. Рентгенологическое исследование пострадавших при подозрении на травму груди являлось обязательным. Противопоказанием к применению этого метода являлась - клиническая смерть, ранение или тампонада сердца. В случаях, когда проведенные исследования не дают ясного ответа на характер ранения проводится видеоторакоскопия, ревизия плевральной полости с применением малоинвазивных технологий оперировано 43(26,4%) пациента. Практически все эти операции проводились при повреждении легкого и межреберной артерии. Конверсия видеоторакоскопии в торакотомию была произведена в 4 случаях при обнаружении повреждения диафрагмы и перикарда. У 32 больных выполнена дополнительно лапаротомия, при выявлении повреждений органов брюшной полости. Видеоторакоскопия позволяет в подавляющем количестве случаев полностью провести ревизию повреждений органов грудной клетки и определить дальнейшую хирургическую тактику. В технически сложных случаях возможно использование миниторакотомного доступа (5-6 см). При наличии повреждения перикарда и диафрагмы – показана торакотомия, лапаротомия. Таким образом, малоинвазивные технологии использованы у 26,4 % оперированных больных с открытыми травмами грудной клетки, что позволило улучшить течение послеоперационного периода, благодаря минимальной операционной травме, маловыраженному болевому синдрому и снизить летальность .



839. «Спонтанный» разрыв пищевода. Синдром Бурхавэ. Хирургическое лечение.

Ионис Е.Ю, Плечев В.В, Авзалетдинов А.М, Фатихов Р.Г., Вильданов Т.Д, Исмагилов Ф.Ш., Латыпов Ф.Р.

Уфа

Клиника Башкирского государственного медицинского университета.

Впервые данная патология была описана голландским врачом Herman Boerhaave в 1724 г. Классическая клиническая картина синдрома Бурхаве представлена триадой Маклера: 1) рвота, 2) подкожная эмфизема в шейно-грудной области, 3) Боль в грудной клетке. Разрыв в 90% случаев происходит по левой стенке пищевода. Протяженность разрыва 4-12 см. Послеоперационная летальность достигает 25—85% и во многом определяется временем, прошедшим с момента разрыва пищевода. Цель. Улучшить результаты хирургического лечения пациентов «спонтанными» разрывами пищевода. Материалы и методы. С 2008 по 2014 года на лечении находилось 10 больных с диагнозом: Спонтанный разрыв пищевода (Синдром Бурхавэ). Заболевание было выявлено у 9 мужчин и одной женщины. Возраст пациентов колебался от 32 до 84 лет. У всех больных предшествовал прием алкоголя. Время от начала заболевания до операции колебалось от 7 часов до 6 суток. В первые 12 часов от момента заболевания поступило 3 пациента, 12 часов – 24 часа – один пациент, 24-48 часов 3 пациента, свыше 48 часов - 3 пациента. У всех больных выявлен разрыв пищевода по левой стенке пищевода. В двух случаях разрыв продолжился на кардиальный отдел желудка. Все больные поступили с наличием гнойно-некротического медиастинита. У 6 больных - двусторонняя эмпиема плевры, у 4 больных левосторонняя эмпиема плевры. У двух больных выявлена клиническая картина перитонита. Всем больным проведено оперативное лечение. В 7 случаях проводилось ушивание перфорации с укреплением линии швов аллотрансплантатом для замещения объёмных дефектов тканей, дренирование плевральных полостей, гастростомия. В одном случае проведена дренирующая операция. В двух случаях резекция пищевода. Летальность составила 30% (3 больных). Из 3 больных, поступивших в первые 12 часов от начала заболевания, умер 1 пациент. Больной 68 лет, поступивший через 9 часов от начала заболевания, имел сопутствующее заболевание: Рак простаты гр4.ст4. Эпицистостома. Смерть наступила на 12 сутки от полиорганной недостаточности. Из 4 больных, поступивших свыше 48 часов от начала заболевания, умерло двое. Один больной, поступивший через 2 суток от начала заболевания с диагнозом: Синдром Бурхавэ. Осложнения: Гнойно-некротический медиастинит, двусторонняя эмпиема плевры, умер на 2 сутки. Больной, поступивший через 4 суток от начала заболевания, с диагнозом: Синдром Бурхавэ, осложнение: Гнойно-некротический медиастинит, двусторонняя эмпиема плевры. Разлитой перитонит, абсцесс брюшной полости, умер на 41 сутки после операции. Выводы: 1. Всем больным с синдромом Бурхавэ должно быть проведено оперативное лечение, направленное на ушивание пищевода, дренирование инфицированных полостей и выбор метода энтерального питания в послеоперационном периоде. 2. Оперативное пособие должно быть проведено вне зависимости от давности заболевания и тяжести развившихся осложнений. 3. Больные с данной патологией должны быть оперированы в условиях специализированного стационара или с приглашением специалиста – торакального хирурга.

---

840. ПРОБЛЕМЫ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ БУЛЛЁЗНОЙ ЭМФИЗЕМЫ И СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

Познанский С.В. (1), Бебаева К.А. (1), Карпов Д.В. (2)

Иваново

1) ИвГМА 2) ИвОКБ

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

Распространённость спонтанного пневмоторакса (СП) достигает 5 случаев на 100 000 человек, в основном это люди трудоспособного возраста 20-40 лет. Вероятность рецидива СП составляет 62% после второго эпизода, 83% - после третьего. При этом наиболее частой причиной является буллезная эмфизема (БЭ). Согласно национальным клиническим рекомендациям от 2014 года, для определения хирургической тактики решающее значение имеют современные классификации (Antony, Vanderschuren, Wakabayashi), основывающиеся на морфологических характеристиках изменений в лёгких. Доминирующим методом неинвазивной диагностики, от точности которого зависит установление размеров, количества, локализации буллезных изменений, является компьютерная томография (КТ). Однако, при прогрессирующем внедрении в повседневную практику торакоскопии становится ощутимым расхождение между томографическими и эндоскопическими данными, что позволяет оспаривать приоритет КТ. В 2010-2014 годах на лечении в ОБУЗ ИвОКБ находились 190 больных с подозрением на БЭ, у 79,0% из которых имелся СП. У 68 (35,8%) пациентов первоначально выполнялась мультиспиральная КТ, а в дальнейшем – ревизия при последовавшем оперативном вмешательстве (ВТС – 19 случаев, миниторакотомия – 11, видеоассистированная торакотомия – 5, торакотомия – 33). Среди них 63(92,7%) – мужчины и 5 (7,4%) – женщины (средний возраст 33,6±12,7 лет). Сравнивались морфологические параметры, установленные при КТ и последующей инвазивной диагностике (фактические): наличие БЭ, размеры булл, количество и локализация (по классификации Antony). Степень буллезных изменений обобщалась по условной бальной формуле: ЕСТЬ/НЕТ? ГДЕ? СКОЛЬКО? КАКИЕ? Для оценки информативности КТ использовались операционные характеристики исследования: чувствительность (Se), специфичность (Sp), точность (Ac), прогностичность положительного результата (PVP), прогностичность отрицательного результата (PVN). В результате при КТ буллы выявлены у 62 (91,2%) человек, а при визуальной ревизии у 66 (97,1%) человек. Размер булл на КТ составил 1,8±1,5 см (от 0,3 до 5,5 см), а отличие от фактического находилось в пределах от 0 до 9,5 см, в среднем - 1,9±2,4 см (р

---

841. Комплексный подход к хирургическому лечению хронической обструктивной болезни легких.

Авзалетдинов А.М., Фатихов Р.Г., Галимов О.В., Латыпов Ф.Р., Вильданов Т.Д., Медведев О.И., Яхина Э.Ф.

Уфа

Клиника Башкирского государственного медицинского университета

ХОБЛ относятся к числу наиболее распространенных заболеваний человека. В структуре заболеваемости они входят в число лидирующих по числу дней нетрудоспособности, причинам инвалидности и занимают четвертое место среди причин смерти. При этом в 80% причиной смерти и более чем в 50% причиной инвалидности среди всех заболеваний бронхолегочной системы оказался ХОБЛ. На современном этапе лечение ХОБЛ дополнено хирургическими методами. Из всего многообразия предложенных хирургических вмешательств сегодня остается актуальной «операция уменьшения объема легкого» предложенная в конце 50-х годов Brantigan и соавт. Технически операция сводится к резекции периферических участков эмфизематозного легкого для уменьшения остаточного объема и восстановления эластичности легочной ткани. Цель: Улучшить результаты хирургических вмешательств при ХОБЛ. Материалы и методы исследования: За это период с 2005 по 2010 г нами выполнена 51 операция у 47 больных. Из них 30 операция выполнена справа, 21 операций – слева, причем у 4 из 47 пациентов операции проведены с обеих сторон последовательно. Всего хирургическому лечению подвергнуто 6 женщин и 41 мужчина. За это период с 2011 по 2014 г нами выполнена 118 операция у 110 больных. Из них 70 операций выполнена справа, 48 операций – слева, причем у 8 из 110 пациентов операции проведены с обеих сторон последовательно. Всего хирургическому лечению подвергнуто 14 женщин и 96 мужчин. Результаты и их обсуждение. За период с 2005 по 2010г 2 случаях проведена видеоторакоскопическая операция, 29 случаев – миниторакотомия с видеоподдержкой, 20 случаев проведена торакотомия. В ближайшем послеоперационном периоде, при нарастающих явлениях легочно-сердечной недостаточности умерло 3 больных, что составляет 6,4%. В результате проведенного оперативного лечения ЖЕЛ в среднем увеличилась на 18,0%, а ОФВ1 на 19,3%. За период с 2011 по 2014 в 50 случаях проведена видеоторакоскопическая операция, 35 случаев – миниторакотомия с видеоподдержкой, 33 случаев проведена торакотомия. В ближайшем послеоперационном

800

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

периоде отмечен один случай смерти-0,9%. При проведении операций в 2011-2014 годах ЖЕЛ в среднем увеличилась на 27,5%, а ОФВ1 на 25%. Таким образом: На сегодняшний день хирургическая редукция объема лёгкого должна выполняться с применением малоинвазивных технологий. Функциональные результаты малоинвазивных вмешательств не уступают таковым при открытых операциях. Благоприятные результаты проведенных нами операций дает возможность говорить целесообразности хирургического лечения пациентов с тяжёлой эмфиземой лёгких и позволяет рекомендовать более активную хирургическую тактику в отношении таких больных.

---

842. Хирургическая тактика в лечении рубцовых стенозов трахеи.

Авзалетдинов А.М., Вильданов Т.Д., Ганиев Р.Ф., Исмагилов Ф.Ш., Медведев О.И., Яхина Э.Ф., Иткин А.М.

Уфа

Клиника Башкирского государственного медицинского университета

С развитием современной хирургии, наблюдается существенный прогресс в лечении рубцовых стенозов трахеи. Это связано с развитием не только новых высокотехнологических хирургических способов лечения, но и усовершенствованием техники и анестезиологического обеспечения уже разработанных вмешательств.. Цель: Улучшить результаты лечения больных рубцовыми стенозами трахеи. Материалы и методы исследования: В отделении торакальной хирургии КБГМУ с 2010 по 2014 года находились на стационарном лечении с рубцовыми стенозами трахеи 36 больных. 27 мужчин, 20 -женщин. Возраст - от 22 до 75 лет. Результаты и их обсуждение: Консервативная тактика была избрана 15 пациентам, трое из них поступили с трахеостомами. Двоим больным выполнено наложение трахеостомии по жизненным показаниям в Клинике. Радикальные вмешательства были не возможны из-за сопутствующих заболеваний, и протяженной зоны поражения трахеи. Консервативная терапия заключалась в проведении в\в инфузий, бронходилатирующей терапии, санации трахеи, замена трахеостомической трубки. У 8 больных проводилось ригидная бронхоскопия, бужирование трахеи для восстановления ее просвета. Двум пациентам были установлены стенты типа Дюмона. Сроки нахождения стентов - 3 и 5 месяцев. Результат удовлетворительный. В течение двух лет стали выполняться малоинвазивные, внутрипросветные оперативные вмешательства. У 4 больных проведена эндоскопическая лазерная деструкция участка рубца трахеи. Лазерная вапоризация проводилась одному пациенту проводилось от 3 до 7 раз, в зависимости от протяженности рубца. Применялся гольмиевый лазер фирмы Люменис. Радикальное оперативное вмешательство выполнено 17 больным. Проведена циркулярная резекция трахеи с межтрахеальным анастомозом с резекцией от 3-х до 6-ми колец. Из них троим больным резекция с перстневидным хрящем и одному больному с щитовидным хрящем. Всем этим больным повторные оперативные вмешательства не понадобились. В динамике через год состояние удовлетворительное. Выводы: 1. Основными причинами рубцовых стенозов трахеи являются неправильное ведение больных на ИВЛ, повреждение трахеи при интубации и выполнении трахеостомии. 2. Хирургическая тактика у больных рубцовыми стенозами трахеи должна сочетать этапность и радикальность вмешательств в условиях специализированного стационара. 3. Методом выбора у больных рубцовыми стенозами трахеи является хирургическое резекционное вмешательство

---

843.МИНИ-ИНВАЗИВНАЯ СТАБИЛИЗАЦИЯ РЕБЕРНОГО КАРКАСА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Познанский С.В. (1), Леонтьева Н.А. (1), Карпов Д.В. (2)

Иваново

1) ИвГМА2) ИвОКБ

При сочетанной травме груди с флотирующими переломами ребер летальность составляет 40-45%. Нарушение костного каркаса в 80-90% сопровождается внутриплевральными осложнениями. Открытые методики фиксации окончатых переломов ребер характеризуются высокой травматичностью, что противоречит концепции damage control. В свою очередь, продленная искусственная вентиляция легких с целью пневматической стабилизации сопровождается тяжелыми вентиляторассоциированными осложнениями и требует трахеостомии. При сочетанной шокогенной травме на первый план выходят минимально инвазивные симультанные способы фиксации переломов ребер и ликвидации плевральных осложнений. Проведен анализ результатов лечения 42 пациентов с сочетанной травмой груди, сопровождающейся флотирующими переломами ребер, которые проходили лечение в региональном травмоцентре I уровня на базе Ивановской ОКБ в 2007-2014 годах. Среди них было 36 мужчин и 6 женщин, в возрасте от 23 до 67 лет ( $49,6 \pm 12,5$  лет). Поступившим проводилось стандартное обследование, включающее мультиспиральную КТ с многоплоскостным костным моделированием, при котором наряду с переломами ребер у всех пациентов выявлены различные внутриплевральные осложнения. В первую группу включено 20 пациентов, которым мини-инвазивная фиксация не проводилась (применялись ИВЛ в различных режимах – 18, открытый остеосинтез ребер в сочетании с ИВЛ – 2). Вторую группу составили 22 больных, у которых использовалась мини-инвазивная фиксация переломов ребер спицами под контролем видеоторакографии, по методике НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. Локализация переломов определялась при МСКТ и уточнялась во время торакографии, при которой одновременно устранялись внутриплевральные осложнения. Длительность стационарного лечения в основной группе не достоверно снизилась в 1,1 раза, составив  $25 \pm 4,1$  суток ( $p > 0,05$ ), что обусловлено необходимостью лечения различных сочетанных повреждений. Надежное восстановление каркаса грудной клетки и противошоковая иммобилизация при мини-инвазивной фиксации позволили сократить длительность лечения в реанимационном отделении в 1,1 раза ( $p < 0,05$ ). Подобная тактика позволила снизить количество общих осложнений в 2 раза (p

---

#### 844.ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО И ЛЕЧЕБНОГО АЛГОРИТМА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Ступин В.А., Мударисов Р.Р., Алиев С.Р., Дроздов Г.Э., Крючков Г.И.

Москва

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, 15 ГКБ им. О.М.Филатова

Проблема лечения острого нарушения мезентериального кровообращения является одной из наиболее актуальных и нерешенных проблем в абдоминальной и сосудистой хирургии, что связано с высокими показателями летальности, одной из основных причин которой является поздняя диагностика и прогрессирующая ишемия кишечника. Цель исследования - улучшение результатов лечения и диагностики острого нарушения мезентериального кровообращения путем оптимизации диагностического алгоритма при данном заболевании. Изучения информативности и специфичности различных лабораторных показателей (I-ГАВР, лактат, лейкоциты крови) и инструментальных методов исследования (ультразвуковая томография мезентериальных сосудов). Разработан алгоритм лечения и диагностики больных с острым нарушением мезентериального кровообращения. Выявлены показания и противопоказания к рентгено-хирургическим методам лечения и к открытым ангиохирургическим вмешательствам. Произведена оценка результатов разработанного алгоритма диагностики и лечения больных с острым нарушением мезентериального кровообращения. Выполнено открытое проспективное и ретроспективное исследование. В программу

исследования включены 150 больных с острым нарушением мезентериального кровообращения: 80 пациентов контрольной группы (в том числе ретроспективное изучение историй болезни ранее пролеченных больных). 70 пациентов основная группа к которым применялся разработанный алгоритм диагностики и лечения. Чтобы рассчитывать на положительные результаты лечения, приходится диагностировать тромбоз или эмболию мезентериальных сосудов на раннем этапе поступления больного в стационар, что мы делаем соблюдая и оценивая данный алгоритм диагностики. Этой диагностики можно достигнуть благодаря использованию как уже известных методов клиничко-лабораторных показателей, таких как определения лейкоцитов крови, азотистых шлаков, оценки газового состава крови, показателей коагулограммы, а также и современных, малоизученных показателей, таких как концентрация в крови белка связывающего жирные кислоты i-FABP. Наиболее важными методами клиничко-инструментальной диагностики в данном алгоритме являются, рентгенография органов брюшной полости, доплерография мезентериальных сосудов с оценкой скорости кровотока, МСКТ и ангиография мезентериальных сосудов, электромиография. От результатов полученных показателей зависел тот диагностический алгоритм и тот метод лечения который мы применяем в отношении больных с острым нарушением мезентериального кровообращения. Таким образом, анализ полученных клиничко-лабораторных показателей, в нашем исследовании, указывает на положительный результат в использовании данного алгоритма диагностики.

---

#### 845.ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА В ОЦЕНКЕ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Артамонова З.А.(1), Намоконов Е.В. (1), Терешков П.П.(2).

Чита

1 НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Чита-2 ОАО «РЖД», 2Государственное бюджетное образовательное учреждение Высшего профессионального образования «Читинская государственная медицинская академия», г. Чита.

Введение: Изучение патофизиологических реакций развивающихся при острой мезентериальной ишемии, с последующим созданием новых способов диагностики и методов лечения этой патологии является актуальной проблемой хирургии. Известно, что лимфоидная ткань, связанная со слизистыми желудочно-кишечного тракта - самый большой по объему отдел иммунной системы и при этом является составляющей единой лимфоидной системы, ассоциированной со слизистыми оболочками [2]. Из всего этого следует, что острое нарушение брыжеечного кровообращения уже в ранние сроки будет приводить к изменению в иммунном статусе. Цель работы: изучение субпопуляции лимфоцитов крови в корреляции с морфологической структурой стенки кишки на различных стадиях острой артериальной мезентериальной ишемии в эксперименте. Материалы и методы: эксперимент проведен на 24 самцах белых беспородных крыс массой 0,2-0,22кг, которым под общим обезболиванием выполнялась лапаротомия, забор венозной крови и перевязка краниальной брыжеечной артерии, у основания корня брыжейки. С целью выявления динамики иммунограммы, все животные, в зависимости от времени пережатия общего кровотока, были разделены на 3 группы. У всех животных забиралась кровь до перевязки артерии, затем через 2, 6 и 8 часов соответственно в первой, второй и третьей группе выполнялась релапаротомия, проводилась оценка жизнеспособности кишечника и повторный забор крови, биопсия кишки. Оценку субпопуляционной структуры лимфоцитов осуществляли стандартным методом прямого иммунофлюоресцентного окрашивания цельной крови с использованием лизирующего/фиксирующего раствора VersaLyse/IOTest 3 Fixative solution (Beckman Coulter) и панели моноклональных антител IOTest Anti-Rat (Beckman Coulter). Контрольные пробы инкубировали с иммуноглобулинами мечеными флуорохромами (FITC, PC7, APC) соответствующего изотипа – мышинные IgG1, IOTest (Beckman Coulter). Цитофлюорометрию осуществляли на проточном цитофлюориметре "Cytomics FC-500" (Beckman Coulter, USA), регистрировали суммарно не менее 10.000 событий. Данные анализировали с помощью программы CXP Cytometer (Beckman Coulter). Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программы «Statistica-6 for Windows» и критерия Крускало-Уоллиса. Морфологический материал подвергался стандартной проводке и

заливке в парафин, полученные препараты окрашивали по методу Ван - Гизона, гематоксилин - эозином, ШИК. Фотофиксацию и морфометрию проводили на микроскопе OLYMPUS CX 31, с применением программного обеспечения МЕКОС. Статистическая обработка полученных результатов выполнена непараметрическим методом (критерий Манна-Уитни). Результаты: Расчет изучаемых показателей с проведением одновременного морфологического исследования стенки тонкой кишки показал, что через два часа после прекращения артериального притока у всех животных в общем кровотоке отмечалось снижение общего числа лимфоцитов на 46,9 % по отношению к исходным показателям (р

---

846.К вопросу о лечении прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Володченко Н.П.(1),Новолодский Е.Г.(2), Бойко Е.А.(2), Косолапов В.В.(2)

Благовещенск, Амурской области

1)ГБОУ ВПО Амурская ГМА Минздрава России, 2)ГАУЗ АО «Благовещенская ГКБ»

Актуальность проблемы. Язвенная болезнь является во всём мире широко распространённым заболеванием. В России этим заболеванием страдает примерно 1,5% населения. Основная часть больных — лица трудоспособного возраста с преобладанием лиц мужского пола. К сожалению, на фоне стабильных показателей заболеваемости язвенной болезнью, увеличилось количество больных с осложнёнными формами заболевания. Одно из угрожающих жизни осложнений язвенной болезни — перфорация язвы. Операция ушивания перфоративной язвы, в том числе с использованием малоинвазивных методик (лапароскопической, минидоступа), является наиболее распространённой в хирургических стационарах Российской Федерации и выполняется в 50-97% наблюдений и направлена на спасение жизни больного. Цель работы оценить результаты хирургического лечения больных с язвенной болезнью, осложнённых перфорацией с использованием малоинвазивных технологий. Материалы и методы Исследование содержит анализ историй болезни 75 пациентов, поступивших в экстренном порядке в клинику кафедры хирургии с курсом урологии АГМА на базе «МУЗ ГКБ» г. Благовещенска в период за период 2012-2014гг. Основную группу 59 (78,6 %) составляли люди трудоспособного возраста. Среди общего количество больных мужчин было 61 (81,3%), женщин 14 (18,7 %). Возраст пациентов колебался от 19-87лет, средний возраст составил 46,8 года. Время от момента перфорации до поступления в стационар составляло от 2 часов до 1-2 суток. К сожалению, 18 (24%) больных поступили в отделение поздно, спустя 24 и более часов от момента заболевания с клиникой перитонита. У 46 (61,3 %) больных при поступлении в стационар имелась типичная клиническая картина перфорации полого органа, у 6 (8%) больных перфорация язвы была первым признаком язвенной болезни. Язвенная болезнь желудка выявлена у 32 (42,6%), двенадцатиперстной кишки - у 43 (57,4%) больных. Диагностический алгоритм включал, помимо клинических, биохимических анализов крови, мочи, ЭКГ, осмотр специалистов, рентгенологическое исследование органов брюшной полости и грудной клетки, позволившее выявить свободный газ в брюшной полости у 59 (78,6%), что явилось достоверным признаком перфорации полого органа и показанием к экстренному хирургическому вмешательству. В отсутствие свободного газа в брюшной полости и при сомнительной клинической картине следующим этапом в диагностической программе — выполнение ФГДС, что дало возможность выявить локализацию язвенного дефекта, признаки перфорации у 9 (12%) больных, для уточнения диагноза 7 (9,3%) больным проведена диагностическая лапароскопия. Результаты исследования Все пациенты были разделены на две группы. В первую группу больных вошли 33 (44%) пациента, которым применили малоинвазивные технологии устранения перфорации путём ушивания дефекта: лапароскопически - у 21 (63,6%) и из минидоступа с помощью специального комплекта инструментов «Мини-Ассистент» - 12 (39,4%) больных. Вторую группу больных составили 42 (56%) больных, которым были выполнены традиционные методы хирургического лечения перфоративной язвы. Они включали: обычное ушивание дефекта или подкрепление его сальником у 28 (66,7%) больных, тампонада язвы сальником по Опелю-Поликарпову - у 5 (11,9%), иссечение язвы с пилоропластикой по Микуличу - у 7 (16,6%), резекция желудка по Бильрот - 2 в модификации Гофмейстера - Финстерера - 2 (4,7%). Конечно, результаты хирургического лечения сравнивать напрямую нельзя, так как для видеохирургического вмешательства и операций из мини доступа

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

проводился тщательный отбор больных, и, как правило, это были более лёгкие больные с клиникой типичной перфорации язвы, поступившие в первые часы от момента перфорации. Все оперативные вмешательства заканчивали назогастральным дренированием с последующей постоянной аспирацией желудочного содержимого до разрешения пареза кишечника. Сразу после оперативного вмешательства начинали проводить современное противоязвенное лечение и рекомендовали его продолжение в амбулаторных условиях. Использование малоинвазивных технологий при лечении перфоративных язв отразилось на результатах лечения этой группы больных. Послеоперационные осложнения в первой группе отмечены у 2 (6,1%) летальных исходов не было. Для сравнения в группе больных, которым операции выполнялись из лапаротомного доступа (ушивание или иссечение перфорации, резекции желудка), аналогичные показатели составили – 9 (21,4%) и 6(14,3%) соответственно. Летальные исходы наступили у 6 из 18 больных, поступивших в хирургическое отделение спустя сутки и более от момента заболевания, с клиникой перитонита, все лица были старше 60 лет, с наличием сопутствующих заболеваний. Основными осложнениями являлись гнойные раневые осложнения, бронхопневмонии, инфаркт миокарда, ТЭЛА. При применении малоинвазивных технологий отмечено более лёгкое течение послеоперационного периода, менее выражен был болевой синдром. Послеоперационный койко – день при традиционных методах лечения составил 12,8, при использовании малоинвазивных технологий – 6,5. Выводы 1. Исходы оперативного лечения больных язвенной болезнью, осложнённой перфорацией, зависят от сроков поступления пациентов в стационар, возраста и сопутствующей патологией и метода оперативного вмешательства. 2. Использование малоинвазивных технологий в лечении больных язвенной болезнью, осложнённой перфорацией, значительно улучшает результаты лечения этой группы больных, позволяет сократить количество послеоперационных осложнений, а также ускорить социально - трудовую реабилитацию больных. 3. После выписки из стационара больные должны продолжать лечение в амбулаторных условиях под наблюдением гастроэнтеролога.

---

#### 847. ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕКТОЦЕЛЕ И ГЕМОРРОЕМ

Журавлев А.В., Каторкин С.Е., Чернов А.А., Андреев П.С., Шамин А.В.

Самара

ГБОУ ВПО СамГМУ Кафедра и клиника госпитальной хирургии

**ВВЕДЕНИЕ.** Хронический геморрой - является часто встречающимся заболеванием в практике врача колопроктолога. Его распространенность составляет 118-120 человек на 1000 взрослого населения, а удельный вес в структуре колопроктологических заболеваний колеблется от 34 до 41%. К колопроктологии сейчас относят и те заболевания, диагностикой и лечением которых традиционно занимались врачи других специальностей. Одним из них является ректоцеле. Распространенность этой патологии среди женщин, по данным разных авторов, варьирует от 7,0 до 56,5%. В настоящее время ведется поиск высокотехнологичных малоинвазивных методов лечения указанных заболеваний, позволяющих как снизить риск операционного вмешательства, так и повысить их эффективность. **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** улучшение результатов лечения пациентов страдающих ректоцеле и хроническим геморроем. **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Всем пациентам после опроса и сбора анамнеза выполнялись следующие методы обследования: клинический осмотр, включающий функциональное исследование запирающего аппарата прямой кишки (манометрия, сфинктерометрия, миография), исследование прямой кишки пальцем и бимануальное ректо-вагинальное исследование, ректороманоскопия, дефекография, эндоректальное ультразвуковое исследование. В отделении колопроктологии клиники госпитальной хирургии СамГМУ эндоректальная слизисто-подслизистая резекция прямой кишки методом Лонго применяется с октября 2006 г. Оперировано 627 больных. Возраст пациентов от 25 до 72 лет (средний возраст - 48 лет). У 438 (69,8%) человек был диагностирован хронический внутренний геморрой 2-4 стадии. У 189 (30,2%) женщин, была выполнена операция по поводу ректоцеле 1-3 степени. Из них у 125 (66,1%) ректоцеле сочеталось с хроническим внутренним геморроем. Средняя длительность операции - 35 минут. Оперативное вмешательство

805

выполнялось в плановом порядке под перидуральной или спинальной анестезией. Использовался стандартный хирургический набор и комплект Procedure for Prolapse and Haemorrhoids (PPH-01 и PPH-03) для выполнения циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки (фирма Ethicon, США), а также степлеры фирмы Kangdi KYGZB 33,5 произведенные в Китае. РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Во время операции кровотечение из линии аппаратного шва возникло у 14 пациенток (2,2%). Средний послеоперационный период -  $2,9 \pm 0,8$  дней. Средний период реабилитации -  $11,2 \pm 1,3$  дней. Ближайшие и отдаленные результаты изучены у 242 человек (4 - 24 мес.). Результаты лечения оценивались как: хорошие, удовлетворительные, неудовлетворительные. Хорошие результаты отмечены в 224 наблюдениях - отсутствие жалоб, клинических, рентгенологических и ультразвуковых симптомов ректоцеле; удовлетворительные результаты в 113 случаях - самостоятельное опорожнение прямой кишки на фоне корригирующей диеты без применения ручного пособия; неудовлетворительный результат выявлен у 5 пациенток - сохранился затрудненный акт дефекации с использованием ручного пособия, не уменьшились размеры ректоцеле. Рецидив заболевания мы связываем с недостатком опыта на этапе освоения данной методики. После дополнительного обследования пациенткам была выполнена операция с использованием сетчатых эндопротезов (операция prolift posterior) с хорошими результатами. ВЫВОД. Преимуществами эндоректальной слизисто-подслизистой резекции дистального отдела прямой кишки являются: малая травматичность хирургического пособия, отсутствие выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде, сокращение сроков пребывания в стационаре, медицинской и социальной реабилитации больных.

---

848.Использование информационных технологий в сравнительной оценке эффективности оперативного лечения больных страдающих хроническим внутренним геморроем

С.Е. Каторкин, Поликашин Н.Н., Андреев П.С., Журавлев А.В., Чернов А.А.

Самара

ГБОУ ВПО СамГМУ Кафедра и клиника госпитальной хирургии

Введение. На текущем этапе стратегия развития любого современного учреждения здравоохранения неразрывно связана с развитием информационных технологий. В условиях работы с огромными массивами финансовых, медицинских и статистических сведений, не представляется возможным использовать традиционные методы хранения и обработки информации, которые не способны обеспечить необходимую оперативность доступа к информации, ни позволить в режиме реального времени проводить интегрированный анализ данных с целью принятия решения о выборе максимально эффективного метода лечения пациента. Целью исследования является разработка информационных методов, определение эффективного способа оперативного лечения хронического внутреннего геморроя. Объект и методы исследования. В рамках существующих представлений нами разработана математическая модель определения интегрального показателя – индекса эффективности лечения (гос. регистр. №2010614636 от 14.07.2010 г.). Автоматизированная оценка эффективности двух методов оперативного лечения была произведена у 246 больных с хроническим внутренним геморроем 2-4 стадии. Закрытая геморроидэктомия с ушиванием образовавшихся в анальном канале ран непрерывным швом была выполнена у 117 (47,6%) пациентов (первая группа). У второй группы 129 (52,4%) больных выполнена циркулярная слизисто-подслизистая резекция нижеампулярного отдела прямой кишки методом Лонго. Анализируемые группы статистически сопоставимы по возрасту, полу и стадии заболевания. В исследуемых группах с помощью опросных листов оценивался болевой синдром с первых часов после операции и послеоперационном периоде. Учитывался объем кровопотери во время операции, время оперативного вмешательства, число кровотечений в послеоперационном периоде и выделение крови во время дефекации в отдалённом периоде, выраженность отёка перианальной области, выраженность дизурических расстройств и динамика заживления послеоперационной раны. В отдалённом периоде при исследовании определялось наличие или отсутствие послеоперационных рубцов, стриктуры анального канала. Проводилось физиологическое исследование запирающего аппарата прямой кишки и трансректальное ультразвуковое исследование до операции и в послеоперационном периоде. Результаты и обсуждение. На основании полученных данных сделан вывод о



том, что эндоректальная слизисто-подслизистая резекция дистального отдела прямой кишки является органосохраняющим методом лечения больных страдающих хроническим внутренним геморроем, легче переносится пациентами за счёт отсутствия выраженного болевого синдрома и способствует более ранней активизации и реабилитации пациентов. Преимущество эндоректальной слизисто-подслизистой резекции дистального отдела прямой кишки чётко коррелирует со стадией заболевания. Оперативное лечение методом Лонго, согласно нашим интегрированным показателям, эффективно у пациентов со 2 и 3 стадией болезни (86,2%). У пациентов с 4 стадией хронического внутреннего геморроя эффективность низкая (28,4%), выявляется высокий процент неудовлетворительных результатов. При оперативном лечении хронического внутреннего геморроя по Миллигану-Моргану с пластикой дна раны непрерывным швом болевой синдром в раннем послеоперационном периоде выявлен у 20 пациентов (8,1%) больных, отёк перианальной области у 4 (1,6%) пациентов, дизурические расстройства наблюдались в 8,5% наблюдений эффективность лечения составляет 76,8%. В отдалённом периоде боли при дефекации отмечались у 9 пациентов (3,6%). Болезненные послеоперационные рубцы в анальном канале при обследовании выявлены у 9 (3,6%) больных после эндоректальной слизисто-подслизистой резекции, и у 48 (19,5%) больных после операции Миллигана-Моргана. В отдалённом послеоперационном периоде наибольшая эффективность лечения у пациентов с хроническим внутренним геморроем 2 и 3 стадии отмечена после операции методом Лонго. При 4 стадии заболевания более эффективна закрытая геморроидэктомия и ушивание непрерывным швом. Это обусловлено лучшим процессом эпителизации ран, малой травматичностью операции при 4 стадии хронического внутреннего геморроя. При 2-3 стадии болезни операция методом Лонго показала себя наименее травматичной и более физиологичной. Выводы. Таким образом, разработанная модель определения индекса эффективности лечения позволяет выявить степень отклонения уровня адаптационных реакций от его оптимальных значений. Это является одним из примеров практического использования информационных технологий для решения частных задач восстановительной терапии на основе ограниченного числа функциональных показателей.

---

#### 849.ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО СЛОЖНЫМИ ПАРАРЕКТАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ

РАЗИН А.Н., Каторкин С.Е., Журавлев А.В., Шамин А.В., Чернов А.А.

Самара

ГБОУ ВПО СамГМУ кафедра и клиника госпитальной хирургии

Актуальность. Хронический парапроктит одна из наиболее частых причин госпитализации в колопроктологическое отделение. Наибольшие трудности представляют пациенты с экстрасфинктерным расположением свищевого хода. Их лечение остается довольно трудной и актуальной проблемой современной колопроктологии. Это обусловлено высокой частотой рецидивов заболевания, достигающей 30-78% от общего количества оперированных по поводу данной патологии, а так же недостаточностью анального сфинктера, развивающейся у 5-83% пациентов. Данные обстоятельства свидетельствуют об актуальности проблемы и заставляют специалистов искать оптимальную тактику лечения пациентов с рассматриваемой патологией, разрабатывать новые способы оперативной коррекции экстрасфинктерных и высоких чрессфинктерных параректальных свищей. Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов со сложными параректальными свищами за счет применения нового способа пластической коррекции. Материал и методы: Проанализированы результаты обследования и оперативного лечения 124 пациентов со сложными свищами прямой кишки. Проводилось клиническое и инструментальное обследование (ректороманоскопия, проба с витальным красителем, зондирование свищевого хода, сфинктерометрия, трансректальное ультразвуковое исследование тканей параректальной зоны и фистулография). Проктопластика с боковым смещением слизистоподслизистого лоскута прямой кишки выполнена в 50 (40,3%) наблюдениях (1 группа). Предложенный способ пластической коррекции, основанный на ликвидации внутреннего свищевого отверстия путем низведения и устойчивой фиксации слизистой оболочки прямой кишки непрерывным съёмным швом, осуществлен у 74 (59,7%) пациентов (2

группа). На данный способ получен патент на изобретение №2491024 от 27.08.13. Оценка результатов оперативного лечения пациентов проведена в раннем (до 3 месяцев) и отдаленном (до 4 лет) послеоперационном периодах. Результаты. В раннем послеоперационном периоде кровотечение диагностировано: в 1 группе – в 3 (6,0%) наблюдениях, во 2 данного осложнения не было. Нагноение операционной раны выявлено в 1 группе у 3 (6,0%), во 2 – у 3 (4,1%) пациентов. Средний период реабилитации в 1 группе составил  $35,6 \pm 5,95$  дней, во 2 -  $28,3 \pm 2,85$  дней. Анализ отдаленных результатов оперативного лечения (n=110) выявил рецидив заболевания в 1 группе у 6 (12,0%), во 2 – у 5 (8,3 %) пациентов. Недостаточность анального сфинктера в 1 группе диагностирована у 1 (2,0%), во 2 группе – не выявлена. За хороший результат мы приняли отсутствие в отдаленные сроки наблюдения недостаточности анального сфинктера и рецидива свища, за удовлетворительный – недостаточность анального сфинктера 1 ст. при отсутствии рецидива свища и неудовлетворительный результат – это рецидив свища и (или) недостаточность анального сфинктера 2 и более ст. Исходя из этого хороший результат в 1 группе составил 86,0% (43 пациента), во 2 – 91,7% (55 пациентов). Удовлетворительный: в 1 группе – 2% (1 пациент), во 2 - 0%. Неудовлетворительный результат в первой группе составил 12% (6 пациентов), во второй – 8,3(5пациентов). Заключение. Предложенный способ оперативного лечения пациентов с экстрасфинктерными и высокими чрессфинктерными параректальными свищами является патогенетически обоснованным и эффективным методом лечения. Преимуществами этого способа являются малая травматичность хирургического пособия, не приводящая к возникновению анальной недостаточности, небольшое количество рецидивов, сокращение сроков пребывания в стационаре и времени медицинской и социальной реабилитации пациентов.

---

#### 850.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Андреев П.С., Каторкин С.Е., Чернов А.А., Журавлев А.В., Поликашин Н.Н., Шамин А.В.

Самара

ГБОУ ВПО СамГМУ кафедра и клиника госпитальной хирургии

Актуальность исследования. Лапароскопические технологии в настоящее время широко применяются в колоректальной хирургии при различных заболеваниях толстой кишки. Преимущество лапароскопических вмешательств перед операциями с использованием традиционного лапаротомного доступа не вызывает сомнений. Это приводит к уменьшению операционной травмы, хорошей визуализации анатомических структур, снижению интраоперационной кровопотери, более легкому течению послеоперационного периода. Относительными недостатками лапароскопических технологий являются необходимость использования дорогостоящего оборудования и длительные сроки оперативных вмешательств на этапе освоения. Цель исследования – провести анализ результатов лечения больных с различными заболеваниями толстой кишки с использованием лапароскопических технологий. Материал и методы. Операции на толстой кишке с использованием лапароскопических технологий в клинике госпитальной хирургии СамГМУ выполняются с 2011 года. В период с 2011 по 2014 гг. было оперировано 22 пациента, среди них было 16 женщин и 6 мужчин. Средний возраст пациентов –  $50,0 \pm 12,3$  лет. Критериями выбора лапароскопического варианта операции были: возраст больных не старше 70 лет, индекс массы тела не более 25, отсутствие выраженной сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности. Среди противопоказаний к лапароскопической операции при раке толстой кишки считаем – стадии T4 опухоли, большие размеры первичной опухоли, местно распространенный процесс, перифокальное воспаление, острая кишечная непроходимость, выраженный спаечный процесс брюшной полости. При выполнении операций использовали ультразвуковой скальпель Harmonic, генераторы EnSeal и LigaSure. Для пересечения кишки в брюшной полости использовались аппараты Echelon и EndoGIA. Циркулярные сшивающие аппараты применяли для формирования интракорпорального колоректального анастомоза. Лапароскопические операции проведены пациентам, страдающими хроническим запором в стадии декомпенсации, и неэффективности консервативной терапии - 5; доброкачественными новообразованиями толстой кишки (тубуло-ворсинчатая аденома) - 6; дивертикулярной болезнью ободочной кишки - 2; колоректальным раком

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

– 9 больным. Выполнена 1 колэктомия с илеоректальным анастомозом, 8 левосторонних гемиколэктомий с формированием трансверзо-ректального анастомоза, 4 резекции сигмовидной кишки, 6 передних резекции прямой кишки, 3 мезоректумэктомии с экстирпацией прямой кишки. Средняя продолжительность операций с использованием лапароскопического доступа – 250±43 минут. Конверсия выполнена у 6 (27 %) пациентов при угрозе развития интраоперационных осложнений – 2011 год (0 из 3 операций), 2012 год (3 из 7 операций), 2013 год (2 из 2 операций), 2014 год (1 из 10 операций). По мере накопления опыта, мы отметили снижение числа конверсий, уменьшение времени операций. Послеоперационные осложнения выявлены у 2 (9 %) больных оперированных в 2012 году. Ранение левого мочеточника было у одной пациентки, которое было диагностировано на 8 сутки после операции. Еще у 1 пациента развилась несостоятельность колоректального анастомоза. Летальных исходов не было. Средняя продолжительность пребывания больного после лапароскопической резекции толстой кишки составила в среднем 12,3±6,1 суток. При наблюдении за пациентами в течение 1 года у 1 (4,5 %) из оперированных больных отмечено формирование рубцовой стриктуры аппаратного колоректального анастомоза, что потребовало повторного оперативного вмешательства с резекцией толстой кишки с зоной анастомоза. Выводы. Лапароскопические операции являются сложными оперативными вмешательствами, требующими системной подготовки операционной бригады и, на этапе освоения, сопровождаются высоким риском развития осложнений в послеоперационном периоде.

#### 851. ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕДЛЕННО ТРАНЗИТНОГО ЗАПОРА

Шамин А.В., Исаев В.Р., Каторкин С.Е., Чернов А.А., Журавлев А.В., Разин А.Н., Поликашин Н.Н., Андреев П.С.

Самара

ГБОУ ВПО СамГМУ кафедра и клиника госпитальной хирургии

**ВВЕДЕНИЕ.** По данным различных авторов, в развитых странах этим заболеванием страдают 30-40% взрослого трудоспособного населения, причем, женщины чаще, чем мужчины. У пациентов старше 60 лет, количество страдающих запорами различной степени выраженности, достигает 60%. Учитывая широкое распространение большинство авторов обоснованно относят хронические колостазы к болезням цивилизации. Проблема лечения медленно транзитных запоров остается одной из актуальных в колопроктологии. До конца не изучены вопросы этиологии, патогенеза и диагностики колостазов. Остаются неутешительными результаты хирургического лечения: по данным различных авторов, количество неудовлетворительных результатов составляет 27-46 %. **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** улучшить результаты лечения пациентов с резистентными формами хронического запора за счет определения оптимального объема резекции толстой кишки с наложением илео-ректального или асцендо-ректального анастомоза путем применения разработанного комплекса и алгоритма обследования. **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Первый (обязательный) этап обследования включает в себя выполнение эндоскопических методов обследования (ректороманоскопия, фиброколоноскопия и, по показаниям, фиброгастроуденоскопия), ирригографию и ультразвуковое исследование толстой кишки. Второй этап обследования включает в себя ряд специальных методов: оценка моторно-эвакуационной функции толстой кишки и времени транзита по толстой кишке с помощью рентгеноконтрастных маркеров. Ректоанальная манометрия и проктография выполняется для изучения функции прямой кишки и состояния ее запирающего аппарата. Определяется микробный спектр или содержание летучих жирных кислот (интегральный показатель микробиоценоза). Проводится оценка функции других органов и отделов желудочно-кишечного тракта, эндокринного аппарата, вегетативной нервной системы. С 2007 по 2015 год в колопроктологическом отделении клиники госпитальной хирургии проходило лечение 56 пациентов с хроническим медленно транзитным запором. Хирургическое лечение проведено 26 пациентам (46,4%). Женщин 24 (92,3%), мужчин 2 (7,7%). Средний возраст - 41,8 лет. По объему резекции выполнены следующие виды оперативных вмешательств: передняя резекция прямой кишки – 2; резекция сигмовидной кишки – 2; расширенная левосторонняя гемиколэктомия – 12; субтотальная колэктомия – 10. Виды сформированных анастомозов: трансверзо-ректальный – 12, сигмо-

809

ректальный – 4, илео-сигмоидный – 10. РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Из 26, прооперированных нами больных отдаленные результаты лечения прослежены у 24 пациентов (92,3%). Хорошие результаты лечения отмечены у 14 (53,8%) прооперированных больных. Наличие самостоятельного стула и отсутствие болевого синдрома у всех 14 пациентов позволило нам оценить исход операции как благоприятный. У 8 (30,8%) человек, перенесших операции, результаты лечения оценены нами, как удовлетворительные. Все пациенты отмечали исчезновение или значительное уменьшение болевого синдрома, улучшение общего самочувствия, хотя добиться полной нормализации акта дефекации в этой группе пациентов нам не удалось. Они по-прежнему периодически прибегают к помощи слабительных и очистительных клизм. У 4-х (15,4%) оперированных пациентов выполненное хирургическое вмешательство не принесло ожидаемого эффекта. Эти пациентки были повторно оперированы. Им выполнена резекция зоны анастомоза и оставшихся отделов ободочной кишки с формированием илео-ректального анастомоза. Наблюдались следующие осложнения: кровотечение из линии анастомоза – 2 (остановлено консервативными методами); рубцовая стриктура анастомоза – 4 (возникли в первые 6 месяцев после лечения, в связи с чем, выполнены повторные вмешательства). ВЫВОД. По нашему мнению, субтотальная резекция ободочной кишки с формированием илео-сигмоидного анастомоза приносит наиболее благоприятные отдаленные функциональные результаты в хирургическом лечении хронического медленно транзитного запора. Основной причиной неудач в хирургии хронического колостазы является неправильный выбор объема резекции толстой кишки.

---

#### 852. Лапароскопическая хирургия колоректального рака

Кит О.И., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Колесников В.Е.

Ростов-на-Дону

ФГБУ "Ростовский научно-исследовательский онкологический институт" МЗ РФ

Актуальность. Колоректальный рак продолжает оставаться актуальной проблемой современной онкологии, что обусловлено как ростом заболеваемости раком ободочной и прямой кишки, так и нерешенными проблемами лечения. Основным методом лечения больных колоректальным раком является хирургический, имеющий 200-летнюю историю. Естественно, что за многолетнюю историю существования метода в нем произошли прогрессивные изменения. Так, углубление познаний об анатомии, опухолевом росте, совершенствование хирургической техники привело к разработке и широкому внедрению в хирургию колоректального рака расширенной лимфодиссекции, тотальной мезоректумэктомии, механических анастомозов, низких передних резекций прямой кишки, хирургических вмешательств при метастатических формах колоректального рака. Особое положение в ряду инновационных технологий в хирургическом лечении колоректального рака занимают лапароскопические хирургические вмешательства. Преимуществами лапароскопического доступа являются: менее выраженный болевой синдром, меньшая кровопотеря, уменьшение продолжительности пребывания больного в стационаре, быстрая реабилитация. В настоящее время в странах Европы, Америке лапароскопические вмешательства заняли лидирующее место в лечении колоректального рака, а лапаротомия выполняется только при наличии противопоказаний к лапароскопии. В нашей стране внедрение лапароскопических вмешательств при колоректальном раке развивается не столь бурно, что обусловлено многими факторами. Однако, в настоящее время в крупных онкологических центрах нашей страны ощутимая доля оперативных вмешательств на толстой и прямой кишке выполняется лапароскопически с хорошими результатами. Цель работы. Проанализировать опыт лапароскопических вмешательств при колоректальном раке клиники ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский институт» Минздрава России. Материалы и методы. Проведен анализ результатов лапароскопических вмешательств у 350 больных колоректальным раком T1-4N0-1M0-1, находившихся на лечении в клинике ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России с сентября 2011 по июнь 2015 г. Больные находились в возрасте от 25 до 81 года. Гистологически у большинства больных была установлена аденокарцинома различной степени дифференцировки. Больным выполнены различные лапароскопические вмешательства на толстой и прямой кишке, наибольшую долю из которых составили: передняя резекция прямой кишки – 104 (29,7%), резекция сигмовидной кишки – 101

(28,8%), гемиколэктомия справа – 58 (16,6%), брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки – 53 (15,1%). Из особенностей лапароскопических вмешательств при колоректальном раке хотелось бы отметить следующее. Считаем принципиально важным выполнение тотальной мезоректумэктомии при хирургическом лечении рака прямой кишки, которая с 2010 года в ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России выполняется всем больным. При выполнении гемиколэктомии межкишечный анастомоз чаще формировали ручным способом через минилапаротомную рану. При резекции сигмовидной и прямой кишки анастомоз формировали с использованием одноразового сшивающего скрепочного аппарата по типу «конец в конец». Превентивная кишечная стома накладывалась при передней резекции прямой кишки в случаях положительной воздушной пробы, а также при низкой передней резекции прямой кишки. При этом на этапах становления лапароскопической хирургии колоректального рака в нашем учреждении превентивно выполнялась трансверзостомия, однако в настоящее время операцией выбора считаем выведение илеостомы. Реконструктивно-восстановительные операции этим больным были выполнены через 1-2 месяца. Результаты. Послеоперационные осложнения развились у 28 (8%) больных. Частота несостоятельности аппаратного колоректального анастомоза составила 5,8%. Выше частота несостоятельности анастомоза наблюдалась после передней резекции прямой кишки – 9,4%. В исследовании мы выявили преимущества лапароскопического доступа в хирургии рака прямой кишки: менее выраженный болевой синдром (в 2,7 раза снижается потребность в анальгетиках), уменьшение продолжительности пребывания больного в стационаре (на 3-5 дней), быстрая реабилитация больных (сокращение сроков восстановления физической активности на 3-4 суток). Вывод. Внедрение лапароскопических оперативных вмешательств является несомненным достижением хирургии колоректального рака, а дальнейшее развитие данного направления позволит улучшить результаты лечения больных.

---

853. Малоинвазивный доступ комбинированных оперативных вмешательств при метастатическом колоректальном раке

Кит О.И., Геворкян Ю.А., Колесников В.Е., Солдаткина Н.В.

Ростов-на-Дону

ФГБУ "Ростовский научно-исследовательский онкологический институт" МЗ РФ

Актуальность. Колоректальный рак в течение многих десятилетий остается актуальной проблемой онкологии. Это связано как с ростом заболеваемости раком ободочной и прямой кишки, увеличением числа метастатических форм опухоли, так и со сложностями лечения. Указанные тенденции отмечают как в России, так и за рубежом. Основным методом лечения больных колоректальным раком неизменно остается хирургический, и именно в нем произошли революционные изменения, которые основаны на углублении познаний об анатомии, опухолевом росте, совершенствовании хирургической техники. В ряду инновационных хирургических разработок следует упомянуть: расширенную лимфодиссекцию, тотальную мезоректумэктомию, выполнение низких передних резекций прямой кишки, лапароскопические оперативные вмешательства, хирургическое лечение метастатических форм колоректального рака. Взгляды на лечение больных метастатическим колоректальным раком изменились в последние десятилетия. Если ранее таким больным проводили только многокурсовую химиотерапию, то в настоящее время производится удаление резектабельных метастазов в печень, легкие, головной мозг и другие органы. Такой подход позволил увеличить продолжительность жизни больных (Nordlinger V. et al., 2009) и внес свой вклад в улучшение результатов лечения больных колоректальным раком. Улучшению функциональных результатов лечения, реабилитации больных колоректальным раком способствует и выполнение лапароскопических оперативных вмешательств, которые позволяют соблюдать все онкологические принципы, обеспечивать необходимые границы и объемы резекции, с таким же числом удаляемых лимфоузлов, как и при «открытой» операции (MRC CLASICC – 2005; COLOR - 2005), не ухудшая отдаленные результаты лечения (Hewett P.J. et al., 2008). Представленные данные свидетельствуют о перспективности применения лапароскопической техники при комбинированных оперативных вмешательствах по поводу метастатического колоректального

рака. Цель работы. Оценить возможности лапароскопических комбинированных вмешательств при метастатическом колоректальном раке. Материалы и методы. С 2009 г. в ФГБУ «РНИОИ» МЗ РФ по поводу метастатического колоректального рака выполнено 232 оперативных вмешательства. 59% (137) больных находилось в возрасте 60 лет и старше. Среди больных преобладали женщины (129 больных). Опухоль локализовалась в прямой кишке у 94 больных, в сигмовидной кишке – у 58 больных, в правой половине ободочной кишки – у 56 больных, в левой половине ободочной кишки – у 22 больных. Гистологически преобладали умереннодифференцированные аденокарциномы – 164 (70,7%) случаев. Низкодифференцированные аденокарциномы были установлены у 57 (24,5%) больных, недифференцированный рак – у 11 (4,8%) больных. Распределение по стадии TNM: T3 - 148 (63,8%) больных, T4 - 84 (36,2%) больных, N0 - 65 (28,0%) больных, N1 - 167 (72,0%) больных. У всех больных были выявлены отдаленные резектабельные метастазы: в печень – у 235 больных, придатки матки – у 79 больных, легкие – у 9 больных. Больным выполнены комбинированные оперативные вмешательства. Объем хирургического вмешательства по поводу первичной опухоли заключался в резекции сигмовидной кишки у 58 больных, гемиколэктомии справа – у 56 больных, резекции прямой кишки – у 49 больных, брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки – у 45 больных, гемиколэктомии слева – у 22 больных. Объем хирургического вмешательства по поводу отдаленных метастазов заключался в резекции печени у 121 больного, гемигепатэктомии – у 23 больных, надвлагалищной ампутации матки с придатками – у 42 больных, пангистерэктомии – у 37 больных, резекции легкого – у 9 больных. Среди комбинированных оперативных вмешательств по поводу метастатического колоректального рака 37 выполнено из лапароскопического доступа. При метастазах в печень выполнено 15 лапароскопических комбинированных вмешательств (в том числе 1 гемигепатэктомия), при метастазах в придатки матки выполнено 13 лапароскопических комбинированных вмешательств (в том числе 8 надвлагалищных ампутаций матки с придатками и 5 пангистерэктомий), при метастазах в легкие выполнено 9 торакоскопических комбинированных вмешательств с резекцией легкого. Результаты. Послеоперационные осложнения развились у 15% больных после лапароскопических оперативных вмешательств и у 32% больных после открытых оперативных вмешательств. Частота несостоятельности аппаратного колоректального анастомоза при лапароскопическом доступе составила 4,6%. Выше частота несостоятельности анастомоза наблюдалась после передней резекции прямой кишки - 8,0%. Частота несостоятельности анастомоза в открытой хирургии при передней резекции прямой кишки составила 8,9%, при резекции сигмовидной кишки – 1,5%. В исследовании мы выявили преимущества лапароскопического доступа в хирургии рака прямой кишки: менее выраженный болевой синдром (в 2,7 раза снижается потребность в анальгетиках), уменьшение продолжительности пребывания больного в стационаре (на 3-5 дней), быстрая реабилитация больных (сокращение сроков восстановления физической активности на 3-4 суток). Комбинированные вмешательства при метастазах в легкие в нашей практике выполнялись только при торакоскопическом доступе. Заключение. Лапароскопический доступ при комбинированных оперативных вмешательствах по поводу метастатических форм колоректального рака позволяет расширить спектр оперативных вмешательств, снизить общее число послеоперационных осложнений, улучшить реабилитацию больных. Это позволяет продолжить специальное лечение (химиотерапия, лучевая терапия) в сжатые сроки, что должно отразиться на результатах лечения больных

---

854. Парез желудочно-кишечного тракта при панкреонекрозе

Ступин В.А.(1), Михайлусов С.В.(1), Моисеенкова Е.В.(2)

г.Москва

1) ГОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова МЗ РФ, Москва, РФ 2) ГБУЗ г.Москвы «ГКБ№15 им. О.М.Филатова ДЗМ»

Цель: Оценить значимость пареза желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в качестве кри-терия прогноза развития инфицированного панкреонекроза (ПН). Материалы и методы: Парез ЖКТ при стерильном ПН выражается динамической не-проходимостью тонкой кишки, гастро- и дуоденостазом, застойными

явлениями желчного пузыря. Выраженность признака обусловлена объемом некротического поражения поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, создает благоприятные условия для транслокации бактерий в кровоток и усугубляет органную дисфункцию. Проанализированы результаты лечения 66 пациентов со стерильным ПН, госпитализированных не позднее 2-х суток от начала заболевания, в возрасте от 19 до 86 лет (средний возраст  $47,49 \pm 17,85$ ). Исходную тяжесть состояния оценивали по балльной шкале SAPS. Оценивали динамику признака в течение 2-х недель лечения стерильного ПН от момента госпитализации на 1, 3, 5, 7, 10 и 14-е сутки. Наличие пареза ЖКТ – 1, отсутствие признака – 0. В исследовании выделены две группы: в I-ю группу вошли 45 пациентов (68,2%), у которых регрессия ПН или местные стерильные осложнения, не требующие оперативного вмешательства; во II-й группе – 21 больной (31,8%), у которых верифицирован инфицированный ПН. Группы сопоставимы по возрасту и гендерному распределению. Отмечено, что пациентов с тяжелым течением ПН ( $SAPS \geq 9$  баллов) больше во II-й группе исследования, соответственно, 16 из 21 (76,2%) и 5 из 45 (11,1%) (p

---

855. Чрескожно-чреспеченочная холецистостомия под УЗ-навигацией при остром обтурационном калькулезном холецистите у пациентов с выраженной сопутствующей патологией.

Возлюбленный Д.Е. (1), Возлюбленный Е.И. (1), Грошилин В.С. (2)

Ростов-на-Дону

МБУЗ «Городская больница №20 г. Ростова-на-Дону», отделение хирургии для взрослых (1), Ростовский государственный медицинский университет (2)

Выбор тактики лечения при остром обтурационном калькулезном холецистите у пациентов с выраженной сопутствующей патологией является одной из краеугольных проблем экстренной хирургии – консервативная терапия в большинстве случаев не эффективна, наличие гнойного процесса брюшной полости, опасность развития или уже наличие осложнений требует оперативного пособия, однако риск анестезиологического пособия крайне высок. Решающее значение имеет и время оказания лечения, т.к. декомпенсация витальных функций наступает у данных пациентов в ближайшие сроки. «Золотым стандартом» оперативного лечения острого обтурационного калькулезного холецистита является лапароскопическая холецистэктомия. Однако ее выполнение сопряжено с необходимостью применения общей анестезии, создания карбоксиперитонеума, что в условиях тяжелого состояния пациента, нестабильной гемодинамики, наличии выраженной патологии сердечно-сосудистой, дыхательной систем является нежелательным и опасным. Выполнение холецистостомии под местной анестезией позволяет избежать вышеизложенных недостатков, однако и этот метод имеет собственные недостатки: необходимость рассечения тканей передней брюшной стенки, дренирование через свободную брюшную полость, что может приводить к различным осложнениям (подтеканию желчи в брюшную полость с развитием подпеченочного инфильтрата, абсцесса, перитонита). Чрескожно-чреспеченочная холецистостомия (ЧЧХС) под УЗ-контролем позволяют нивелировать недостатки традиционной холецистостомии. Материалы и методы. С 2012г. по 2015г. нами было выполнено 9 ЧЧХС под УЗ-контролем у 9 пациентов. 2 пациента были переведены из отделения кардиологии (один пациент 88 лет находился в стационаре по поводу перенесенного острого крупноочагового инфаркта миокарда, второй – по поводу ИБС, нарушения ритма сердца по типу персистирующей тахисистолической формы трепетания-фибрилляции предсердий). Остальные поступили в отделение хирургии по СП. Все пациенты поступили в поздние сроки от начала заболевания, имели выраженную, декомпенсированную сопутствующую патологию, что не позволяло выполнить полноценный объем оперативного пособия в виде холецистэктомии. ЧЧХС под УЗ-контролем выполнялась под местной анестезией методом «свободной руки» с применением линейного или конвексного датчика. Игла пересекала ткань печени на протяжении 2см, попадала в желчный пузырь в наиболее широкой его части, прилежащей к паренхиме, избегалась краевая пункция печени. Точка пункции и траектория определялась индивидуально у каждого пациента в зависимости от размеров и расположения печени, желчного пузыря. Наиболее удобной явилась точка, расположенная по срединно-ключичной линии ниже реберной дуги. Введение дренажа осуществлялась по

методике Ившина В.Г. с применением устройства для дренирования полых органов. В просвет желчного пузыря устанавливался дренаж 12Fr pig-tail, который фиксировался к коже. Проводилось бактериологическое исследование содержимого пузыря. Результаты и обсуждение. Применяемый нами метод позволяет избежать ряда осложнений, свойственных другим методам. Так, в отличие от двухмоментной методики по Сельдингеру дренаж вводится «по жесткой игле» в просвет пузыря, следовательно не происходит множества возвратно-поступательных движений, и дополнительной травматизации печени; в отличие от троакарного метода не происходит подтекания желчи «из-под» дренажа, т.к. дренажная трубка плотно прилегает к паренхиме печени. Применение дренажа типа pig-tail имеет свои преимущества – малая вероятность миграции последнего из просвета желчного пузыря, хорошая визуализация при контрольном ультразвуковом исследовании. Во всех случаях дренирование было успешным, интраоперационных осложнений не было выявлено. На фоне консервативной терапии в сочетании с санацией просвета желчного пузыря, отмечено быстрое улучшение состояния пациентов, ликвидация септического состояния. Пациенты были выписаны из стационара на 8-10 суток с функционирующим дренажем на амбулаторное лечение. Сроки удаления дренажа выбирались индивидуально: 3 пациента были успешно прооперированы с существующим дренажем через 2-4 месяца после стабилизации состояния, нормализации деятельности сердечно-сосудистой системы, компенсации сопутствующей патологии. 1 пациентка была прооперирована через 6 суток после выполненной холецистостомии - в конкретном случае пациентка поступила в поздние сроки от начала заболевания, несмотря на функционирующий дренаж отмечено нарастание интоксикации, появление перитонеальной симптоматики. У пяти пациентов при сохраняющемся тяжелом сопутствующем фоне (ИБС, нарушение ритма сердца, тяжелое течение сахарного диабета) при контрольном обследовании в течение 3-4 месяцев выявлено, что просвет пузыря облитерировался, отделяемого по ЧЧХС не было, дренажная трубка удалена. Данные пациенты осмотрены в течении 3-6 месяцев после удаления дренажа, состояние относительно удовлетворительное, данных за рецидив острого обтурационного калькулезного холецистита нет, просвет желчного пузыря полностью облитерирован конкрементами. Заключение. Выполнение ЧЧХС под УЗ-навигацией может стать «золотым стандартом» лечения у пациентов с выраженной и декомпенсированной сопутствующей патологией в связи с ликвидацией гнойно-септического очага, улучшением прогноза жизни. Применяемый нами метод ЧЧХС под УЗ-навигацией позволяет выполнить вмешательство с учетом индивидуальных особенностей пациента и избежать осложнений, свойственных другим методам лечения. У ряда пациентов с выраженной сопутствующей патологией имеется вероятность облитерации просвета желчного пузыря вместе с конкрементами, что позволяет избежать последующей холецистэктомии.

---

#### 856. ПУТИ КОРРЕКЦИИ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ

Власов А.П., Шибитов В.А., Власов П.А., Болотских В.А., Муратова Т.А.

Саранск

ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»

Введение. Основной причиной смерти больных острым перитонитом является эндотоксикоз. Известно, что в генезе эндогенной интоксикации ведущая роль отводится кишечнику. Развитие энтерального синдрома во многом определено явлениями свободно-радикального окисления липидов. Оправданными являются разработки схем терапии, направленных на предупреждение развития (прогрессирования) этих патологических явлений. Целью явилось изучение влияния комплексного лечения (лекарственных препаратов, обладающих антиоксидантным и антикоагулянтным действием) на морфофункциональное состояние кишечника при остром перитоните. Материал и методы. В основу работы положены экспериментальные исследования и клинические наблюдения. Проведены опыты на собаках, которым под наркозом моделировали каловый перитонит. Через сутки выполняли санацию брюшной полости. В контрольные сроки животным выполняли релапаротомию, биопсию кишечника, забор крови общего (из краниальной полой вены) и локального (из брыжеечных вен) кровотока. Определяли окислительно-восстановительный потенциал (ОВП) кишечника. Выраженность эндогенной интоксикации оценивали по физико-химическим



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

свойствам альбумина и содержанию молекул средней массы. Интенсивность перекисного окисления липидов (ПОЛ) определяли по диеновым и триеновым конъюгатам и ТБК-активным продуктам. Результаты и обсуждение. Через сутки после моделирования у животных развивался разлитой серозно-гнояный перитонит. Возникла выраженная эндогенная интоксикация, которая достигала пика через сутки после операции. Содержание токсических продуктов в крови, оттекающей от кишечника, было достоверно выше, чем в общем кровотоке. Электрогенез тканевых структур кишечника ухудшался, что определялось в снижении ОВП. В тканях кишечника отмечены нарушения в обмене липидов, что сопровождалось резкой активизацией ПОЛ. В опытных группах при включении в терапию препаратов антиоксидантного и антикоагулянтного типа действия течение острого перитонита изменялось. Отмечен достаточно выраженный противовоспалительный эффект, который регистрировался на макро- (при релапаротомии) и микроскопическом уровнях. Заметно улучшалась трофика тканей, в частности окислительно-восстановительные процессы. Установлено, что на фоне комплексной терапии в тканевых структурах кишечника качественные и количественные изменения липидного состава по сравнению с контролем были выражены меньше. Указанные изменения были сопряжены с эффектом препаратов корректировать ПОЛ и микроциркуляцию. Клинические наблюдения (68 больных острым перитонитом) показали, что при комплексной терапии острого перитонита отмечен положительный клинико-лабораторный эффект. Отмечена быстрая коррекция основных констант гомеостаза, улучшение микроциркуляции. В частности, установлено восстановление обмена липидов, снижение уровня токсических продуктов плазмы крови. Следовательно, на фоне комплексной терапии снижается выраженность мембранодеструктивных процессов, что является одним из основных составляющих в коррекции эндогенной интоксикации. Таким образом, одними из важнейших компонентов в коррекции энтеральной недостаточности являются своевременное уменьшение выраженности перекисного окисления липидов и восстановление микроциркуляции.

---

#### 857.ЭФФЕКТИВНОСТЬ КВАНТОВО-АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИШ

Шибитов В.А., Власов П.А., Болотских В.А., Власова Т.И., Спирина М.А., Кудрявцев П.В.

Саранск

ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»

Введение. Согласно современным представлениям, степень выраженности эндогенной интоксикации при острой кишечной непроходимости во многом определяется энтеральной недостаточностью, которая обусловлена мембранодестабилизирующими явлениями клеточных образований кишечника. В развитии структурно-функциональных нарушений клеточных мембран важную роль играют процессы перекисного окисления липидов и гипоксия. Целью работы явилось исследовать эффективность антиоксиданта и фототерапии в коррекции энтеральной недостаточности при острой кишечной непроходимости. Материал и методы. Работа основывается на экспериментальных исследованиях и клинических наблюдениях. Проведены опыты на собаках, которым под наркозом моделировали острую кишечную непроходимость. Через сутки выполняли устранение кишечной непроходимости, санацию брюшной полости. В контрольные сроки животным выполняли релапаротомию, биопсию кишечника, забор крови. В динамике заболевания исследовались показатели токсемии, активность процессов перекисного окисления липидов и фосфолипазы А2. В опытной группы в раннем послеоперационном периоде производили внутривенное введение ремакса в дозе 15 мл/кг и лазерное облучение крови (длина волны – 632,8 нм, мощность на выходе световода – 3-5 мВт, время воздействия – 30 мин). Результаты и обсуждение. Установлено, что при острой кишечной непроходимости в плазме крови значительно увеличивалось количество токсических продуктов. Развитие эндотоксикоза сопровождалось повышением интенсивности процессов перекисного окисления липидов. Об этом свидетельствует повышение содержания молекулярных продуктов ПОЛ. В течение первых суток после операции концентрация продуктов ПОЛ нарастала. Зарегистрировано и резкое повышение активности фосфолипазы А2. Проведенный корреляционный анализ показал наличие сильной

прямой связи между показателями токсемии и активностью процессов ПОЛ и фосфолипазы А2 ( $r = 0,75-0,93$ ,  $p$

---

#### 858. ПОЗДНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ БАУГИНИОПЛАСТИКИ.

Лобанов С.Л.(1), Лобанов Л.С.(2)

Чита

1)Читинская государственная медицинская академия,2)Городская клиническая больница №1

Актуальность: В настоящее время патология Баугиниевой заслонки недостаточно изучена и мало освещена в литературе. Илеоцекальный клапан в норме пропускает кишечное содержимое только в одном направлении: из вышележащих отделов ЖКТ в нижележащие. Вне пищеварения клапан закрыт, но после приема пищи каждые 30-60 секунд он открывается и химус порциями до 15 мл поступает в толстую кишку. Раскрытие илеоцекального клапана происходит рефлекторно. За сутки у взрослого человека в норме из тонкой в толстую кишку проходит от 500 мл до 4-х литров химуса. Илеоцекальный клапан играет в пищеварении значительную роль, разграничивает функции тонкой и толстой кишки, содержимое которых резко отличается по химическому составу, физическому состоянию и бактериальному спектру. В результате рефлюкса происходит заброс микроорганизмов толстой кишки в тонкую, что приводит к развитию гнилостных и бродильных процессов в тонкой кишке В следствии рефлюкса развивается сложный абдоминальный синдром, который ведет к цепи серьезных нарушений пищеварительного тракта: избыточная колонизация тонкой кишки, вторичный энтерит, дисбактериоз кишечника, синдром мальабсорбции, хроническая аутоинтоксикация, пищевая аллергия. Цель работы: Оценка результатов лечения 43 пациентов, оперированных по поводу данной патологии в ГУЗ ГКБ № 1 г. Читы 2008-2014г.г. Среди больных преобладали женщины -37( 86%). Возраст пациентов 24 -56 лет. Всем произведена лапароскопическая баугиниопластика. Больные выписывались из стационара на 4-5 сутки в удовлетворительном состоянии. Послеоперационных осложнений и летальных исходов не было. Проводился опрос больных по составленной нами схеме в срок от 3 до 54 месяцев с момента операции. Учитывались жалобы пациентов до и после оперативного вмешательства. Постоянным признаком до операции были боли в животе , различной интенсивности, которые наблюдались у всех 43 (100%), после операции указанные на боли жалобы предъявляли лишь 9 пациентов (21,0%). Нарушение функции кишечника в различной степени наблюдалось у 37 (86%) пациентов, после вмешательства указанные явления отметили 8 больных ( 18,6%). Диспептические расстройства до операции отмечались у 34 (79,0%) пациентов, после операции сохранялись только у 10 ( 23,2%) больных. Аллергические реакции наблюдались у 14 (32,6%) пациентов, после операции у 5 (11,7%). Анализ представленных данных позволяет сделать вывод о том, что эндохирургическая пластика позволяет достичь положительных результатов в лечении больных с недостаточностью баугиниевой заслонки По мере накопления опыта требуется дальнейшее изучение данной проблемы.

---

#### 859.ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ЭНДОТОКСИКОЗА

Власов А.П., Кормишкин А.Е., Власова Н.А., Кочеткова Т.А., Морозова М.М., Алькубайси Ш.С., Мелешкин А.В.

Саранск

ФГБОУ ВПО «Мордовский госуниверситет им. Н.П. Огарева»

Актуальность. Основной причиной смерти больных панкреатитом является эндогенная интоксикация. В патогенезе прогрессирования патологии и эндотоксикоза большое значение имеют мембранодеструктивные явления, которые во многом зависят от активизации перекисного окисления мембранных липидов и состояния коагуляционно-литической системы. Поэтому в лечении этой тяжелой патологии необходима комплексная терапия, способная корригировать указанные патологические процессы. В качестве тестируемого препарата нами выбран ремаксол и фраксипарин. Цель исследования. При остром панкреатите изучить клинико-лабораторную эффективность ремаксола и фраксипарина, в частности их влияние на синдром эндогенной интоксикации. Материалы и методы. В основу работы положены клинические наблюдения за 74 больными острым панкреатитом, разделенные на две группы. В первой (контрольной) группе больные панкреатитом получали традиционное лечение, включающее антибактериальную, дезинтоксикационную, цитостатическую, спазмолитическую, антигистаминную, противовоспалительную и др. терапии. В исследуемой группе в комплексное лечение включены ежедневные введения раствора ремаксола и фраксипарина. Подбор больных в группы проводили с учетом возрастного и полово-го состава, причин возникновения, клинической картины, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования и др. критериев. Интегральную оценку тяжести и прогнозирования острого панкреатита производили по системе, предложенной Р.В. Вашетко с соавт. (2000) Расстройства гомеостаза оценивали по результатам лабораторных и инструментальных методов исследования. Кроме рутинных лабораторных показателей выраженность эндогенной интоксикации оценивали по гид-рофильным (молекулам средней массы, ТБК-активным продуктам) и гидро-фобным (резерв связывающей способности альбумина, индекс токсичности плазмы по альбумину) продуктам. Интенсивность ПОЛ определяли по накоплению ТБК-активных продуктов в ре-акции с 2-тиобарбитуровой кисло-той. Диеновые и триеновые конъюгаты определяли спектрофотометрическим методом по наличию максимумов поглощения при длине волны соответ-ственно  $\lambda=232$  и  $\lambda=275$  нм. Результаты. При стандартизированной терапии острого панкреатита изменения гомеостатических констант у больных сохранялись, особенно в первые трое суток. Важнейшим проявлением ее был синдром эндогенная ин-токсикация. Клинико-лабораторными исследованиями выявлены и выражен-ные расстройства липидного метаболизма на фоне интенсификации процесса перекисного окисления липидов и фосфолипидных систем. Отмечены замет-ные отклонения показателей коагуляционно-литической системы. На фоне использования ремаксола и фраксипарина в терапии острого панкреатита отмечена положительная динамика клинического течения заболевания, что выразалось в более быстром купировании болевого синдрома, нормализации маркеров панкреатита (ферментативная активность, ультрасонографическая картина и др.). В наблюдениях с острым холецистопанкреатитом быстрее, чем в контрольной группе, стихали явления холецистита. Выздоровление больных происходило быстрее, о чем свидетельствовало достоверное укорочение срока их пребывания в клинике. Исследования показали, что включение в комплексную терапию антиоксиданта и антикоагулянта приводило к изменению выраженности синдрома эндогенной интоксикации, к снижению нарушений липидного обмена, уменьшению сдвигов в коагуля-ционно-литической системе. Таким образом, клинико-лабораторные исследованиями установлено, что использование ремаксола и фраксипарина в комплексной терапии остро-го панкреатита способствует улучшению результатов лечения. На фоне их применения выраженность эндотоксикоза заметно снижается. Полученные результаты исследований дают основание предположить, что важнейшим эффектом препаратов является их способность корригировать расстройства липидного обмена, проявляющееся в снижении интенсивности свободно-радикальных реакций процессов перекисного окисления мембранных липидов, что обуславливает гепатоцитопротекторный эффект. Определенное значение в этом играет и их способность корригировать расстройства в системе гемостаза.

---

860. Значение эндохирургических методик в лечении срединных грыж передней брюшной стенки

Трухалев В.А. (1), Демченко В.И. (1), Власов А.В. (1), Спиридонов В.И. (1), Колесников Д.Л. (1), Панюшкин А.В. (2), Дунаева Е.С. (2), Сафронова Е.В. (2), Кукош М.В. (1)

Нижний Новгород

1) ГБОУ ВПО НижГМА МЗ РФ, 2) ГБУЗ НО ГКБ №7 им. Е.Л. Берёзова

Актуальность: количество пациентов с грыжами передней брюшной стенки не имеет тенденции к снижению. Ежегодно в мире по поводу грыж выполняется более 20 миллионов операций, что составляет 10 – 15% всех проводимых хирургических вмешательств. Также отмечается повышение количества послеоперационных вентральных грыж. Лапароскопические операции, выполняемые по методике IPOM, при вентральных грыжах являются альтернативой традиционным «открытым» операциям, сопровождаясь меньшим количеством осложнений, и позволяют уменьшить длительность пребывания пациента в стационаре. Но выбор метода оперативного вмешательства в каждом конкретном случае, вопрос показаний и противопоказаний продолжает оставаться предметом дискуссии. Цель исследования: оценить эффективность лапароскопических IPOM в лечении срединных грыж передней брюшной стенки. Материалы и методы: проведён ретроспективный анализ результатов лечения 117 пациентов, которые были оперированы по поводу срединных грыж передней брюшной стенки в клинике факультетской хирургии на базе ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 7 им. Е.Л. Берёзова» в 2014 году. Медиана возраста пациентов составила 62 года, 25-й процентиль – 50 лет, 75-й процентиль – 71 год. При вентральных грыжах эндохирургические методики применялись у 13 больных (10,2%). По классификации Chevrel-Rath преобладали пациенты с первичными грыжами и шириной дефекта апоневроза менее 5 см. Лапароскопические операции выполнялись при ширине дефекта менее 10 см, когда пациенту не требовалась сепарация компонентов брюшной стенки. Основным методом обезболивания при операциях по поводу вентральных грыж явилась тотальная внутривенная анестезия с искусственной вентиляцией лёгких, которая применялась в 81 наблюдении (63,3%). С учётом размера грыжевых ворот, характера выполненных оперативных вмешательств и вида обезболивания нами сформированы две группы пациентов: 1-я группа – представлена 104 пациентами, которым были выполнены открытые операции по поводу вентральных грыж с шириной грыжевых ворот менее 10 см. Во 2-ю группу включено 13 больных, которым были выполнены лапароскопические операции по методике IPOM. По полу, возрасту, характеру оперативного вмешательства (экстренные, плановые) и ширине грыжевых ворот обе группы статистически сопоставимы. Проведена оценка особенностей обезболивания, длительности операции, характер течения раннего послеоперационного периода. Результаты и обсуждение: медиана длительности операции в первой группе составила 45 минут, 25-й процентиль – 30 минут, 75-й процентиль – 77,5 минуты, в то время как во второй группе 55 минут, 50 минут и 75 минут соответственно. Статистически достоверных различий не выявлено ( $T=936,5$   $z=1,545$   $p=0,122$ ). Послеоперационный койко-день достоверно ниже у больных, которым выполнялись лапароскопические операции (медиана – 7 дней, 25-й процентиль – 7 дней, 75-й процентиль – 8 дней) по сравнению с больными после традиционных операций (медиана – 10 дней, 25-й процентиль – 8 дней, 75-й процентиль – 14 дней) ( $T=364$ ,  $z=3,509$ ,  $p=0,001$ ), по количеству осложнений статистически достоверных различий у пациентов обеих групп не выявлено ( $\chi^2=0,003$ ,  $p=0,959$ ). При анализе расхода основных препаратов, которые используются для наркоза и для обезболивания в раннем послеоперационном периоде не отмечено статистически достоверных различий по характеру наркоза (необходимого количества фентанила, пропофола, миорелаксантов и объёма интраоперационной инфузии) в обеих группах. При этом потребность пациентов в наркотических анальгетиках (промедол) в раннем послеоперационном периоде достоверно ниже во второй группе и составила  $2,5 \pm 1,66$  мл в 1-й группе,  $0,2 \pm 0,83$  мл во 2-й группе ( $t=4,842$   $p=0,001$ ). Выводы: 1. Лапароскопические операции по поводу вентральных грыж позволяют снизить длительность пребывания пациента в стационаре и потребность в наркотических анальгетиках в раннем послеоперационном периоде. 2. По длительности операции, характеру наркоза и количеству осложнений в раннем послеоперационном периоде открытые и лапароскопические операции сопоставимы. 3. Болевой синдром в раннем послеоперационном периоде после лапароскопических вмешательств достоверно ниже.

---

## 861. ГОМЕОСТАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТЕ

Абрамова С.В., Чаматкина Е.М., Ганина Т.В., Глухова И.В.

Саранск

ФГБОУ ВПО «Мордовский госуниверситет им. Н.П. Огарева»

Актуальность. Острый гнойный пельвиоперитонит – тяжелая патология, в патогенезе которого синдром эндогенной интоксикации занимает ведущую роль. Патогенетические механизмы его возникновения при перитоните до конца не изучены. Немаловажную роль в патогенезе эндотоксикоза играют мембранодестабилизирующие явления, которые возникают и в органах детоксикационной системы организма. Цель исследования. У больных острым гнойным тазовым перитонитом в динамике изучить дисфункциональные явления печени и установить их сопряженность с эндогенной интоксикацией. Материалы и методы. Проведены клинико-лабораторные исследования больных тазовым перитонитом различной этиологии, которым по экстренным показаниям произведена операция. В раннем послеоперационном периоде проводили базисную комплексную терапию. Методы исследования. Выполняли общеклинические и биохимические исследования (общий анализ крови и мочи, содержание билирубина, общего белка, сахара, мочевины, креатинина, активность трансаминаз в крови др.). Кроме этих показателей в работе использованы следующие методы исследования. Определяли выраженность эндогенной интоксикации. Содержание молекул средней массы в сыворотке крови измеряли на спектрофотометре СФ-46 при длине волны 250 и 280 нм. Для характеристики физико-химических свойств альбумина определяли эффективную и общую концентрацию альбумина в сыворотке крови флуоресцентным методом на специализированном анализаторе АКЛ-01 "Зонд". Осуществляли выделение липидов плазмы крови с последующим их фракционированием методом тонко-слойной хроматографии на силикагеливых пластинках. Количественное определение липидов после проявления 10% фосфорномолибденовой кислотой в этаноле производили непосредственно на хроматограммах денситометрическим методом на денситометре Model GS-670. Результаты. Больным проведена экстренная операция, при которой диагностирована гнойно-деструктивная форма различных воспалительных заболеваний внутренних половых органов, главным образом сальпингооофарита, сопровождающихся диффузным гнойным тазовым перитонитом. Установлено, что при поступлении у больных регистрировался синдром эндогенной интоксикации. В плазме крови содержание молекул средней массы ( $\lambda=254$  и  $280$  нм) увеличивались по сравнению с нормой соответственно на 80,6 и 68,2 % (р

---

## 862.ИНДУКТОРНЫЙ РЕПАРАТИВНЫЙ ЭФФЕКТ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Власов А.П., Кононенко С.В., Кулыгин И.В., Муратова Т.А., Кудрявцев П.В.

Саранск

ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва»

Острый гнойный парапроктит остается одним из актуальных заболеваний. Значимым остается вопрос управления репаративным процессом гнойной раны в раннем послеоперационном периоде. Одним из направлений такого рода лечения является улучшение микроциркуляции и трофики тканей в области раны, что позволит улучшить не только течение репаративного процесса, но и создаст благоприятные условия для уменьшения вероятности рецидивирования заболевания. Целью исследования явилось изучение влияния озонотерапии и ремаксолона на течение репаративного процесса. Материал и методы. Проведены клинико-лабораторные исследования больных острым гнойным парапроктитом, разделенных на две группы: сравнения (базовая терапия), основная (терапия дополнялась внутривенным введением 0,89 % озонированного изотонического раствора хлорида натрия из расчета 8,0 мл/кг (через день) и внутривенными введениями ремаксолона по 400,0 мл). В схеме обследования использовали методы, позволяющие судить о клинических показателях общего состояния больных, о липидном метаболизме, состоянии микроциркуляции, функционального состояния эритроцитов, выраженности интоксикационного синдрома, перекисного окисления липидов, активности фосфолипаз и антиоксидантных ферментов. При поступлении или на следующий день больные были оперированы: производилось вскрытие, промывание растворами антисептиков и дренирование абсцесса. Результаты. Установлено, что при изучении нейтрофильного и макрофагального этапов воспаления, степени выраженности воспалительной реакции установлено, что в

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

ране прогрессирует альтеративный и угнетается ре-паративный процесс. Это же подтверждается и клиническими данными. У больных в первые сутки прогрессируют эндогенная интоксикация, патологическая модификация свободно-радикальных реакций липопереокисления и фракционного состава липидов и фосфолипидов, явления гипоксии. Протекают они в тесной взаимосвязи, что подтверждается сильной и достоверной корреляционной связью между этими процессами. Стандартизированная схема фармакологического обеспечения позволила влиять на выявленные патологические изменения, но ожидаемый терапевтический эффект обнаружился только с 3-5-х суток наблюдения. Включение озонотерапии и ремаксолола в комплексное лечение острого гнойного парапроктита приводило к улучшению клинических характеристик раннего послеоперационного периода. На фоне комплексной терапии выявлен сравнительно быстрый темп процесса заживления раны. Регенеративно-дегенеративный индекс был достоверно выше на 2-е сутки наблюдения в 1,58 раза, на 3-и – в 2,18, на 5-е – в 1,31 и на 7-е сутки – в 1,23 раза. В целом отмечено быстрое (раньше, чем в контрольной группе на  $1,9 \pm 0,48$  дня) очищение раны от гнойно-некротических масс. Ускорение процесса заживления гнойной раны, безусловно, является важнейшим фактором для предупреждения присоединения вторичной инфекции. Указанные явления сопровождались уменьшением интенсивности процессов перекисного окисления липидов, фосфолипазной активности плазмы крови. Таким образом, при комплексной терапии в гнойной ране отмечается сравнительно быстрое стихание воспалительной реакции, повышается репаративный потенциал, что обеспечивает ускоренные темпы формирования рубца. Указанные явления отмечаются на фоне снижения интенсивности оксидативных реакций.

---

#### 863. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ МЕСАЛАЗИНА ПРИ ДИВЕРТИКУЛЯРНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Погосян А.А., Митюрин М.С., Григорян Л.М., Терпугов А.Л., Камчаткина Т.И., Урюпина А.А.

Ростов-на-Дону

МБУЗ Городская Больница №6 г. Ростова-на-Дону.

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с дивертикулярной болезнью, осложнённой кровотечением, за счет снижения риска рецидивов кровотечений. Материалы и методы. В МБУЗ Городская больница №6 г. Ростова – Дону с 2005 по 2014 годы года на лечении находилось 1043 пациента с диагнозом дивертикулярная болезнь, осложнённая кровотечением. Все больные были госпитализированы в порядке скорой медицинской помощи. С момента госпитализации всем больным назначалась традиционная гемостатическая терапия. На фоне проводимого лечения, рецидивы кровотечения были отмечены у 196 (18,8%) пациентов. Причем у 104 (9,9%) больных были неоднократные эпизоды рецидивов кровотечения, что в значительной мере удлиняло сроки нахождения в стационаре. За отчетный период, 126 (12,1%) человек неоднократно госпитализировались в стационар по поводу рецидивирующих толстокишечных кровотечений дивертикулярной этиологии. Оперативное лечение выполнено 11 больным, 6 - по экстренным показаниям. Умерло 5 человек. Неудовлетворённость результатами лечения дивертикулярной болезни, осложнённой кровотечением, заставило нас пересмотреть подходы к консервативному лечению этой категории больных. С 2011 года в комплексе консервативных мероприятий стали применяться различные формы месалазина. Применяемая форма препарата (таблетки, гранулы, свечи, клизмы, пена) зависела от места локализации дивертикул. Препарат назначался с момента поступления и до выписки больных из стационара в комплексе с традиционной гемостатической терапией. По данной методике нами пролечено 56 человек. Рецидив кровотечения отмечен у 1 (1,8%) пациентки на фоне гипертонического криза, который был купирован консервативными мероприятиями. Средний койко – день в данной группе больных составил 8,2. Летальных исходов отмечено не было. Выводы. Варибельный выбор форм месалазина у больных с дивертикулярной болезнью, осложнённой кровотечением в комплексе с традиционным лечением толстокишечных кровотечений, позволило улучшить результаты лечения пациентов за счет снижения количества рецидивов кровотечений. Месалазин является препаратом выбора в комплексном лечении пациентов с толстокишечными дивертикулярными кровотечениями за счет репаративного воздействия на слизистую толстой кишки, ведущего к снижению количества рецидивов кровотечений.

820

864. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения перфоративных язв желудка и 12 перстной кишки.

Погосян А.А., Митюрин М.С., Григорян Л.М., Камчаткина Т.И., Аббас Н.

Ростов-на-Дону

МБУЗ Городская Больница № 6 г. Ростова-на-Дону

Цель работы: анализ результатов лечения больных с перфоративными язвами желудка и 12типерстной кишки в позднем послеоперационном периоде. Материалы и методы. В 2010-2014 годах из хирургического отделения ГБ 6 выписан 71 пациент, оперированный по поводу перфоративной язвы желудка и 12типерстной кишки. Подавляющее большинство были мужчины в возрасте от 16 до 56 лет (78,8%). Общее количество лиц мужского пола составило 63 (88,7%) человека, женщин – 8 (11,2%). У 27 (38,0%) пациентов имела место перфорация дуоденальной язвы, и как правило перфоративная язва располагалась на передней стенке луковицы 12 – типерстной кишки, у 37 (50,7%) пациентов выявлена перфорация язвы передней стенки пилорического отдела желудка; у 7 пациентов (9,8%) перфорировала язва тела желудка. Стандартное «открытое» ушивание перфоративной язвы выполнено 57 пациентам, ушивание перфоративной язвы по Опелю-Поликарпову осуществлено в 4 случаях, в 10 случаях выполнено лапароскопическое ушивание перфоративной язвы. Спустя 1 - 3 года после выполнения операции готовность ответить на вопросы и пройти обследование проявили 46 (64,7%) пациентов (в основном это жители Первомайского и Пролетарского районов г. Ростова на Дону). В основу проводимого исследования положен анализ жалоб пациентов, анамнез течения заболевания в течении 1-3 лет после выполнения операции, объем проведенного лечения и обследования в амбулаторных условиях. 2 пациента перенесли желудочное кровотечение в разные сроки после операции ушивания перфоративной язвы и были госпитализированы в другие хирургические стационары г. Ростова на Дону. Повторных хирургических вмешательств у этих пациентов по поводу осложненной язвенной болезни не было. 16 пациентов получили один курс стандартной противоязвенной терапии у гастроэнтеролога в поликлиниках по месту жительства, 8 пациентов - два курса. Несмотря на полученные рекомендации при выписке, 22 пациента после завершения лечения, связанного с операцией, на прием к гастроэнтерологу не приходили и систематического противоязвенного лечения не получали, мотивируя это тем, что чувствуют себя относительно удовлетворительно. Несомненно, в этом решающую роль сыграл социальный фактор - высокая стоимость медикаментов для курса противоязвенного лечения. Из числа опрошенных, 20 пациентов предъявляли жалобы на периодические боли в верхних отделах живота, отрыжку, чувство дискомфорта, связанного с приемом пищи; 2 пациента предъявляли жалобы на периодически повторяющиеся рвоты; у 6 пациентов после перенесенной операции сформировалась отчетливая склонность к запорам. У 2 пациентов выявлены послеоперационные вентральные грыжи, причем у одного - в зоне срединного послеоперационного рубца, а у второго - в области контрапертурных разрезов, используемых для дренирования брюшной полости. Согласие на дальнейшее обследование и выполнение фиброгастроуденоскопии дали 40 пациентов. По итогам выполненных ФГДС получены следующие результаты: - картина эритематозного распространенного гастрита выявлена у 36 пациентов, вне зависимости от того, в каком месте локализовалась перфоративная язва; - у 12 пациентов визуализирован постязвенный рубец в стадии ремиссии; - у 18 пациентов, оперированных по поводу перфорации язвы 12-ти перстной кишки выявлена, в той или иной степени выраженности, рубцовая деформация луковицы ДПК; - у 6 пациентов выявлен рецидив язвы, причем размеры язвенного дефекта достигали 1,5 см в диаметре, язвы локализовались на задней стенке луковицы 12 -ти перстной кишки; - у 34 пациентов из группы пациентов с эритематозным гастритом, выявлена колонизация слизистой оболочки антрального отдела желудка бактерией *H.pylori*; - у 21 пациента с подтвержденной язвой луковицы 12 перстной кишки, тест на наличие обсемененности слизистой оболочки антрального отдела желудка бактерией *H.pylori*, оказался положительным. Выводы. 1. Рецидив язвы после экстренной операции по поводу перфорации встречается достаточно часто. 2. Все пациенты перенесшие операцию по поводу перфоративной язвы подлежат диспансерному наблюдению у хирурга и гастроэнтеролога в поликлинике в течение 3 лет после выполнения операции.

865.К вопросу о постановке диагноза «перфоративная язва желудка и 12типерстной кишки».

Погосян А.А., Митюрин М.С., Григорян Л.М., Камчаткина Т.И. Терпугов А.Л.

Ростов-на-Дону

МБУЗ Городская больница № 6 г.Ростова-на-Дону

Цель работы: анализ имеющихся возможностей в правильной постановке диагноза у больных с перфорацией язвы желудка и 12типерстной кишки Актуальность проблемы. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки на сегодняшний день остается одной из важнейших проблем медицины. Заболеванием чаще всего страдают люди наиболее активного, работоспособного возраста, что обуславливает социальную значимость проблемы. Одним из грозных осложнений язвенной болезни является перфорация язвы, частота которой по данным различных авторов составляет 4-30%. В настоящее время на долю перфорации язв желудка и ДПК приходится 0,1% среди хирургических заболеваний, а при острой хирургической патологии органов брюшной полости она составляет 1,9-2,6%. Летальность при перфорации язв остается высокой и составляет 5-15%. Материалы и методы. В 2010-2014гг в хирургическом отделении Гб № 6 в порядке скорой помощи получали лечение 77 пациентов с диагнозом: перфоративная язва желудка и 12типерстной кишки. Пациентов в возрасте от 16 до 56 лет было 56 человек (72,7%). Мужчин – 68 человек (88,3%), женщин – 9(11,6%). У 27 пациентов (35,0%) имела место перфорация дуоденальной язвы, у 41 (53,2%) - перфорация язвы пилорического отдела желудка, у 9 (11,6%) - перфорация язвы тела желудка. 14 пациентов поступили в стационар в сроки до 6 часов с момента прободения, до 12 часов – 52 пациента, позднее 12 часов – 11 пациентов. Умерло 6(7,8%) человек. Основной причиной смерти был разлитой гнойный дооперационный перитонит. При установлении диагноза после осмотра пациента, объективного исследования, выполнения лабораторных исследований, выполнялось ультразвуковое исследование брюшной полости, которое позволяло выявить наличие свободной жидкости в подпеченочном пространстве и правых боковых отделах живота у 53 (68,8%) больных; и обязательное рентгенологическое исследование. В зависимости от тяжести общего состояния это был или обзорный снимок брюшной полости в положении пациента стоя или снимок брюшной полости в положении пациента лежа на боку. При оценке результатов рентгенологического исследования обращает на себя внимание, что только у 56 (72,7 %) больных рентгенологическая картина позволяла сразу установить диагноз перфорации полого органа, вследствие наличия свободного воздуха в брюшной полости. У 21 (27,3%) больных признаки пневмоперитонеума при выполнении рентгенологического исследования не обнаружены. 8 (10,3%) пациентам на этапе обследования выполнена фиброгастроудоденоскопия, после выполнения которой на повторном рентгенологическом исследовании обнаружены характерные рентгенологические признаки. 13(16,8%) пациентам для уточнения диагноза была выполнена диагностическая лапароскопия, при которой были выявлены признаки перфорации язвы – наличие наложений фибрина и выпота в подпеченочном пространстве и по правому флангу брюшной полости. Все пациенты оперированы в экстренном порядке, не позднее 2 часов с момента поступления в стационар. 67 (77,1%) пациентам выполнена традиционная операция- лапаротомия, ушивание перфоративного отверстия по одной из традиционных методик с санацией и дренированием брюшной полости, а 10 (12,9%) пациентам удалось выполнить лапароскопическое ушивание перфоративной язвы. Основанием для выполнения видеолaparоскопической операции были малые сроки с момента наступления прободения и отсутствие картины разлитого гнойного перитонита. Суть операции состояла в том, что накладывались сквозные интракорпоральные швы рассасывающейся атравматической нитью (викрил, полисорб, дексон). Линия швов укреплялась прядью большого сальника. Осуществлялась санация брюшной полости, устанавливались дренажи к зоне ушивания и в малый таз. Все пациенты перенесшие видеолaparоскопическую операцию поправились, осложнений в этой группе пациентов не отмечалось. Выводы: последовательное применение дополнительных диагностических методов намного увеличивает объем информации о патологическом процессе, помогает в правильном установлении диагноза и позволяет своевременно оказывать помощь пациентам, в том числе выполнять видеолaparоскопические вмешательства при прободных гастродуоденальных язвах.



866. Особенности лапароскопической холецистэктомии при наличии подпеченочного инфильтрата.

Погосян А.А. Митюрин М.С., Григорян Л.М., Терпугов А.Л., Урюпина А.А.

Ростов-на-Дону

МБУЗ Городская больница № 6 г.Ростова-на-Дону

Актуальность темы. За последние десятилетия достигнуты значительные успехи в лечении острого и хронического холцистита, однако остается настороженное отношение к эндовидеохирургическому лечению деструктивных форм, вследствие наличия подпеченочного инфильтрата, нарушающего топографоанатомические отношения элементов печеночно-двенадцатиперстной связки и треугольника Кало. Кроме того, разделение отечных и воспаленных тканей сопровождается интенсивным кровотечением, что также затрудняет проведение эндовидеохирургических операций. Материалы и методы. В хирургическом отделении Городской больницы № 6 за последнее десятилетие выполнено 1035 лапароскопических холецистэктомий (ЛСХЭ) по поводу острого холцистита и его осложнений. Все больные были госпитализированы в стационар в экстренном порядке. Деструктивные формы острого холцистита наблюдались у 406 (39,2%) больных. Среди этих пациентов наличие подпеченочного инфильтрата наблюдалось у 340 человек (83,7%). Деструктивный процесс в желчном пузыре, как правило, сопровождается развитием перивезикального инфильтрата различной степени выраженности - от локализации его исключительно в области шейки до вовлечения в процесс всего желчного пузыря. Наличие инфильтрата затрудняет визуализацию анатомических образований. В этих условиях для диссекции элементов треугольника Кало используем электроотсос и биполярный зажим. Разделение инфильтрата, особенно в области шейки желчного пузыря, с применением монополярной коагуляции крайне опасно и может использоваться только после визуализации и идентификации анатомических структур. Из технических особенностей, используемых нами при работе у больных с перивезикальным инфильтратом, хотелось бы отметить отказ от клипирования пузырного протока и пузырной артерии. Инфильтрированные ткани легко прорезываются клипсами во время операции или в раннем послеоперационном периоде. Это может привести к развитию нежелательных последствий - желчеистечению и кровотечению в брюшную полость. Исходя из этого, мы вначале обрабатываем пузырный проток и артерию в режиме биполярной коагуляции, а после их пересечения на дистальные отделы накладываем по две петли Редера из рассасывающегося шовного материала. Этот способ дает возможность достигнуть надежного пережатия просвета трубчатых структур. В трудных ситуациях - при наличии плотного инфильтрата в области шейки желчного пузыря, который не удастся разделить тупо, при грубом изменении топографоанатомических отношений элементов печеночно-двенадцатиперстной связки и треугольника Кало - выполняем ЛСХЭ в лапароскопической модификации "от дна". При этом желчный пузырь пересекаем в области шейки, выделяем из ложа тело и дно желчного пузыря и удаляем, а затем мобилизуем пузырный проток. В процессе выделения деструктивно-измененного желчного пузыря из печени может возникнуть обильная диффузная кровоточивость. При этом коагуляция малоэффективна и нежелательна. Для остановки кровотечения из ложа желчного пузыря, кроме гемостатических губок, мы используем простой и надежный способ - через расширенный латеральный порт под контролем лапароскопа при помощи корнцанга в брюшную полость вводим марлевую салфетку, которую прижимаем к ложу удаленного желчного пузыря. Экспозиции в течение 5 мин достаточно для остановки кровотечения из наиболее мелких сосудов. Кровотечение из сосудов, оставшихся нетромбированными, легко остановить, применив электрокоагуляцию. Подпеченочное пространство мы дренируем через расширенный латеральный порт. В брюшную полость при помощи корнцанга под контролем лапароскопа вводим полихлорвиниловую трубку и полосу из перчаточной резины, которые при помощи граспера подводим к ложу желчного пузыря. Результаты. Конверсия потребовалась у 37 пациента (3,6%). Основными ее причинами являлись наличие плотного инфильтрата в области шейки желчного пузыря, ведущего к грубым нарушениям топографоанатомических отношений элементов печеночно-двенадцатиперстной связки и треугольника Кало - 21 наблюдение (2,0%); кровотечение, не останавливаемое эндохирurgicalическими методами - у 12 пациентов (1,2 %); повреждения общего желчного протока - у 4 (0,4%) больных. Выводы. Таким образом, на современном этапе развития

хирургии ЛСХЭ является операцией выбора при остром холецистите. Наличие подпеченочного инфильтрата не являются противопоказаниями к ЛСХЭ.

---

## 867. РАННИЕ МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА: ЗА И ПРОТИВ

Бомбизо В.А., Булдаков П.Н., Бердинских А.Ю.

Барнаул

КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи»

Актуальность. Острый панкреатит, особенно его тяжелые формы, занимает лидирующие позиции в клиниках неотложной хирургии. За острым панкреатитом прочно утвердилось третье место в структуре абдоминальной патологии – около 12,5%. Неуклонно растет количество деструктивных форм, и в настоящее время оно составляет до 5-10% пациентов хирургического профиля. Усложняет проблему старение пациентов с острым панкреатитом. По нашим наблюдениям, за последние 10 лет количество пациентов старше 70 лет увеличилось на 30%. Стабильно высокой остается летальность при тяжелом остром панкреатите – 20-45%. При развитии инфекционных осложнений некротизирующего панкреатита летальность достигает 85,7%. Одной из ключевых проблем является отсутствие точного алгоритма действий и единого подхода к лечению острого панкреатита на разных стадиях заболевания. Важнейшей задачей для хирургов остается определение сроков хирургического лечения данного заболевания. Противники ранних вмешательств считают риск инфицирования при стерильном процессе наиболее значимым и в сочетании с операционной травмой усугубляющим течение патологического процесса (Beger H.G.). По мнению большинства панкреатологов (Бобров А.А., Бабасинов А.Х., Балалыкин А.С.), современное состояние проблемы лечения острого панкреатита предполагает разумное сочетание консервативного и оперативных методов (Ермолов А.С., Благовестнов Д.А.). Сторонники активной хирургической тактики считают, что проведение ранних хирургических вмешательств (лапароскопия, чрескожные дренирующие вмешательства) в фазу токсемии позволяет достоверно установить спектр патогенной микрофлоры, провести раннюю санацию, предотвратить и/или ограничить распространение патологического процесса в парапанкреатической клетчатке (Ермолов А.С., Иванов П.А., Гришин А.В.). Цель исследования. Разработка оптимального диагностического и лечебного подхода при остром панкреатите, позволяющего в кратчайшие сроки и с максимальной достоверностью определить индивидуальный план ведения каждого пациента с острым панкреатитом. Внедрение малоинвазивных технологий на ранних стадиях заболевания в работу хирургического стационара как наиболее достоверных в диагностике и результативных в лечении тяжелого острого панкреатита. Материалы и методы. В Краевой клинической больнице скорой медицинской помощи г. Барнаула в период с 2012 по 2014 гг. находились на лечении 415 пациентов с острым тяжелым панкреатитом (панкреонекрозом). Возраст пациентов колебался от 19 до 87 лет, из них лица трудоспособного возраста – 289 (69,6%) пациентов. Мужчин было 253 (61,0%), женщин – 162 (39,0%). У 184 (44,3%) пациентов был диагностирован инфицированный панкреонекроз, а у 231 (55,7%) – стерильный панкреонекроз, в этом у 49 (11,8%) пациентов диагноз стерильного панкреонекроза был установлен при диагностической лапароскопии, и в дальнейшем в данной группе на фоне комплексного лечения не потребовалось оперативных вмешательств ввиду эффективности консервативной терапии. При оценке тяжести состояния пациентов по интегральным шкалам (APACHE-II): до 8 баллов было 117 (28,2%) пациентов, от 8 до 13 баллов – 126 (30,4%), более 13 баллов – 172 (41,4%). Все пациенты получали базисную (инфузионная, антибактериальная, спазмолитическая, противовоспалительная), патогенетическую (коррекция протеиназно-ингибиторного дисбаланса, коррекция микроциркуляции, коррекция системного гемостаза и др.), симптоматическую (аналгезия) терапию. В случае отсутствия положительного эффекта от проводимой терапии, а также при общепринятых показаниях 366 (88,2%) пациентам потребовалось оперативное лечение. Оперативные вмешательства проводились в первые 24-36 часов от момента поступления пациента в стационар и не более чем 5-8 суток от начала заболевания. 110 (26,5%) пациентов оперированы традиционными методами (лапаротомный доступ), 224 (54,0%) – с использованием

малоинвазивных технологий, 32 (7,7%) – комбинированными методами. Пациентам с некротизирующим панкреатитом выполнялись следующие оперативные вмешательства из лапаротомного доступа: абдоминализация поджелудочной железы с последующим дренированием сальниковой сумки, вскрытие и дренирование абсцессов (или флегмон) забрюшинной клетчатки, некрсеквестрэктомия, а в случае билиарного панкреатита – холецистэктомия с различными вариантами наружного дренирования холедоха, или холецистостомия. Миниинвазивные вмешательства: лапароскопия с дренированием брюшной полости (54 (9,5%)), оментобурсоскопия с дренированием сальниковой сумки (47 (8,3%)), лапароскопическая абдоминализация поджелудочной железы (86 (15,2%)), лапароскопическое вскрытие и дренирование абсцессов (флегмон) парапанкреатической клетчатки (75 (13,2%)), ретроперитонеоскопия с дренированием забрюшинной клетчатки (57 (10,1%)), лапароскопическая холецистэктомия с дренированием холедоха по Холстеду–Пиковскому (92 (16,2%)), чрескожная чреспеченочная холангиостомия под рентгентелевизионным контролем (12 (2,1%)), чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия под УЗ наведением (26 (4,6%)), чрескожное дренирование жидкостных скоплений под УЗ наведением (37 (6,5%)), санационная оментобурсоскопия с некрсеквестрэктомией (81 (14,3%)). В последующем, части пациентам потребовались санационные этапные оперативные вмешательства, было выполнено 81 санационная оментобурсоскопия с некрсеквестрэктомией. Результаты. При анализе послеоперационного периода нами было отмечено более благоприятное течение у пациентов в группе оперированных малоинвазивными методами и в ранние сроки. Также достоверно отмечено снижение среднего койко-дня в данной группе на 15,4 дня. Применение малоинвазивных методик в лечение пациентов с тяжелым острым панкреатитом позволило снизить летальность с 17,1% (2012 г.) до 16,2 (2014 г.). Выводы. Использование малоинвазивных технологий, таких как видеолапароскопия и видеоретроперитонеоскопия делает более достоверной диагностику при остром панкреатите, а также уменьшает количество традиционных («открытых») вмешательств. Применение малоинвазивных технологий особенно эффективно в ранние сроки течения заболевания. Использование активной хирургической тактики с созданием адекватного дренажа в забрюшинной клетчатке с применением видеоэндохирургических методик позволяет сократить сроки нахождения пациента в стационаре и уменьшить летальность среди пациентов с тяжелым острым панкреатитом.

---

#### 868. Трансанальная микрохирургия в лечении новообразований прямой кишки

Погосян А.А., Терпугов А.Л., Штогрин С.М., Григорян Л.М.

Ростов-на-Дону

МБУЗ Городская больница №6 г.Ростова-на-Дону

Цель работы. Повышение эффективности хирургического лечения новообразований ампулярного отдела прямой кишки путем внедрения технологий трансанальной эндоскопической микрохирургии. Материал и методы исследования. Выполнен анализ результатов хирургического лечения 37 больных с новообразованиями ампулярного отдела прямой кишки, оперированных с использованием метода трансанальной эндомикрохирургии (ТЭМХ) в условиях специализированного колопроктологического стационара. Удаление опухолей прямой кишки производили с помощью операционного проктоскопа производства фирмы“ Karl Storz ” (Германия), адаптированного к стандартной лапароскопической стойке. Результаты. Проведенные исследования показали технические преимущества и возможность получения стабильных непосредственных и отдаленных результатов за счет внедрения указанной методики. Полученный опыт позволил выявить следующие необходимые этапы оперативного вмешательства: интраоперационную оптическую ревизию, маркировку линии резекции (электрохирургическая маркировка), визуальный контроль удаления новообразования в пределах макроскопически неизмененных тканей (до мышечного слоя, адвентиции), трансанальную установку трубчатого дренажа. У 3 больных опухоль локализовалась в нижнеампулярном отделе, у 18-в средне-, у 13-в верхнеампулярном отделах прямой кишки. У 3 пациентов опухоль локализовалась на расстоянии свыше 18 см, удаление опухоли производилось с помощью ассистированной видеолапароскопии. Анализ препаратов удаленных опухолей

показал отсутствие опухолевого поражения по линии резекции. Морфологические исследования: у 35 пациентов диагностированы доброкачественные эпителиальные опухоли (у 34-ворсинчатые опухоли (аденомы), в 1 наблюдении лейомиома. Кроме, того, однократно установлен диагноз рака прямой кишки *in situ* (высокодифференцированная аденокарцинома). Отмечен выраженный фармакологический эффект применяемой технологии-сокращение потребности в анальгетиках, НПВС, ранняя активизация больных. Средний послеоперационный койко-день составил 4,5. В одном наблюдении отмечено локальное выделение крови по дренажу, при ревизии источник визуализирован, выполнен гемостаз точечной электрокоагуляцией. Других осложнений не отмечено. Выводы. Применение технологии ТЭМХ позволяет улучшить результаты оперативного лечения доброкачественных новообразований прямой кишки за счет четкого оптического контроля за манипуляциями, хорошей визуализации мелких объектов и, как следствие, меньшей травматичности вмешательств. Сокращение сроков лечения и реабилитации пациентов, при соблюдении принципов радикального вмешательства позволяет рекомендовать широкое клиническое внедрение метода при доброкачественных новообразованиях указанной локализации.

---

#### 869.Патогенетические подходы в лечении острого панкреатита

ЦеймахЕ.А. (1), Булдаков П.Н. (2), Бомбизо В.А. (2), Удовиченко А.В. (2), Кундиус С.А. (2), Макин А.А. (2), Бердинских А.Ю. (2)

Барнаул

1) ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии2) КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи»

Актуальность. Острый панкреатит является наиболее тяжелым заболеванием органов брюшной полости и занимает одно из ведущих мест в неотложной абдоминальной хирургии. Летальность при остром тяжелом панкреатите, особенно в стадии гнойно-септических осложнений, остается очень высокой и колеблется от 20 до 85,7%. Важным патогенетическим звеном в развитии некротизирующего панкреатита является активация каскадно-комплексных протеолитических систем плазмы крови (гемокоагуляции, фибринолиза, калликреин-кининовой, комплемента), реакция клеток крови (хемотаксис, фагоцитоз), местная пролиферативная реакция тканей. Это инициирует нарушение микроциркуляции, обусловленное изменением свертывающей и противосвертывающей систем, развитием синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, скоплением протеиназ в результате распада лизосом нейтрофильных гранулоцитов и макрофагов, содержащих в высоких концентрациях различные протеолитические ферменты, вызывающие лизис белков тканей макроорганизма. Реакциями противоположными альтерации и протеолизу являются репарация и синтез белка. Макроорганизм предотвращает генерализацию инфекции созданием фибринового барьера, блокадой микроциркуляции в очаге воспаления. Мононуклеары принимают самое активное участие в процессах фибриногенеза. Цель исследования. Повышение эффективности комплексного лечения больных с острым деструктивным панкреатитом путем купирования нарушений микроциркуляции и улучшения условий для отграничения воспалительного процесса в забрюшинной клетчатке. Материалы и методы. В работе анализируются данные о 234 больных с панкреонекрозом, находившихся на лечении во втором хирургическом отделении Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи г.Барнаула в период с 2012 по 2014 гг. Возраст больных колебался от 19 до 87 лет, мужчин было 144 (61,5%), женщин – 90 (38,5%). Чуть менее чем у половины больных – 95 (40,6%) острый панкреатит развился на фоне желчнокаменной болезни. Погрешности в диете перед заболеванием отметили 126 (53,8%) пациента. У 6 (2,6%) больных некротизирующий панкреатит возник на фоне хронического воспаления поджелудочной железы. Развитие острого панкреатита после травмы наблюдалось у 7 (3,0%) больных. У 132 (56,4%) пациентов был стерильный, а у 102 (43,6%) – инфицированный панкреонекроз. У анализируемых больных наблюдались различные осложнения (449 случаев): 32 (7,1%) – парапанкреатического инфильтрата; 71 (15,8%) – флегмона забрюшинной клетчатки; 102 (22,7%) – перитонита, в том числе 84 (18,7%) – ферментативного и 18 (4,0%) – фибринозно-гнойного; 38 (8,5%) – абсцессов сальниковой сумки; 31 случай (6,9%) – механической желтухи; 64 (14,3%) – печеночно-почечной недостаточности; 14 случаев (3,1%) –

респираторного дистресс-синдрома и 97 случаев (21,6%) – реактивного плеврита. Более чем у половины пациентов наблюдали сочетание двух и более осложнений. Тяжесть состояния больных оценивали по шкале APACHE II: до 8 баллов было 66 (28,2%) пациентов, от 8 до 13 баллов – 71 (30,3%), более 13 баллов – 97 (41,5%). Лечение больных с острым тяжелым панкреатитом при отсутствии гнойных осложнений начинали с комплексной патогенетической консервативной терапии, включавшей: антибактериальную терапию; криоплазменно-антиферментный комплекс; препараты подавляющие секреторную деятельность поджелудочной железы; ингибиторы протеиназ; адекватное обезболивание; ликвидация нарушений кислотно-щелочного равновесия, белковых и электролитных нарушений, ликвидация волевических расстройств; дезинтоксикационную терапию; коррекцию коагулянтной и протеолитической активности фагоцитов в периферической крови и в очаге воспаления; коррекцию протеиназно-ингибиторного дисбаланса в очаге поражения. Важнейшим компонентом инфузионной терапии острого панкреатита является деблокирование микроциркуляции в очаге поражения и в паренхиматозных органах, что способствует улучшению доступа в очаг деструкции антибиотиков и ингибиторов протеолиза с созданием условий для отграничения и ликвидации воспаления, профилактике развития полиорганной недостаточности. С этой целью мы применяли криоплазменно-антиферментный комплекс. В его состав входят свежемороженая или криосупернатантная плазма, лишенная факторов свертывания, гепарин и ингибиторы протеиназ (контрикал, гордокс). Для повышения эффективности патогенетического лечения и создания условий для улучшения отграничения воспалительного процесса при остром панкреатите, нами использовано локальное введение ингибиторов протеиназ пункционно во время операции и проточный диализ ран раствором, в который добавляли 5% эпислон - аминокaproоновую кислоту, контрикал в дозировке 100 000 АЕ в течение 5–7 дней. При выявлении у больных острым панкреатитом низкой коагулянтной активности макрофагов в очаг воспаления для повышения процессов фибринообразования вводили экстракорпорально стимулированные моноциты. Фагоциты больных для экстракорпоральной стимуляции получали при проведении дискретного плазмафереза с целью детоксикации. Выбор ингибиторов и активаторов коагулянтной и протеолитической активности фагоцитов зависел от установленного их действия в предварительных лабораторных исследованиях (прогнозируемая эффективность). Из 234 пациентов у 112 (47,9%) – основная группа, применялась комплексная терапия с использованием криоплазменно-антиферментного комплекса, коррекции коагулянтной и протеолитической активности фагоцитов в крови и в очаге воспаления и коррекция протеиназно-ингибиторного дисбаланса в очаге поражения. А у 122 (52,1%) – группа сравнения, проводилось общепринятое лечение острого панкреатита. Группы были сопоставимы между собой по полу, возрасту, тяжести состояния, распространенности патологического процесса, сопутствующей патологии, характеру и объему проведенных оперативных вмешательств. Большая часть пациентов – 132 (56,4%) оперированы с использованием малоинвазивных методов: - лапароскопия с дренированием брюшной полости – 27 (7,9%); - оментобурсоскопия с дренированием сальниковой сумки – 28 (8,2%); - видеолапароскопическая абдоминализация поджелудочной железы – 56 (16,4%) - видеолапароскопическое вскрытие и дренирование абсцессов (флегмон) парапанкреатической клетчатки – 48 (14,1%); - ретроперитонеоскопия с дренирование забрюшинной клетчатки – 44 (12,9%); - видеолапароскопическая холецистэктомия с дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому – 53 (15,5%); - чрескожное дренирование жидкостных скоплений под УЗИ наведением – 37 (10,9%); - санационная оментобурсоскопия с некрсеквестрэктомией – 48 (14,1%). 102 (43,6%) пациента были оперированы с применением «открытых» вмешательств: - лапаротомия, абдоминализация поджелудочной железы с дренированием сальниковой сумки – 68 (24,2%); - вскрытие и дренирование забрюшинных абсцессов (флегмон) – 82 (29,2%); - некрсеквестрэктомия – 41 (14,6%); - холецистэктомия с наружным дренированием холедоха – 42 (14,9%); - санационная релапаротомия – 48 (17,1%). Результаты. Внедрение в практику разработанных методов позволило улучшить результаты лечения острого панкреатита и снизить летальность с 19,7% до 13,4%. Основной причиной летальных исходов в обеих группах больных был сепсис с полиорганной недостаточностью. Выводы. Таким образом, применение комплексной терапии с использованием криоплазменно-антиферментного комплекса, препаратов, коррегирующих коагулянтную и протеолитическую активность фагоцитов в крови и в очаге воспаления, локального введения ингибиторов протеолиза позволяет уменьшить частоту гнойно-септических осложнений, снизить летальность и улучшить исходы заболевания.

Черкасов Д.М., Черкасов М.Ф., Старцев Ю.М., Меликова С.Г.

Ростов-на-Дону

ГБОУ ВПО Ростовский Государственный Медицинский Университет Минздрава России

Актуальность исследования. В настоящий момент грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) являются одной из наиболее распространенных хирургических патологий. Число больных, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), обусловленной наличием грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, неуклонно увеличивается и по распространенности занимает четвертое место среди гастроэнтерологической патологии после хронического холецистита, хронического панкреатита и гастродуоденальных язв. По данным ряда авторов, распространенность ГЭРБ среди взрослого населения достигает 50%. Несмотря на имеющийся опыт в проблеме лечения ГПОД, нерешенным остается определение тактики лечения осложненных ГПОД. Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных осложненными формами грыж пищеводного отверстия диафрагмы путем использования видеоэндохирургических методик. Материалы и методы. Мы располагаем опытом 110 видеоэндохирургических вмешательств по поводу осложненных форм грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Аксиальные грыжи отмечались у 93 пациентов, параэзофагеальные – у 17. По классификации Granderath и соавт., среди аксиальных грыж малые встречались у 37 (39,8%) пациентов, большие – у 51 (54,8%), гигантские – у 5 (5,4%), среди параэзофагеальных – у 11 (64,7%) больных имели место большие грыжи, у 6 (35,3%) – гигантские. Средний возраст больных составил  $49,9 \pm 14,7$  лет. Частота заболевания как у мужчин (47,3%), как и у женщин (52,7%) была практически одинакова. При эндоскопическом исследовании рефлюкс-эзофагит легкой степени тяжести выявлен у 23 пациентов (20,9%), средней тяжести – у 66 (60%), тяжелая степень наблюдалась у 21 (19,1%). Результаты. В лечении ГПОД следует применять комплексный подход. Поскольку, на первый план в клинике грыж пищеводного отверстия диафрагмы выходят симптомы гастроэзофагеального рефлюкса, консервативное лечение главным образом направлено на их устранение, что достигается применением комплекса диетических мероприятий, а также медикаментозной терапии, которая должна быть направлена на снижение кислотности желудочного сока, нейтрализацию выработанной соляной кислоты и ускорение эвакуации пищи из желудка. У 110 пациентов не удалось добиться существенного положительного результата после проведения длительной медикаментозной терапии, им всем выполнена операция Ниссена или Ниссена-Розетти из лапароскопического доступа. Мы придерживались общепринятых показаний к хирургическому лечению грыж пищеводного отверстия диафрагмы: неэффективность многократных курсов консервативного лечения; наличие осложнений ГПОД (эзофагит, эрозии и язвы пищевода, анемия, кровотечения); большие размеры грыжи, ее фиксация в грыжевых воротах; параэзофагеальная грыжа; метаплазия слизистой пищевода (пищевод Барретта). Интраоперационные кровотечения отмечены у 12 (10,9%) 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. Послеоперационный койко-день у пациентов с ГПОД, оперированных из лапароскопического доступа, составил  $5,2 \pm 0,6$ , что было существенно ниже, чем при выполнении вмешательства из лапаротомного доступа. В отдаленные сроки у 2 больных (1,8%) возникли рецидивы заболевания, связанные с феноменом «соскальзывания манжетки». Данным пациентам произведено повторное оперативное вмешательство из лапаротомного доступа. При наличии пищевода Барретта у 25 пациентов в послеоперационном периоде проводилась аргон-плазменная коагуляция очагов метаплазии и последующая медикаментозная терапия. Выводы. Лечение больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью имеет комплексный подход, которое следует начинать с консервативных мероприятий. При отсутствии эффекта от неоднократной длительной медикаментозной терапии, частых рецидивах, выраженной клинической картине рефлюкс-эзофагита следует применять оперативное лечение. Видеоэндохирургические вмешательства (операция Ниссена или Ниссена-Розетти) являются операциями выбора при лечении больных осложненными формами ГПОД. При наличии пищевода Барретта в послеоперационном периоде показано применение аргоноплазменной коагуляции, а также проведение медикаментозной терапии.

871. Результаты оказания хирургической помощи в течение XXII зимних Олимпийских и XI зимних Паралимпийских игр в Сочи.

Попов П.В., Десяткин В.Б., Мосилян О.В., Ралка Б.В.

Сочи

ГБУЗ Краевая больница №4.

В ходе подготовки к XXII зимним Олимпийским играм в адлерском районе г Сочи был возведен и введен в эксплуатацию новый хирургический комплекс на базе Краевой больницы №4. В составе хирургического корпуса организованы отделение хирургии и отделение травматологии общей мощностью - 40 коек; а также реанимации рассчитанное на нахождение 9 пациентов. Инструментальное оснащение корпуса включает аппараты МСКТ и МРТ, цифровой рентгеновский аппарат, 3 аппарата УЗИ экспертного класса. В приемном покое предусмотрена противошоковая палата с необходимым оборудованием для проведения неотложных оперативных вмешательств и всех необходимых реанимационных мероприятий. Операционный блок хирургического корпуса располагает 4 операционными с ламинарным потоком воздуха и модульным оснащением в составе которого используются 4 видеоэндоскопические стойки и С-дуга для проведения вмешательств под RTV контролем. В течение XXII зимних Олимпийских и XI зимних Паралимпийских игр в Сочи хирургический стационар оказывал все виды экстренной и в небольшом объеме плановую хирургическую помощь всем аккредитованным лицам, гостям и местным жителям Адлерского района г Сочи. В сроки с 06.02.2014 по 17.03.2014 г в отделении хирургии оказана медицинская помощь 156 пациентам, выполнено 78 оперативных вмешательств, из которых 55 (70,5%) выполнены лапароскопическим доступом. Структура лапароскопических вмешательств: лапароскопическая холецистэктомия (10), аппендэктомия (32), ушивание перфоративной язвы (3), диагностическая лапароскопия (7). Летальных исходов и осложнений после лапароскопических оперативных вмешательств не отмечено. У 2-х больных использованы диафевтические вмешательства под УЗ контролем (холецистостомия и дренирование жидкостного скопления сальниковой сумки). Послеоперационная смертность составила 2,6% (2). Количество послеоперационных осложнений – 2 (2,6%).

---

872. Видеоэндохирургические технологии в лечении пищевода Барретта

Черкасов Д.М., Черкасов М.Ф., Старцев Ю.М., Скуратов А.В., Меликова С.Г.

Ростов-на-Дону

ГБОУ ВПО Ростовский Государственный Медицинский Университет Минздрава России

Актуальность исследования. Пищевод Барретта является осложнением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, возникающей в подавляющем большинстве случаев на фоне грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). Данное состояние является облигатным предраком и по прошествии 10 – 15 лет может приводить к развитию аденокарциномы пищевода. Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных пищеводом Барретта путем использования видеоэндохирургических технологий и применения аргоноплазменной коагуляции. Материалы и методы. В хирургическом отделении клиники Ростовского государственного медицинского университета с 2012 по 2015 гг. проходили лечение 25 пациентов с диагнозом пищевод Барретта, который был подтвержден данными эндоскопического исследования (осмотр слизистой пищевода в режиме NBI и метод хромоскопии раствором метиленового синего) и иммуногистохимического исследования биоптатов слизистой пищевода, в которых обнаруживался метаплазированный эпителий по желудочному (73,9%) и кишечному (26,1%) типу. У всех обследованных нами больных выявлен рефлюкс-эзофагит: легкой степени тяжести - у 7, средней тяжести - у 15, тяжелая степень наблюдалась у 3. Первым этапом всем пациентам выполнена операция Ниссена или Ниссен-

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

Розетти из лапароскопического доступа, а в послеоперационном периоде – эндоскопическая аргоноплазменная коагуляция очагов метаплазии эпителия пищевода в режиме FORCED (мощность 30 – 32 Вт с расходом аргона 2 – 2,2 л/мин). За 1 сеанс проводилась коагуляция пораженного участка площадью не более 4 см<sup>2</sup>. У 7 пациентов курс лечения аргоно-плазменной коагуляцией полностью завершен (у 2 пациентов потребовалось 2 сеанса, у 2 – 3 сеанса, у 1 – 4 сеанса, у 2 – 5 сеансов), у всех больных отмечается регрессия метаплазии. Еще 18 пациентов продолжают лечение. Эндоскопический контроль осуществлялся через 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев. Сроки наблюдения составили до двух лет. В послеоперационном периоде продолжала проводиться медикаментозная терапия, направленная на снижение кислотности желудочного сока, нейтрализацию выработанной соляной кислоты и ускорение эвакуации пищи из желудка. Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде осложнений хирургического лечения не отмечено. Послеоперационный койко-день у пациентов оперированных видеолaparоскопически, составил  $5,2 \pm 0,6$ . Полученные клинические результаты, а также проведенные инструментальные исследования позволили установить, что видеозендоскопические оперативные вмешательства при ГПОД, осложненных пищеводом Барретта, пациенты переносят легче, чем открытые. Таким образом, всем пациентам с пищеводом Барретта показано хирургическое лечение. Видеозендохирургические вмешательства (операция Ниссена или Ниссена-Розетти) являются операциями выбора при лечении больных осложненными формами ГПОД. В послеоперационном периоде показано применение эндоскопической аргоноплазменной коагуляции, которое должно проводиться этапно с эндоскопическим и гистологическим контролем, позволяющим оценить регрессию метаплазии. За 1 сеанс площадь коагуляции метаплазированного участка не должна составлять более 4 см<sup>2</sup>.

---

873. Видеозендохирургические методы лечения доброкачественных новообразований пищевода и желудка

Старцев Ю.М., Черкасов М.Ф., Черкасов Д.М., Перескоков С.В.

Ростов-на-Дону

ГБОУ ВПО Ростовский Государственный Медицинский Университет Минздрава России

Цель работы. Улучшение результатов лечения больных доброкачественными новообразованиями пищевода и желудка путем разработки и клинического использования видеозендохирургической методики. Материалы и методы. В хирургических отделениях клиники Ростовского государственного медицинского университета выполнено 28 видеозендохирургических вмешательств по поводу доброкачественных новообразований пищевода и желудка. У 20 больных произведены лапароскопические и торакоскопические оперативные вмешательства в связи с доброкачественными новообразованиями пищевода (у 13 пациентов имели место лейомиомы, у 2 - фибромы, у 1 - липома, у 1 - рабдомиома, у 3 - кисты). В 8 наблюдениях произведены лапароскопические операции по поводу доброкачественных новообразований желудка (6 гастроинтестинальных стромальных опухолей, 1 липома, 1 лейомиома). Произведена сравнительная оценка результатов лечения больных, оперированных видеозендоскопически и традиционным способом. Нами определены критерии доступа к пищеводу в зависимости от локализации патологического процесса и типа телосложения человека. Результаты. При проведенных исследованиях выявлено, что наилучшие критерии оперативного доступа при операциях по поводу доброкачественных новообразований грудного отдела пищевода обеспечиваются у пациентов брахиморфного типа телосложения, наихудшие — при долихоморфном типе. Наилучшие параметры критериев доступа наблюдаются при локализации новообразования на уровне средней трети пищевода, наихудшие — в верхнегрудном отделе. У пациентов, оперированных видеозендоскопически, наблюдается более быстрая нормализация показателей анализов крови, меньшее количество отделяемого по дренажам, меньшее количество необходимых в послеоперационном периоде анальгетиков, снижение числа послеоперационных осложнений, уменьшение сроков пребывания в стационаре. Таким образом, видеозендоскопические вмешательства являются операциями выбора у пациентов с доброкачественными новообразованиями пищевода и желудка. Торакоскопические и лапароскопические операции в лечении доброкачественных новообразований



пищевода и желудка применимы вне зависимости от типа телосложения и локализации патологического процесса и являются менее травматичными, чем открытые вмешательства.

---

874.Видеоэндоскопические вмешательства у пациентов с нервно-мышечными заболеваниями пищевода

Старцев Ю.М., Черкасов М.Ф., Черкасов Д.М., Перескоков С.В.

Ростов-на-Дону

ГБОУ ВПО Ростовский Государственный Медицинский Университет Минздрава России

Актуальность исследования. Ахалазия пищевода занимает второе место среди всех доброкачественных заболеваний пищевода. Распространенность ахалазии пищевода и кардиоспазма составляет 0,5 – 0,8 на 100000 населения. Цель работы. Улучшение результатов лечения больных ахалазией пищевода путем разработки и клинического использования видеоэндохирургической методики. Материалы и методы. В хирургических отделениях клиники Ростовского государственного медицинского университета выполнено 88 видеоэндохирургических вмешательств по поводу нервно-мышечных заболеваний пищевода: у 84 пациентов имела место ахалазия (в 77 наблюдениях применялся лапароскопический доступ, в 7 – левосторонний торакоскопический), у 4 показанием к оперативному вмешательству являлся диффузный спазм пищевода. Произведена оценка интраоперационных осложнений, а также сравнительная оценка отдаленных результатов лечения больных, оперированных видеоэндоскопически и традиционным методом. Результаты. Выполнение эзофагокардиомиотомии при ахалазии возможно как из лапароскопического, так и из торакоскопического подходов. В последние годы все операции производятся из лапароскопического доступа в связи с меньшей его травматичностью. Мы рассекаем продольные и циркулярные мышечные волокна (это является профилактикой рецидива заболевания) по передне-левой стенке пищевода на протяжении 6 – 7 см, разрез на 1,5 – 2 см продлеваем на кардиальный отдел желудка. Использование передней фундопликации по Дору позволяет не выполнять мобилизацию желудка в области его дна. Во время видеоэндоскопических вмешательств у 11 пациентов (13,4%) интраоперационно возникли повреждения слизистой оболочки пищевода, которые в 4 наблюдениях потребовали выполнения конверсии (4,9%), у остальных 7 больных дефекты слизистой оболочки пищевода были ушиты видеоэндоскопически. Других причин для выполнения конверсии не было, осложнений, связанных с выполнением конверсии, также не отмечалось. В отдаленные сроки у 1 оперированного нами больного (1,2%) отмечен рецидив заболевания. Нами были оперированы также 2 пациента с рецидивами ахалазии пищевода после лапароскопических операций, выполненных в хирургических отделениях других клиник. Сроки возникновения рецидива заболевания составили от 8 до 10 лет. Следует отметить, что при рецидивах ахалазии пищевода после выполнения лапароскопии и ревизии во всех случаях произведена конверсия, продолжение операции лапароскопически в наших наблюдениях не представилось возможным в связи с выраженными рубцовыми изменениями в зоне пищеводно-желудочного перехода и отсутствием мышечного слоя. У 2 больных произведено наложение V-образного эзофагогастроанастомоза (операция Грендаля) с фундопликацией по Дору из лапаротомного доступа, в одном наблюдении для наложения анастомоза использовались линейные сшивающие аппараты. У 1 пациента выполнена резекция нижней трети пищевода и кардиального отдела желудка с наложением эзофагогастроанастомоза циркулярным сшивающим аппаратом. В послеоперационном периоде у пациентов с рецидивами ахалазии пищевода осложнений отмечено не было, симптомы дисфагии купировались, при контрастном рентгенологическом исследовании отмечено уменьшение диаметра пищевода. Операции при диффузном спазме пищевода (экстрамукозная эзофагомиотомия на протяжении от дуги непарной вены до уровня пищеводно-желудочного перехода – операция Биокка) выполняется из правостороннего торакоскопического доступа. Таким образом, видеоэндохирургические вмешательства являются операциями выбора при лечении больных нервно-мышечными заболеваниями пищевода, лапароскопические вмешательства при ахалазии пищевода являются более предпочтительными, чем торакоскопические. Операции при диффузном спазме пищевода целесообразно выполнять из правостороннего торакоскопического доступа. При рецидивах ахалазии пищевода предпочтение необходимо отдавать открытым оперативным вмешательствам. При рецидивах

ахалазии пищевода показанным является наложение V-образного эзофагогастроанастомоза (операция Грендаля) с фундопликацией по Дору или резекция нижней трети пищевода и кардиального отдела желудка с наложением эзофагогастроанастомоза с применением сшивающих аппаратов.

---

875. Вариант реконструкции артерий бедренно-подколенного сегмента при отсутствии аутологичного трансплантата

Черкасов М.Ф. (1), Чубаров В.Е. (2)

Ростов-на-Дону

1 - ГБОУ ВПО Ростовский Государственный Медицинский Университет Минздрава России, 2 - МБУЗ ГБСМП, отделение экстренной сосудистой хирургии

Цель и задачи исследования: 1. Разработать способ восстановления проходимости артерий бедренно-подколенного сегмента при отсутствии подходящей для пластики вены и методику медикаментозной профилактики тромбозов. 2. Исследовать непосредственные и отдаленные результаты эндартерэктомий с применением низкомолекулярных гепаринов. 3. Провести сравнительный анализ результатов операций полученных при аутовенозной пластике артерий бедренно-подколенного сегмента и операций, проведенных по заявленной методике. Материалы и методы исследования: нами проведен анализ 114 оперированных больных за период 2003-2014 гг. по поводу облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей в стадии 2Б-3-4 по классификации Покровского. Операции выполнялись по двум методикам: 82 больным выполнена операция аутовенозного бедренно-подколенного шунтирования с наложением проксимального анастомоза у бифуркации общей бедренной вены, а дистального с подколенной артерией – выполнено 85 операций. По методике протяженной эндартерэктомии из артерий бедренно-подколенного сегмента (патент №2280412 от 13.07.2004 г.) прооперировано 32 больных. Изучена эффективность реконструкций, частота развития тромбоза и реокклюзии в раннем (до месяца) и позднем послеоперационном периоде, период наблюдения 5 лет. Разработаны показания к выполнению данного вида оперативного вмешательства. Нами разработана схема применения в раннем послеоперационном периоде низкомолекулярных гепаринов в комбинации с антитромбоцитарными и дезагрегантными препаратами. Результаты исследования: Частота развития тромбозов и окклюзий составила в первой группе (аутовенозное шунтирование) 49(57,6%) случаев, что привело в 18(21,2%) наблюдении к ампутации. Во второй группе (методика протяженной эндартерэктомии) частота тромбозов составила 6(18,75%), что в одном наблюдении потребовало выполнения тромбэктомии с расширением дистального сегмента аутовенозной заплатой (overpass), во втором шунтирующей операции аутовеной с контрлатеральной конечности. Высокая ампутация конечности во второй группе выполнена у 4(12,5%) больных. Процент развития тромботических осложнений и ампутаций в первой группе значительно превосходит показатели хирургического лечения по нашей методике. Выводы: В ближайшем послеоперационном периоде открытая эндартерэктомия из ПБА позволяет получить положительный результат в 93,75% наблюдений, бедренно-подколенное шунтирование позволяет получить аналогичный результат в 81,2% наблюдений. В отдаленном послеоперационном периоде открытая эндартерэктомия позволяет сохранить 87,5% оперированных конечностей, при бедренно-подколенном шунтировании сохранено 78,8% конечностей. Сравнительный анализ отдаленных результатов свидетельствует о статистически достоверном преимуществе методики протяженной эндартерэктомии.

---

876. БОЛЬНИЦА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Бомбизо В.А. (2), Долгова И.В. (1), Комлева И.Б. (2)

Барнаул

1) Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, 2) КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи»

В качестве базы для исследования выбрана Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи (ККБСМП) в г. Барнауле. Плановая мощность больницы — 510 коек, основной профиль коечного фонда — хирургический. Отделения хирургического профиля: хирургическое отделение №1 – 75 коек, хирургическое отделение №2 – 75 коек, травматологическое отделение №1 (Краевой центр артрологии, эндопротезирования крупных суставов) – 60 коек, травматологическое отделение №2 (Краевой центр тяжелой сочетанной травмы) – 60 коек, травматологическое отделение №3 (Центр травмы кисти) – 35 коек, нейрохирургическое отделение (Краевой нейротравматологический центр) – 75 коек. Для характеристики объема работы больницы, ресурсной базы, качества медицинской помощи, применялись показатели, характеризующие использование коечного фонда: (среднегодовая занятость койки в году, средняя длительность одной госпитализации, оборот койки (функция больничной койки) и больничная летальность за период с 2000 года по 2014 год. В ходе обработки динамических рядов рассчитывались следующие характеристики: темп прироста (убыли), средний уровень ряда, среднее квадратическое отклонение. Так как, в исследовании анализировалась зависимость между временем (y) и динамикой показателей (x), что определило использование, из аналитических методов выравнивания динамических рядов, уравнения регрессии с коэффициентом аппроксимации. Полученные данные оценки работы ККБСМП показали динамическое увеличение госпитализированных больных с 14050 чел. до 21649 чел. (коэффициент достоверности аппроксимации ( $R^2$ ) = 0,6766), при среднегодовом темпе прироста (Тпр.) 3,1%, за исследуемый период, всего госпитализировано 566173 чел. Удельный вес, госпитализированных больных от числа доставленных и обратившихся за медицинской помощью в приёмное отделение, имел выраженную тенденцию к увеличению с 46,2% до 51,9% (Тпр. 0,8%,  $R^2$  = 0,7404). В общем объёме госпитализированных больных, с экстренной хирургической патологией составили 70,0%. Вышеназванную нозологическую группу объединяют общие факторы риска, связанные с тяжестью больных и угрозой для жизни, высоким уровнем послеоперационной летальности, а также общие возможности предупреждения и коррекции возникших нарушений. При этом в структуре экстренной хирургической патологии преобладают больные с острыми заболеваниями органов брюшной полости (68%). Увеличение числа госпитализированных больных, способствовало росту среднегодовой занятости койки с 328,2 дней в 2000 году до 341,8 дня в 2014 году (Тпр. 2,6%,  $R^2$  = 0,6387). Средняя длительность одной госпитализации за исследуемый период снизилась с 11,9 до 8,0 дней (Туб. 2,8%,  $R^2$  = 0,7769), а оборот койки увеличился с 27,4 до 41,6 (Тпр. 3,0%,  $R^2$  = 0,6642). Таким образом, увеличение среднегодовой занятости койки в сочетании с сокращением средней длительности пребывания больного на койке обусловило значительное увеличение оборота койки. Изучение больничной летальности в динамике показало, что в течение исследуемого периода показатель уменьшился с 3,1% в 2000 году до 1,9% в 2014 году (Туб. 3,4%,  $R^2$  = 0,7717) при этом максимальный уровень показателя установлен в 2004 году - 3,3%, а минимальный - в 2014 году, 1,9%. Средний уровень летальности составил  $2,8 \pm 0,4\%$ . С целью дальнейшего развития ККБСМП на современном этапе и в среднесрочной перспективе, приказом Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности от 30 декабря 2014 года №941 утверждена «Стратегия поэтапного развития краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи» на 2014-2016 годы». Стратегия развития определяет цель и задачи ККБСМП, увеличивая её роль как ведущего организационного и научно - методического центра по разработке стратегического и тактического планирования оказания скорой медицинской помощи больным хирургического профиля на этапе госпитализации.

---

877. АНАЛИЗ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА В УСЛОВИЯХ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Гецин Г.П., Иваненко А.С., Кузнецов Д.В., Сухов А.В., Дегтярев С.Б., Солощенко Г.П., Статов А.С.

Каменоломни, Октябрьский (с) район, Ростовская область

МБУЗ ЦРБ Октябрьского района

В ЦРБ Октябрьского района с 2010 года активно применяется лапароскопическая аппендэктомия. За прошедшие 5 лет в хирургическое отделение поступило по поводу подозрения на острый аппендицит 428 больных, из них с кишечной коликой были пролечены консервативно 123 больных, были прооперированы 305 больных, из них лапароскопически 128 (46,5%), открыто по Волковичу-Дьяконову прооперировано 147 пациентов. Из 30 больных при проведении диагностической лапароскопии были обнаружены: у 4 больных некроз жирового подвеса, у 3 - дивертикулы кишечника, у 2 больных карциноиды, у 4 больных прободные язвы, генитальная патология обнаружена у 17 человек. По мере приобретения опыта в проведении лапароскопической аппендэктомии число операций с течением времени увеличилось: в 2010г. выполнено 12 лапароскопических аппендэктомий, в 2011г. - 18 операций, в 2012г. - 25, в 2013г. - 33, в 2014г. - 40. С хроническим аппендицитом за 5 лет поступило 6 человек, все прооперированы лапароскопически, из них 3 операции были выполнены симультантно при выполнении лапароскопической холецистэктомии. Все лапароскопические аппендэктомии были выполнены из 3 доступов, с использованием двух 10-миллиметровых троакаров и одного 5-миллиметрового. Размещая их всегда в постоянных точках: в параумбиликальной области, в правой и левой подвздошных областях. Мобилизация и поэтапное пересечение брыжейки выполняли с использованием биполярной электродиатермокоагуляции. Основание червеобразного отростка перевязывалось 2 лигатурами. Осложнения после проведения открытой аппендэктомии возникли у 11 больных, из них нагноение послеоперационной раны у 7 больных после удаления гангренозно-перфоративного аппендицита. У 2 больных в виде межпетельного абсцесса, после выполнения лапаротомии получен благоприятный исход. Осложнения в послеоперационном периоде после лапароскопической аппендэктомии в виде межпетельных абсцессов возникли у 3 пациентов, которым в дальнейшем была выполнена лапаротомия с благоприятным исходом. У 2 больных в виде инфильтратов брюшной полости, которые пролечены консервативно с благоприятным исходом. Все больные оперированы по поводу гангренозно-перфоративного аппендицита с техническими сложностями. Летальных исходов не было. Интраоперационных осложнений не было. Показанием для проведения открытой аппендэктомии являлись множественные операции на передней брюшной стенке в анамнезе у больного. Средние сроки пребывания в стационаре больных при аппендэктомии 8,8 койко/дня. После лапароскопической аппендэктомии - 4,2 койко/дня. Выводы: Опыт применения эндовидеостойки для хирургического лечения острого аппендицита в условиях районной больницы доказывает значительные преимущества лапароскопической аппендэктомии перед традиционной: снижением количества послеоперационных осложнений, снижением риска летальных исходов, сокращением сроков пребывания в стационаре более чем в 2 раза. Так же нельзя не оценить косметический эффект, в том числе при выполнении симультанных оперативных вмешательств. Метод диагностической лапароскопии позволяет более детально дифференцировать различные заболевания.

---

878.Расширение возможностей оказания помощи пациентам с механической желтухой

Черкасов М.Г. (1), Смоляков Д.С. (1), Толстых Г.Н. (1), Полякевич А.С. (2), Добров С.Д. (1)

Новосибирск

1) Государственная Новосибирская областная клиническая больница, 2) Новосибирский государственный медицинский университет

Цель: показать результаты малоинвазивных технологий при заболеваниях гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненных механической желтухой. Пациенты и методы: Чрескожные вмешательства выполнили у

74 больных с механической желтухой. Причинами желтухи были следующие заболевания: опухоль Клацкина – у 20, опухоли периапулярной зоны – у 24, опухолевое поражение печени – у 8, альвеококкоз печени – у 12, постхолестатический синдром (ПХЭС) (холангиолитиаз, стриктура гепатикоеноанастомоза (ГЕА)) – у 8, кинкинг-синдром после трансплантации печени – у 2 пациентов. Результаты: чрескожные вмешательства удалось выполнить 71 больному, таким образом, возможность выполнения малоинвазивных вмешательств составила 95,9%. При злокачественных заболеваниях чрескожную чреспеченочную холангиостомию (ЧЧХС) выполняли как первый этап при опухолях Клацкина или опухолях периапулярной зоны у 37, а также как окончательный этап при нерезектабельных опухолевых поражениях печени – у 5 пациентов. При доброкачественных заболеваниях ЧЧХС первым этапом перед реконструктивными операциями при ПХЭС была выполнена у 6, перед резекцией или трансплантацией печени при альвеококкозе – у 12 больных. После трансплантаций печени ЧЧХС как способ устранения билиарных осложнений была осуществлена у 2 пациентов. После ЧЧХС наблюдались следующие осложнения: гемобилия – у 6, холангит – у 8, пневмоторакс – у 2 больных. Стентирование выполнили 7 пациентам: с опухолью головки поджелудочной железы – 2, с опухолью Клацкина – 2, с метастатическим поражением печени – 3. Ранних и поздних послеоперационных осложнений, связанных со стентированием желчных протоков не выявлено. Баллонная дилатация с литоэкстракцией были успешно выполнены у 2 больных при стриктуре ГЕА с холангиолитиазом, что позволило избежать открытого реконструктивного вмешательства. Выводы: 1) Чрескожные вмешательства способствовали уменьшению количества открытых вмешательств у пациентов с механической желтухой различной природы. 2) Предварительно выполняемые ЧЧХС позволили сократить число осложнений в послеоперационном периоде у больных с опухолью Клацкина и новообразованиями периапулярной зоны. 3) Данные технологии являются одним из эффективных методов ликвидации билиарных осложнений при трансплантации печени. 4) С появлением баллонной дилатации стало возможным устранять высокие рубцовые стриктуры желчных протоков, не прибегая к открытым реконструктивным вмешательствам.

---

879. Антибиотикопрофилактика при ликвидации превентивных кишечных стом: непосредственные результаты (проспективное рандомизированное исследование).

Ачкасов СИ, Сушков ОИ, Пилиев ДВ

Москва

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н.Рыжих» Министерства Здравоохранения РФ, Москва.

Актуальность. Небольшой объем хирургической травмы при ликвидации превентивной кишечной стомы, непродолжительное время операции и сохранность иммунного статуса пациентов, возможно позволило бы отказаться от рутинного применения антибиотикопрофилактики у ряда пациентов, что уменьшает вероятность развития побочных эффектов препаратов, в том числе антибиотикоассоциированной диареи, и снижает затраты на лечение. Цель. Оценка непосредственных результатов ликвидации превентивных кишечных стом с проведением антибиотикопрофилактики и без нее. Материалы и методы. С ноября 2013 по январь 2015 гг. в проспективное рандомизированное исследование включено 113 пациентов. Больным основной группы при ликвидации превентивной кишечной стомы антибиотикопрофилактика не проводилась (n=60). В контрольной группе пациентов проводилась предоперационная антибиотикопрофилактика амоксициллина клавуланатом в дозе 1,2 г внутривенно однократно за 30 минут до начала операции (n=53). У пациентов обеих групп перед операцией выполнялся иммуноферментный анализ (ИФА) на наличие токсинов А и В *Cl.difficile* в кишечном отделяемом, который повторялся при первом стуле после восстановительной операции. В основной группе было 35 (58,3%) пациентов с илео- и 25 (41,7%) больных с колостомами. В контрольной группе илео- и колостомы закрывались примерно с той же частотой - в 34 (64,2%) и 19 (35,8%) наблюдениях, соответственно (p>0,05). Статистически достоверных различий по полу, возрасту, ИМТ и срокам носительства стомы между группами также выявлено не было. Результаты. Длительность восстановительной операции в группах значимо не различалась - 87,3 ± 31,8 мин.

в основной и  $84,5 \pm 28,6$  мин. в группе контроля ( $p=0,54$ ). Частота развития послеоперационных осложнений в основной и контрольной группах статистически значимо не различались - 17 (28,3%) и 13 (24,5%) случаев, соответственно ( $p=0,68$ ). Из них, в группе контроля: у одного (1,9%) пациента развилась гематома послеоперационной раны в период госпитализации, что потребовало ее дренирования; зарегистрирован один случай (1,9%) выраженного пареза ЖКТ, сопровождавшийся длительно сохранявшейся рвотой и один (1,9%) - цистита, что потребовало назначения уросептиков. Диарея с частотой стула 5 и более раз в день возникла в 1 и 2-ой группе у 5 (8,3%) и 4 (7,6%) больных, соответственно ( $p=1,0$ ). Длительная лихорадка до фебрильных значений сопровождала послеоперационный период у 3 (5,0%) пациентов основной и у 2 (3,8%) больных контрольной группы ( $p=1,0$ ). Гнойно-септические осложнения со стороны послеоперационной раны возникли у 8 (13,3%) больных основной и у 4 (7,5%) пациентов группы контроля ( $p=0,37$ ). В одном (1,7%) наблюдении в основной группе нагноение послеоперационной раны диагностировано после выписки из стационара и потребовало повторной госпитализации. Послеоперационный койко-день между группами также не различался и составил  $8,3 \pm 4,0$  и  $8,7 \pm 3,2$  дней в 1-ой и во 2-ой группах, соответственно ( $p=0,64$ ). В обеих группах отмечена тенденция к увеличению частоты выявления токсинов А и В *Cl. difficile* в кишечном отделяемом после восстановительной операции. Так, в основной группе частота положительных результатов увеличилась на 5% (с 26,7 до 31,7%), а в контрольной на 1,9% (с 28,3 до 30,2%). При этом статистически значимых различий между группами не было ( $p=0,86$ ). Заключение. Отказ от проведения антибиотикопрофилактики не привел к достоверному увеличению частоты развития послеоперационных осложнений. Гнойно-септические осложнения со стороны послеоперационной раны отмечались несколько чаще в основной, чем в контрольной группе - в 13,3 % и 7,5 % наблюдениях, соответственно, однако, различия оказались статистически незначимы ( $p=0,37$ ). В обеих группах отмечена тенденция к увеличению частоты выявления токсинов А и В *Cl.difficile* после восстановительной операции по сравнению с исходным уровнем, однако, различия были недостоверны. Для выработки наиболее объективных критериев антибиотикопрофилактики необходимо дальнейшее накопление материала.

---

## 880. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кузнецов Д.В., Гецин Г.П., Иваненко А.С., Сухов А.В., Дегтярев С.Б., Солощенко Г.П., Статов А.С.

Каменоломни, Октябрьский (с) район, Ростовская область

МБУЗ ЦРБ Октябрьского района

Актуальность проблемы: диагностика и лечение острых заболеваний брюшной полости является актуальной проблемой до настоящего времени. В структуре острых заболеваний брюшной полости острый панкреатит занимает 3е место после острого аппендицита и острого холецистита. Материалы и методы: нами были проанализированы 1238 историй болезней больных с острым панкреатитом за период с 2010г по май 2015г находившихся на лечении в стационаре хирургического отделения МУЗ ЦРБ Октябрьского (с) района. Результаты и обсуждения: среди пролеченных больных средний возраст составил 42 года. Отношение женского пола к мужскому составило 3:1. Количество больных поступивших ранее 24 часов – 487 (39%) пациента, позже 24 часов 751(61%) пациента. Причинами острого панкреатита явилось: 1) наличие ЖКБ (62,9% случаев) - 780 больной ; 2) прием суррогатов и алкоголя (33,7% случаев) – 417 больных ; 3) другие причины (лекарственный, аллергический, травматический) (3,3% случаев) – 41 больной. Из общего числа больных срочное оперативное лечение проводилось 106 (8,54%) больным: всем без исключения больным выполнялось интенсивная консервативная терапия которая привела к клиническому и лабораторному улучшению, после проведения интенсивной терапии была определена дальнейшая тактика оперативного лечения. В группе оперированных больных тактика оперативного лечения сложилась следующим образом: 1) ЛХЭ с дренированием холедоха в 57 случаях (57% от числа оперированных) 2) лапаротомия, холецистостомия, дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства в 41 случаях (41 % от числа оперированных) 3) холецистэктомия открытым доступом в 8 случаях(8 % от числа оперированных). Из числа прооперированных больных релапаротомия проводилась 8 (8% от общего числа оперированных) пациентам, кровотечение в 2 случаях, перитонит 4 случая, гнойные очаги брюшной полости в 2 случаях.

Число умерших в исследуемой группе больных составило 14 пациентов. Причиной смерти во всех 14 случаях явилось наличие тотального панкреонекроза. Интересно отметить, что из 41 больных с деструктивными формами панкреатита у 34 этиологическим фактором являлось злоупотребление алкоголем. Выводы: Ранняя диагностика и определение тактики лечения играют огромную роль в прогнозе и исходе заболевания. Для скорейшей постановки диагноза необходимо широко использовать комплексные методы исследования поджелудочной железы, в том числе различные виды томографии. Профилактика злоупотребления алкоголем может снизить заболеваемость наиболее тяжелыми - деструктивными формами панкреатита.

---

#### 881.РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Путинцев А.М., Павлюк В.Д., Лишов Е.В., Криковцов А.С., Сергеев В.Н., Луценко В.А., Гайворонская А.Н.

Кемерово

ГБОУ ВПО КемГМА Минздрава России Кемеровская областная клиническая больница, г. Кемерово

Несмотря на разработку в 50-х годах прошлого столетия всех вариантов реконструктивных операций на сосудах, в хирургии острого нарушения мезентериального кровообращения восстановительные операции используются редко, а летальность остается крайне высокой. Цель работы: изучить результаты лечения больных с острым нарушением мезентериального кровообращения и наметить пути улучшения. Материалы и методы: Анализировано 735 стационарных карт больных, находившихся на лечении в хирургических отделениях Кузбасса в период с 2005 по 2014 года. Результаты: Из 735 пациентов удалось выписать из стационара 116 (15,7%) больных. У 18 (2,4%) выполнены различные виды реконструктивных операций на верхней брыжеечной артерии. У 98 (13,3%) – резекции кишечника. Все больные поступали в неотложном порядке с направительным диагнозом: перитонит, острый панкреатит, острая кишечная непроходимость, острое желудочно-кишечное кровотечение, острый аппендицит, и только в 5-ти случаях (0,6%) в направительном диагнозе указывалось на возможный тромбоз верхней брыжеечной артерии. 14 пациентов поступили в терапевтическое отделение с подозрением на абдоминальную форму инфаркта миокарда. В первые 6 часов с момента поступления диагностическая лапароскопия выполнена у 150 больных (20,4%), лапаротомия – 79 (10,7%). Обращение больных по срокам: до 24 часов – 216 (29,3%), из них до 6 часов – только 75 (10,2%). У 350 (47,6%) больных отмечается клинический синдром хронической абдоминальной ишемии. Ведущим методом диагностики являлась лапароскопия. Ангиография выполнена у единичных больных и не является ведущим методом в диагностике острого нарушения мезентериального кровообращения. Выводы: 1. Учитывая крайне высокую летальность и количество больных с острым нарушением мезентериального кровообращения, проблема является одной из ведущих в группе больных с экстренной хирургической патологией. 2. Своевременное выявление и лечение хронической ишемии кишечника профилактирует острое нарушение мезентериального кровообращения. 3. Быстрая диагностика в стационаре с лапароскопическим уточнением диагноза и своевременное обращение больных позволит улучшить результаты лечения данной патологии.

---

#### 882.КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ IgG К HELICOBACTER PYLORI У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Яшнов А.А., Лобанов С.Л., Ханина Ю.С.

Чита

ГБОУ ВПО ЧГМА

IgG составляет 70-75 % всей фракции иммуноглобулинов сыворотки здорового человека, наиболее активен во вторичном иммунном ответе и антитоксическом иммунитете. Таким образом, целью исследования является определение количественной характеристики IgG к НР у больных, страдающих желчнокаменной болезнью (ЖКБ). Клиническую группу составили женщины (n=105) в возрасте от 30 до 50 лет, страдающие различными вариантами течения ЖКБ. Контрольную группу представили 35 женщин в возрасте от 30 до 50 лет, не страдающие ЖКБ и у которых при фибро-гастро-дуоденоскопии обнаружены признаки хронического гастрита не ассоциированного с НР. Результаты и обсуждение. До оперативного вмешательства уровень IgG к *H. Pylori* у пациентов с ЖКБ, острым калькулезным холециститом составил  $137,71 \pm 1,06$  Е/мл; у пациентов с ЖКБ, хроническим калькулезным холециститом в стадии обострения  $92 \pm 1,04$  Е/мл, у пациентов с ЖКБ хроническим калькулезным холециститом в стадии ремиссии  $70,29 \pm 0,90$  Е/мл. В контрольной группе  $22,28 \pm 1,04$ . На 5 сутки после оперативного вмешательства статистически значимого изменения показателей IgG антител к *H. Pylori* не наблюдалось. На 10 сутки после оперативного вмешательства IgG к *H. Pylori* у пациентов с ЖКБ острым калькулезным холециститом составил  $65,14 \pm 0,95$  Е/мл; у пациентов с ЖКБ хроническим калькулезным холециститом в стадии обострения  $56,57 \pm 0,93$  Е/мл, у пациентов с ЖКБ хроническим калькулезным холециститом в стадии ремиссии  $51,43 \pm 0,91$  Е/мл. Выводы: Полученные данные подтверждают, что с достоверностью  $p \leq 0,05$  происходит снижение концентрации IgG к *Helicobacter pylori* у больных, страдающих различными вариантами течения желчнокаменной болезни на 10 сутки после холецистэктомии. В среднем у больных, страдающих ЖКБ с острым калькулезным холециститом происходит снижение концентрации IgG к *Helicobacter pylori* в 0,5 раза (52,7%;  $p \leq 0,05$ ). У больных, страдающих ЖКБ с хроническим калькулезным холециститом в стадию ремиссии наблюдается снижение концентрации IgG к *Helicobacter pylori* в 0,2 раза (26,8%;  $p \leq 0,05$ ). У больных, страдающих ЖКБ с хроническим калькулезным холециститом в стадию обострения происходит снижение концентрации IgG к *Helicobacter pylori* в 0,3 раза (38,5%;  $p \leq 0,05$ ). С достоверностью  $p \leq 0,05$  отмечается увеличение концентрации IgG к *Helicobacter pylori* у больных, страдающих различными вариантами течения желчнокаменной болезни до оперативного вмешательства по сравнению с контрольной группой. В среднем у больных, страдающих ЖКБ с острым калькулезным холециститом наблюдаются повышенные показатели концентрации IgG к *Helicobacter pylori* в 3 раза (386,9%;  $p \leq 0,05$ ) в сравнении с контрольной группы. У больных, страдающих ЖКБ с хроническим калькулезным холециститом в стадию ремиссии определяются повышенные показатели концентрации IgG к *Helicobacter pylori* в 1,5 раза (148,5%;  $p \leq 0,05$ ) в сравнении с контрольной группы. У больных, страдающих ЖКБ с хроническим калькулезным холециститом в стадию обострения наблюдаются повышенные показатели концентрации IgG к *Helicobacter pylori* в 2 раза (225,3%;  $p \leq 0,05$ ) в сравнении с контрольной группы. Опираясь на полученные данные можно говорить о том, что при желчнокаменной болезни имеет место увеличение концентрации IgG к *Helicobacter pylori*. На десятые сутки после холецистэктомии происходит снижение концентрации IgG к *Helicobacter pylori*, что говорит об обсемененности желчного пузыря *Helicobacter pylori*.

---

#### 883. ПОКАЗАНИЯ К ДУОДЕНОСТОМИИ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО Бильрот-II

Ивачев А.С.

Пенза

Институт усовершенствования врачей,

Несмотря на успехи в медикаментозной терапии больных с язвами желудка и ДПК, количество осложнений, требующих оперативного вмешательства, остается высоким. Одним из тяжелых осложнений язвенной болезни остается кровотечение, которое не всегда удается остановить консервативным способом. В случаях



показаний к оперативному вмешательству у ряда больных операцией выбора может быть только резекция желудка, при которой одной из задач является ушивание дуоденальной культи. Однако надежно ушить культю duodeni удается не всегда. Одним из способов профилактики дуоденальной культи является образование дуоденостомы. Цель исследования – показать эффективность дуоденостомы при «трудной» дуоденальной культи. Материал и методы. В течение последних 8 лет 15 больным, оперированным по поводу продолженного или рецидивирующего ulcerозного дуоденального кровотечения, операция была закончена формированием дуоденостомы. Всем больным объем резекции был в пределах  $\frac{2}{3}$ - $\frac{3}{4}$  с наложением позадибодочного изоперистальтического поперечного ГЭА на короткой петле. Принимая во внимание тот факт, что у этих больных язва локализовалась в ДПК на задней стенке с пенетрацией в окружающие ткани и органы, ушивание просвета ДПК представляло определенные трудности. Близость холедоха, большого дуоденального сосочка, головки поджелудочной железы не позволяли выполнить необходимую мобилизацию стенки ДПК и делало этот этап операции трудно выполнимым. Как правило, ушивание культи заключалось в сшивании передней и задней стенки ДПК, причем у части больных задняя стенка представлена была только слизистой оболочкой. В этих случаях формировали дуоденостому «на протяжении». Duodeni мобилизовали по Кохеру-Клермону. Наиболее часто зоной дуоденостомы была нисходящая часть кишки. Через отверстие диаметром 2 мм (выполняли коагулятором) в каудальном направлении вводили подключичный катетер на глубину 3-4 см, который фиксировали к стенке кишки при помощи прошивания. Место прокола перитонизировали кисетным швом. Над катетером по принципу Витцеля создавали туннель, который после удаления катетера выполнял функцию клапана. В 2-х случаях дуоденостома сформирована через швы дуоденостомы. Показаниями к формированию дуоденостомы были следующие: 1 – отечность задней стенки культи до 0,8 см; 2 – истончение слизистой оболочки культи до 0,2 см; 3 – невозможность наложить второй ряд швов; 4 – отек головки pancreas; 4 – прорезывание швов первого и второго рядов культи; 5 – ригидность «свободной» стенки культи ДПК; 6 – сомнения оперирующего хирурга в состоятельности швов дуоденальной культи. Результаты. Количество отделяемого по дуоденостоме в первые 2-3 суток было минимальным – от 10 до 50 мл. Позже количество отделяемого увеличивалось и максимально достигало 300 мл. Через 1,5 недели это количество начинало уменьшаться до нескольких миллилитров, что позволяло дренаж «закрывать». Показанием к удалению катетера были: отсутствие выделения по катетеру, срок нахождения катетера в брюшной полости не менее 2-х недель для формирования канала в сочетании с приемом пищи и отсутствием признаков катастрофы в брюшной полости. В 13-ти наблюдениях, где катетер был установлен через стенку кишки, осложнений не было. В 2-х случаях при дренировании кишки непосредственно через культю, после извлечения дренажей образовались наружные дуоденальные свищи, которые закрылись самостоятельно через 3-4 недели. В обоих случаях показаниями к формированию дуоденостомы были утолщение стенки культи до 0,8-1,0 см. Заключение. Дуоденостома является эффективным способом профилактики несостоятельности швов культи ДПК. Наиболее благоприятным местом формирования дуоденостомы является стенка нисходящей части ДПК. При формировании дуоденостомы через швы необходимо надежное отгораживание зоны дуоденальной культи от свободной брюшной полости. Формирование дуоденостомы необходимо проводить не только при абсолютных показаниях, но и при сомнениях, которые возникают в процессе хирургического вмешательства.

---

884. Колостомия как неотъемлемый этап операции при опухолевой кишечной непроходимости

Ивачев А.С. (1,2), Ивачева Н.А. (1), Ильясов Р.Р. (2), Керимова С.Т.(1), Агаев Ш.Н. (2)

Пенза

Институт усовершенствования врачей (1), ГБУЗ ГКБ СМП им. Г.А.Захарьина (2)

За период 2004-2014 гг. в ГБУЗ ГКБ СМП им. Г.А.Захарьина г. Пензы оперировано 318 больных диагнозом рак толстой кишки, осложненный острой кишечной непроходимостью. Локализация опухоли была различной: сигма – 156 больных (49,05%), слепая кишка – 33 (10,38%), селезеночный изгиб – 30 (9,43%), поперечно-ободочная, восходящая и нисходящая кишки по 24 больных (7,55%), печеночный изгиб – 15

(4,72%), прямая кишка – 12 (3,77%). Мужчин было 175 больных (55%), женщин – 143 (45%). Средний возраст составил 68,34 года. Старше 70 лет было 162 пациента (50,91%), моложе 50 лет было 18 больных (5,66%). Все 318 больных госпитализированы в хирургическое отделение с различными направительными диагнозами, причем в некоторых звучали одновременно два или 3 диагноза. Более чем в половине случаев (54,8%) выставлен диагноз «острая кишечная непроходимость»; в 9,6% – «острый холецистит»; в 8,65% диагнозы «острый панкреатит» и «перитонит»; в 3,84% – «острый аппендицит»; в 2,88% – самообращение, по 1,92% диагнозы «перекрут жировой подвески», «инфильтрат брюшной полости», «цистома яичника», «острый гастроэнтерит»; по 0,96% диагнозы «острый живот», «мезентериальный тромбоз», «желудочно-кишечное кровотечение», «рак толстой кишки». Объем выполненных операций был различный. Резекция кишки с удалением опухоли сделано у 248 больных (77,98%), декомпрессионная кишечная стома как паллиативная операция – у 60 больных (18,88%), обходной анастомоз – в 10 наблюдениях (3,14%). Таким образом, у 70 больных при нерезектабельности и запущенности процесса, опухоль не удалена. Среди больных (248) с резецированным кишечником у 66 (26,61%) операция закончена наложением анастомоза. У остальных 182 пациентов (73,39%) операция закончена формированием кишечной стомы. Показаниями к формированию кишечной стомы были: 1) наличие каловых масс; 2) отсутствие перистальтики приводящей петли; 3) растяжение приводящей петли в 3 раза (тонкой кишки), в 2 раза – ободочной; 4) каловый или гнойный перитонит с образованием фибрина на кишечной стенке; 5) нестабильность гемодинамики во время операции и необходимость сокращения длительности операции; 6) длительность операции более 2 часов; 7) дооперационная анемия (Hb менее 80 г/л); 8) кровопотеря на этапе мобилизации кишки более 1,0 литра; 9) возраст пациента старше 80 лет; 10) трудности в наложении первичного кишечного анастомоза при субтотальных резекциях. Среди 182 больных с кишечными стомами интраабдоминальных осложнений не было.

---

#### 885. Диагностика опухолевой толстокишечной непроходимости

Ивачев А.С.(1,2), Ивачева Н.А. (1), Ильясов Р.Р. (2), Керимова С.Т.(1), Агаев Ш.Н.(2)

Пенза

Институт усовершенствования врачей (1), ГБУЗ ГКБ СМП им. Г.А.Захарьина (2)

За последние 10 лет в центральной городской больнице г. Пензы были обследованы и оперированы 318 больных острой кишечной непроходимостью, причиной которой был рак толстой кишки. Мужчин было больше (155 или 55%), чем женщин (143 или 45%). Средний возраст – 68,34 года. Длительность заболевания была различной: до суток 50 больных (15,7%), свыше суток – 91 (28,6%), через 3 суток – 109 (34,3%), через неделю – 68 (21,4%). Особенность клинического проявления были следующими: схваткообразная боль в животе – 293 больных (92,1%), вздутие живота – 295 (92,8)%, усиление кишечных шумов на высоте боли – 184 (57,9%), отсутствие кишечных шумов – 67 (21,1%), шум «плеска» – 104 (32,7%), неукротимая рвота – 193 (60,7%), отсутствие дефекации – 279 (87,7%). Рентгенологически изучали пассаж контрастного вещества по желудочно-кишечному тракту: до 6 часов – 133 наблюдения (41,82%), до 12 часов – 95 (29,88%), до 18 – 28 (8,8%), до 24 – 28 (8,8%), до 3 суток 24 (7,55%), свыше 3 суток – 10 (3,15%). Чаши Клойбера были диагностированы у 162 пациентов (50,9%). Наиболее часто паралич кишечника встречался при длительном заболевании, что проявлялось в виде характерных рентгенологических симптомов. В этих случаях обследование было менее продолжительным. В ситуациях, когда клинические проявления были сомнительными и сохранялась моторная функция кишечника, рентгенологическое исследование продолжалось более суток. Время исследования пассажа в определенной степени определяло длительность предоперационного периода. Наиболее часто предоперационный период составлял 6 часов (185 больных или 58,18%), более 12 часов отмечен у 40 больных (12,58%). Свыше суток обследование проведено у 53 пациентов (16,66%). В 40 наблюдениях (12,58%) операция выполнена через 72 часа. Можно отметить следующее, что наиболее глубокие деструктивные процессы приводили к наиболее ярким клиническим проявлениям и характерным рентгенологическим симптомам, что позволяло в более короткий промежуток времени определить показания к экстренной операции.

886.Выбор объема хирургического вмешательства при язвенном гастродуоденальном кровотечении

Ивачев А.С.(1,2), Ильясов Р.Р. (2), Ивачева Н.А. (1)

Пенза

Институт усовершенствования врачей (1),ГБУЗ ГКБ СМП им. Г.А.Захарьина (2)

Введение. Успехи в медикаментозной терапии у больных с язвой гастродуоденальной локализации привели к ситуации, когда количество плановых операций по поводу язвенной болезни сократилось в десятки раз, а количество осложненных форм, требующих экстренной хирургической коррекции, увеличилось, причем, характер осложнений стал наиболее тяжелым, из-за чего выполнение хирургического вмешательства требует от хирурга большого опыта и высокого мастерства. Цель – изучить эффективность хирургического лечения больных язвенным гастродуоденальным кровотечением. Материал и методы. За период 2004-2014 гг. в ГБУЗ ГКБ СМП им. Г.А.Захарьина в хирургический стационар госпитализировано 1110 больных, из которых 117 (10,5%) оперировано. Мужчин было в 2 раза больше женщин – 783 (70,5%) и 327 (29,5%) соответственно. Локализация язв была различной: желудка – 400 наблюдений (36%), ДПК – 670 (60,4%), желудочно-дуоденальная – 30 (2,7%) и язва гастроэнтероанастомоза – 10 (0,9%). Наибольшее количество больных было работоспособного возраста – 702 (63,2%), до 20 лет – 22 (2%), старше 60 – 386 (34,8%). Угроза кровотечения по Forrest была определена у 1060 больных (95,5%), а у 40 пациентов эндоскопически степень угрозы не акцентирована. Угроза FIA – 5 (0,5%), FIB – 30 (2,8%), FIIA – 155 (14,6%), FIIB – 841 (79,3%), FIIC – 29 (2,8%). Из 117 больных, которым выполнено оперативное вмешательство, наиболее частым показанием к операции был рецидив кровотечения в стационаре – 72 наблюдений (61,5% или 6,5% от общего количества больных с кровотечением); 27 больных оперированы при не остановившемся кровотечении (23,1% или 2,4% от общего количества); 7 пациентов оперированы с превентивной целью (6% или 0,6%); у 8 отмечено сочетание остановившегося кровотечения и стеноза, что потребовало оперативной коррекции (6,8% или 0,7% от общего числа); у 3 больных (2,6% или 0,2% от общего числа) показанием к операции послужило подозрение на малигнизацию язвы. Таким образом, отсутствие или неустойчивость гемостаза, как показание к операции, было у абсолютного числа оперированных больных – у 99 из 117, что составило 84,6%. В 84 наблюдениях (71,8%) язва имела одно осложнение – кровотечение. В 17 (14,5%) случаях кровоточащая язва сочеталась с пенетрацией в поджелудочную железу, желчный пузырь, малый сальник. У 7 пациентов (5,9%) кроме кровотечения выявлен стеноз различной степени. По 3 случая обнаружены сочетания: кровотечение + пенетрация + стеноз; кровотечение + пенетрация + перфорация; кровотечение + пенетрация + забрюшинная флегмона. Объем оперативного вмешательства был различным: резекция 2/3 части желудка – 64 наблюдений (54,7%), резекция 3/4 желудка – 7 (5,9%), резекция 1/2 желудка – 3 (2,6%). Таким образом, резекция желудка сделана у 74 больных (63,3%). Прошивание кровоточащего сосуда – в 30 случаев (25,6%), иссечение кровоточащей язвы – 13 пациента (11,1%). В 3 случаях после ушивания (2 наблюдения) и иссечения язвы (одно наблюдение) отмечено рецидив кровотечения, что явилось показанием к повторной операции в объеме резекции желудка. Из 74 больных, которым выполнена резекция желудка, наиболее часто (44 или 59,5%) был сформирован позадибодочный изоперистальтический поперечный гастроэнтероанастомоз на короткой петле. Модификация Гофмейстера-Финстерера сделана у 25 пациентов (33,8%). В 3 случаях (4%) операция закончена формированием гастродуоденоанастомоза по Б-I. У двоих больных (2,7%) выполнена резекция по Ру. Показанием к этому способу анастомозирования были: инфильтрация начального отдела тощей кишки при забрюшинной флегмоне и короткая брыжейка начального отдела тощей кишки, что могло привести к натяжению линии анастомоза при формировании по Б-II. Результаты. Несостоятельность швов гастроэнтероанастомоза наблюдали в 2 случаях с одним летальным исходом. У одного больного после резекции 3/4 части желудка после операции образовался эрозивно-язвенный гастрит, что дважды послужило причиной вынужденной релапаротомии с летальным исходом. В 4 наблюдениях при выполнении резекции желудка на фоне Hb крови менее 30 г/л послеоперационный период проходил без осложнений.

887. Обоснования к программированной релапаротомии при перитоните

Ивачев А.С.(1,2), Ильясов Р.Р. (2), Ивачева Н.А. (1)

Пенза

Институт усовершенствования врачей (1), ГБУЗ ГКБ СМП им. Г.А.Захарьина (2)

Введение. Результаты лечения больных разлитым перитонитом, несмотря на разнообразие современной медикаментозной терапии и совершенствование хирургических методов, не могут считаться удовлетворительными. Одним из аспектов в лечении этой категории больных является разработка показаний к программированной релапаротомии, которая в настоящее время является одним из важных этапов хирургического лечения. Материал и методы. Показания к программированной релапаротомии были определены у 88 больных разлитым гнойным перитонитом. Эти наблюдения позволили выявить в некоторых случаях запоздалость повторного оперативного вмешательства, в некоторых – его неизбежность, а у ряда больных – необоснованность релапаротомии. Определены следующие показания к программированным релапаротомиям при перитоните: 1 – длительность перитонита свыше 24 часов + терминальная фаза с компонентами неклостридиальной анаэробной инфекции; 2 – разлитой перитонит с признаками анаэробной неклостридиальной инфекции + наличие гноя свыше 1 л + наложение фибрина на  $\frac{1}{4}$  длины кишечника + парез желудочно-кишечного тракта; 3 – более 2-х сформированных межорганных гнойников на фоне разлитого перитонита; 4 – неуверенность хирурга в окончательной санации брюшной полости; 5 – неустранимый источник перитонита. Обоснования к показаниям были следующими. Первое показание преследовало две цели: лечебная – повторное промывание брюшной полости, удаление оставленных некротических масс; контрольная – повторный осмотр трудно доступных для санации зон брюшной полости. Второе показание представлено сочетанием различных состояний, которые каждый в отдельности с успехом решались во время первой лапаротомии. Но сочетание перечисленных компонентов представляли угрозу продолжения перитонеального процесса. Третье показание свидетельствовало о склонности брюшной полости больного к образованию внутрибрюшных абсцессов. Повторные ревизии позволили отметить склонность висцеральной и париетальной брюшины в зонах абсцедирования к быстрому слипчивому процессу с образованием полостей, содержащих мутную серозную жидкость, требовавшие дополнительной санации. Четвёртое показание зависело от опыта оперирующего хирурга и принципов, которых придерживается клиника. Это субъективное отношение каждого хирурга к воспалительному процессу брюшной полости. Данное показание имело место в тех ситуациях, когда у хирурга оставались сомнения в стихании перитонеального процесса: выраженный неприятный запах при относительно небольшом количестве выпота и фибринозного налёта, или явная недостаточность кишечника, проявляющаяся чрезмерным расширением просвета кишки (до 7–9 см), дряблой и отёчной кишечной стенкой при умеренном фибринозном налёте. Данное показание позволяло оперирующему хирургу в некоторых нестандартных случаях перестраховаться и проверить через 24 часа состояние брюшной полости. Пятое показание обусловлено техническими трудностями удаления источника перитонита во время первичной операции. Оптимальный выбор сроков программированной релапаротомии изучали через 12, 24 и 48 часов. За 12 часов гнойник не успевал четко сформироваться и не определялось место пристального внимания во время операции. При релапаротомиях через 48 часов находили уже сформированные гнойники, которые усиливали эндогенную интоксикацию. Промежуток в 24 часа являлся оптимальным интервалом, когда уже определялось место формирования гнойника, но явления эндотоксикоза были минимальными. Выводы. Показания к программированной релапаротомии при гнойном перитоните чаще всего определяются глубиной и распространенностью деструктивного процесса и угнетением моторно-эвакуаторной функции кишечного тракта. Оптимальным сроком выполнения повторного вмешательства необходимо считать 24 часа.

888. Характер гастродуоденального язвенного процесса, осложненного кровотечением

Ивачёв А.С.(1,2), Ильясов Р.Р.(2), Ивачева Н.А.(1), Скоморин А.А.(2)

Пенза

Институт усовершенствования врачей (1), ГБУЗ ГKB СМП им. Г.А.Захарьина (2)

Введение. Количество больных, поступающих в хирургический стационар с различными осложненными гастродуоденальными язвами, не уменьшается. Характер осложнений становится более тяжелым, а частота запущенности больных увеличивается. Цель. Анализировать характер язвенного процесса слизистой желудка и ДПК у больных с кровотечением. Материал и методы. За период 2004-2014 гг. в ГБУЗ ГKB СМП им. Г.А.Захарьина в хирургическое отделение поступило 1110 больных, из которых 117 (10,5%) оперировано. Мужчин было в 2 раза больше женщин – 783 (70,5%) и 327 (29,5%) соответственно. Локализация язв была различной: желудка – 400 наблюдений (36%), ДПК – 670 (60,4%), желудочно-дуоденальная – 30 (2,7%) и язва гастроэнтероанастомоза – 10 (0,9%). Наибольшее количество больных было работоспособного возраста – 702 (63,2%), до 20 лет – 22 (2%), старше 60 – 386 (34,8%). Угроза кровотечения по Fogrest была определена у 1060 больных (95,5%), а у 40 пациентов эндоскопически степень угрозы не акцентирована. Угроза FIA – 5 (0,5%), FIB – 30 (2,8%), FIIA – 155 (14,6%), FIIB – 841 (79,3%), FIC – 29 (2,8%). Из 117 больных, которым выполнено оперативное вмешательство, наиболее частым показанием к операции был рецидив кровотечения в стационаре – 72 наблюдений (61,5% или 6,5% от общего количества больных с кровотечением); 27 больных оперированы при не остановившемся кровотечении (23,1% или 2,4% от общего количества); 7 пациентов оперированы с превентивной целью (6% или 0,6%); у 8 отмечено сочетание остановившегося кровотечения и стеноза, что потребовало оперативной коррекции (6,8% или 0,7% от общего числа); у 3 больных (2,6% или 0,2% от общего числа) показанием к операции послужило подозрение на малигнизацию язвы. Таким образом, отсутствие или неустойчивость гемостаза, как показание к операции, было у абсолютного числа оперированных больных – у 99 из 117, что составило 84,6%. Оценка степени тяжести кровотечения у больных по объективным показателям не имело простого решения и чаще данную характеристику определяли по субъективным данным. Наиболее доступными и распространенными показателями оказались Hb, САД и PS. Легкая степень кровопотери (Hb>90 г/л) отмечена у 38 больных (32,5%), средней тяжести (Hb=70-90 г/л) – у 40 (34,2%), тяжелая степень (Hb<100 мм рт ст) у 85 больных (72,6%), средняя степень (САД от 90 до 100 мм рт ст) – 12 (10,3%), тяжелая (САД

---

## 1292. РЕАЛИЗАЦИЯ АРГОНО-ПЛАЗМЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

ДЕГОВЦОВ Е.Н., ВОЗЛЮБЛЕННЫЙ С.И., ПРОХОРЕНКО А.В., ФЕДОРОВ А.О.

ОМСК

ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет», кафедра госпитальной хирургии БУЗОО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1», эндоскопическое отделение

Актуальность. Проблема язвенных гастродуоденальных кровотечений (ГДК) в настоящее время является одной из наиболее актуальных в ургентной хирургии. В России язвенной болезнью страдает примерно 1,5% населения, а в структуре осложненных форм язвенной болезни желудочно-кишечные кровотечения составляют 42-47%. Совершенствование методов эндоскопического гемостаза внесло значительный вклад в лечение язвенных ГДК. В настоящее время эндоскопический гемостаз все чаще упоминается в литературе как метод, альтернативный хирургическому лечению язвенных ГДК. Для остановки язвенных ГДК в настоящее время используют различные эндоскопические методы: инъекции адреналина и спирта по периметру язвы, диатермокоагуляцию, клипирование кровоточащего сосуда, аргонно-плазменную

коагуляцию (АПК). Цель исследования. Изучить возможность и эффективность применения АПК для эндоскопического гемостаза у пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями. Материалы и методы исследования. Нами исследованы 164 наблюдения гемостаза с применением АПК у пациентов поступивших в БУЗОО ГК БСМП №1, которым была назначена ЭГДС по неотложным показаниям. Проанализирована 81 история болезни. Среди пациентов наблюдалось 26 женщин (32%), 55 мужчин, что составило 68%. Средний возраст пациентов - 52,3±3,4 года. В возрасте от 40 до 80 лет наблюдалось 57 пациентов (70,4%). По локализации источника кровотечения пациенты распределились следующим образом: язвенная болезнь – 71 пациент (87,6%), пептические язвы анастомоза и культы желудка – 6 пациентов (7,4%), у 4 пациентов - аденокарцинома желудка (4,9%). По степени активности кровотечения (согласно общепринятой классификации, предложенной J.A.Forrest) пациенты распределились: F IA – 8; F IB – 32; F IIA – 30; F IIB – 6; F IIC - 5 наблюдений. Преобладающими типами кровотечения, при которых применялась АПК были Forrest IB и IIA – 62 пациента, что составило 76,5%. Превентивное применение АПК применялось при высоком риске кровотечения (F IIA) – 30 наблюдений, 22 – при первичном осмотре, а у 8 пациентов в отсроченном порядке, на следующий день. При проведении АПК при поступлении рецидивирующее язвенное кровотечение возникло у 8 пациентов. При кровотечениях типа F I АПК применялась в 38 наблюдениях: при первичном осмотре как единственный метод гемостаза - 13; в составе смешанного гемостаза (инъекционный метод + АПК) - 9; у 10 пациентов АПК проводилась на следующий день после первичного гемостаза из-за высокого риска рецидива кровотечения. Эндоскопический гемостаз с использованием АПК успешно применялся, начиная с первых суток, до 3-4 раз при возникающих рецидивах. Результаты исследования. Всего АПК выполнена у 81 пациента. 65 пациентов выписано без хирургического лечения, что составило 80,3%. Из 81 пациента 8 (10%) прооперированы, из них 6 – из-за недостаточности гемостаза, а 2 ввиду высокого риска кровотечения. Летальные исходы наблюдались у 8 пациентов, что составило 10%. Причинами смерти явились: острое нарушение мозгового кровообращения, острый инфаркт миокарда, септическое состояние, ДВС-синдром. После хирургического лечения умер один пациент с острым инфарктом миокарда (после системного тромболитика). Выводы: 1. Эндоскопический гемостаз, является альтернативой хирургическому методу лечения больных с ЖКК. 2. При соблюдении показаний весьма надежен, а если в наличии имеется современное эндоскопическое оборудование, то круг показаний к эндоскопическому гемостазу может быть значительно расширен. 3. В тех случаях, когда избежать хирургического лечения не удастся, эндоскопический гемостаз позволяет выиграть время, отсрочить операцию, тем самым дать возможность подготовить пациента к радикальному вмешательству. 4. Метод АПК позволяет в подавляющем большинстве случаев добиваться окончательной остановки кровотечения и существенно снизить риск рецидивов ЖКК. 5. Мы считаем, что неудачи в применении АПК напрямую коррелируют с опытом эндоскописта, а также с локализацией источника и с диаметром кровоточащего сосуда. 6. Если диаметр сосуда больше 2 мм, АПК может рассматриваться только как временный гемостаз, дающий возможность подготовить больного к хирургическому вмешательству. Таким образом, применяемый в нашей клинике способ аргоноплазменной коагуляции при гастродуоденальных кровотечениях высокоэффективен, имеет малое количество осложнений и является методом выбора при данной патологии.

---

1293. Пути повышения эффективности лапароскопической холецистэктомии у пациентов с запущенным деструктивным холециститом

А.М.Абдулжалиев, М.Р.Иманалиев, М.К.Абдулжалилов, М.Г.Саидов, Ш.М.Саиддибиров

Махачкала

ГБУ «РБМ№2-ЦСЭМП», клиника хирургии ФПК и ППС ГБУ ВПО «ДГМА»

Актуальность. Известно, что лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) сегодня считается «золотым» стандартом хирургического лечения заболеваний желчного пузыря (А.И.Шевела с соавт., 2012; Т.Р.Файзулин с соавт., 2012; Е.Махе, 1992). Вместе с тем, по данным некоторых авторов (Ф.А.Акилов с соавт., 2014; Ю.Г.Алиев с соавт., 2014; Э.Х.Байчоров с соавт., 2014; Е.А.Баулина с соавт., 2014), при деструктивном

холецистите хирург встречается с большими техническими трудностями при удалении желчного пузыря, т.к. воспалительно измененная стенка желчного пузыря трудно захватывается эндозажимом для тракции, последний постоянно отходит от стенки желчного пузыря, а пузырь «сваливается» на область оперативного воздействия. А каждый последующий захват вызывает повреждение стенки желчного пузыря, которое сопровождается вытеканием инфицированного содержимого и выпадением конкрементов в брюшную полость, что способствует увеличению продолжительности оперативного вмешательства и наркоза, что не безразлично для пациентов, особенно пожилого и старческого возраста. Технические трудности, возникающие во время операции, повышает утомляемость хирургической бригады, вызывает повреждение и ускоряет изношенность дорогостоящего эндоскопического инструмента, способствует росту показателя конверсии, снижает экономическую эффективность ЛХЭ у данной категории пациентов (О.В.Галимов с соавт., 2012; В.Р.Тутолмин с соавт.,2014), В.П.Сажин с соавт.,2014). De Santiban E. et.al. (2006) и Rao P.P. et.al. (2011) отмечают, что адекватная тракция желчного пузыря и его регулируемая ротация в ходе операции, затруднительная при деструкции стенки желчного пузыря, являются главными факторами профилактики ятрогенных повреждений трубчатых структур. Материал и методы. В работе представлен анализ результатов использования проточного санационного экспресс - лаважа (ПСЭЛ) просвета желчного пузыря и способ фиксации и тракции дна желчного пузыря при ЛХЭ у 17 пациентов с деструктивным холециститом с выраженными патологическими изменениями стенки желчного пузыря. Для ПСЭЛ просвета желчного пузыря нами разработано устройство, состоящее из толстой пункционной иглы, внутри которой проходит более тонкая игла. К наружному концу толстой иглы подключали аспиратор, а тонкой – сосуд с антисептическим раствором. Под лапароскопическим контролем у края реберной правой дуги по передней аксиллярной линии выполняли чрескожную пункцию дна желчного пузыря в 1,5-2 см от края печени. Включали электроаспиратор и проводили ПСЭЛ просвета желчного пузыря в течение 1-2 минут, в течение которого через просвет желчного пузыря прокачивали до 500 мл раствора антисептика до «чистых вод». У всех пациентов с деструктивным холециститом стенка желчного пузыря была гиперемированной, инфильтрированной, напряженной. После проведения ПСЭЛ размеры желчного пузыря значительно уменьшились, но ригидность его стенки при длительном воспалительном процессе или наоборот рыхлость его стенки при свежем воспалительном процессе сохранялись. Деструктивный холецистит с плотной инфильтрацией стенки желчного пузыря был диагностирован у 9 (52,9%) пациентов, а у остальных 8 (47,1%) стенка желчного пузыря была с мягкой инфильтрацией. Во время ЛХЭ у пациентов с плотной воспалительной инфильтрацией стенки желчного пузыря эндозажим много раз соскакивал со стенки желчного пузыря, что не позволяло произвести надежный захват стенки желчного пузыря для фиксации и тракции в во время операции. Оперативное вмешательство в этих условиях проходило с большими техническими трудностями, длительность операции достигал до 3-4 часов, сопровождалось тяжелыми кровотечениями из ложа, чаще всего из дистальной его трети. У пациентов с рыхлой инфильтрацией стенки желчного пузыря наблюдался надрыв или разрыв стенки желчного пузыря во время тракции с выходом содержимого в брюшную полость: инфицированного содержимого и конкрементов, что также способствовало увеличению продолжительности операции. В связи с этим, наши поиски способа захвата дна желчного пузыря с целью ее фиксации и тракции во время ЛХЭ привело к применению катетера Фолея, который использовали следующим образом: пункционное отверстие в области дна желчного пузыря оставшееся после ПСЭЛ расширяли эндозажимом или крючковидным коагулятором до 0,5см. Прокол брюшной стенки после введения устройства для ПСЭЛ расширяли скальпелем. Через него в брюшную полость вводили катетер Фолея 16 fr, Затем катетер вводили в просвет желчного пузыря. В просвете желчного пузыря раздували резиновую манжету до необходимого диаметра, но не менее 1,5 см. Затем катетер с раздутой манжетой вытягивали из просвета желчного пузыря в брюшную полость до упора, наружную его часть с целью герметизации прокола стенки желчного пузыря и предупреждения вытекания его содержимого в брюшную полость захватывали эндозажимом прямо у стенки желчного пузыря. Представленная методика фиксации и тракции желчного пузыря позволяет надежно фиксировать дно желчного пузыря для тракции во всех направлениях и значительно облегчить ЛХЭ у пациентов с деструктивным холециститом, что позволяет существенно сократить продолжительность операции и наркоза. Кроме того, представленный способ позволяет расширить показания для ЛХЭ у пациентов с деструктивным холециститом и существенно уменьшить показатель конверсии. Разработанный способ мы применили при ЛХЭ у 27 пациентов деструктивным холециститом . Среди них мужчин было 6 (22,2%), женщин – 21(77,7%). Возраст пациентов составил от 43 до 67 лет. По срокам госпитализации пациенты распределились следующим образом: до 3 суток – 7(25,9%), до 5 суток -11(40,7%), до 7 суток – 9(33,3%) пациентов. Выраженность деструкции стенки желчного пузыря прогрессировала в соответствии с длительностью заболевания после начала приступа острого холецистита. У всех пациентов технические сложности возникали сразу же при попытке захвата эндозажимом инфильтрированной стенки желчного пузыря. Особенно тяжело протекала операция у пациентов с деструктивным холециститом при

внутрипеченочным расположении и малых размерах желчного пузыря. Результаты. Хирурги, которые использовали разработанное нами устройство для ПСЭЛ и предлагаемый способ фиксации и тракции дна желчного пузыря отметили нивелирование технических трудностей при ЛХЭ у пациентов с запущенным деструктивным холециститом, нагрузки на эндозажимы и хирургическую бригаду, а также сокращение продолжительности операции, повышение ее экономической эффективности, снижение частоты интраоперационных и послеоперационных осложнений. Выводы. 1. При деструктивном холецистите в виду наличия выраженных патологических изменений стенки желчного пузыря ЛХЭ становится более сложным оперативным вмешательством, требующее у хирурга не только смекалки, но и применение оригинальных технических приемов. 2. Применение разработанного нами устройства для ПСЭЛ и способа фиксации и тракции дна желчного пузыря при ЛХЭ позволяет нивелировать технические трудности во время операции, повысить асептичность вмешательства, уменьшить частоту интра- и послеоперационных осложнений, сократить время операции и наркоза, расширить показания, уменьшить показатель конверсии, улучшить экономическую эффективность у пациентов с запущенным деструктивным холециститом.

---

1294. ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ, СИМУЛИРУЮЩИЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛЕВЫЕ ПРОЦЕССЫ КОСТЕЙ

Попандопуло Г.Д.(1), Михайличенко В.Ю.(2), Ютовец Ю.Г.(1,3)

Донецк, 2) Симферополь

1) Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, 2) Медицинская академия имени С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ имени В. И. Вернадского», 3) Отделение костной онкологии Научно-исследовательского института травматологии и ортопедии ДонМ

Клинические проявления первичного ГПТ многообразны. Важной особенностью этого заболевания является то, что патологические очаги в костной ткани при гистологическом исследовании могут имитировать различные доброкачественные опухолевые, что приводит к частому необоснованному оперативному лечению изолированных очагов без специфического лечения первопричины. В связи с этим мы приводим клиническое наблюдение случая первичного ГПТ, при котором патологические очаги в костной ткани при патогистологическом исследовании симулировали различные доброкачественные костные опухолевые процессы. Больная Ш., 1961 г.р., поступила в отделение костной онкологии 11.12.2006 года с жалобами на новообразование в области передней поверхности левого голеностопного сустава, на ноющие боли в этой области, усиливающиеся при физической нагрузке. В покое боль исчезает не полностью, боли в левой стопе по тыльной поверхности. Считала себя больной около 6 мес., когда без видимых причин появились боль и припухлость в области с\3 левой голени. В ноябре перенесла травму (подвернула левую стопу), почувствовала боль, появилась припухлость стопы. Обратилась к врачу по м/ж. Были сделаны рентгенограммы и поставлен диагноз - опухолевидное образование средней трети левой большеберцовой кости и 4 плюсневой кости. 11.12.2006 – консультирована в ОКО ДНИИТО и госпитализирована для оперативного лечения. В анамнезе: в 2000г. операция по поводу остеобластокластомы нижней челюсти. 23.03.04 операция: экскохлеация, субхондральное эндопротезирование правого надколенника по поводу аневризмальной костной кисты. Место болезни при поступлении: по передней поверхности средней трети левой голени имеется припухлость болезненная при поколачивании, плотная, голень незначительно отечна, протяженность 5см, кожа не изменена. Левая стопа отечна, опороспособность нарушена из-за боли. Пальпаторно - болезненность в проекции 4 плюсневой кости. Кожа не изменена. Периферические лимфоузлы не увеличены. Учитывая предварительный анамнез, у больной было предположено продолжение основного заболевания нижней челюсти. На рентгенограммах костей левой голени и стопы выявлены очаги патологической перестройки костной ткани. В отделении больной были выполнены: 13.12.2006 – выполнена операция: Внутриполостная резекция опухоли с\3 левой большеберцовой кости, аутопластика дефекта трансплантатом из крыла левой подвздошной кости. Резекция 4-ой плюсневой кости левой стопы. Патогистологическое исследование №10231-40 от 22.12.06. – остеодистрофия костей паратиреоидного генеза. Учитывая результаты патогистологического исследования, больной были выполнены



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

рентгенограммы костей таза, верхних и нижних конечностей. У больной был исследован уровень паратгормона. На момент выписки уровень паратгормона превышал норму - 576 пкг/мл. Больная была направлена в хирургическое отделение ИНВХ им. В.К. Гусака. В институте больной выполнено УЗИ шеи – патологические образования не выявлены. В отделении больной выполнена интраоперационная ревизия паращитовидных желез, при которой была обнаружена аденома в нижней правой паращитовидной железе. Больной удалена аденома паращитовидной железы справа размерами 1,5X0,5 см. Послеоперационный период протекал без особенностей. Больной на 3 сутки сняты швы. Больная выписана из отделения на амбулаторное лечение у травматолога в областной травматологической больницы. После удаление паращитовидной железы через 2 месяца после операции уровень ПТГ 70,78 пкг/мл (норма 9,0-55,0). Однако, учитывая длительность процесса, через 2 месяца больной была выполнена сцинтиграфия костей скелета. На сцинтиграммах выявлены патологические очаги различной локализации. После операции удаления паращитовидной железы больная осмотрена через 2 месяца. На момент осмотра состояние больной удовлетворительное, отмечен регрессия болевого синдрома, опороспособность нижних конечностей с положительной динамикой. Таким образом, данный случай демонстрирует случай ошибочной тактики лечения ГПТ вследствие того, что очаги в костной ткани гистологически симулировали различные виды доброкачественных костных опухолевых процессов. Только глубокое изучение состояния больной и лабораторные исследования позволили определить основной патологический процесс и выбрать правильную тактику лечения.

---

#### 1295.РЕАЛИЗАЦИЯ ФИБРОХОЛАНГИОСКОПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИОЛИТИАЗОМ

ДЕГОВЦОВ Е.Н., ВОЗЛЮБЛЕННЫЙ С.И., ПРОХОРЕНКО А.В., ФЕДОРОВ А.О.

ОМСК

ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет», кафедра госпитальной хирургии, кафедра хирургических болезней ПДО, БУЗОО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1», эндоскопическое отделение

Актуальность. Прогрессирующий рост заболеваемости желчнокаменной болезни, возрастание количества больных холецистохолангиолитиазом, применение открытого или двухэтапного лапароскопического, или минилапаротомного хирургического лечения, заставляют искать новые пути в лечении пациентов с данной патологией. Технические сложности требуют совершенствования проведения фиброхолангиоскопии и литоэкстракции при одноэтапном минимально инвазивном хирургическом лечении больных холецистохолангиолитиазом, что и явилось основанием для проведения данного исследования. Целью нашего исследования явилось улучшение результатов одноэтапного миниинвазивного хирургического лечения больных холецистохолангиолитиазом путем применения инструментально-троакарной фиброхолангиоскопии с сохранением целостности большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Материалы и методы. С целью совершенствования минимально инвазивной диагностики и лечения больных холецистохолангиолитиазом создан троакар и разработан способ троакарной фиброхолангиоскопии и литоэкстракции. Для проведения троакарной фиброхолангиоскопии и литоэкстракции используется троакар, который представляет собой полую металлическую трубку с заданной формой изгиба, гибкий стилет и систему подачи оптической среды в холедох для проведения холангиоскопии. Минимально инвазивная троакарная фиброхолангиоскопия и литоэкстракция применена у 112 больных при одноэтапном хирургическом лечении больных холецистохолангиолитиазом. Среди оперированных 88 женщин и 24 мужчины. Средний возраст оперированных больных составил 66±18,8 года. Все больные поступили в стационар по неотложным показаниям. Средний срок госпитализации составил 41,3±5,4 часа. Показанием к применению троакарной фиброхолангиоскопии и литоэкстракции при минимально инвазивном хирургическом лечении больных с желчнокаменной болезнью является холангиолитиаз, с расширением общего желчного протока более 8мм. Противопоказанием - диаметр общего желчного протока менее 8мм, в связи со сложностью введения троакара в общий желчный проток для проведения фиброхолангиоскопии и

литоэкстракции. Характер хирургических вмешательств заключался в следующем: лапароскопическая холецистэктомия, троакарная холангиоскопия и литоэкстракция - 45 пациентов (40,2%); операция дополнялась интраоперационной холангиографией - 17 пациентов; мини-лапаротомная холецистэктомия, троакарная холангиоскопия и литоэкстракция - 67 (59,8%) пациентов; операция дополнялась интраоперационной холангиографией - 28 пациентов. В послеоперационном периоде больным проводится комплексная противовоспалительная, антибактериальная, дезинтоксикационная терапия, профилактика венозных тромбозных осложнений. Удаление дренажа из общего желчного протока осуществляется на 11 - 15 сутки послеоперационного периода после выполнения контрольной фистулохолангиографии. Результаты. Применение одноэтапного минимально инвазивного хирургического лечения больных холецистохолангиолитиазом с сохранением большого сосочка двенадцатиперстной кишки, при использовании троакарной фиброхолангиоскопии и литоэкстракции, характеризовалось простотой выполнения данного этапа хирургического вмешательства, которое осуществлялось в короткие сроки, не удлиняя проведение операции. При этом троакарная фиброхолангиоскопия и литоэкстракция не сопровождалась травмой общего желчного протока в зоне проведенной холедохотомии, удаление конкрементов из желчевыводящих путей характеризовалось отсутствием технических трудностей. Общеизвестным показателем эффективности разработанного способа является количество и характер послеоперационных осложнений, сроки пребывания больных в отделении реанимации и в стационаре, уровень летальности. В послеоперационном периоде после минилапаротомного хирургического лечения отмечено 4 (3,6%) осложнения. Из них: два кровотечения из ложа желчного пузыря и одно подтекание желчи, которые были остановлены прошиванием ложа через релапаротомию, пневмония в другом случае. В одном случае после лапароскопической троакарной холангиоскопии и литоэкстракции имело место осложнение в виде желчеистечения и образования инфильтрата, которые на фоне проводимой консервативной терапии купировались. После минимально инвазивного хирургического лечения с использованием троакарной фиброхолангиоскопии и литоэкстракции среднее пребывание больных в отделении реанимации составило  $1,17 \pm 0,09$  суток, а в отделении хирургии –  $15,62 \pm 0,27$  суток. В послеоперационном периоде после минилапаротомной операции умер 1 пациент от некомпенсированной сердечной патологии, послеоперационная летальность составила 0,8%. Заключение. Применение указанного способа позволяет одноэтапно выполнить минимально инвазивную холецистэктомию и санацию общего желчного протока, сохранить анатомическую целостность и физиологическую функцию большого сосочка двенадцатиперстной кишки, провести полноценную визуальную ревизию общего желчного протока до и после санации.

---

1296. Опыт лечения тромбозных осложнений при эндопротезировании крупных суставов

Простов И.И., Алабут А.В., Кательницкий И.И., Сикилинда В.Д., Ерошенко О.Л.

Ростов-на-Дону

Ростовский государственный медицинский университет

Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать! С целью профилактики тромбозных осложнений при эндопротезировании крупных суставов разработан протокол ведения данной группы больных. Всего данный протокол использован у 315 пациентов. Оценка факторов риска проводилась на догоспитальном этапе. Всем больным выполнялось УЗИ вен нижних конечностей, больные осматривались сосудистым хирургом. При наличии значимой патологии венозного русла проводилась хирургическая коррекция (флебэктомия, перевязка перфорантов, склерооблитерация). Для проведения анестезии при эндопротезировании тазобедренного и коленного суставов предпочтительной являлась спинномозговая анестезия, при которой снижается риск развития тромботических осложнений. Во время операции целенаправленно отказывались от использования жгута, что не увеличило интраоперационную кровопотерю, но снизило риск развития тромбоза. В послеоперационном периоде у всех больных применяли эластичный компрессионный трикотаж. Назначали через 12 часов после операции и до выписки из стационара низкомолекулярные гепарины. Дозу подбирали с учетом веса пациентов. На

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

амбулаторный период лечения всем больным рекомендовали прием таблетированных антикоагулянтов (Прадакса, Ксарелто) в стандартных дозировках на 35-40 дней. Через 7-10 дней и 2,5-3 месяца после оперативного вмешательства всем больным выполняли повторное дуплексное исследование вен нижних конечностей. У 3,9% пациентов после эндопротезирования суставов были выявлены флотирующие тромбы в берцовоподколенном сегменте, у 1,4% произошел тромбоз бедренной вены. Всем пациентам потребовалась экстренная операция. Была выполнена тромбэктомия, пликация поверхностной бедренной вены. Тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии развилась у 7 больных (2,2%) в первые трое суток после операции, своевременная интенсивная терапия позволила избежать фатальных осложнений. У 9 (2,8%) больных клинически значимый тромбоз глубоких вен развился через 1-2 месяца после операции и потребовал госпитализации. Неэмболоопасный бессимптомный тромбоз глубоких вен голени диагностирован у 14 (4,4%) больных как случайная находка при контрольном ультразвуковом исследовании вен через 2,5 месяца после операции. Летальных исходов не было. Выводы: 1. Применение протокола профилактики венозных тромбоэмболических осложнений при эндопротезировании крупных суставов уменьшает риски развития тромбозов. 2. Выполнение контрольного ультразвукового исследования вен нижних конечностей всем больным через 5-7 дней и через 2-3 месяца после операции эндопротезирования помогают избежать фатальных тромбоэмболий легочной артерии.

---

#### 1297. ОСТРЫЙ ОСЛОЖНЕННЫЙ ПАНКРЕАТИТ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ

ДЕГОВЦОВ Е.Н., ВОЗЛЮБЛЕННЫЙ С.И., ПРОХОРЕНКО А.В., ПАРХОМЕНКО К.К., КОЦОВСКИЙ А.М.

ОМСК

ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Кафедра госпитальной хирургии Кафедра хирургических болезней ПДОБУЗОО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1»

Введение. Острый панкреатит является одной из самых актуальных проблем неотложной хирургии органов брюшной полости, которая давно привлекает внимание отечественных и иностранных ученых-хирургов. Возрастающая частота острого панкреатита, тяжелое течение, сопровождающееся высоким процентом осложнений и летальности, свидетельствует об актуальности проблемы лечения пациентов с данной патологией. Многие аспекты, связанные с этим заболеванием требуют детального изучения. Целью исследования явилось улучшение результатов лечения больных с острым панкреатитом на основе комбинированного использования эндоскопических, эндовидеолапароскопических и минилапаротомных оперативных вмешательств. Материалы и методы: с 2010 по 2014 год прооперировано 92 больных с острым панкреатитом. Все больные острым панкреатитом поступили в стационар по неотложным показаниям. Срок с начала заболевания до момента поступления у больных варьировал от 5 часов до 6,5 суток. Среди больных с острым панкреатитом мужчины составили 57 (61,9%) пациентов, а женщин было 35 (38,1%). По этиологическому фактору больные с острым панкреатитом распределились следующим образом: злоупотребление алкоголем и его суррогатов составило 34,9%, холелитиаз имел место у 28,8% пациентов, алиментарный фактор наблюдался в 11,2% случаев. Причина заболевания не установлена у 24,9% пациентов. Для оценки тяжести состояния больных и эффективности проводимого лечения использовалась модифицированная шкала объективной оценки M-SAPS (Simplified Acute Physiology Score). Диагноз острого панкреатита устанавливался на основании результатов клинического обследования, лабораторных исследований, динамического УЗИ, обзорной рентгенографии грудной и брюшной полостей, фиброгастродуоденоскопии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, видеолароскопии. Показаниями к применению комбинированного миниинвазивного хирургического лечения явились: • острый панкреатит, ферментативный перитонит с парапанкреатитом; • острый панкреатит с нагноившейся псевдокистой или абсцессом сальниковой сумки; • острый панкреатит, ферментативный перитонит с парапанкреатической и забрюшинной флегмоной; • острый панкреатит, ферментативный перитонит с деструктивным холециститом; • острый панкреатит, ферментативный перитонит, холедохолитиаз с механической желтухой. Комбинированное миниинвазивное хирургическое лечение - это рациональная

последовательность применения эндоскопических, эндовидеолапароскопических, миnilапаротомных оперативных способов лечения острого панкреатита. Комбинированное миниинвазивное хирургическое лечение заключалось в следующем. Первоначально выполнялся эндоскопический этап, в ходе которого производилась диагностика проходимости большого сосочка двенадцатиперстной кишки и коррекция выявленной патологии с помощью папиллосфинктеротомии. Следующим этапом комбинированного миниинвазивного хирургического лечения являлся эндовидеолапароскопический, представляющий из себя ревизию и санацию брюшной полости. При наличии показаний выполнялась холецистостомия с применением оригинального дренажа или холецистэктомия. Миnilапаротомный этап комбинированного миниинвазивного оперативного лечения, выполнялся с помощью набора инструментов «Мини-Ассистент» в случаях: • высокого риска эндовидеолапароскопической холецистэктомии; • необходимости выполнения холедохолитотомии с дренированием холедоха; • при наличии показаний для ревизии, санации и дренирования сальниковой сумки или парапанкреатической клетчатки. Заключительным этапом проведения комбинированного миниинвазивного оперативного лечения являлась окончательная эндовидеолапароскопическая санация и дренирование брюшной полости. У 42 больных выполнено: эндовидеолапароскопия, лапароскопическая холецистостомия, миnilапаротомная оментобурсостомия, санация и дренирование брюшной полости; в 23 случаях - эндовидеолапароскопия, лапароскопическая холецистостомия, вскрытие и дренирование парапанкреатической и забрюшинной флегмоны через минидоступы, санация и дренирование брюшной полости; после эндовидеолапароскопического этапа у 16 больных выполнена миnilапаротомная холецистэктомия с дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому, а в 11 случаях после миnilапаротомной холецистэктомии и холедохотомии - фиброхоледохоскопия специальным устройством и дренированием холедоха по Вишневному. Результаты. Преимущества комбинированного миниинвазивного хирургического лечения перед открытым хирургическим лечением заключались в следующем: 1) положительная динамика тяжести состояния пациентов в послеоперационном периоде в первые пять суток составила с 7,2 до 3,2 баллов по шкале M-SAPS; 2) уменьшение количества осложнений с 37,1% до 15,9%; 3) сокращение продолжительности пребывания пациента в отделении реанимации с 14,0 до 8,3 койко-дня, в стационаре - с 31,2 до 23,7; 4) снижение летальности с 31,4% до 15,9%. Выводы. Анализ полученных данных позволяет сделать выводы о преимуществах комбинированного миниинвазивного хирургического лечения перед открытыми методами оперативного лечения больных с острым панкреатитом. Полученные положительные результаты лечения больных с острым панкреатитом свидетельствуют о целесообразности применения комбинированного миниинвазивного метода хирургического лечения.

---

1298. Послеоперационные рубцовые стриктуры желчных протоков.

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

Сургут

1. Сургутский Государственный Университет, медицинский институт, кафедра факультетской хирургии 2. Сургутская городская клиническая больница

Рубцовые стриктуры желчных протоков – локальное или протяженное сужение системы внепеченочных желчных путей, сопровождающееся клиническими проявлениями механической желтухи и холангита. Основными причинами развития рубцовых стриктур желчных протоков является повреждение их во время выполнения оперативного вмешательства и патология билиарной системы с длительным рецидивирующим воспалительным процессом, чаще на фоне ЖКБ. Трудности реканализации послеоперационных стриктур этой локализации, неизбежное развитие и прогрессирование механической желтухи, холангита с риском развития СПОН делают актуальным изучение случаев лечения больных с этой патологией. Цель исследования. Изучить случаи лечения больных с рубцовыми стриктурами желчных протоков для выработки оптимальной лечебной тактики. Материал и методы. Рассмотрены 9 случаев госпитализации больных с рубцовыми стриктурами желчных путей за период 2010 – 2015 гг в хирургическое отделение БУ СГКБ г. Сургута. Изучались причины формирования стриктур, уровень блока, возможности проведения

малоинвазивных и реконструктивных операций, исходы и частота госпитализаций. Результаты. 9 случаев госпитализации пришлось на 3 пациентов. У 2 в анамнезе было ятрогенное повреждение гепатикохоледоха после проведенной ранее реконструкции (у 1 пациента – 2 операции, у 1 – три операции в анамнезе), у 1 – одномоментное резецирующее реконструктивное оперативное вмешательство на внепеченочных желчных путях по поводу опухоли гепатикохоледоха. В 2 случаях уровень блока отмечен на уровне проксимальной/средней трети гепатикохоледоха, в 1 – на уровне конfluence. Во всех случаях пациенты поступали в х/о с клиникой обострения хронического холангита – гипертермией до 39 град, желтушным синдромом (58 – 256 мкмоль/л), выраженным болевым и интоксикационным синдромом. Лейкоцитоз выше 14 тыс., палочкоядерный сдвиг влево до 35% регистрировался у всех больных. В 4 случаях госпитализации из 8 проводилось исследование С-реактивного белка (100% повышение в пределах 82-148 Ед), в 2 – определение уровня прокальцитонина полуколичественным методом (100% повышение в пределах 2-10 и выше Ед). При ятрогенной травме гепатикохоледоха 1 пациент госпитализировался дважды, 1 – трижды, больной после операции по поводу опухоли холедоха госпитализировался 4 раза. Интервалы между госпитализациями составили от 2 месяцев до 1,5 лет. Диагноз хронического рефлюксного холангита на фоне некротического сужения гепатикоэнтероанастомоза подтверждался данными КТ (2 случая), МРТ (1 случай), прямой холангиографии после пункционного антеградного дренирования под УЗ-навигацией (2 случая). В остальных случаях специальных методов диагностики не применяли. Всем пациентам проводили комплексную консервативную терапию с применением дезинтоксикационной терапии, форсирования диуреза, спазмолитиков. Из антибактериальных препаратов отдавали предпочтение карбапенемам, цефоперазон/сульбактаму, цефоперазону, цефтриаксону в сочетании с метронидазолом и аминогликозидами, вводимыми внутривенно. Декомпрессии желчных путей и купирования явлений холангита удалось достичь консервативными мероприятиями в 6 случаях (66,6%). В 2 случаях консервативное лечение дополнено пункционным дренированием правого печеночного протока (22,2%), в 1 случае – после проведения предоперационной подготовки выполнена реконструкция гепатикоэнтероанастомоза на сквозном транспеченочном дренаже по Сейпол-Куриан (11,1%). Летальных исходов среди изученных случаев не отмечено. Сроки госпитализации составили от 9 до 28 суток. Выводы. Послеоперационные рубцовые стриктуры желчных протоков возникают при осложненном послеоперационном течении реконструктивных операций на гепатикохоледохе и сопровождаются клиническими проявлениями рецидивирующего холангита. Рецидивы холангита чаще наблюдаются среди больных, оперированных по поводу онкопроцесса. Диагностическими лабораторными критериями холангита являются лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево, уровень С-реактивного белка и прокальцитонина. Степень сужения гепатикоэнтероанастомоза достоверно определяется КТ, МРТ и прямой холангиографией. Успех консервативной терапии отмечается в 2/3 случаев, сочетание консервативной терапии и малоинвазивных технологий декомпрессии билиарной системы позволяет купировать явления холангита в 89% случаев. Вынужденная реконструкция гепатикоэнтероанастомоза выполнена в 1 случае с применением методики каркасного дренирования. У пациентов, часто госпитализируемых с клиникой обострения хронического холангита на фоне некротической стриктуры гепатикоэнтероанастомоза следует решить вопрос о целесообразности выполнения его реконструкции в «холодный» период.

---

#### 1299. КОМБИНИРОВАННОЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

ДЕГОВЦОВ Е.Н., ВОЗЛЮБЛЕННЫЙ С.И., ПРОХОРЕНКО А.В., ПАРХОМЕНКО К.К., НОЗДРЯКОВ Н.С., ТАРАН Е.С., ГОЛОДЕЦ П.Б.

ОМСК

ГБОУ ВПО "ОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ", КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ, БУЗОО "ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ №1"

Аннотация. Представлены результаты лечения 127 больных с острыми заболеваниями живота. При комбинированном использовании миниинвазивных технологий прооперировано 74 пациента с острым осложненным панкреатитом; 39 пациентов с острым холециститом; 14 пациентов с перфоративной пилородуоденальной язвой. Использование данного способа лечения больных возможно и позволяет уменьшить количество осложнений на 36,9%, снизить летальность на 29,4%, уменьшить среднее пребывание в стационаре на 32,3%. Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости путем комбинированного использования эндоскопических, эндовидеолапароскопических и минилапаротомных хирургических вмешательств. Материалы исследования. На протяжении 10 лет с применением комбинированного миниинвазивного хирургического лечения было прооперировано 127 пациентов, которые были разделены на три группы: 74 пациента с острым осложненным панкреатитом; 39 пациента с острым холециститом, осложненным механической желтухой и холангитом; 14 пациентов с перфоративной пилородуоденальной язвой. Все больные поступили в стационар по неотложным показаниям. Методы исследования. Диагностика основывалась на жалобах, анамнезе, клинических проявлениях заболевания, данных лабораторных исследований, результатах рентгенологических и ультразвуковых исследований, магниторезонансной томографии, а также эндоскопических исследований (эзофагогастродуоденоскопии и эндовидеолапароскопии). Тактика лечения заключалась в применении комбинации минимально инвазивных хирургических вмешательств, в отказе от открытых традиционных операций. Комбинированное миниинвазивное хирургическое лечение (КМХЛ) - это рациональная последовательность применения эндоскопических, эндовидеолапароскопических, минилапаротомных оперативных способов лечения больных с острыми заболеваниями живота. КМХЛ заключалось в следующем. Первоначально выполнялся эндовидеолапароскопический этап, в ходе которого выполнялась ревизия и санация брюшной полости, определялась проекция для минилапаротомного доступа. Минилапаротомный этап осуществлялся с помощью набора инструментов «Мини-Ассистент» для устранения причины острой хирургической патологии: - при остром деструктивном холецистите, осложненным механической желтухой и холангитом – холецистэктомия, санация и дренирование желчевыводящих путей, при наличии показаний проводилась интраоперационная фиброхоледоскопия; - при остром осложненном панкреатите – санация и дренирования абсцесса сальниковой сумки или парапанкреатической флегмоны; - при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки – ушивание перфоративного отверстия. Заключительным этапом являлась окончательная эндовидеолапароскопическая санация и дренирование брюшной полости. Результаты исследования. Для определения эффективности разработанного КМХЛ пациентов с острыми хирургическими заболеваниями живота проведена оценка результатов лечения больных в трех группах. Основными общепринятыми показателями эффективности разработанного КМХЛ являются количество и характер осложнений, продолжительность пребывания в стационаре и в отделении реанимации и интенсивной терапии, уровень летальности. В основной группе больных с острым осложненным панкреатитом осложнения возникли у 14,9% пациентов, в группе сравнения - у 31,1%. Среди больных, оперированных с применением комбинированного миниинвазивного хирургического лечения летальность составила 12,9%, а в группе с открытым хирургическим лечением - 31,4%. Применение КМХЛ улучшает результаты лечения больных с острым холециститом, осложненным механической желтухой и холангитом. Из 39 больных лишь у 2 произошли осложнения в послеоперационном периоде (5,12%), продолжительность такого лечения в среднем составила: в отделении реанимации  $2,3 \pm 3,22$  койко-дня, а в стационаре  $12,2 \pm 5,63$  койко-дня. В одном случае наступила смерть от причин не связанных непосредственно с оперативным лечением. В группе больных с перфоративной пилородуоденальной язвой происходит первоначальное накопление опыта, но уже видны преимущества данного способа лечения перед традиционным, которое заключается в уменьшении сроков выздоровления: средний койко-день в реанимации  $1,2 \pm 0,52$ , а в стационаре  $7,2 \pm 3,22$ . Проведенная сравнительная оценка результатов лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями живота выявила явные преимущества КМХЛ по сравнению с открытыми методами. Применение КМХЛ приводит не только к уменьшению количества осложнений и пребыванию пациента, как в отделении реанимации, так и в стационаре, но и к снижению летальности. Заключение. Рациональная последовательность применения эндовидеолапароскопических и минилапаротомных хирургических вмешательств позволяет обеспечить адекватный объем хирургического вмешательства и тем самым избежать открытого традиционного хирургического лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями живота. Невысокий процент осложнений и летальности после срочных хирургических операций с использованием миниинвазивных технологий демонстрирует целесообразность данной тактики лечения. Новые технологии и рациональная хирургическая тактика в оперативном лечении пациентов с острыми хирургическими заболеваниями улучшают сроки лечения и сокращают сроки пребывания больного в хирургическом стационаре. Можно констатировать их высокую эффективность, малую травматичность и экономическую выгоду.

### 1300.РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Суздальцев И.В., Бондаренко А.Г., Печенкин Е.В., Демьянова В.Н., Пыхтин Ю.Ю., Камерджиев А.В., Лукьяненко О.В.

Ставрополь

ГБОУ ВПО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России.Кафедра факультетской хирургии с курсом урологии.

Актуальность. Язвенная болезнь желудка и ДПК и по сегодняшний день не теряет своей актуальности. Распространенность язвенной болезни среди взрослого населения в разных странах составляет от 5 до 15 % и не имеет тенденции к снижению. Несмотря на обилие представленных на сегодняшнем фармрынке противоязвенных препаратов, многие авторы отмечают непрерывный рост количества больных с различными осложнениями язвенной болезни желудка и ДПК. При этом именно кровотечения занимают первое место среди данной категории заболеваний. И хотя число плановых операций уменьшилось в 2-2,5 раза, число экстренных вмешательств по поводу кровоточащих и перфоративных язв, напротив, возросло. Цель исследования. Провести структурный анализ причин развития желудочно-кишечных кровотечений из верхних отделов ЖКТ и их исходов в зависимости от возраста пациента, сроков поступления в стационар, источника кровотечения и метода лечения Клиническая база ГБУЗ «ГКБ СМП» г Ставрополя и МБУЗ «3-я городская больница» г. Ставрополя за 2011-2013гг. Результаты исследования. Всего проведен анализ 397 историй болезней. Так в 2011 году поступило 115 пациентов, в 2012-127 пациентов и в 2013 – 155 человек. По нашим данным причины гастродуоденальных кровотечений распределились следующим образом: язвенные – 57%, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода – 20%, эрозивный гастродуоденит – 12%, синдром Мэллори-Вейсса – 7%, опухоль желудка – 4%. В зависимости от возраста больные распределились следующим образом: молодой (менее 45 лет) – 37%, зрелый (45-59 лет) – 31%, пожилой (60-74 г) – 32%, старческий (более 75 лет) – 7%. Примечательно, что в 2013 году увеличился процент пациентов пожилого и старческого возраста, до 26% и 14% соответственно. Структура больных с кровотечениями язвенной этиологии в зависимости от пола была следующая: мужчины – 72%, женщины – 28%, что соответствует среднероссийским данным. По нашим данным, подавляющее большинство больных поступили в первые часы заболевания. В среднем, в первые 6 часов от начала заболевания поступило 82% больных, от 6 до 24 ч – 11%, более 24ч – 7%. В последний год заметна тенденция увеличения количества больных, которые поступили в промежуток от 6 до 24 часов и более от начала заболевания, доля последних в 2013 году составила 17%. По данным В. К. Гостищева, соотношение локализации язв в желудке и ДПК равно 1:7. Наши данные несколько отличаются, так в среднем, язвы желудка составили – 55%, ДПК – 36%, желудок и ДПК – 9%. В соответствии с эндоскопической классификацией Форрест отмечались следующие значения: F I – 10%, F II – 87%, F III – 3%. Контрольная эндоскопия выполнялась в течении 12 часов у пациентов с клинико-эндоскопическими критериями высокого риска рецидива кровотечения. Согласно нашим данным, 68% больных были вылечены консервативно, в лечение 32 % больных применялась консервативная терапия в сочетании с эндоскопическим гемостазом, причем изолированно инъекционный в 12%, в 15% случаев применено сочетание биполярного коагуляционного гемостаза с аппликационным. В 5% выполнен монополярный коагуляционный гемостаз. Хирургическое лечение применено в 6 % случаев (2% - выполнена резекция желудка, 4% - прошивание язвы). Согласно общероссийским данным, приведенным Н.А. Яицким летальные исходы у больных с кровотечениями язвенной этиологии составили 12%, послеоперационная летальность от 6 до 20%. По данным В.К. Гостищева, послеоперационная летальность на высоте кровотечения составила около 22 %, а при рецидиве кровотечения достигает 57 %. По нашим данным летальность больных с кровотечениями язвенной этиологии составила, в среднем, около 5%. В 2012 г общая летальность составила 3%, все случаи пришлось на неоперированных больных. В 2013г году общая летальность составила 7%, из них на долю неоперированных больных пришлось 5%. Послеоперационная летальность составила 45%. Выводы. Применение различных методов эндоскопического гемостаза на фоне комплексной консервативной терапии в подавляющем большинстве случаев позволяет избежать оперативного вмешательства. Контрольное эндоскопическое исследование

позволяет оценить эффективность проводимой комплексной терапии и дифференцированно определять показания к отсроченным оперативным вмешательствам. Высокая послеоперационная летальность обусловлена незначительным количеством выполненных операций.

---

#### 1301.ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИЗМЕНЕНИЯ БРЮШИНЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

Суздалцев И.В., Бондаренко А.Г., Демьянова В.Н., Пыхтин Ю.Ю., Камерджиев А.В., Чепурнов В.Н. Лукьяненко О.В.

Ставрополь

ГБОУ ВПО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России.Кафедра факультетской хирургии с курсом урологии.

Актуальность. Несмотря на прогресс в развитии анестезиологии и реаниматологии, постоянное расширение возможностей лекарственной терапии и совершенствование техники оперативного вмешательства распространенный перитонит остается основной причиной летальных исходов у больных хирургического профиля. Во многом течение и исход распространенного гнойного перитонита (РГП) определяется санацией брюшной полости во время операции и в послеоперационном периоде. В настоящий момент помимо традиционных активных методов послеоперационной санации: проточный или фракционный перитонеальный лаваж и различных видов лапаростомий, применяются современные методы санаций под видеолaparоскопическим контролем. Цель: изучить особенности клинического течения распространенного гнойного перитонита и морфологические изменения брюшины при различных вариантах санации брюшной полости. Результаты исследования. Рассмотрены результаты оперативного лечения и гистологического исследования 112 больных с распространенным перитонитом, разделенных на три группы в зависимости от послеоперационной тактики. В первой группе представлены материалы по 34 больным у которых был применен метод проточно-фракционного перитонеального лаважа. Вторая группа – 31 больной. Применялись программированные санации брюшной полости. Третья группа – 47 пациентов – программированные санации и перитонеальный лаваж под видеолaparоскопическим контролем. В первой группе при благоприятном течении послеоперационного периода, на 3-4 сутки, наступала стабилизация в состоянии больных. Если же производилась релапаротомия, то имели место изменения брюшины, характерные для серозно-фибринозного перитонита. Гистологически определялся отек брюшины, набухшие (округленные) мезотелиоциты, отделенные друг от друга промежутками. В капиллярах и венах определялись форменные элементы крови, преимущественно эритроциты. Пристеночно в сосудах в сосудах содержались гомогенные структуры, представляющие коагулированные белки плазмы. Также отмечалась венозная и капиллярная гиперемия. В случае выполнения релапаротомий у больных второй группы, в эти же сроки (4-5 сутки) морфологические изменения париетальной брюшины сходны с таковыми у первой группы больных и в целом соответствуют морфологическому типу перитонита. Однако, в последующем имеются некоторые отличия. После хирургических санаций, чаще всего 2-3, происходит интенсивное выселение макрофагов на поверхность брюшины. Помимо макрофагов встречались лаброциты, лимфоциты, нейтрофильные лейкоциты, т.е. клеточный состав становится характерным для хронического воспаления. Сходные морфологические изменения наблюдались и в третьей группе больных, хотя и менее выраженные. Связано это по-видимому с меньшим механическим, физическим и химическим воздействием на брюшину при видеолaparоскопических санациях брюшной полости. Исследование же мазков-отпечатков в области послеоперационной раны у третьей группы больных свидетельствовало о наличии лейкоцитарной инфильтрации на 2-3 сутки послеоперационного периода. Лейкоциты были представлены в основном нейтрофилами. Эмиграция полиморфноядерных лейкоцитов сопровождалась появлением крупных одноядерных клеток сходных с макрофагами. Это соответствует стадии экссудации раневого процесса по срокам мало отличимого от такового при обычном раневом процессе и свидетельствует о наиболее благоприятных условиях для регенерации послеоперационной раны при видеолaparоскопических санациях.



1302.Комплект солдата будущего «Ратник» - медицинская составляющая

Сохранов М.В., Самохвалов И.М., Солдатов Е.А., Борисов Д.Н.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

В указе Президента РФ №146 2010 года (Военная доктрина) одним из направлений развития вооружённых сил определяется «повышение оперативности управления в результате перехода от строго вертикальной системы управления к глобальным сетевым автоматизированным системам управления войсками (силами) и оружием». «Ратник» — российская боевая экипировка военнослужащего, которая является частью общего проекта повышения качества отдельно взятого солдата на поле боя за счёт использования новейших научных достижений в области навигации, систем ночного видения, отслеживания физиологического состояния бойца, использования продвинутых материалов в изготовлении брони и тканей одежды. Комплекс разведки, управления и связи (КРУС) «Стрелец» входит в состав «Ратника» и находится на вооружении Российской армии с 2007 года. На настоящий момент актуально второе поколение «Стрельца», выпускающееся с 2011 года и постоянно совершенствующееся. В первом поколении реализована «тревожная кнопка» на пульте оперативного управления, при нажатии которой автоматически генерируется сообщение о ранении конкретного военнослужащего оснащённого КРУС. В перспективных образцах КРУС для автоматической генерации сообщения о ранении используется регистратор жизнедеятельности военнослужащего (РЖДВ). Выполненный в виде нагрудного пояса, регистратор надевается непосредственно на тело и регистрирует ряд физиологических и физических параметров военнослужащего. Используя оригинальный алгоритм обработки данных, РЖДВ производит интегральную оценку боеспособности: показатели в норме (боеспособен), показатели за пределами нормальных значений (возможна утрата боеспособности), значительные изменения (требуется срочное оказание помощи) и признаки жизнедеятельности отсутствуют. Степень боеспособности в виде цветографических значков передаётся в информационную систему КРУС и может отслеживаться в реальном времени командиром подразделения. Сообщение о ранении или утрате боеспособности передаётся по каналам связи КРУС командиру подразделения и должностным лицам, осуществляющим медицинское обеспечение подразделения. Притом, в составе сообщения присутствуют время ранения и место в виде координат на местности с возможностью автоматически проложить маршрут движения к раненому. Руководящий состав, используя планшет с картой местности, расположением личного состава и эвакуационного транспорта, может проложить маршрут в ручном режиме с учётом текущей обстановки и отправить его лицу, непосредственно осуществляющему поиск раненого и эвакуацию. После доклада об оказании первой помощи (само- или взаимопомощи), раненый (при возможности самостоятельного передвижения) или лицо, осуществляющее эвакуацию, могут затребовать у руководителя оптимальный маршрут движения к точке сбора раненых. Предполагается оснащение транспортных средств эвакуации комплектами, аналогичными командирскому, с картой местности и оперативной медико-тактической обстановкой. Это позволит оптимизировать передвижение транспорта на участке поле боя – медицинский пункт – медицинская рота. После доставки раненых в медицинскую роту, они выходят из зоны использования КРУС. Дальнейшая эвакуация осуществляется с использованием других сил и средств. Использование в интересах медицинской службы современных средств оповещения о факте ранения и логистических технологий КРУС «Стрелец» является весомым подспорьем для реализации концепции «золотого часа» в боевых условиях.

---

1303. Пути улучшения оказания медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях на трассах Свердловской области.

ДЕМИДОВ В.А.

Екатеринбург

ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1»

Актуальность. В настоящее время по абсолютной величине летальных исходов травматизм вследствие ДТП выходит на 2-е место после сердечно-сосудистых заболеваний, а у лиц молодого, наиболее трудоспособного возраста – на 1-е. В России смертность от ДТП составляет 14,0 на 100 пострадавших в ДТП, что в 5-7 раз больше, чем в развитых странах. Актуальность данной проблемы обусловлена ростом количества ДТП и числа пострадавших при этом. Дорожно-транспортный травматизм в значительной степени предсказуем и предотвратим; это проблема связана с человеческим фактором и поддается противодействию. На территории Свердловской области ежегодно происходит более 5000 ДТП, при которых травмируются около 7000 и гибнет более 800 человек. На базах ГБУЗ «Свердловская областная клиническая больница №1» и «Областная детская клиническая больница №1» созданы травматологические центры 1 уровня. 11 межмуниципальных центров выполняют функции травмоцентров 2 уровня. Центральные районные больницы являются травмоцентрами 3 уровня. Все травмоцентры организационно связаны между собой. Приказами министра здравоохранения Свердловской области распределены зоны ответственности государственной и муниципальной учреждений здравоохранения на автомобильных дорогах области и утверждена маршрутизация пострадавших в ДТП. Догоспитальная медицинская помощь пострадавшим при ДТП оказывается фельдшерскими и врачебными бригадами бригадами скорой медицинской помощи муниципальных учреждений, территориального центра медицины катастроф Свердловской области (ТЦМК СО). На основных транспортных магистралях Свердловской области развернуты 12 трассовых пунктов ТЦМК. Среднее время доезда составило 9 минут. Для быстрой транспортировки пострадавших в травмоцентры 1 или 2 уровня в дневное время используется санитарный вертолет. Летальные исходы при ДТП наступают у 11,5% пострадавших, причем в 52,3% случаев они умирают на месте происшествия, в 2,5% случаев — в процессе транспортировки, в 6% случаев — в приемных отделениях и в 38,8% случаев — в других отделениях стационаров. Анализируя летальность при ДТП на разных этапах оказания помощи мы должны поставить перед собой вопрос: является она предотвратимой, можем ли мы повлиять на цифры летальности и какие мероприятия необходимы на каждом этапе для снижения летальности? Очень высокая летальность на месте происшествия. У большинства погибших травма несовместима с жизнью. Снизить летальность на месте травмы можно путем своевременного оказания первой помощи, первой медицинской помощи, доврачебной и врачебной помощи. Быстрая информация о травме, сокращение времени доезда бригады СМП, бригады трассового пункта ЦМК позволит спасти часть пострадавших. Повлиять на летальность во время транспортировки очень сложно, погибают пострадавшие с травмой, несовместимой с жизнью. Можно уменьшить время транспортировки за счет авиатранспорта. На летальность в стационаре мы можем повлиять. Главная наша задача снижения летальности в первые сутки. Для этой цели необходимо приблизить специализированную помощь, четко соблюдать протоколы и алгоритмы оказания помощи. Материалы и методы. За 2011г. – 2014г. в травматологическое отделение ГБУЗ СОКБ № 1 поступило 401 пострадавший после автодорожных травм. Вертолетом с трассы доставлено 42 пострадавших. Мужчин – 62%, женщин – 38%. Закрытая травма – 72%, открытая – 28%, изолированная – 21,4%, сочетанная – 78,6%. При изолированной травме превалировала тяжелая черепно-мозговая и позвоночная травма (70%). Средний ISS составил 30,7. Пострадавшие с тяжелой сочетанной травмой не переносят большие сложные операции. Для этой группы пострадавших применялась тактика «damage control surgery». Ее суть — предупреждение развития неблагоприятного исхода сокращением объема и травматичности первого оперативного вмешательства со смещением окончательного восстановления поврежденных органов и структур до стабилизации функций организма. При переломах длинных трубчатых костей, костей таза и нестабильных переломах позвоночника выполняли раннюю быструю жесткую временную минимально травматичную фиксацию с окончательным лечением после стабилизации состояния пациентов. Летальность составила 6,9%. Средний индекс тяжести травмы (ISS) у умерших составил 41,2. Основные причины смерти: шок, полиорганная недостаточность, жировая эмболия. Выводы: 1. Разработанный порядок оказания помощи с четкой маршрутизацией позволяет приблизить специализированную помощь пострадавшим при ДТП. 2. Своевременная перегоспитализация пострадавших в травмоцентр 1 уровня позволяет избежать ранних осложнений травматической болезни. 3. Оказание помощи пострадавшим с тяжелой сочетанной травмой в

условиях крупной многопрофильной больницы с мощным диагностическим, кадровым, лечебным потенциалом позволило спасти максимальное количество травмированных.

---

#### 1304. Одномоментное лечение осложнённой желчнокаменной болезни

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

Новокузнецк

1)МБЛПУ «ГКБ № 5», 2)ГБОУ ДПО НГИУВ

Выбор наиболее рационального подхода к лечению холецистохоледохолитиаза и определению тактики лечения холецистохоледохолитиаза является основной задачей. В малоинвазивной хирургии до недавнего времени основной и наиболее распространенной являлась двухэтапная тактика, когда на первом этапе выполняется ретроградная коррекция патологии желчных протоков, а вторым этапом выполняется холецистэктомия. Цель исследования: оптимизировать тактику лечения холецистохоледохолитиаза. Материалы и методы: ретроспективно проанализированы результаты лечения 824 пациентов с холецистохоледохолитиазом (34,2% мужчин и 65,8% женщин, в возрасте от 18 до 85 лет) в отделение хирургии печени желчевыводящих путей и поджелудочной железы МБЛПУ «ГКБ №5» г. Новокузнецка с 2008 по 2012 гг. В 76,7% случаях у пациентов были приходящие желтухи, ознобы с гипертермией во время и после приступа болей, панкреатит. При поступлении гипербилирубинемия выявлялась в 64,2% случаев. Основным методом исследования желчных путей являлось УЗИ, при этом признаки билиарной гипертензии выявлены у 91,4% пациентов (информативность УЗИ у плановых больных составила 84,5%, у экстренных больных 98,2%). Операционно-анестезиологический риск оценивался согласно шкале ASA. Среди сопутствующих заболеваний наблюдалось преобладание сердечно-сосудистых заболеваний - 76,4% и заболеваний дыхательной системы - 22,3% пациентов. Лапароскопический доступ использовался у 566 (68,7%) пациентов, у 162 (19,7%) пациентов минилапаротомный доступ и у 97 (11,6%) пациентов лапаротомный доступ. Применялась, как двухэтапная, так и одноэтапная тактика. В случае двухэтапной тактики, первым этапом выполнялась декомпрессия и санация желчных путей - эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), транспапилярные вмешательства, дренирование желчных путей по показаниям, вторым этапом холецистэктомия. У пациентов, которым применялась одноэтапная тактика осуществлялись, как традиционный хирургический доступ, так и малоинвазивные – лапароскопический, минилапоротомный доступ в сочетании с интраоперационной антеградной эндоскопической папиллосфинктеротомией (АЭПСТ) и транспапилярными вмешательствами, холедохолитотомией, наложением билиодигестивного анастомоза. Результаты: при определении тактики исходили из следующих критериев: наличие обструкции желчных протоков, БДС; наличие холангита; операционный риск по шкале по ASA; возможность выполнения ЭПСТ; возможность устранения холедохолитиаза; возможность доступа лапароскопического, минилапаротомии. Критериями отбора на двух-этапную тактику лечения служили: острая обструкция желчных протоков, холангит, степень операционного риска по шкале ASA III-IV, наличие расширения холедоха более 12 мм и множественный холедохолитиаз по данным дооперационного скрининга. Двухэтапная тактика применялась у 416 (50,5%) пациентов, направлена на наиболее раннее выполнение декомпрессии желчных путей при наличии желтухи, холангита, что позволяло восстанавливать нарушенные функции печени, компенсировать сопутствующую патологию. Вторым этапом лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 215 (51,7%) пациентов, минилапаротомный доступ у 127 (30,5%) пациентов и традиционный лапаротомный доступ – у 74 (17,8%). Одноэтапная тактика при лечении холецистохоледохолитиаза применялась у 408 (49,5%) пациентов. Из них лапароскопическая холецистэктомия с ИАЭПСТ и транспапилярными вмешательствами выполнялась у 351 (86,0%) пациента. Минилапаротомный доступ при одноэтапном лечении применялся у 35 (8,6%) пациентов, традиционным лапаротомным доступом использовалась у 22 (5,4%) пациентов. Сравнивая технические возможности выполнения коррекции патологии желчных путей из минилапаротомного и традиционного доступа, отмечается их техническая тождественность. Благодаря этому повышается возможность выполнения одноэтапного малоинвазивного лечения с помощью минилапаротомного доступа за счёт включения

пациентов, которым лапароскопический метод не показан. Количество осложнений, связанных доступом, было больше у пациентов при лапаротомном доступе, что объяснялось значительной операционной травмой, с изначально более тяжёлым состоянием по основной и сопутствующей патологии. При лапароскопическом доступе осложнения составили 0,8%, при минилапаротомном доступе 4,9%, при традиционном 15,6%. При лапаротомном доступе лечения холецистохоледохолитиаза чаще наблюдались нагноения послеоперационной раны. При минилапаротомии были выявлены скопления серозной жидкости в области раны и единичное ее нагноение. При лапароскопическом доступе лечения холецистохоледохолитиаза осложнения носили единичный характер. При этом отмечается значительно меньшее количество осложнений, связанных с вмешательством на БДС у пациентов, которым применялась одномоментная тактика лечения. При выполнении ИАЭПСТ с транспапиллярными вмешательствами процент осложнений составил 0,1, а при ретроградной ЭПСТ с транспапиллярными вмешательствами – 1,4%. При выполнении АЭПСТ с транспапиллярными вмешательствами не отмечено не одного случая острого некротизирующего панкреатита. Выводы. Применение одноступенчатой тактики лечения осложнённой желчнокаменной болезни с выполнением ИАЭПСТ, позволяет снизить риск возникновения острого панкреатита, полноценно устранить патологию желчных путей при сокращении сроков госпитализации и расширить возможности малоинвазивных вмешательств.

---

#### 1305. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВАРИАНТОВ ДРЕНИРОВАНИЯ ПОЛОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ

Суздальцев И.В., Бондаренко А.Г., Демьянова В.Н., Пыхтин Ю.Ю., Камерджиев А.В., Чепурнов В.Н., Лукьяненко О.В.

Ставрополь

ГБОУ ВПО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России. Кафедра факультетской хирургии с курсом урологии.

Цель: Провести сравнительную оценку продолжительности оперативных вмешательств, частоты конверсии хирургического доступа, количества интра- и послеоперационных осложнений и возможности их коррекции при различных вариантах дренирования полостных образований под контролем УЗИ. Структура исследования: Сравнение характера осложнений и летальности при различных вариантах дренирования полостных образований под контролем УЗИ. Клиническая база: хирургическое отделение МУЗ «Городская клиническая больница СМП г. Ставрополя» Критерии включения в исследование: 421 больной в возрасте от 21 до 65 лет (преобладающий возраст 51-71 год) которому было выполнено чрескожное дренирование полостных образований под контролем УЗИ. Критерии исключения: больные с явлениями полиорганной недостаточности. Описание метода и диагностического стандарта: Проведено сравнение трех групп больных. Первая группа - двухмоментное дренирование. (56 пациентов) При двухмоментном дренировании использовался набор, состоящий из дренажа типа «свиной хвост с симметричным расположением» диаметром 7, 8 или 9 СН из рентгеноконтрастного материала (полиэтилена или полиуретана) длиной 30 см, установочной канюли, одинарной пункционной иглы 20 см, диаметром 18 G с ультразвуковыми метками и пластмассовым адаптером, силиконизированного изогнутого сверхжесткого проводника 0,032 дюйма, бужей фасциальных, удлинительного адаптера. Выполнялась пункция полости абсцесса пункционной иглой, через которую вводился гибкий проводник, игла удалялась. По проводнику вводились бужи возрастающего диаметра, а затем катетер нужного диаметра. Недостатки — высок риск подтекания содержимого полости вдоль пункционного канала (особенно при применении бужирования); требует наличия множества различных инструментов. Вторая группа (61 пациент) - При одномоментном дренировании стилет-катетером полость абсцесса пунктировали специальной иглой-стиллетом с помещенным на ней катетером-оболочкой. Размеры наружной канюли и дренажа выбраны таким образом, что в собранном виде остается свободный участок иглы. Устройство снабжено приспособлением для перемещения наружной канюли и дренажа по игле, а также держателями иглы и наружной канюли. Третья группа - дренирование с помощью УДПО (304 пациента). Через разрез кожи проводят пункцию свободным участком иглы, при этом наружная

канюля и дренаж остаются снаружи от кожных покровов больного. С помощью упорной пластины фиксируют положение иглы, с помощью второй упорной пластины осуществляют поступательное движение наружной канюли и дренажа по игле на расстояние, равное длине ограничительного тросика. Выводы: При применении двухмоментного дренирования отмечался высокий риск подтекания содержимого полости вдоль пункционного канала (особенно при применении бужирования, требующего выполнения нескольких возвратно-поступательных движений); необходимо наличие множества различных инструментов. Максимальный размер дренажа был ограничен размером в 9 СН. В связи с чем способ использовался при абсцессах диаметром лишь немного превышающих 50 мм, правильной округлой формы, при отсутствии секвестров в полости абсцессов. При методике одномоментного дренирования стилет-катетером существенно упрощается техника чрескожного дренирования различных полостных образований. Отмечалась высокая травматичность при применении катетеров большого диаметра и необходимости повторных пункций. Применяется в основном для дренирования крупных поверхностно расположенных образований. При дренировании с помощью УДПО – удается обеспечить высокую точность выполнения пункции и избежать множества возвратно-поступательных движений. Метод вобрал в себя достоинства вышеперечисленных методик и практически не имеет их недостатков.

---

1306. Доплер ориентированная перевязка геморроидальных артерий в лечении больных с геморроидальной болезнью

Фатхутдинов И.М.

Казань

ГБОУ ВПО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Начало 21 века ознаменовалось внедрением различных малоинвазивных способов лечения геморроидальной болезни. В большинстве случаев методы не позволяют добиться хорошего результата в лечении больных с хроническим геморроем и не могут служить альтернативным методом лечения. Наиболее оптимальным малоинвазивным методом в лечении больных с хроническим геморроем является трансанальная доплер ориентированная перевязка геморроидальных артерий. Цель исследования. Оценить эффективность метода доплер ориентированной перевязки геморроидальных артерий в лечении больных с геморроидальной болезнью и другими общепроктологическими заболеваниями. Материал и методы. В период с октября 2013 г. по июнь 2015 г. пролечено 146 больных с различными стадиями геморроя, на оборудовании компании А.М.І. (Австрия), с проктоскопом RAR - 2013 для выполнения дезартеризации и мукопексии. Мужчин – 84, женщин 62. Больных со II стадией – 61, с III стадией - 64, и с IV стадией – 21. Все операции проводились в амбулаторных условиях, под местной анестезией. В 20 случаях проводились симультанные операции – иссечение анальной трещины – 6, иссечение свища – 2, иссечение анальной бахромки – 1, геморроидэктомия наружного узла – 1, иссечение гипертрофированного анального сосочка – 5, иссечение крипты – 1, трансанальная полипэктомия – 5. Результаты. Средняя длительность оперативного вмешательства составила 30 минут. Неприятные ощущения и позывы на стул сохранялись в среднем 3 дня. 103 пациента отмечали исчезновение патологических симптомов геморроя на первых двух консультациях через 14 дней и 21 день. В 6 наблюдениях больные отмечали сохранение выпадения одного коллектора. В раннем послеоперационном периоде развились следующие осложнения: кровотечение – 5 случая (потребовалось повторное вмешательство у 2 больных, в трех наблюдениях консервативное лечение, причем у 3 пациентов наблюдалась кровотечение через 21 день после вмешательства), острый геморроидальный тромбоз – 4 наблюдения (во всех консервативная терапия с хорошим эффектом), выраженный болевой синдром – 2 больной (вследствие распространения отека от швов на зубчатую линию, потребовалось трижды проведения блокады анального сфинктера). Через 3 месяца после первичного вмешательства у 3 больных произведена геморроидэктомия выпадающего узла. Трех пациентов качество жизни устраивало. На отдалённых сроках (более 3 месяцев) у 3 больных отмечалась кровь на туалетной бумаге после твердого кала – которое разрешилась после консервативного лечения. Заключение. Малоинвазивная процедура доплер ориентированная перевязка геморроидальных артерий – является наиболее удачной

малотравматичной технологией в лечении больных с геморроидальной болезнью, которая так же позволяет выполнять симультанные вмешательства с более гладким послеоперационным течением.

---

## 1307. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Деговцов Е.Н., Возлюбленный С.И., Павлов С.С., Низовой К.А., Коцовский А.М.

Омск

ГБОУ ВПО "Омский государственный медицинский институт", кафедра госпитальной хирургии, БУЗОО "Городская больница скорой медицинской помощи №1"

Актуальность. В течении жизни у 15% пациентов с синдромом «диабетическая стопа» (СДС) образуются язвы стоп. В 10 раз чаще синдром диабетической стопы развивается у лиц II типом сахарного диабета. Из общего количества больных с язвой стопы 10-24% подвергаются ампутации, что со своей стороны увеличивает смертность, как в ближайшем, так и в отдалённом будущем. На сегодняшний день идёт поиск новых методов хирургического лечения для сохранения конечностей и заживления трофических нарушений. Целью исследования: является проведение сравнительной оценки основных принципов своевременного хирургического лечения больных с СДС. Материалы и методы. Мы провели сравнительную оценку результатов лечения больных с синдромом диабетической стопы. За период с 1991 по 2013 гг. в отделении гнойной хирургии БУЗОО ГК БСМП №1 г. Омска находилось на лечении 804 пациента с различными формами синдрома диабетической стопы. Среди них мужчин было 219 (27,2%) человек, средний возраст которых составил 63,7 лет, женщин – 585 (72,8%), средний возраст их – 66,2 лет. Из общего числа больных сахарный диабет I типа был у 71 (8,8%) пациента, сахарный диабет II типа был у 735 (91,2%) больных. Пациентам, требующим хирургического вмешательства, выполнялась ранняя расширенная некрэктомия с медикаментозной, механической и физической обработкой ран, в том числе озвучивание ран низкочастотным ультразвуком, пульсирующей струей жидкости, вакуумная обработка ран (по Сафронову). Это, на наш взгляд, позволяло более раннему очищению раны от гнойного отделяемого. Наложение швов на рану с проточно-промывным дренированием применяли после очищения раны и купирования воспалительных изменений со стороны мягких тканей. Промывные дренажи функционировали в круглосуточном режиме (применялся раствор диоксида) в течение 5-7 суток. При открытом ведении раны нами использовались мази на водорастворимой основе, ферментные препараты, гипербаротерапия, ультразвуковая кавитация ран. При обширных дефектах кожи у пациентов в последующем применялась аутодермопластика расщепленным кожным лоскутом, или старались закрыть раневые поверхности перемещаемым кожным лоскутом, так как выписка больных с открытыми ранами, по нашим наблюдениям, почти всегда приводит к их повторной госпитализации. Антибактериальная терапия применялась всем пациентам. Результаты исследования. Анализ и сравнение результатов лечения больных проводили в двух группах. Первую группу составили больные, лечившиеся в клинике в период с 1991 по 1998 гг.. Вторую группу - больные, лечившиеся с 1999 по 2013 гг. Деление пациентов на данные группы было обусловлено внедрением с 1999 г в клинике дифференцированного подхода к диагностике форм синдрома диабетической стопы, что в последующем предопределяло выбор алгоритма соответствующего лечения. Бактериологическое исследование раневого отделяемого проводилось 386 пациентам. Микробный пейзаж ран распределялся следующим образом: Staphylococcus aureus высеян в 17,8 % случаев, Klebsiella spp - 8,1%, Streptococcus faecalis – 9,1%, Staphylococcus epidermidis – 11,1%, E.coli – 7,3%, Streptococcus pyogenus – 5,4%, Pseudomonas aeruginosa – 4,2%, Proteus vulgaris – 2,9%, Bacteroides fragilis – 1,6%, Proteus mirabilis – 1,2%, Enterobacter cloacae – 0,8%, Streptococcus viridans – 0,9%. В 7,1% случаев роста микрофлоры не получено. В 22,6% микрофлора была смешанной. Первая группа представлена 323 больными, которым было выполнено в общей сложности 411 операций. Консервативно пролечено 66 (20,4%) больных, отказались от хирургического лечения 28 (8,6%) пациентов. Повторно оперировано 63 больных, что составило 19,5%. Средние сроки пребывания больных в стационаре составили 29,7 дня. Из 323 больных умерло 34, летальность составила 10,5%. Вторую группу составили 481 больных с различными формами синдрома

860

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

диабетической стопы. Нейропатическая инфицированная форма диагностирована у 222 (46,1%), нейроишемическая форма у 259 (53,9%) больных. В комплексном лечении больных с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы акцент делаем на применении вазоактивных препаратов, включая вазaproстан, который был применен в 61 (12,7%) случаях, что позволило сократить количество высоких ампутаций, и как следствие, снизить летальность больных в этой группе. 23 пациента при применении вазaproстана были выписаны без хирургического лечения, остальным удалось выполнить экономные ампутации. Хирургическому лечению были подвергнуты 295 (61,3%) пациента, которым было выполнено 562 операций. Из 186 (38,7%) не оперированных больных 34 (9,6%) человек отказались от хирургического лечения и 152 (31,8%) больным операция не была показана. Повторные хирургические вмешательства выполнялись у 74 (25,1%) пациентов, в равных количествах в обеих группах больных. Некрэктомии мы не считаем за повторную операцию, а расцениваем как один из этапов хирургического лечения. Средний койко-день пациентов во второй группе составил – 23,5. В группе больных с нейроишемической формой он был – 22,6, с нейропатической формой – 22,8. Из 481 пролеченных больных умер 28, летальность составила (5,8%). Выводы: Дифференцированный подход к лечению различных форм синдрома диабетической стопы, принятые в клинике алгоритмы обследования и лечения больных, позволили добиться снижения среднего срока пребывания больных в стационаре с 29,7 до 23,5 койко – дней и уменьшения летальности с 10,5% до 5,8%. Таким образом проведение данного алгоритма лечебных и профилактических мероприятий позволяет несколько снизить риск ампутаций и повысить качество жизни пациентов, снизить затраты на лечение данной категории.

---

#### 1308. НЕКОТОРЫЕ ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В РОССИИ

Богопольский П.М. (1), Крылов Н.Н. (2), Балалыкин Д.А. (2)

Москва

1) ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского», 2) ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ, Москва.

Несмотря на произошедшие за последние 35–40 лет значительные изменения в консервативном лечении язвенной болезни (ЯБ), она продолжает сохранять лидирующие позиции в структуре заболеваний органов желудочно-кишечного тракта. Изучение истории разработки и применения основных методов консервативного лечения ЯБ показывает, что ни один из них не стал панацеей, и главным образом потому, что этиология ЯБ до конца не выяснена. Среди многочисленных и довольно часто сменявших друг друга теорий этиологии ЯБ к 70-м гг. XX века преимущественное распространение получила теория нарушения равновесия между факторами защиты и факторами агрессии, действующими на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Несмотря на то, что эта несколько механистичная теория была главным образом сфокусирована на местных патофизиологических изменениях и не объясняла всего разнообразия язв желудка и ДПК, она дала в руки врачам реальный подход к патогенетическому лечению ЯБ, в значительной мере основанный на понятном принципе «нет кислоты – нет язвы». В 70–80-е гг. XX века введение в клиническую практику блокаторов гистаминовых и мускариновых рецепторов париетальных клеток слизистой оболочки желудка и ингибиторов протонной помпы называли «революцией в гастроэнтерологии». Но опыт показал, что такое «революционное» лечение по-прежнему не приводило к окончательному выздоровлению и оказалось не в состоянии изменить в том числе и длительность ремиссий ЯБ. Стало ясно, что имеются определенные разновидности язв желудка и ДПК, которые не поддаются никакому консервативному лечению, то есть, для полноценного решения проблемы ЯБ в целом ряде случаев по-прежнему необходимо хирургическое вмешательство, а это означает, что классические показания к радикальной операции при ЯБ должны оставаться в силе. В 70–80-е гг. XX века в хирургическом лечении ЯБ утвердились два основных вида операций – резекция желудка и органосохраняющие вмешательства, в основе которых лежат различные типы ваготомии. Важно, что ваготомия после гастроэнтеростомии и резекции желудка была признана третьим крупнейшим шагом в разработке проблемы оперативного лечения

ЯБ. Широкое использование резекции желудка и органосохраняющих операций в плановом порядке в 70–80-е годы XX века позволило добиться значительного снижения распространенности осложненных форм ЯБ в России. Следующая (вторая) «революция» в гастроэнтерологии началась в 80–90-х гг. XX века после создания геликобактерной теории ЯБ и разработки методов санации желудка и ДПК от спиралевидного микроба – геликобактера. Однако, широкое внедрение т.н. «эрадикационной» терапии не принесло ожидавшегося снижения количества тяжелых осложнений ЯБ в России, а отказ в 90-е гг. от планового выполнения резекции желудка и органосохраняющих операций привел к 1,5–2,5-кратному росту частоты язвенных перфораций и кровотечений. С наступлением XXI века апологеты геликобактерной теории стали склонны представлять проблему ЯБ как принципиально решенную, но на самом деле наблюдающийся рост количества пациентов с осложненными язвами на фоне современной неблагоприятной социально-экономической ситуации в России и странах СНГ позволил некоторым отечественным ученым с тревогой говорить о развитии «неконтролируемой язвенной эпидемии». Крупным достижением последней декады XX века следует считать разработку и внедрение миниинвазивных эндовидеохирургических операций на желудке и ДПК при ЯБ и ее осложнениях. Важно учитывать, что эта прогрессивная тенденция связана с постоянным стремлением хирургов окончательно излечить язвенного больного и при этом нанести ему как можно меньше вреда. На этом фоне выявившаяся в конце XX века тенденция к сокращению плановой хирургии ЯБ сменилась в начале XXI столетия почти полной ее отменой. В последние годы вновь пропагандируют давно известный, но на самом деле ущербный тезис о том, что хирургическая операция – это всего лишь этап в пожизненном лечении язвенного больного. Как ни странно, хирургия ЯБ к началу XXI века вновь ограничилась лечением только тяжелых осложнений (кровотечение, перфорация, стеноз, малигнизация), что напоминает ситуацию, сложившуюся в конце XIX века. При этом язвенные кровотечения в настоящее время лечат у абсолютного большинства больных путем инструментального эндоскопического гемостаза, что вполне оправдано, но тем пациентам, которых оперируют, как правило выполняют лишь паллиативные операции. То же самое касается и пациентов с перфоративными язвами, которым в абсолютном большинстве наблюдений выполняют только паллиативные операции минимального объема, перекладывая на плечи терапевтов «излечение от ЯБ» в последующем. Почему это происходит, понятно: простую операцию сделать проще и легче. Тем не менее, старое утверждение «если уж язвенный больной – то навсегда» уже давно перестало удовлетворять думающих хирургов. Основной принцип хирургического лечения ЯБ должен звучать так: «до операции – язвенный больной, после операции – практически здоровый человек». Этот принцип был взят на вооружение многими передовыми российскими хирургами в конце XX века, и он остается актуальным и в настоящее время. Можно с большой долей уверенности предполагать, что перспективы хирургического лечения ЯБ в XXI веке останутся достаточно широкими, и они во многом будут связаны с совершенствованием и широким использованием в абдоминальной хирургии наиболее физиологичных миниинвазивных (в том числе роботизированных) технологий. Представленные исторические сведения должны помочь врачам правильно определить современное состояние проблемы хирургического лечения ЯБ и перспективы ее дальнейшего развития в нашей стране.

---

1309. Результаты малоинвазивного лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

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

Сургут

1. Сургутский Государственный Университет, медицинский институт, кафедра факультетской хирургии 2. Сургутская городская клиническая больница

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы являются распространенным заболеванием, диагностируемым у 5-7% взрослого населения. В половине случаев грыжи ПОД не имеют клинических проявлений и диагностируются случайно при выполнении эндоскопического или рентгенологического исследования. Клинические проявления грыж ПОД связаны прежде всего с развитием недостаточности замыкательной функции кардии и формированием различной степени выраженности рефлюксного эзофагита. До



настоящего времени четко не определены показания к проведению оперативного лечения у этой категории больных. В то же время, развитие малоинвазивных хирургических технологий делает выполнение операций по поводу клинически значимых грыж ПОД более безопасным, что неизбежно приводит к расширению показаний к выполнению операций. Цель исследования. Изучить случаи оперативного лечения больных с неосложненными грыжами ПОД для выработки оптимальной лечебной тактики. Материал и методы. Рассмотрены 26 случаев госпитализации больных с неосложненными грыжами ПОД за период 2009 – 2015 гг в хирургическое отделение БУ СГКБ г. Сургута. Изучались причины госпитализации, виды проведенных вмешательств, сроки госпитализации, исходы и осложнения. Результаты. Из 26 госпитализированных в плановом порядке пациентов все оперированы в течение суток. Основными причинами выбора оперативного лечения было резистентное течение рефлюксного эзофагита на фоне длительной консервативной терапии у 24 больных (92%), выраженный болевой синдром у 18 больных (69%). Всем больным выполнялись видеоэндоскопические эзофагофундопликации по Ниссену (21, 80%) или Дору (5, 20%) на толстом желудочном зонде. 12 пациентам, оперированным преимущественно в 2009-2012 гг эзофагофундопликация сочеталась с крурорафией (46%). Последний элемент операции в период 2013-2015 гг не применялся, т.к. литературные данные свидетельствуют о раннем прорезывании наложенных швов. Пластическое закрытие дефекта неадгезивными сетчатыми имплантами также не выполняли. В 2 случаях выполнена конверсия в лапаротомный доступ по техническим причинам без изменения основного объема операции (7,7%). Длительность госпитализации составила 4 – 18 суток. Все пациенты выписаны. В раннем послеоперационном периоде в 1 случае отмечена миграция манжеты с ее ущемлением, что потребовало релапаротомии с устранением дефекта диафрагмы (3,8%). Дисфагия отмечена у 6 пациентов (23%), в 3 случаях прошла на фоне введения спазмолитиков, в 3 – купирована однократным ортоградным бужированием при выполнении ФЭГДС. В течение 3 лет после проведенной операции повторно обратились 1 пациент с дисфагией, купирована дозированной баллонной дилатацией пищевода (3,8%), 2 пациентов с миграцией манжеты и рецидивом явлений рефлюкс-эзофагита (7,7%), выполнена реконструкция манжеты с удовлетворительным эффектом. Кумулятивное количество осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периоде составило 10 (38,5%), 7 из которых купированы консервативно или эндоскопически (26,9%), а 3 потребовали повторного вмешательства, связанного с миграцией манжеты (11,5%). Связь миграции манжеты с выполнением крурорафии не установлена вследствие небольшого количества наблюдений. Выводы. Поводом для выбора оперативного лечения грыж ПОД чаще является неэффективное консервативное лечение рефлюксного эзофагита. Частота выполнения крурорафии при выполнении эндоскопических операций по поводу грыж ПОД составила 46%. Плановая малоинвазивная хирургия грыж ПОД является безопасной, сопровождается низкими показателями летальности. Частота осложнений достигает 38,5%, 70% из них относятся к категории функциональных дисфункций и корректируются консервативными мероприятиями без развития отдаленных последствий. Осложнения, требующие повторного вмешательства, связаны с миграцией фундопликационной манжеты и встречаются в 11,5% случаев. Связь миграции манжеты с техникой выполнения операции (выполнением крурорафии) может обсуждаться только при изучении достаточного количества наблюдений.

---

#### 1310. ПРИМЕНЕНИЕ ОРИГИНАЛЬНОЙ МЕТОДИКИ ОТГРАНИЧЕНИЯ И ДРЕНИРОВАНИЯ ЗОНЫ ПАНКРЕАТИКОГАСТРОАНАСТОМОЗА ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Байчоров Э.Х., Бруснев Л.А., Новодворский С.А., Семенов С.С., Байчоров М.Э., Гусейнов Ш.И.

Ставрополь

Байчоров Э.Х., Бруснев Л.А., Новодворский С.А., Семенов С.С., Байчоров М.Э., Гусейнов Ш.И.

Актуальность Несостоятельность панкреатикодигестивного анастомоза является частым осложнением панкреатодуоденальной резекции (ПДР), встречающимся в 9-30% случаев Было выполнено лишь одно рандомизированное исследование по изучению необходимости дренирования брюшной полости после ПДР, выявившее, что отказ от дренирования приводит к увеличению частоты и тяжести послеоперационных осложнений. Материалы и методы Клинические наблюдения содержат анализ 73 больных, которым была

выполнена операция ПДР. Больные находились на лечении в хирургическом торакальном ГБУЗ СК СККБ в период с 2009 по 2014 гг. В исследовании мы сравниваем результаты хирургического лечения следующих групп пациентов: основная, в которой была выполнена операция ПДР с дренированием зоны панкреатикогастроанастомоза (ПГА) по оригинальной методике – 39 больных (53,4%); контрольная, в которой пациентам была выполнена ПДР, с дренированием брюшной полости в традиционном варианте – 34 пациентов (46,6%). Пациенты статистически не различались по гендерно-возрастному признаку. Всем пациентам реконструктивный этап операции производили в виде ПГА по оригинальной методике. После удаления органокомплекса и завершения реконструктивного этапа через отдельное отверстие в брыжейке поперечной ободочной кишки дренажная трубка подводится непосредственно под задний наружный ряд швов панкреатикогастроанастомоза. После установки дренажа и контроля на гемостаз формируется герметичный «мешочек» вокруг панкреатикогастроанастомоза. Спереди полость ограничивают сам гастроюноанастомоз и брыжейка тощей кишки, с петлей которой и сформирован анастомоз. С продолжением этой петли, подведенной к культе общего печеночного протока, сформирован гепатикоюноанастомоз, а ее брыжейка по малой кривизне подшита к желудку. По большой кривизне к желудку подшивается поперечно-ободочная кишка до уровня желудочно-селезеночной связки. Благодаря предложенной методике дренирования удается изолировать потенциально «опасное» место от свободной брюшной полости и адекватно эвакуировать отделяемое в случае несостоятельности панкреатикогастроанастомоза, тем самым увеличивая эффективность консервативной терапии и снижая риск развития распространенного послеоперационного перитонита. Таким образом удается предотвратить каскад угрожающих жизни пациент осложнений, которые влечет за собой несостоятельность ПГА. Результаты и обсуждение Релапаротомия потребовалась в 2 (33,3%) наблюдениях при выявленной несостоятельности ПГА в основной группе и во всех 4 случаях (100%) ( $p > 0,05$ ) в контрольной группе. В 4 случаях несостоятельности ПГА в основной группе удалось избежать повторной операции за счет применения оригинального способа отграничения и дренирования зоны ПГА. Применение оригинальной методики отграничения и дренирования зоны панкреатикогастроанастомоза привели к снижению числа повторных операций при развитии несостоятельности последнего с 100% до 33,3% при панкреатодуоденальной резекции.

---

### 1311.ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ БИЛИАРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ КАК СПОСОБА ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Бруснев Л.А., Новодворский С.А., Байчоров М.Э., Семенов С.С., Гусейнов Ш.И.

Ставрополь

Кафедра хирургии и эндохирургии с курсом сосудистой хирургии и ангиологии СтГ-МУ, г. Ставрополь

Актуальность Проблема лечения опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ) становится все более и более актуальной в связи с неуклонным ростом этой патологии. Единственным эффективным методом лечения при этих видах опухолей является панкреатодуоденальная резекция (ПДР). Рассматриваемая проблема неразрывно связана с синдромом механической желтухи (МЖ) — основным проявлением опухолей данной локализации. МЖ является фактором, повышающим риск периоперационных гнойно-воспалительных осложнений. Известно, что отсутствие поступления желчи в кишечник сопровождается транслокацией кишечной микро-флоры с проникновением ее в воротную вену и системный кровоток. Консервативная терапия при МЖ малоэффективна, а оперативное вмешательство, особенно, большого объема, приводит к развитию тяжелых послеоперационных осложнений. Таким образом, поиск прогностических факторов, мер профилактики и лечения после-операционных осложнений при хирургическом лечении заболеваний органов периапулярной зоны на фоне МЖ является актуальным. Материалы и методы исследования Клинические наблюдения содержат анализ 95 больных, которым была выполнена операция ПДР. Больные находились на лечении в хирургическом торакальном ГБУЗ СК СККБ в период с 2000 по 2014 гг. МЖ наблюдалась у 61 (64,2%) пациента. Анализ результатов лечения этой группы

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

па-циентов лег в основу исследования. Больные на фоне желтухи более 60 мкмоль/л радикально не оперировались. Им выполнялась билиарная декомпрессия (БД). ПОГВО возникли у 17 (27,7%) пациентов с МЖ до операции. 44 (72,1%) больным была выполнена БД в предоперационном периоде. Из них у 11 (18,0%) возникли ПОГВО. В качестве БД нами использовались следующие методы: чрескожная, чреспеченочная холангиостомия – 27 (44,3%); минилапаротомия, холецистостомия – 9 (14,8%); минилапаротомия, дренирование холедоха по Керу – 6 (9,8%); эндоскопическое стентирование холедоха – 2 (3,3%). Результаты Проанализирована корреляционная связь развития послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений у больных, которым была выполнена ПДР с предоперационным повышенным уровнем билирубина сыворотки крови. В связи с этим БД использовалась в рамках предоперационной подготовки у большинства пациентов с механической желтухой (44 из 61) или у 72%. Среди них у 11 развились ПОГВО (25%). У пациентов же с МЖ без БД ПОГВО развились у 6 из 17 (35,3%). Выводы В ходе исследования обнаружена положительная корреляционная связь повышенного содержания общего билирубина сыворотки крови с гнойно-воспалительными осложнениями после ПДР. Билиарная декомпрессия в предоперационном периоде достоверно снижает риск развития послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений после ПДР.

---

## 1312. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Рахматуллаев Р.Р., Норов А.Х., Рахматуллаев А.Р., Ёров С.Ё

Турсунзаде, Р. Таджикистан

МСЧ ГУП ТАЛКО

Целью исследования является улучшение диагностики и лечения острых хирургических заболеваний (ОХЗ) органов брюшной полости. Материалы и методы исследования: Нами с 2001 по 2015 гг. диагностическая и лечебная видеолaparоскопия при острых и/или при подозрении на острые хирургические заболевания органов брюшной полости произведено 871 больным в возрасте больных от 14 до 88 лет. Мужчин – 367 (42,1%), женщин – 504 (57,9%), следовательно подавляющее большинство больных составили лица женского пола. Диагностическую видеолaparоскопию производим в условиях эндовидеолaparоскопической операционной под общей анестезией с искусственной вентиляцией легких, в условиях искусственного карбоксиперитонеума. Обзор и ревизию органов брюшной полости производили по часовой стрелке, после верификации диагноза определялась дальнейшая хирургическая тактика. Результаты исследования и обсуждение: Так, на диагностическом этапе - у 187 (21,4%) больных были исключены острые хирургические заболевания органов брюшной полости, тем самым у этих больных удалось избежать напрасной лапаротомии. У остальных 684 (78,6%) больных выявлены следующие патологии требовавшие хирургической коррекции: Острый аппендицит - у 288 (42,1%), из них 252 (87,5%) больным произведена LS аппендэктомия, в связи с ретроцекальным, ретроперитонеальным расположением червеобразного отростка и наличием аппендикулярного инфильтрата и абсцесса 36 (12,5%) больным произведена конверсия. Острый холецистит выявлен – у 32 (4,6%) больных, во всех случаях произведена LS холецистэктомия. У 39 (5,7%) больных установлена перфоративная язва желудка и ДПК, из них LS ушивание перфоративной язвы желудка и ДПК удалось произвести - у 28 (71,7%) больных, - у 7 (17,9%) больных в связи с наличием язвенного инфильтрата ушивание перфоративного отверстия произведено из мини лапаротомного доступа, у 4 (10,2%) больных в связи с разлитым перитонитом операция завершена традиционным способом. Острая спаечная кишечная непроходимость установлена - у 46 (6,7%), из них в 39 (84,7%) случаях удалось произвести LS рассечение спаек с восстановлением пассажа по кишечнику. У 25 (3,6%) больных установлен острый геморрагический панкреатит. Диагноз был установлен по наличию геморрагического выпота в подпеченочной области, раздутию петли поперечно-ободочного кишечника. Во всех случаях произведено вскрытие сальниковой сумки, производили санация и обкалыванием панкреаса 0,5% раствором новокаина с антибиотиками широкого спектра действия, операцию завершали дренированием сальниковой сумки и подпеченочной области. У 17 (2,4%) установлен перекут жирового подвеса ободочной кишки, им

865

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

произведено LS резекция жирового подвеса, - у 4 (0,5%) тромбоз брыжеечных вен тонкого кишечника – конверсия и резекция тонкого кишечника с формированием анастомоза конец в конец, - у 5 (0,7%) установлено пристеночное ущемление тонкого кишечника в пупочном кольце, которым произведено традиционное грыжесечение с пластикой. У – 8 (1,1%) больных установлен воспален дивертикула Меккеля, им произведено резекция дивертикула из мини лапаротомного доступа. Опухоль толстого кишечника была выявлено – у 9 (1,3%) больных. У 211 (30,8%) больных выявлены различные гинекологические заболевания органов малого таза. В ближайшем послеоперационном периоде больные в назначении наркотических анальгетиков не нуждались, активизировались на первые сутки после операции. Нагноение послеоперационной раны отмечено -у 18 (2,6%) пациентов. Средний койко-дней пребывания больных в стационаре составил  $4,4 \pm 0,5$  дня. Умер 1 (0,1%) больной с острым панкреатитом от острого инфаркта миокарда. Таким образом, по данным нашего исследования у 613 (89,6%) больных после верификации диагноза удалось завершить операцию лапароскопической методикой, – у 71 (10,4%) больных произведено конверсия, из них – у 12 (1,7%) больных для коррекции хирургическое патологии ЛС методика операции сочеталось мини лапаротомным доступом. Диагностическая видеолапароскопия в ургентной абдоминальной хирургии при подозрении на ОХЗ позволяет своевременно верифицировать диагноз, оптимизировать метод хирургического лечения, избежать напрасных лапаротомий тем самым снизить риск развития различных осложнений до и в послеоперационном периоде.

---

1313. Чрескожное чреспеченочное дренирование желчевыводящих путей в лечении механической желтухи

Самарцев В.А., Каракулов О.Г., Каракулов А.О.

Пермь

ГБОУ ВПО ПГМУ им. академика Е.А.Вагнера Минздрава России, ГАУЗ ПК ГКБ №4 г.Пермь

Актуальность. Наиболее частой причиной развития механической желтухи (МЖ) являются онкологические заболевания органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Хирургические вмешательства у больных механической желтухой, выполняемые по экстренным показаниям, сопровождаются большим числом осложнений, а летальность достигает 15-30%. У 38-46% больных опухолевый блок желчеотделения локализуется в области ворот печени и захватывает близлежащие органы и крупные сосуды, что резко усложняет или делает невозможным радикальное вмешательство. В последние годы наряду с традиционными методами декомпрессии желчевыводящих путей (ЖВП) появились малоинвазивные способы ликвидации механической желтухи, к числу которых можно отнести чрескожное чреспеченочное дренирование желчевыводящих путей (ЧЧД ЖВП), которое выполняется под рентгеноскопическим контролем. Цель. Улучшить результаты этапного миниинвазивного лечения механической желтухи за счет дифференцированного использования вариантов чрескожного чреспеченочного дренирования ЖВП. Материал и методы. В отделении рентгенхирургических методов диагностики и лечения ГАУЗ ПК «ГКБ №4» были применены диагностические и лечебные чрескожные чреспеченочные вмешательства у 102 пациентов с МЖ. Среди обследованных было 60 (59%) женщин и 42 (41%) мужчины (41%). Средний возраст составил  $67,2 \pm 2,33$  лет. В структуре причин МЖ наиболее часто встречались: рак головки поджелудочной железы - 49 (48,5%), рак желчного пузыря – 9 (8,9%), ЖКБ – 8 (7,9%), рак желудка с метастазами в ворота печени – 7 (6,9%), рак кишечника с образованием метастазов – 4 (4,0%), рак большого дуоденального сосочка – 4 (4,0%), холангиокарцинома – 3 (3,0%), рак молочной железы – 3 (3,0%), острый холецистит – 3 (3,0%), панкреатит – 2 (2,0%), заболевания печени различного генеза – 5 (5,0%) и прочие. Результаты. Всем больным в ходе лечения первым этапом была выполнена чрескожная чреспеченочная холангиография. При наличии дилатации внутрипеченочных желчных протоков чрескожная чреспеченочная холангиография оказалась успешной у 98% больных. У 89 пациентов (87,2%) было выполнено чрескожное наружное дренирование ЖВП, у 13 пациентов (12,2%) наружно-внутреннее дренирование ЖВП, позиционировав дренаж в ДПК за БДС. В 46 случаях (45,0%) дренирование проводилось на уровне общего желчного протока, у 31 пациентов (30,3%) на уровне долевых печеночных протоков, в 27 случаях (26,4%) на уровне общего печеночного протока. Чрескожное желчеотведение выполняли по модифицированной

866

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

методике Сельдингера комплексом «игла-катетер». Выявили более благоприятную динамику восстановления функциональной активности печени и почек после проведения дозированной декомпрессии. В послеоперационном периоде среди ранних осложнений наблюдалось 1 (5,9%) внутрибрюшное кровотечение. Среди поздних осложнений: дислокация дренажа - 21 (77,7%), подтекание желчи в брюшную полость – 5 (18,5%), местный перитонит – 1(3,1%). Заключение. Таким образом, чрескожные чреспеченочные вмешательства позволяют решить вопрос о характере и причине желтухи, и осуществить адекватную декомпрессию билиарного тракта. Дренирование желчевыводящих путей является высокоэффективным методом этапного миниинвазивного лечения МЖ, и, в ряде случаев, является одним из этапов подготовки к дальнейшему оперативному вмешательству.

---

1314. Диагностика и лечение травм поджелудочной железы в многопрофильном стационаре

Сингаевский А.Б., Курков А.А.

Санкт-Петербург

ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра факультетской хирургии им И.И. Грекова; ГУЗ «Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы»

Количество пострадавших с травмами различной локализации увеличивается во всем мире. При этом анатомически хорошо защищённая поджелудочная железа повреждается сравнительно редко. По данным разных авторов частота травмы железы составляет от 4,3% до 10,7%. Послеоперационные осложнения возникают у 32-75% пострадавших. Летальность также высока и, по данным литературы, может достигать 80%. Вследствие этого своевременная диагностика и лечение пострадавших с травмами поджелудочной железы является актуальной проблемой хирургии повреждений. Проанализированы результаты лечения 56 пострадавших с различными повреждениями поджелудочной железы, находившихся на лечении в хирургических отделениях Елизаветинской больницы г. Санкт-Петербурга с 1998 по 2010 годы. Пострадавшими в основном (83,9%) были мужчины трудоспособного возраста. Отмечена следующая градация пострадавших с травмами поджелудочной железы по возрасту; от 18 до 40 лет – 36 (64,3%), от 40 до 60 лет – 14 (25%), старше 60 лет – 6 (10,7%). В 35 случаях (62,5%) отмечался криминальный характер повреждений поджелудочной железы. Большинство повреждений носило закрытый характер – 46 (82,1%), при этом самой частой причиной явился удар в эпигастрий – 33 (58,9%). Ранения имели место у 10 пациентов (17,9%), в большинстве случаев – колото-резаные – 7 наблюдений (12,5%). В состоянии алкогольного опьянения поступили 11 пациентов (19,6%). Всем пациентам, поступающим с открытым повреждением живота, после установления проникающего характера ранения (10) в экстренном порядке выполнялась лапаротомия. Специфических клинических симптомов у пострадавших с закрытой травмой живота с повреждением поджелудочной железы выявлено не было. Вследствие этого проводилось дообследование, включавшее в себя исследование уровня лейкоцитов в клиническом анализе крови, уровня сывороточной амилазы и диастазы мочи, рентгенография живота и ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Последнее выполнялось 26 пациентам (46,4%), в абсолютном большинстве (22) при которых выявлялась свободная жидкость в брюшной полости, что служило показанием к оперативному вмешательству. Диагностическая лапароскопия выполнена 22 (39,3%) пациентам, и во всех случаях выставлены показания к лапаротомии. Изолированные повреждения поджелудочной железы отмечены в 21,4% (12) случаев. Множественный характер повреждений органов живота установлен у 78,6% (44) раненых. Чаще всего с повреждением поджелудочной железы сочеталось повреждение: толстой кишки и ее брыжейки – 28,6% (15) случаев; двенадцатиперстной кишки – 19,6% (13), селезенки и печени – по 16,1% (9) наблюдений. Наиболее часто встречались повреждения тела – 64,3%(36) и хвоста железы – 55,4% (31). Исходя из тяжести повреждения поджелудочной железы по классификации AAST, пострадавшие распределились следующим образом: I степень – 29 (51,8%); II степень – 16 (28,6%); III степень – 9 (16,1%); IV степень – 2 (3,6%). Повреждения V степени нам не встречались. Ушивание капсулы поджелудочной железы осуществлялось в 12,5% (7) случаях. Тампонирование сальниковой сумки выполнялось в 10 (17,8%) случаях. Однако в последнее десятилетие от данных оперативных приемов отказались ввиду высокого

867

процента гнойно-септических осложнений. В настоящее время тампонирование выполняется нами только в рамках лечебной тактики «damage control» у гемодинамически нестабильных пациентов в тяжелом состоянии. 6 пациентам (10,7%) выполнена резекция поджелудочной железы. Практически у всех пациентов операция окончена дренированием сальниковой сумки и брюшной полости. Посттравматический панкреатит как самое частое осложнение травм поджелудочной железы наблюдался у 33,9% (19) пациентов, из них у 6 (10,7%) – развился панкреонекроз. Наиболее частым послеоперационным осложнением явились флегмона забрюшинной клетчатки и абсцессы брюшной полости – 25,0% (14), в большинстве своем развившимися после тампонирования сальниковой сумки. В 2 случаях развился наружный панкреатический свищ, потребовавший в последующем резекции поджелудочной железы. Из 56 наблюдений в 16,1% (9) случаях наступил летальный исход. Основными причинами смерти явились: массивная кровопотеря – 3 (5,4%), гнойно-септические осложнения, приведшие к прогрессирующей полиорганной недостаточности – 4 (7,1%). Таким образом, при закрытой травме поджелудочной железы основным диагностическим методом является лапароскопия. В настоящее время тампонирование сальниковой сумки допустимо только в рамках лечебной тактики «damage control».

---

1315. Роль эндоскопических методов в лечении больных тяжелой сочетанной травмой с доминирующей травмой грудной клетки.

Цеймах Е.А.(1), Бомбизо В.А.(2), Гонтарев И.Н.(2), Меньшиков А.А.(2)

Барнаул

1) Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии Алтайского государственного медицинского университета, 2) КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи»

Актуальность. Дорожно-транспортные происшествия, непрекращающиеся военные конфликты, стихийные бедствия, высотное строительство обуславливают стабильное нарастание частоты травматизма. В структуре травматизма повреждения груди составляют около 10%, занимая третье место после переломов костей конечностей и черепно-мозговой травмы. Особенностью современной травмы груди является ее сочетание с другими повреждениями. Взаимное отягощение состояния при политравме значительно усложняет диагностический и лечебный процесс, задерживает оказание специализированной помощи, например, при сочетании черепно-мозговой и торакальной травмы или скелетной травмы и травмы груди. Тяжесть состояния пострадавших с торакальными повреждениями при политравме предъявляет жесткие требования к выбору объема диагностических и лечебных мероприятий (Агаджанян А.В., 2003; Авилова О.М., 1986; Жестков К.Г., 2003). Летальность от плевро-легочных осложнений при сочетанной травме груди, несмотря на применение современных методов лечения и новейших препаратов, все же не имеет устойчивой тенденции к снижению и колеблется от 25,8% до 47,2% (Муковников А.С., 1997; Агаларян А.Х., 2006; Соколов В.А., 2006). Цель исследования. Повышение эффективности комплексного лечения больных тяжелой сочетанной травмой с доминирующей травмой груди (ТСТГ) путем применения миниинвазивных методов лечения. Материалы и методы. Анализируются результаты лечения 216 больных с ТСТГ, находившихся на лечении в Краевой клинической больнице скорой медицинской помощи города Барнаула. Мужчин было 169 (78,2%), женщин – 47 (21,8%). Возраст больных колебался от 15 до 79 лет. Причины травмы были различные. Наиболее частой причиной ТСТГ были автодорожные происшествия – у 84 (38,9%) пациентов. Реже встречались бытовые травмы у 62 (28,7%), криминальные – у 43 (19,9%), производственные повреждения – у 20 (9,3%) и падения с высоты – у 7 (3,2%). Большинство пациентов были доставлены в отделение тяжелой сочетанной травмы в первые два часа с момента получения травмы – 129 (59,7%), от 3 до 24 часов – 45 (20,8%), от 24 до 72 часов – 32 (14,8%), через 72 часа с момента травмы – 10 (4,6%) больных. Оценка тяжести повреждений проводилась по шкале ISS: у 94 (43,5%) пациентов была до 25 баллов, у 94 (43,5%) – от 25 до 40 баллов и у 28 (13,0%) – более 40 баллов. Из 216 больных 96 (44,4%) составили основную группу, 120 (55,6%) – группу сравнения. Пациентам основной группы проводились современные эндоскопические вмешательства на органах грудной клетки: клапанная бронхоблокация, диагностическая и лечебная торакоскопия. Пациенты группы сравнения получали традиционное лечение:

торакаотомия, слепое дренирование плевральных полостей, санация трахеобронхиального дерева и т.д. Односторонние торакальные повреждения выявлены у 179 (82,9%) больных, двусторонние - у 37(17,1%). У 168 (77,8%) пострадавших травма груди сопровождалась подкожной и межмышечной эмфиземой. Пневмоторакс наблюдался у 85 (39,2%) больных (36 (37,5%) – основная группа; 49 (40,8%) – группа сравнения). Гемоторакс выявлен у 46 (21,1%) пациентов (23 (23,0%) – основная группа; 23 (19,2%) – группа сравнения), гемопневмоторакс – 85 (39,4%) пострадавших (45 (46,9%) – основная группа; 40 (33,3%) – группа сравнения). По данным показателям группы были сопоставимы между собой. Нами разработана лечебно-диагностическая тактика ведения больных ТСТГ. Показаниями к экстренной торакаотомии считали большой и тотальный гемоторакс, гемоперикард с тампонадой сердца, гемомедиастинум с компрессией дыхательных путей и магистральных сосудов, обширная проникающая рана груди с открытым пневмотораксом и массивным повреждением легкого. Показаниями к экстренной торакокопии являлись ранения в «торакоабдоминальной зоне» грудной клетки, средний и малый гемоторакс, посттравматическая эмпиема плевры. Срочную торакоскопию применяли при продолжающемся внутриплевральном кровотечении с выделением крови по дренажам более 200 мл/час и отсутствие признаков его остановки. При напряженном или длительно не расправляющемся пневмотораксе (в течение 4-5 дней) применяли клапанную бронхоблокацию. Для закрытия легочно-плевральной фистулы при пневмотораксе нами разработан и клинически апробирован метод применения окклюзии свищевого бронха оригинальным эндобронхиальным клапаном (регистрационное удостоверение № 01.03.2006 (5625-06 от 21.12.2006г.), сохраняющим дренажную функцию заблокированного бронха. Торакоскопию проводили в условиях операционной под эндотрахеальным наркозом без отдельной интубации бронхов. Торакоцентез осуществляли в IV-VI межреберье по подмышечным линиям, по возможности вне зоны повреждения. Место введения оптики рассчитывалось с условием наиболее полной визуализации повреждений органов грудной полости. Торакокопия включала визуальный осмотр плевральной полости, топическую диагностику повреждений с целью уточнения и дополнения предварительного диагноза, удаление жидкой крови и сгустков из плевральной полости, установку дренажей в плевральную полость и расправление легкого под визуальным контролем. Весь представленный в работе цифровой материал обработан с использованием показателей базовой статистики с расчетом средних величин ( $M \pm m$ ). Для оценки достоверности различий использовали t-критерий Стьюдента для попарно связанных и несвязанных выборок. Достоверность различий считали установленной при  $p$

---

#### 1316.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ

Рахматуллаев Р, Р, Норов А.Х, Рахматуллаев А.Р, Рахматуллаева Ф.Р, Хасанов С.М, Жураев Ш,Ж.

Турсунзаде, Р.Таджикистан.

ЛДЦ «ВАРОРУД», МСЧ ГУП ТАЛКО.

Цель исследования: Является улучшение результатов хирургического лечения эхинококкоза печени с использованием малоинвазивной технологии. Материал и методы исследования: Нами с 2002 по 2015 гг. 214 больным произведено лапароскопическая эхинококкэктомия при эхинококковой кисте печени (ЭК), из них у 92(42,9%) больных оперативное вмешательство выполнено по комбинированной методике, т.е. в сочетании ЛС методики с мини лапаротомным доступом по Прудкову. Среди обследованных мужчин 156 (72,8%), женщин 58 (27,2%). Возраст больных от 17 до 65 лет, средний возраст составил  $39 \pm 2,5$  года. Основным методом диагностики ЭК печени является ультразвуковое исследование органов брюшной полости, также всем больным для исключения ЭК легкого произведена рентгеноскопия грудной клетки. При этом у 168 (78,6%) больных ЭК локализовалась в правой доле печени в проекции Y-YI-YII сегментов, из них у 4-х больных выявлена также эхинококковая киста брыжейки тонкого кишечника, у 46 (21,4%) больных ЭК локализовалась в левой доле печени. Размеры ЭК составляли от 13,0x10,0 см. до 5,0x5,0 см., одиночная эхинококковая киста была у 181 (84,5%) больных, наличие двух кист отмечено у 33(15,5%) больных. У 15 (18,2%) больных было выявлено УЗИ признаки омертвевшей ЭК печени. Результаты исследования и обсуждения: Окончательное решение о возможности выполнения ЛС эхинококкэктомии принимали на

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

диагностическом этапе оперативного вмешательства. Только у 5-х больных отмечены не совпадение результатов УЗИ с данными диагностической лапароскопии, у них было отмечено центральное расположение ЭК печени. Остальным 209 пациентам удалось операцию завершить ЛС методикой. По нашему мнению показанием к выполнению ЛС эхинококкэктомии является ЭК расположенная во всех сегментах печени за исключением труднодоступного УШ сегмента и/или центрального расположения кисты. Методика операции: При расположении ЭК в правой доле печени торакопорты устанавливаем как при ЛС холецистэктомии, за исключением 20 мм. торакопорта, который устанавливаем в правом подреберье. Если ЭК располагается в левой доле печени 20 мм. торакопорт устанавливаем в левой подреберной области. После визуализации ЭК, если имеется перипроцесс производим разведение перипроцесса. Тщательно ограничиваем ЭК марлевым тампоном, введенный через 20 мм. торакопорт, производим пункцию кисты с аспирацией содержимого, не вынимая иглу в полость вводим 76% спирт в количестве пропорциональному объему ЭК, с экспозицией 6-8 мин. Рассекаем фиброзную капсулу хитиновую оболочку удаляем через 20 мм. торакопорт. Оставшиеся часть фиброзной капсулы иссекаем до ткани печени, остаточную полость обрабатываем 76% спиртом. У 42 больных тампонада остаточной полости сальником сочеталась с дренированием силиконовой трубкой, которую удаляли на 12-14-ые сутки после операции. У 76 (35,5%) больных для ликвидации остаточной полости и желчного свища нами ЛС методика сочеталась с минилапаротомным доступом по Прудкову. У 49(22,8%) больных с ЭК У-УІ сегментов печени отмечено вовлечение в перипроцесс стенок желчного пузыря с его деформацией, им произведена симультанно ЛХЭ. 4 больным с дополнительной ЭК брыжейки тонкого кишечника произведена идеальная эхинококкэктомия из «мини» лапаротомного доступа. У 46 (21,4%) больных с локализацией ЭК в левой доле печени отмечен перипроцесс между малой кривизной желудка и ЭК, из них у 12 больных произведена перичистэктомия в сочетании ЛС методики с мини лапаротомным доступом, в остальных случаях произведена закрытая одномоментная эхинококкэктомия с тампонадой остаточной полости большим сальником. Следовательно, нами эхинококкэктомия по комбинированной методике т.е. сочетание ЛС методики с мини лапаротомным доступом по Прудкову выполнено у 92(42,9%) больных. В ближайшем послеоперационном периоде больные активизировались к концу дня операции, в назначении наркотических анальгетиков не нуждались, чувствовали себя комфортно, продолжительность операции составила 67±10 мин, нагноение послеоперационной раны отмечено у 2(2,5%) больных, средний койка дней пребывания в стационаре составил 5,6±1,5 дня, летальных исходов не было. Выводы: 1. ЛС эхинококкэктомия из печени является возможным и целесообразным при локализации ЭК в У-УІ-УІІ сегментах и в левой доле печени; 2. Методикой выбора ликвидации остаточной полости после эхинококкэктомии является тампонада остаточной полости большим сальником, а при краевой локализации ЭК- перичистэктомия; 3. Сочетание ЛС методики и минилапаротомного доступа по Прудкову для ликвидации остаточной полости и желчного свища при ЭК печени, является перспективное методикой, которая позволяет оперативное вмешательство завершить малоинвазивно, уменьшить продолжительность операции и тем самым минимизировать вредное воздействие напряженного карбоксиперитонеума на организм.

---

## 1317.НОВЫЕ ПОДХОДЫ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ, СОЧЕТАННОЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Куницкий Ю.Л., Христуленко А.А.

Донецк ДНР.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Цель исследования: обоснование хирургической тактики у больных с ЖКБ, сочетанной с язвенной болезнью (ЯБ). Объект и методы исследования: В основу работы положен опыт хирургического лечения 177 больных с желчекаменной (ЖКБ), сочетанной с язвенной болезнью. У данной категории больных основным заболеванием считали ЖКБ и ее осложнения, сочетанными – ЯБ. Возраст больных – от 27 до 82 (50,4±3,7) лет. Мужчин было 83 (46,9%), женщин – 94 (53,1%). В плановом порядке госпитализированы 53 (29,9%), в

870



неотложном – 124(70,1%) больных. Длительность основного заболевания – от 1 месяца до 30 (5,3+6,6) лет, ургентных больных от 3,5 до 144 (43,4+5,4) часов. Хронический калькулезный холецистит (ХКХ) имел место у 53(29,9%), острый (ОКХ) у 69(39,0%), механическая желтуха (МЖ)–у 55(31,1%) больных. Из осложнений основного заболевания перитонит был у 20(29,0%), холангит – у 15(8,5%) больных. Сочетанная язвенная болезнь ДПК выявлена у 136(74,0%) (у 5 из них в сочетании со вторичной язвой желудка), язвенная болезнь желудка – у 14(7,9%) больных. 33(18,6%) больных в прошлом перенесли операции по поводу различных осложнений ЯБ. Активная фаза ЯБ на момент операции была у 51(28,8%) больного. У 88(497%) больных отмечено бессимптомное течение основного и сочетанных заболеваний в различных комбинациях, что в ряде случаев привело к диагностическим ошибкам, развитию осложнений в ближайшем послеоперационном периоде. Результаты исследования: Все больные оперированы. При ХКХ холецистэктомия (в т.ч. ЛХЭ) выполняли после курса противоязвенной терапии (ПЯТ), рубцевания язвы с ФГДС-контролем. При ОКХ выполняли раннее оперативное лечение (в т.ч. ЛХЭ) с учетом ПЯТ в до-и послеоперационном периоде. При язве желудка операции предшествовала полипозиционная гастробиопсия с верификацией «доброкачественности» язвы. При механической желтухе использован 3-х этапный метод лечения: пункция внутрипеченочного желчного протока под контролем УЗИ с последующей ПЯТ, ЭПСТ, ЛХЭ. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде развились у 11(18,3%) больных контрольной группы в виде острого желудочно-кишечного кровотечения (ОЖКК) язвенного генеза через 3,5+4,3 суток после операции. Оно остановлено консервативно с использованием эндоскопических методов гемостаза. Разработаны факторы риска развития ОЖКК у данной категории больных, и меры их профилактики. Симультанные операции по поводу сочетанной ЯБ выполнили у 11(6,2%) больных основной группы при осложненных формах и высокой степени риска развития осложнений на основе органосохраняющих вмешательств. Учет выявленных факторов риска позволил уменьшить частоту осложнений в виде ОЖКК до 1,4% у больных основной группы. Улучшение результатов хирургического лечения данной категории больных заключается в использовании комплексного подхода в диагностике, миниинвазивных технологий, учете выявленных факторов риска развития осложнений со стороны сочетанной ЯБ в ближайшем послеоперационном периоде. Выводы: 1. У 88(497%) больных с ЖКБ, сочетанной с язвенной болезнью, отмечается бессимптомное течение основного и сочетанных заболеваний в различных комбинациях, что приводит к диагностическим ошибкам, развитию осложнений в ближайшем послеоперационном периоде 2. Хирургическое лечение больных с ЖКБ, сочетанной с язвенной болезнью должно выполняться с учетом факторов риска развития осложнений со стороны сочетанной ЯБ в ближайшем послеоперационном периоде.

---

#### 1318.ФАКТОРЫ ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Борота А.В., Куницкий Ю.Л., Христуленко А.А.

Донецк ДНР

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Цель исследования: унифицировать показания к объему и методу хирургического лечения ОКН, обусловленной РОК у больных пожилого и старческого возраста Вступление: Острая кишечная непроходимость (ОКН) является одним из наиболее распространенных и тяжелых заболеваний в абдоминальной хирургии На протяжении последних лет отмечено изменение структуры ОКН, вследствие значительного увеличения пациентов с раком ободочной кишки (РОК). При этом частота осложнений при РОК остается высокой (44,7–61,0%), а послеоперационная летальность достигает 45% и не имеет тенденции к снижению. За последние годы отмечено увеличение количества больных с осложненным РОК (от 50 до 82,5%) за счет пациентов пожилого и старческого возраста, а в возрасте более 60 лет они составляют 2/3 пролеченных больных. По общепризнанному мнению эта группа пациентов из-за ряда особенностей относится к высокой степени операционно-анестезиологического риска. Вопросы диагностики и хирургической тактики у них и на сегодняшний день остаются предметом дискуссии и окончательно не разрешены. Объект и методы исследования: Клиника располагает опытом хирургического лечения 137

больных с различными видами ОКН у больных пожилого и старческого возраста. Больные с осложненными формами РОК составили 41,6% от всех больных, пролеченных с различными видами ОКН. В работе использованы клинические, лабораторные, рентгенологические, эндоскопические методы исследования. Результаты исследования: На основании выявленных факторов определяющих развитие послеоперационных осложнений при хирургическом лечении больных пожилого и старческого возраста основной группы (42 больных) с ОКН, обусловленной РОК выделены 3 степени операционного риска (сумма баллов от 0 до 10 – относительно низкая; от 11 до 15 – высокая, свыше 15 - критическая). Хирургические вмешательства выполняли с учетом дифференцированного подхода. При этом выделяли 3 группы больных: 1. Больные с перитонитом (10 – 23,8%, их оперировали после проведения кратковременной предоперационной подготовки – 1,5-2 часа); 2. Больные в тяжелом состоянии с декомпенсированной ОКН с тяжелой сопутствующей патологией (15 – 35,7%), им выполняли этапные операции под местной анестезией с потенцированием после предоперационной подготовки – 4-6 часов, направленной на декомпрессию кишечника (формирование кишечного свища); 3. Больные с субкомпенсированной ОКН (17 – 40,5%). При сумме баллов от 0 до 10 выполнены одномоментные операции (гемиколэктомия – 9, резекция сигмовидной кишки - 2). При сумме баллов от 11 до 15 – этапные операции (первичная циторедуктивная операция) без первичного восстановления кишечной непрерывности (операция Гартмана – 3, операция Микулича - 3). Выводы: 1. Учет факторов, обуславливающих развитие послеоперационных осложнений, степени операционного риска, использование этапности хирургических вмешательств у больных пожилого и старческого возраста с РОК, осложненным ОКН позволило избежать таких осложнений как несостоятельность швов анастомоза, перитонита и улучшить непосредственные результаты хирургического лечения пациентов с толстокишечной непроходимостью. 2. Использование дифференцированного подхода при хирургическом лечении данной категории больных позволило снизить количество послеоперационных осложнений с 27,5% до 16,5%, послеоперационную летальность с 25,0% до 14,4%.

---

1319.Протеин С-зависимые нарушения гемостаза в общехирургической практике: лабораторно-клиническое значение

Егорова В.В., Титова М.И., Демидова В.С., Звягин А.А., Казеннов В.В., Ушакова Т.А., Крутиков М.Г., Коростелёв А.Н.

Москва

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

ТВ последние десятилетия большое значение у хирургических больных уделяется изучению изменениям антикоагулянтной системы протеин С (ПрС), вырабатываемой в клетках печени при участии витамина К и действующей на уровне эндотелия сосудистой стенки. Целью настоящей работы является изучение лабораторно-клинических изменений ПрС зависимых нарушений гемостаза в хирургии. Методы исследования. Для определения уровня ПрС используют метод с хромогенными субстратами, который не зависит от антикоагулянтной терапии пациента. Определение уровня ПрС проводится с использованием хромогенного субстрата S-2366 ругу Glu-Pro-Arg-pNa-HCL на автоматическом коагулометре ACL-9000. Референтные значения протеина С составляют 94-124%. Этот метод позволяет определить уровень концентрации ПрС, но не его функциональную активность, что особенно важно знать в условиях развития склеротических и воспалительных поражений эндотелия стенки сосуда у больных. В этих случаях наиболее результативные данные получены при исследовании функционального состояния системы ПрС коагулогическим методом по определению нормализованного отношения (НО). В норме НО составляет 0,7–1,3 ед., а у доноров  $1,32 \pm 0,15$  ед ( $M \pm m$ ). Значения НО меньше 0,7 ед. свидетельствуют о значительных нарушениях в системе протеина С (функциональная неполноценность, сниженный синтез ПрС, присутствие мутантного фактора V (Leiden), резистентного к действию ПрС. Исказить результаты данного метода может присутствие мутантного фактора V (Leiden), волчаночного антикоагулянта, а также гепаринотерапия пациента, когда АЧТВ и тромбиновое время удлиняется в 1,5–2 раза против нормы. Представленные способы изучения протеина С надежны в производственной работе в хирургической клинике, но требуют

индивидуального подхода при выборе метода диагностики нарушений системы ПрС у разных групп хирургических больных, а также учета типа применения антикоагулянтной терапии у пациента. Результаты. Обследовано 365 больных в дооперационном и в послеоперационном периодах при заболеваниях печени (n=172), в сосудистой хирургии при облитерирующих заболеваниях артерий (n=103), а также больные с гнойной хирургической инфекцией и ожоговой травмой различной степени тяжести (n=90). Проведенный нами анализ информативности основных параметров дооперационного функционального резерва печени в прогнозе послеоперационной печеночной недостаточности показал, что наиболее чувствительными лабораторными показателями, отражающими вероятность развития тяжелой формы печеночной недостаточности оказались дооперационные уровни снижения ПрС и альбумина. У больных с сосудистыми заболеваниями также отмечено снижение активности системы ПрС по сравнению с донорским. Но в среднем составило  $0,77 \pm 0,06$  ( $p < 0,05$ ). При этом важно отметить, что эти нарушения были обусловлены снижением активности протеина С и S, а также были обнаружены случаи присутствия мутантного фактора V (фактор V Leiden). У 1/3 больных с сосудистой патологией (атеросклеротическое поражение аорты и ее ветвей) обнаружено снижение НО, обусловленное изолированным снижением протеина S. Так у этих больных при наличии НО, колеблющегося в пределах 0,37 - 0,57, количество ПрС было в пределах нормы (87% - 137%), при этом фактор V (Leiden) отсутствовал. По-видимому, это обусловлено снижением активности протеина S-кофактора или какого-либо другого компонента этой системы. Протезирование клапанов при коррекции приобретенных пороков сердца, методы эндоваскулярной хирургии с установкой стенов и методы дефибриляции при аритмических состояниях требуют длительного или пожизненного применения антикоагулянтов непрямого действия (варфарин, синкумар, дикумарин) с поддержанием целевых значений МНО в пределах 2-3-4ед. Применение непрямых антикоагулянтов более 2 недель сопровождается снижением синтеза всех витамин К-зависимых факторов, в том числе и ПрС. Нами отмечено, что резкое снижение уровня ПрС от нормальных исходных значений до 48-50% может быть причиной развития рикошетных повторных тромбозов и тромбозэмболических состояний. В этой ситуации требуется медикаментозная коррекция уровня ПрС, что важно учитывать при длительном применении антикоагулянтов непрямого действия, особенно группы кумаринового ряда (варфарина). Статистически достоверное снижение уровня ПрС ( $p < 0,05$ ) отмечено как у септических больных, так и у больных с тяжелой воспалительной реакцией: у больных средней тяжести до 86 %, а в случае тяжелого течения – до 63%. Важно отметить, что если такие факторы гемостаза, как фибриноген, фибринолитическая активность, антитромбин III быстро реагируют на возникновение гнойно-хирургической инфекции, то уровень ПрС снижается постепенно, сообразно развитию органной недостаточности (наиболее часто печеночной), под воздействием токсических веществ, образующихся в ходе раневого и ожогового процесса. Заключение. Полученные данные показывают важное клинко-лабораторное значение изучения протеина С в хирургической клинике. Определение компонентов системы протеина С необходимо проводить для диагностики нарушений белковосинтетической функции печени, характеристики антикоагулянтного потенциала крови и определения эффективности длительного приёма антикоагулянтов непрямого действия кумаринового ряда в сердечно-сосудистой хирургии, а также при выявлении септических процессов у больных с раневыми и ожоговыми поражениями.

---

## 1320.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Рахматуллаев Р.Р, Рахматуллаев А.Р, Рахматуллаева З.Р

Турсунзаде, Р.Таджикистан.

ЛДЦ ВАРОРУД

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения сочетанных хирургических заболеваний органов брюшной полости. Материалы и методы исследования: Нами с 2000 по 2015 гг. 297 больным произведены симультанные лапароскопические операции (СЛО) при сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости (СХЗ). Возраст больных от 17 до 76 лет, мужчин 66, женщин 223.

Из числа обследованных у 192 (66,4%) больных основным хирургическим заболеванием явился хронический калькулезный холецистит (ХЖКБ), у 67 (23,1%) эхинококковая киста печени, при этом у 52 больных эхинококковая киста локализовалась в области Y-YI-YII сегментов правой доли печени, у 30 (10,3%) различные гинекологические заболевания органов малого таза, у 8 (2,6%) больных отмечено триада Кастаны: ХЖКБ сочеталась с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и дуоденостазом.. У 192 (69,1%) больных с ХЖКБ СХЗ явилось: Спаечная болезнь - у 64 (33,3, %); трубно-перитонеальное бесплодие у 29 (15,1%); субсерозная миома матки у 17 (8,8%); киста яичника у 31 (16,1%); пупочная грыжа у 23 (11,9%); хронический аппендицит у 12 (6,2%); симптомная миома матки у 5 (2,6%); киста верхнего полюса правой почки у 7(3,6%); дивертикул Меккеля у 4 (2,04%) больных. У 52 больных из 67 с эхинококковой кистой печени СХЗ явился хронический холецистит в результате вовлечения в перипроцесс стенки желчного пузыря с эхинококковой кистой из них у 3-х больных выявлена также киста яичника. у 30 больных с основным гинекологическим заболеванием органов малого таза, СХЗ у 15 явились спаечная болезнь, у 4 пупочная грыжа, у 5 паховая грыжа и у 6 больных грыжа передней брюшной стенки . Результаты исследования и обсуждения: 192 больным с ХЖКБ первым этапом выполняли лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ), в последующем симультанная операция (СО): Из них у 64 больных симультанно выполнено рассечение спаек в брюшной полости, 82 больным различные гинекологические операции, у 23 грыжесечение, пластика по Мейо из «мини» доступа, у 12 аппендэктомию, у 7 произведена цистэктомию из верхнего полюса правой почки, у 4 больных резекция дивертикула Меккеля произведена в сочетании с лапароскопической методики из «мини» лапаротомного доступа. У 19 больных отмечено сочетание ХЖКБ, спаечной болезни и гинекологической патологии органов малого таза, т.е. 19 больным выполнено более 2-х операций. У 67 больных с основным заболеванием эхинококковая киста III-IV-Y-YI-YII сегментов печени в 52 случаях СО явились; ЛХЭ, в 12 случаях произведено также рассечение спаек и в 3-х случаях выполнена цистэктомию. Следовательно у 15 больных выполнено более 2 операций. У 8 больных ЖКБ сочеталось с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, им произведено ЛХЭ и симультанно эзофагофундопликация по Ниссену . Всего у 35(16,5%) больных для устранения СХЗ ЛХЭ сочеталась с «мини» лапаротомным доступом, что в свою очередь позволило значительно сократить период напряженного карбоксиперитонеума и продолжительность оперативного вмешательства. Все оперированные больные в ближайшем послеоперационном периоде в назначении наркотических анальгетиков не нуждались, активизировались к концу дня операции, чувствовали себя комфортно. У больных с основным заболеванием ХЖКБ нагноение послеоперационной раны отмечено – у 2 больных, желчеистечение в количестве до 60-80 мл –у 3 больных, средняя продолжительность операции составила 65±10 мин, средний койка день пребывания больного в стационаре составил 4,6±05 дней. У 5 больных после лапароскопической эхинококкэктомии с дренированием остаточной полости наблюдалось выделение желчи из дренажной трубки до 100,0-150,0 за сутки, которое самостоятельно прекратилось на 3-5-ый сутки. Нагноение послеоперационной раны в области дренажных трубок отмечено у 3 больных, средний койка день пребывания больных в стационаре составил 5,6±05 дней, продолжительность операции составила 75±10 мин. Отягощения течения послеоперационного периода, связанного с проведенной симультанной операцией нами не отмечено, летальных исходов не было. Таким образом, СЛО при СХЗ органов брюшной полости является весьма эффективным и оправданным, отягощения течения послеоперационного периода после СЛО не отмечается, больные чувствуют себя комфортно, ранее активизируются, сокращается средний койка день пребывания больного в стационаре и сроки реабилитации. В рамках одного оперативного и анестезиологического пособия устраняется сочетанная хирургическая патология органов брюшной полости.

---

1321. Сравнительный анализ хирургического лечения термомеханических повреждений конечностей при комбинированной минно-взрывной травме

Фисталь Э.Я., Фисталь Н.Н., Соболев Д.В., Меркулов Д.С. Анисимова М.Д.

Донецк

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Организация и оказание специализированной хирургической помощи раненым в условиях локальных войн и вооруженных конфликтов, продолжает оставаться актуальной и недостаточно изученной проблемой. Применение современных видов вооружений с большой поражающей способностью влечет за собой пристальное внимание хирургов, оказывающих помощь пострадавшим. Особое место среди повреждений, возникающих во время военных действий, занимает минно-взрывная травма. Нами произведен сравнительный анализ механических повреждений тканей, клиники и хирургического лечения пострадавших, получивших ранения в Донбассе с мая 2014 года (основная группа) с пострадавшими, получившими термомеханические повреждения при взрыве метана и угольной пыли (группа сравнения). В основную группу вошли 62 пострадавших с повреждениями конечностей. В группу сравнения вошли 60 пациентов. Критериями для сравнения были: срок госпитализации и выполнение ПХО и ВХО, методы пластического замещения, осложнения, которые были разделены на субкатегории: а) ампутации, б) реампутации, в) гнойные осложнения. Группы пострадавших были сопоставимы по возрасту и полу, локализации и глубине поражения. У пациентов обеих групп применялись как общепринятые, так и современные методы хирургического лечения, включая применение клеточных технологий, по показаниям. В основной группе срок первой операции составил 8,92 суток, в группе сравнения – 5,83 суток. При оценке осложнений получили следующие результаты: в основной группе количество ампутаций составило 10%, реампутаций – 12,8%, гнойных осложнений – 23%; в группе сравнения – 3,1%, 1,6%, 15% соответственно. Определены особенности механизма повреждения тканей при осколочных ранениях, которые заключаются в осколочных повреждениях, значительной кинетической энергии травмирующего агента (осколка), проникающего в субфасциальное пространство, термомеханическом поражении, чередовании тотального некроза тканей с зонами очагового поражения, что клинически протекает подобно высоковольтным электроожогам, с выраженным субфасциальным отеком тканей (компармент-синдром), что способствует вторичной ишемической деструкции и развитию вторичной раневой инфекции. По характеру поражения пострадавшие были разделены нами на три группы: только межфасциальные повреждения мягких тканей; повреждения магистральных сосудов и нервов; повреждение костей. Из этого следует разница в тактике хирургического лечения, которое заключается в радикальном рассечении первично и вторично поврежденных тканей (некрофасциотомии) при проведении первичной и вторичной хирургической обработки. Вторая особенность хирургического лечения осколочных ран по нашему мнению заключается в отсроченной кожной пластике при ПХО, по показаниям, с использованием клеточных технологий. Принципы лечения пострадавших обеих групп были идентичными. Таким образом, можно сделать вывод, что пострадавшие во время боевых действий составляют более тяжелый контингент больных, с большим количеством осложнений и более худшим прогнозом для реабилитации.

---

#### 1322.«ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ».

Хитарьян А.Г. (1, 2), Ковалев С.А. (1), Ромодан Н.А. (1).

Ростов-на-Дону

1. Первое хирургическое отделения НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-главный» С.-К.ж.д. ОАО «РЖД» г. Ростов-на-Дону.2. Кафедра общей хирургии, РостГМУ, г. Ростов-на-Дону

Актуальность проблемы. Геморрой среди заболеваний прямой кишки и заднего прохода занимает одно из ведущих мест. В настоящее время авторами публикуется все больше сообщений об использовании лазерных технологий при хирургическом лечении геморроя. Среди преимуществ указывается, что лазерная деструкция геморроидальных узлов базируется на дозированном внутритканевом нагреве узла с его последующим сморщиванием, склерозированием и исчезновением, а также окклюзирующим воздействием на сосудистый компонент. К положительным сторонам и преимуществам этого метода относят возможность выполнения его под местной инфильтрационной анестезией в амбулаторных условиях, отсутствие клинически значимого реабилитационного периода, быстрое восстановление и возвращение пациента к привычному образу жизни и труду без нарушения качества жизни. Цели исследования: произвести оценку перспективности и эффективности применения лазерных технологий в комплексном хирургическом

лечении геморроя. Материалы и методы: За период с декабря 2013 по июнь 2015 года на базе «Центра амбулаторной проктологии Дорожной клинической больницы на ст. Ростов-Главный» С.-К.ж.д. была выполнена трансмукозная лазерная деструкция геморроидальных узлов у 62 пациентов. По стадиям заболевания пациенты распределились: II стадия -- 8 (12,9%), III -- 54 (87,1%). При IV стадии – 64 - проводилась лазерная геморроидэктомия в условиях хирургического стационара. Всего 128 пациентов, из них 76 женщин и 52 мужчин, в возрасте от 17 до 91 года (43,2+9,1 года). Длительность заболевания составила в среднем 8+5,3 года. Использовались лазерная система EVOLVE® Laser System и CERALAS E15 ELVES PREMIUM, производства BIOLITEC AG, Германия, а также аппараты лазерные хирургические "ЛАМИ" и ЛСП-"ИРЭ-Полюс", производства ООО НПО "ИРЭ-полюс" Россия. В послеоперационном периоде все пациенты получали стандартную консервативную терапию: 1) соблюдение диеты (исключавшую острые, горькие, резко соленые блюда, алкоголь) в течение 2 месяцев, 2) выполнение перед дефекацией водных клизм до 1 литра в течение 10 дней, 3) прием венотонизирующих и венопротективных средств по схеме 1 месяц, 4) использованием свечей «Релиф-адванс», «Натальсид» по схеме 14 дней. После опроса и пальцевого ректального исследования всем пациентам производили аноскопию и ректороманоскопию с целью детального осмотра стенок кишки. При дообследовании проводили: 1) колоноскопию, 2) сфинктероманометрию на аппарате Peritron (CardioDesign, Австралия), 3) катетерную баллонную анометрию в положении на спине и на корточках, 4) тракционную пробу по выпадению геморроидальных узлов, 5) трансанальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) трансанальным датчиком (7,5 МГц), для выявления степени развития соединительной ткани, проведения картирования геморроидальных узлов по кровенаполнению и выявления скрытых форм воспаления. В послеоперационный период все пациенты были осмотрены в сроки 2 недели, 2, 4 месяца и 1 год после операции. С целью оценки и сравнения эффективности лечения в различных группах проводился опрос пациентов, осмотр перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки, аноскопию, сфинктероманометрию ТРУЗИ. При этом использовали балльную оценку симптомов хронического геморроя по Благодарному Л.А. с соавт. (2008). Результаты. Использование лазерных технологий при малоинвазивном хирургическом лечении геморроя показало высокую эффективность: у 56 (91%) пациентов с II по III стадии отмечено полное прекращение клинических симптомов в сроки наблюдения до 1 года. У 4 (6,4%) пациентов с III стадией отмечались умеренные ректальные кровотечения в сроки до 12 суток, купированные консервативно путем проведения гемостатической терапии, у 2 (3,2%) -- развитие тромбоза или выраженного отека, сопровождающиеся невправляющимся выпадением геморроидального узла. Это потребовало проведения тромбэктомии или удаления тромбированного геморроидального узла под местной анестезией. Выводы: Полученные результаты являются предварительными (до 1 года наблюдения), требуют более длительных сроков наблюдения. Полученные предварительные результаты доказывают, что разработка новых лазерных систем (аппаратов) и совершенствование лазерных технологий повышает качество жизни пациентов и является перспективным и эффективным направлением в хирургическом лечении геморроидальной болезни в амбулаторной и малоинвазивной проктологии.

---

1323. Применение нового метода лечения параректальных свищей – LIFT( The Ligation of Intersphincteric Fistula Tract)

Каторкин С.Е., Журавлев А.В., Чернов А.А., Краснова В.Н.

Самара

Кафедра и клиника госпитальной хирургии ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России

Актуальность исследования. Параректальный свищ (ПС) является одной из наиболее частых причин госпитализации пациентов в колопроктологическое отделение. Удельный вес данной патологии в структуре колопроктологических заболеваний составляет от 15% до 40 %. Предложено более 150 способов иссечения ПС. Наиболее сложную группу для хирургического лечения составляют пациенты с экстрасфинктерными и высокими чрессфинктерными ПС. Частота рецидивов при этом заболевании составляет от 9 до 50%, а частота несостоятельности анального сфинктера достигает 40%. Методы иссечения параректальных свищей

с проктопластикой являются наиболее эффективными и малотравматичными для анального сфинктера. Современные хирургические методы лечения параректальных свищей направлены на устранение внутреннего свищевого отверстия, иссечение периферической части ПС, вскрытие и дренирование гнойной полости, а также сохранение запирающей функции анального сфинктера. Такими методами, применяемыми в настоящее время, являются сегментарная проктопластика с низведением слизисто-подслизистого лоскута (Judd – Robles 1934, Кузьминов А.М., 2007), сегментарная проктопластика с боковым перемещением слизисто-подслизистого лоскута прямой кишки, операция (Блинничев Н.М., 1964), лигирование свищевого хода в межсфинктерном пространстве - операция LIFT (A.Rojanasakul, 2007). Сегментарная проктопластика с низведением слизисто-подслизистого лоскута не редко приводит к нарушению иннервации, некрозу низведенного лоскута и снижению сенсорной чувствительности перианальной области с развитием функциональной недостаточности анального сфинктера. Операция LIFT лишена этих недостатков. Цель исследования. Улучшить функциональные результаты хирургического лечения больных с экстрасфинктерными и чрессфинктерными ПС с использованием малоинвазивного метода лечения – пересечения свищевого хода в межсфинктерном пространстве (LIFT). Материалы и методы. В отделении колопроктологии Клиник СамГМУ операция LIFT применяется с января 2015г. Оперировано 15 пациентов (12 мужчин, 3 женщины). Средний возраст пациентов –  $42 \pm 1,2$  года. У 7 пациентов был диагностирован транссфинктерный, а у 7 – экстрасфинктерный ПС. Передняя локализация свища выявлена у 5 пациентов, задняя – у 9 пациентов. В одном наблюдении диагностирован ректовагинальный свищ. Длительность заболевания составила от 4 месяцев до 5 лет. Нарушений функции анального сфинктера до операции не отмечено. Техника операции. Операции проводились под спинальной анестезией. Всем больным интраоперационно проводилась проба с витальным красителем (2% раствор бриллиантового зеленого с 3% перекисью водорода – 5 мл). Внутреннее отверстие свища было идентифицировано у 85 % больных. У 25 % больных в области внутреннего отверстия свища отмечались рубцовый процесс, препятствующий попаданию красителя в просвет прямой кишки. По межсфинктерной борозде в проекции внутреннего отверстия свища выполнялся полулунный разрез кожи длиной от 1,5 до 3 см. Внутренний сфинктер острым путем отслаивался от наружного сфинктера с использованием монополярного коагулятора. При этом выделялся свищевой ход, идущий перпендикулярно волокнам анального сфинктера. Свищевой ход выделялся из рубцовых тканей, перевязывался и пересекался между лигатурами в межсфинктерном пространстве. Проводилась проба на состоятельность ушитой культи свищевого хода путем введения 0,02% водного раствора хлоргексидина в периферическую часть свища. Мы погружали культи свищевого хода в мышечные ткани наружного и внутреннего свища посредством наложения Z-образного викрилового шва. Периферический сегмент свищевого хода выскабливался ложкой Фолькмана, при необходимости дренировался плоским резиновым дренажом. Перианальная рана ушивалась узловыми викриловыми швами. Результаты и обсуждение. Послеоперационный период длился от 3 до 5 суток. Во всех наблюдениях осложнений в раннем послеоперационном периоде не отмечено. Болевой синдром был выражен незначительно вследствие отсутствия повреждения анодермы. Все прооперированные больные прослежены в сроки от 1 до 6 месяцев. Медиана наблюдения составила 2,5 месяца. У всех пациентов, перенесших LIFT, признаков недержания анального сфинктера и рецидивов заболевания не отмечено. Сроки реабилитаций составляют менее 15 дней. Выводы. 1. Лигирование свищевого хода в межсфинктерном пространстве является эффективной сфинктеросохраняющей операцией, применимой при различных анатомических вариантах ПС. 2. Операция LIFT более проста в исполнении и менее травматична, чем другие пластические способы иссечения ПС, характеризующиеся минимальным повреждением анального сфинктера и отсутствием рецидива заболевания. 3. В послеоперационном периоде недостаточности анального сфинктера не выявлено.

---

1324. Комбинированные бариатрические операции при морбидном ожирении.

Юдин В.А., Мельников А.А., Мельникова И.А., Осипов В.В., Усачев И.А., Иванов В.В.

Рязань

ГБУ РО "ОКБ"

В работе представлена проблема хирургического лечения больных с тяжелыми формами ожирения. На фактическом материале дается оценка применяемых авторами комбинированных бариатрических операций. За период с 2007г. в г.Рязани на базе ГБУ ГКБ №11 и ГБОУ РО «ОКБ», в связи с неэффективностью проводимой ранее консервативной терапии, оперировано 70 пациентов морбидным ожирением с индексом массы тела (ИМТ) более 40кг/м<sup>2</sup>, из них комбинированными методиками 20 пациентов. В 16 случаях выполнена модификация дистального гастрешунтирования. После формирования «малого» желудка в 30см от связки Трейтца пересекаем тощую кишку. Формируется анастомоз дистального отдела тощей кишки с «малым» желудком. Проксимальный отдел кишки анастомозируется с подвздошной кишкой по типу конец в бок, на расстоянии 70см от илеоцекального угла. В 4 случаях, в дополнение к продольной резекции желудка, выполнено пересечение тощей кишки в 30см от связки Трейтца и анастомозирование ее с подвздошной кишкой на расстоянии 70см от илеоцекального угла. Результаты и обсуждение: короткая длина общей петли повышает вероятность развития метаболических осложнений, в связи с чем пациентам необходим пожизненный систематический прием минеральных и витаминных добавок. В то же время, процент потери избыточной массы тела составил 60 – 80% в течение первых двух лет с дальнейшей стабилизацией веса. Пациенты добились стойкой ремиссии метаболического синдрома. У больных морбидным ожирением, считаем необходимым активное использование короткой общей петли (70см), что позволяет добиться выраженного гипохолестеринемического и антиатерогенного эффекта, увеличить процент потери избыточной массы тела за счет частичной мальабсорбции жира и сложных углеводов. Выводы: Предложенные варианты комбинированных операций эффективны у больных морбидным ожирением с индексом массы тела более 40кг/м<sup>2</sup>.

---

1325.Возможности эффективного хирургического контроля гнойно-некротического процесса при распространенных инфицированных формах панкреонекроза.

Байчоров Э.Х., Грязсов В.И., Макушкин Р.З., Байрамуков Р.Р., Оганесян А.В., Байчоров М.Э.

Ставрополь

1) Кафедра хирургии и эндохирургии с курсом сосудистой хирургии и ангиологии Ставропольского государственного медицинского университета, 2) ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая больница».

Острый панкреатит в настоящее время является ведущей патологией среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, демонстрируя беспрецедентный рост заболеваемости в последние годы. В структуре послеоперационной летальности у больных с острой патологией органов брюшной полости, острый панкреатит прочно занимает 1-е место. Если легкая форма острого панкреатита хорошо поддается консервативному лечению и летальность при ней минимальная, то тяжелое его течение (панкреонекроз) сопровождается в 40-70% случаев инфицированием и летальностью достигающей 18,5-46,2%. Именно тяжелые, инфицированные формы панкреонекроза представляют серьезную проблему экстренной хирургии и являются в последние годы предметом обсуждения на многочисленных хирургических форумах. При этом, несмотря на большое количество исследований, дискуссионным остается выбор метода хирургического контроля гнойно-некротического процесса при инфицированном панкреонекрозе. Надежды возлагавшиеся на мининвазивные методики пункций и дренирования распространенных гнойно-некротических очагов под ультразвуковой, рентгенкомпьютерной навигацией не оправдались. Являясь сторонниками этапных программированных ревизий и санаций сальниковой сумки через сформированную оментопанкреатобурсостому с интервалами 4-6 дней – при инфицированном панкреонекрозе и через каждые 24-48 часов при инфицированном панкреонекрозе, осложненном распространенным гнойным перитонитом и используя в клинике в течение 25 лет этот опыт, мы убедились в их эффективности в плане контроля гнойно-некротического процесса в брюшной полости и забрюшинном пространстве. В данной работе приводятся результаты лечения 160 больных с распространенными гнойно-некротическими осложнениями инфицированного панкреонекроза переведенных в клинику на базе Ставропольской краевой клинической больницы из центральных районных больниц в 1996-2014годы. 82,7%



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

пациентов были трудоспособного возраста, мужчины составили 67,3%, женщины – 32,7%. Алкогольно-алиментарный панкреатит выявлен в 84% наблюдений, посттравматический 8,3% и послеоперационный у 7,7% больных. Среднее число этапных программированных санаций сальниковой сумки составило 3,4; программированных санаций брюшной полости в условиях распространенного гнойного перитонита – 4,8. При этом мы придерживаемся тактики релапаротомии «по требованию» на завершающем этапе хирургического лечения данных больных. Применение тактики этапных программированных ревизии и санации при распространенных гнойных осложнениях инфицированного панкреонекроза обусловило снижение частоты запоздалых релапаротомий «по требованию» более чем в 3 раза, в 2,2 раза уменьшилось количество аррозивных кровотечений, в 1,7 раза – число перфораций полых органов. Активная хирургическая тактика позволяла в большинстве наблюдений купировать гнойно-некротический процесс в сальниковой сумке к 11-16-м суткам, в забрюшинном пространстве к 17-24 суткам, в брюшной полости в условиях распространенного гнойного перитонита к 21-28-м суткам с снижением послеоперационной летальности с 40,3% до 18,5%. Применяемая тактика многоэтапного активного хирургического лечения распространенных гнойно-некротических осложнений инфицированного панкреонекроза позволяет адекватно контролировать течение воспалительного процесса в брюшной полости и забрюшинном пространстве.

---

1326. Анализ оказания медицинской помощи больным с желудочно — кишечным кровотечениями по линии санитарной авиации в ГБУЗ СК СККБ за 5 лет (2010-2014)

Байчоров Э.Х., Мысник В.И. (2), Байрамуков Р.Р., Войтковский А.Е.

Ставрополь

1) Кафедра хирургии и эндохирургии с курсом сосудистой хирургии и ангиологии Ставропольского государственного медицинского университета, 2) ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая больница».

В РФ язвенной болезнью страдает 1,7-5% населения, причем количество пациентов с кровотечениями из хронических язв желудка и 12-перстной кишки составляет 90-160 человек на 100 000 населения и имеет отчетливую тенденцию к увеличению. Примерно такой же уровень цифр осложнений язвенной болезни желудка встречаются и в нашем крае. С января 1955 года на базе краевой больницы работает отделение санитарной авиации, выполняющая большой объем экстренной помощи на всей территории Ставропольского края. За последние пять лет врачами консультантами отделения экстренной консультативной медицинской помощи (ЭКМП) осуществлено 3964 вызова. Из них 420 выездов осуществлено хирургами, что составило 10,6% от общего числа выездов. По поводу тяжелых желудочно-кишечных кровотечений и их рецидивов было выполнено 89 выездов хирургов санитарной авиации. Из 89 пациентов, к которым осуществлен выезд хирургов, были оперированы 51 (57,3%) пациент. Из числа оперированных пациентов по поводу рецидива желудочно-кишечного заболевания 34 (66,7%) выполнены резекции желудка, 11(21,6%) — прошивание кровоточащего сосуда, 6 (11,7%) пациентам выполнены другие варианты оперативных вмешательств. В большинстве случаев – 54(60,6%), основной причиной кровотечений явилась язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки. Из 89 пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями, летальных исходов зафиксировано 17, что составило 19,1%. Проведя анализ работы отделения экстренной консультативной медицинской помощи за анализируемый период, хочется отметить значительный рост выездов врачей хирургов отделения ЭКМП к больным с желудочно-кишечными кровотечениями. Несмотря на проводимую современную консервативную терапию язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки остается довольно актуальной проблема желудочно-кишечных кровотечений, о чем говорят довольно высокие цифры летальности.

1327. Этапное хирургическое лечение инфицированного панкреонекроза в Ставропольском крае.

Байчоров Э.Х., Байрамуков Р.Р., Юрин С.В., Чухряев Е.А.(2), Оганесян А.В., Салпагаров Ш.Р.

Ставрополь

1) Кафедра хирургии и эндохирургии с курсом сосудистой хирургии и ангиологии Ставропольского государственного медицинского университета, 2) ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая больница».

Заболеваемость острым панкреатитом (ОП) продолжает расти, увеличивается доля его деструктивных форм (панкреонекроза), лечение которых требует больших финансовых затрат. В Ставропольском крае острый панкреатит в 2014 году вышел на первое место среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, составив 29,6%. При этом в структуре послеоперационной летальности от острой хирургической патологии на долю острого панкреатита приходится 21%. Доля оперированных больных с ОП в 2014 году составила 3,7%. Послеоперационная летальность при остром панкреатите за последние 5 лет в крае варьировала от 18,5% в 2009 г., до 20,2% в 2014 г., а общая летальность от острого панкреатита снизилась с 1,7% в 2009 г. до 1,4% в 2014 г. Мы солидарны с авторами, которые предлагают отдельно подвергать анализу результаты лечения острого панкреатита и панкреонекроза, доля которого составляет порядка 10-15%. Панкреонекроз инфицируется в 40-70% наблюдений, что и является, как правило, основной причиной послеоперационной летальности при остром панкреатите. В Ставропольском крае с 2000 года после неоднократных обсуждений на краевых научно-практических конференциях хирургов с учетом рекомендаций IX Съезда хирургов России г. Волгоград (2000 г.) была выработана унифицированная тактика лечения больных с панкреонекрозом. Больные с инфицированными формами тяжелого панкреатита после выполнения по показаниям оперативного вмешательства и стабилизации состояния по линии санитарной авиации переводились из центральных районных больниц для дальнейшего лечения в специализированное гнойное хирургическое отделение Краевой клинической больницы. В условиях Краевой клинической больницы, располагающей всем необходимым лечебно-диагностическим оборудованием, высококвалифицированными специалистами, имеющими достаточный опыт ведения таких больных применялась методика этапных программированных санаций брюшной полости, сальниковой сумки и забрюшинного пространства с использованием технологий, которые были за последние 15 лет широко представлены в отечественной литературе. Наряду с программированными санациями зон гнойно-некротического поражения брюшной полости и забрюшинного пространства дополнительно применялись миниинвазивные вмешательства, такие как пункции и дренирования под ультразвуковой, рентгенкомпьютерной навигацией, видеолапароскопические санации и дренирования гнойных очагов. Унификация тактических подходов, концентрация больных с тяжелыми инфицированными формами панкреонекроза в специализированном многопрофильном стационаре позволило в крупном сельскохозяйственном регионе, каковым является Ставропольский край снизить летальность от острого панкреатита с 4,2% в 1991-1995 гг., до 1,3% в 2011-2014 гг., а послеоперационную летальность с 24,2% до 17,3%. Полученные результаты позволяют высказать мнение об эффективности разработанной модели этапного лечения панкреонекроза для сельскохозяйственного региона.

---

1328. Оценка эффективности профилактики развития ВТЭО

Алиев М.А., Магомедов Н.Н., Курбанов Б.М., Магомедов Н.И., Магомедов М.М., Магомедов Р.З., Абдуллаева А.З.

Махачкала

ГБУ РД «Городская больница №1»

Венозные тромбозы являются серьезной проблемой хирургических стационаров, которой в последние годы уделяется большое внимание. По данным проекта «Территория безопасности от ВТЭО» проводимой Ассоциацией флебологов России и Российским обществом хирургов, венозные тромбозы возникают у 30% пациентов общехирургических стационаров, а доля смерти от ТЭЛА достигает 8%. Эта не благополучная ситуация усугубляется тем, что как правило регистрируется лишь массивная ТЭЛА приведшая к летальному исходу, а в остальных случаях либо венозный тромбоз протекает без симптомов, либо не получает должную оценку медицинским персоналом. Цель исследования. Анализ оценки риска и методов профилактики развития тромбозов по результатам деятельности общехирургического стационара. Материал и методы. Произведен ретроспективный анализ 1591 медицинской карты пациентов находившихся на стационарном лечении в 2014 году, в отделении общей хирургии ГБУ РД «Городская больница №1» г. Махачкала, Республики Дагестан. Оценка риска ВТЭО проводилась в соответствии с «Российскими клиническими рекомендациями по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбозов». Результаты. Проведенный нами анализ показал, что только в 28% медкарт заполняются «Согласие пациента на предложенный план ТЭЛА» утвержденный отраслевым стандартом «Протокол ведения больных. Профилактика ТЭЛА при хирургических и иных инвазивных вмешательствах» и «Оценочный лист ВТЭО» принятый в клинике. Адекватность оценки риска ВТЭО врачами отделения распределена по группам риска. Группа пациентов Низкого риска: не произведена оценка – 74,9%, соответствует группе – 20,8 %, недооценена и признана Умеренным риском – 4,3%. Группа пациентов Умеренного риска: не произведена оценка – 22,7%, соответствует группе – 54,2 %, переоценена и признана Низким риском – 17,1%, недооценена и признана Высоким риском – 6%. Группа пациентов Высокого риска: не произведена оценка – 9,1 %, соответствует группе – 72,5 %, переоценена и признана Умеренным риском – 18,4%. Профилактика ВТЭО медикаментозными методами проводилась следующими препаратами: нефракционированный гепарин (НФГ) – 90,2%, низкомолекулярные гепарины (НМГ) – 9,1%, другие препараты – 0,7%. Профилактика ВТЭО также оценивалась по группам риска. В группе пациентов Низкого риска медикаментозная профилактика: не проводилась – 96,2%, проводилась НФГ – 2,9%, проводилась НМГ – 0,9%. В группе пациентов Низкого риска медикаментозная профилактика: не проводилась – 28,3%, проводилась НФГ – 67,8%, проводилась НМГ – 7,9%. В группе пациентов Высокого риска медикаментозная профилактика: не проводилась – 8,3%, проводилась НФГ – 41,5%, проводилась НМГ – 51,2%. Заключение. Таким образом, несмотря на то, что в последнее время актуальность ВТЭО значительно увеличилась, в хирургических стационарах не уделяется должного внимания оценке риска и в меньшей степени профилактике тромбозов. Также, в недостаточной мере проводится профилактика ВТЭО низкомолекулярными гепаринами, отдавая предпочтение нефракционированному гепарину.

---

1329.Панкреонекроз: проблема дифференцированного подхода к лечению инфицированных форм.

Черкасов В.А., Щёктова А.П., Загородских Е.Б.

Пермь

ГБОУ ВПО «ПГМА им.ак. Е.А.Вагнера» Минздрава России

Инфицирование участков некроза железы и окружающей клетчатки при панкреонекрозе зависит от тяжести развивающегося тромбоза микроциркуляторного русла в органах и тканях. От своевременности и последовательности лечебных мероприятий, направленных на дезактивацию цитокиновой сети и борьбу с диссеминированным тромбозом микроциркуляторного русла зависит развитие местной раневой инфекции при этой патологии. Цель исследования: совершенствование лечебной тактики при панкреонекрозе на основе показателей повреждения эндотелия. Материалы и методы: в исследование включены больные острым панкреатитом тяжелого течения. При формировании выборки использовались модифицированные варианты классификации Атланта от 2008 и 2012гг. Из исследования исключены пациенты с отечной

формой острого панкреатита, а также с давностью заболевания более 10 суток. Состояние больных оценивали по шкале SAPS II и тяжести системной воспалительной реакции (СВР), определяли показатели повреждения эндотелия: васкулярный эндотелиальный фактор роста (ВЭФР), количество десквамированных эндотелиоцитов (ДЭЦ). Первое исследование выполняли в первые 10 суток, последующие - с интервалом в 7 дней. Деструктивный характер некроза и признаки отграничения некротизированных тканей устанавливали при компьютерной томографии с контрастным усилением и по интраоперационным данным. Результаты: в динамике маркеры повреждения эндотелия были исследованы у 33 больных острым деструктивным панкреатитом. Установлено, что у пациентов без септических осложнений (СО) и у части из них с прогрессивным улучшением состояния при СО по шкале SAPS II и тяжести СВР, уровень ВЭФР нарастал с 1 по 32 сутки от начала заболевания ( $r=0,59$ ,  $p=0,000003$ ). Что позволяет контролировать эффективность проводимого лечения и благоприятный исход острого деструктивного панкреатита. Установлена прямая взаимосвязь уровня ВЭФР и наличия отграничения очагов некроза, в брюшной полости и забрюшинном пространстве: метод Спирмена:  $R=0,56$ ;  $p=0,002$ . Установлена высокая чувствительность - 87,5% и специфичность - 81,8% этого метода оценки. Таким образом, нарастание уровня этого фактора в сыворотке крови свидетельствует о формировании ограничительного барьера вокруг очагов некроза, и позволяет обоснованно отложить оперативное лечение до стабилизации функций всех органов и систем, с последующим применением малоинвазивных методик хирургического лечения, а снижение концентрации указывает на расширение зон некроза и нарастание тяжести сепсиса и полиорганной недостаточности, обосновывая необходимость в санационном вмешательстве. Выводы: 1. Эффективность объема проводимых лечебных мероприятий и исход острого деструктивного панкреатита могут быть отслежены с помощью васкулярного эндотелиального фактора роста. 2. Ограничение очагов некроза при остром панкреатите сопровождается повышением концентрации васкулярного эндотелиального фактора роста.

---

1330.Способ реконструктивно-восстановительной операции на внепеченочных желчных протоках с формированием доступа для малоинвазивных вмешательств.

Сидоренко А.Б., Лобаков А.И., Григорьев Н.С.

Москва

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»

Актуальность: Ятрогенное повреждение желчных протоков является одним из самых серьезных осложнений желчной хирургии. Частота повреждений при традиционной холецистэктомии составляет 0.1-0.8%, при лапароскопической холецистэктомии - 0.3-3%. Существующие методы лечения ятрогенного повреждения внепеченочных желчных протоков (ВЖП) при их своевременном и правильном использовании позволяют у большинства больных добиться хороших результатов, хотя послеоперационные осложнения достигают 42,9%, а летальность 1,7 - 5,6 %. Хирургия травматических повреждений протоков - это, как правило, хирургия высоких стриктур, причем чем большее число раз оперирован больной, тем выше располагается стриктура, тем больше ее протяженность. Рубцовые стриктуры после повторных операций на желчных путях развиваются в отдаленном периоде в 20 - 30% случаев, а в 9,2% наблюдений на фоне хронического холангита развиваются билиарный цирроз печени и портальная гипертензия, приводящие к инвалидизации больных. Поэтому актуальным является поиск эффективных, миниинвазивных вмешательств для ликвидации поздних осложнений - стриктуры, холангита, холелитиаза. Цель: улучшение результатов хирургического лечения больных с заболеваниями и ятрогенными повреждениями ВЖП. Материалы и методы: В отделении абдоминальной хирургии ГБУЗ МО МОНИКИ разработан и применяется на практике способ лечения заболеваний и травматических повреждений внепеченочных желчных протоков, который позволяет осуществлять необходимые малоинвазивные вмешательства (баллонную дилатацию, санацию протоков, стентирование, замену эндопротезов) эндоскопическим способом, через сформированный гастроэнтероанастомоз. Патент на изобретение №2472456 от 20.01.2013 г. «Способ лечения заболеваний и травматических повреждений внепеченочных желчных протоков». Способ реконструктивно-

восстановительных вмешательств на внепеченочных желчных протоках с формированием доступа для малоинвазивных вмешательств осуществляется следующим образом: при первой операции по поводу ятрогенного повреждения, стриктуры ОЖП или общего печеночного протока (ОПП) накладывается билиодигестивный анастомоз на внутреннем дренаже на отключенной по Ру петле или на длинной петле с соустьем по Брауну. Одновременно накладывается гастроюноанастомоз со слепым концом тонкой кишки или с приводящей петлей тонкой кишки. Гастроюноанастомоз выполняется по стандартным методикам двухрядным швом на расстоянии 8-10 см от наложенного билиодигестивного анастомоза. При этом дистальный конец внутреннего дренажа выводится через отверстие гастроэнтероанастомоза в полость желудка. В сроки от 2 до 4 месяцев после реконструктивно-восстановительной операции (сроки формирования билиодигестивного анастомоза) выполняется гастроскопия, во время которой удаляется каркасный дренаж и осматривается зона билиодигестивного анастомоза. В последующем возможно проведение эндоскопических малоинвазивных вмешательств для коррекции анастомоза в виде дилатации, литоэкстракции, стентирования и другие. Результаты: В период с 2010 по 2015 гг в отделении абдоминальной хирургии выполнено 25 реконструктивно - восстановительных операций на ВЖП по разработанной методике. Из них 17 по поводу ятрогенного повреждения холедоха, 7 по поводу послеоперационной стриктуры холедоха и 1 при стриктуре билиодигестивного анастомоза. Среди пациентов были 17 женщин и 8 мужчин в возрасте от 28 до 74 лет. Все пациента выписаны в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение и динамическое наблюдение. Через 3-4 месяца повторно госпитализированы в отделение для удаления У-образного дренажа и осмотра зоны билиодигестивного анастомоза. В настоящее время пациенты находятся под динамическим контролем. Сроки наблюдения составляют от 4 месяцев до 5 лет. За время наблюдения 2 пациентам выполнено эндоскопическое стентирование в связи с осложнениями в отдаленном послеоперационном периоде – стриктура билиодигестивного анастомоза, а 3 пациентам произведена эндоскопическая литоэкстракция по поводу холелитиаза. Заключение: Наши наблюдения показывают, что формирование билиодигестивного анастомоза на каркасных дренажах с дополнительным наложением гастроэнтероанастомоза по одному из двух вариантов нашей методики позволяет при необходимости производить эндоскопическую коррекцию малотравматичным и доступным методом. Манипуляции могут проводиться хирургом-эндоскопистом под местной анестезией. При необходимости возможны многократные повторения манипуляций.

---

1331. Выбор хирургической тактики при сочетании перфорации с другими осложнениями язвенной болезни

Толстоколов А.С., Осинцев Е.Ю., Тимохин Р.В.,

Саратов

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

В последние годы заметно возросло число экстренных вмешательств, выполняемых по поводу перфоративных гастродуоденальных язв, при этом в 24,8% перфорация сочеталась с другими осложнениями язвенной болезни, что потребовало нестандартного подхода к выбору метода операции. Особенностью клинических проявлений сочетанных осложнений язвенной болезни является взаимоотношающее влияние острых и хронических процессов на состояние больного. Острые осложнения в виде перфорации и кровотечения представляют опасность для жизни больного и являются основными. Хронические в виде пенетрации и стеноза усугубляют тяжесть состояния и являются сопутствующими. Разработанная нами классификация сочетанных осложнений язвенной болезни, разделяющая их на основные и сопутствующие позволяет конкретизировать хирургическую тактику. Мы располагаем опытом лечения 158 больных с перфоративной язвой. У 93 больных выявлены два остро развившихся осложнения, у 32 из них кровотечение и перфорация развились одновременно, у 61 кровотечение возникло на 2-9 сутки после ушивания перфоративной язвы. У 44 больных перфорация сочеталась со стенозом, у 16 с пенетрацией, у 5 с пенетрацией и стенозом. Решающим фактором в выборе метода операции является интраоперационная интерпретация перитонита, в связи с этим больные были разделены на две группы. В первую вошли 67 человек, перитонеальные явления у которых позволяли выполнить радикальную операцию, индекс

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

Мангейма у них составлял в среднем 19,1 балла. Послеоперационные осложнения составили у них 14,3%, летальность 5,7%. Паллиативные операции выполнены 91 больному, индекс Мангейма у них составил 26,4 балла, послеоперационные осложнения возникли в 21,7% наблюдений, летальность составила 8,7%.

---

### 1332. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Болоков М.С., Гурмиков Б.Н.

Майкоп

Адыгейская республиканская клиническая больница, медицинский институт ГБОУ ВПО "МГТУ"

Особая актуальность острого панкреатита связана не столько с частой заболеваемостью, сколько с высокой летальностью. По данным разных авторов, летальность при осложненных и распространенных формах острого панкреатита составляет 20-60% и более. Продолжаются дискуссии в отношении целесообразности чрескожных пунктирно-дренирующих, эндоскопических и традиционных хирургических вмешательств при остром деструктивном панкреатите. Цель работы - выбор оптимального метода хирургического лечения больных с деструктивным панкреатитом с учетом ее патоморфологических особенностей. Материалы и методы. В клинике с 2009 по 2015 гг. пролечено 509 пациентов с диагнозом острый панкреатит, из них с деструктивным панкреатитом – 49 (9,6%) пациентов. Возраст пациентов варьировал от 18 до 76 лет. В 22 (44,9%) случаях панкреатит ассоциирован с ЖКБ, в 12 (24,5%) – на фоне отравления суррогатами алкоголя, в 15 (30,6%) связан с другими причинами. При выявлении деструктивного панкреатита доминирующее значение придаем КТ и УЗИ данным, что позволяет оценить характер панкреатита и распространенность воспалительного процесса. Результаты и обсуждение. При выборе способа хирургического вмешательства опираемся на патоморфологические изменения в поджелудочной железе, забрюшинном пространстве и брюшной полости. При ограниченных жидкостных скоплениях в сальниковой сумке, забрюшинной клетчатке, брюшной полости предпочтение отдаем малоинвазивным хирургическим вмешательствам, в частности чрескожной пункции и дренированию под УЗ-навигацией. На 3-4 сутки осуществляем замену дренажей тонкого диаметра на более толстые. Кроме того, каждые 3-4 суток осуществляем замену старых дренажей на новые для их адекватного функционирования. Такой метод лечения мы применили у 28 (57,1%) пациентов. Данное вмешательство позволяет достаточно быстро купировать синдром системной реакции на воспаление и способствует улучшению состояния пациентов. В случае наличия ферментативного перитонита проводим лапароскопическое дренирование брюшной полости на фоне антибиотиков широкого спектра действия. Это позволяет удалить токсический выпот из брюшной полости и предотвратить развитие гнойного перитонита с минимальной хирургической агрессией. Этот метод мы применили у 8 (16,3%) пациентов. Кроме того, у 6 (12,2%) пациентов лапароскопическое дренирование брюшной полости комбинировали с чрескожным дренированием абсцесса сальниковой сумки и парапанкреатической клетчатки. В тех случаях, когда некротический компонент преобладает над жидкостным малоинвазивные вмешательства, как правило, неэффективны. Если на фоне консервативной терапии ухудшаются клинико-лабораторные данные, а на УЗИ или КТ увеличиваются очаги расплавления и деструкции, считаем показанной лапаротомию с целью программируемой некр-, секвестрэктоми, а также по требованию. Лапаротомию с некр-, секвестрэктомией выполнили у 7 (14,3%) пациентов. Причем четверем из них проводилась программируемая некр- и секвестрэктомия, у остальных трех некрэктомия проводилась по требованию. Умерло 3 (6,1%) пациента. Из них двоим проводилась некрэктомия по требованию из лапаротомного доступа вследствие инфицированного панкреанекроза и гнойного перитонита. У одного на фоне дренирования брюшной полости из-за множественных абсцессов брюшной полости развилась септическая флегмона забрюшинного пространства. Выводы. Характер хирургического вмешательства при деструктивном панкреатите должен определяться патоморфологическими изменениями в поджелудочной железе и окружающей клетчатке. При наличии жидкостного компонента оптимальными методами являются малоинвазивные хирургические вмешательства под контролем УЗИ и лапароскопии. В случае отсутствия жидкостного компонента на фоне стерильного панкреанекроза возможна «активная» выжидательная

тактика. Традиционные санационные вмешательства показаны при увеличении очагов деструкции на фоне инфицированного панкреанекроза при отсутствии жидкостного компонента.

---

1333. Применение дабигатрана для лечения и вторичной профилактики венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений у больных с тромбофилией

Петриков А.С.1,2,3, Шойхет Я.Н.1,2, Вяткин Д.А.2, Захарченко К.К.2, Карбышев И.А.3

Барнаул

1) ГБОУ ВПО АГМУ МЗ РФ 2) КГБУЗ «Городская больница №5» г. Барнаул 3) КГБУЗ ДЦАК

**ЦЕЛЬ:** оценить клинические результаты перорального применения дабигатрана этексилата для лечения и вторичной профилактики тромбоза глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК) и тромбозов легочной артерии (ТЭЛА) у больных с тромбофилией. **МЕТОДЫ.** В исследование с февраля 2014 по май 2015 гг. были включены 37 больных (21 мужчина (56,8%) и 16 женщин (43,2%)) с тромбозом глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК) и тромбозом легочной артерии (ТЭЛА) в возрасте от 20 до 79 лет, которым применялся дабигатран. Критериями включения являлись наличие документально подтвержденного ТГВНК (УЗАС, В-режим) и/или ТЭЛА высокого риска (МСКТ, ангиопульмонография, ЭХО-КГ) в возрасте от 20 до 79 лет, установленная тромбофилия. Критерии исключения: возраст моложе 20 лет и старше 79 лет, онкологические заболевания, оперативные вмешательства, острые инфекции, скелетные травмы и переломы, длительная иммобилизация, противопоказания к применению дабигатрана. Средний возраст больных с ВТЭО составил 52,7±6,1 лет. Первый эпизод венозного тромбоза наблюдался у 27 (73,0%) больных, рецидивирующий - у 10 (27,0%) больных. Изолированный ТГВНК установлен у 31 (83,8%) больных, а ТГВНК и ТЭЛА - у 6 (26,3%) больных. Комплексное лабораторное и генетическое обследование больных с ВТЭО включало определение основных клинико-биохимических показателей крови, системы гемостаза, содержания гомоцистеина (ГЦ) и С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови, аллельного полиморфизма 10-и генов, кодирующих компоненты плазменного и тромбоцитарного звеньев гемостаза по стандартным методикам. Диагностика тромбофилии проводилась в остром периоде. Лечение больных с ВТЭО проводилось с учетом клинических рекомендаций. Через 5 суток от начала лечения после отмены гепаринов больным перорально назначался дабигатрана этексилат по 150 мг 2 раза в сутки. Продолжительность терапии дабигатраном составила от 2 до 15 месяцев, в среднем - 267,8±34,8 дней. Консервативное лечение включало применение компрессионного трикотажа и флеботоников. По показаниям применялись антибиотикотерапия и НПВП. После установления гипергомоцистеинемии больным назначался комбинированный лекарственный препарат, содержащий фолиевую кислоту, витамины В6 и В12 под контролем уровня ГЦ в сыворотке. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** У больных с ВТЭО наиболее часто наблюдалась гипергомоцистеинемия (81,1%), гиперфибриногенемия (40,5%), повышение фактора VIII (32,4%), полиглобулия (27,0%), нарушения в системе протеина С и S, прием КОК (по 18,9%), антифосфолипидный синдром и гиперагрегация тромбоцитов (по 16,2%). Из наследственных факторов чаще наблюдались аллельные варианты гена PAI-I "675 5G→4G" (91,9%) и генов фолатной группы - MTRR "66 A→G" (86,5%), MTHFR "677 C→T" и MTR "2756 A→G" (по 51,4%), MTHFR "1298 A→C" (48,6%). Мутация FV "1691 G→A" установлена у 16,2% больных, а мутация протромбина FII "20210 G→A" - у 8,1% больных. Комбинированные формы тромбофилий (сочетание двух факторов и более) наблюдались у 97,3% больных. Применение дабигатрана на протяжении 6 месяцев не вызывало развития нежелательных и побочных реакций. Переносимость препарата была отличной и хорошей. Летальных исходов установлено не было. Постоянный прием дабигатрана в течение 6 месяцев у больных с ВТЭО и тромбофилией (n=29) не сопровождался развитием рецидива венозного тромбоза. Прием дабигатрана у 1 больного с ТГВНК сопровождался развитием клинически значимого кровотечения (3,4%) через 1 месяц на фоне комбинированного геморроя, что потребовало отмены препарата. На фоне комплексного лечения больных с ВТЭО и тромбофилией через 6 месяцев наблюдалось статистически значимое снижение лейкоцитов крови и СОЭ, содержания ГЦ, СРБ, фибриногена, РФМК и D-димеров, фактора VIII, α2-глобулинов, увеличение альбуминов и антитромбина III, удлинение АПТВ и ТВ, укорочение времени XII-а зависимого фибринолиза.

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

Применение дабигатрана у больных с ВТЭО (n=29) в течение 6 месяцев способствовало полной реканализации подвздошных вен у 18,2% больных, бедренных вен – у 31,8%, подколенной вены – у 51,9%, берцовых вен – у 57,7% больных. ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Первый опыт и клинические результаты применения дабигатрана для лечения и вторичной профилактики ВТЭО сопоставимы с данными, установленными в зарубежных исследованиях. Зарегистрированный в РФ по новым показаниям пероральный прямой ингибитор тромбина дабигатран в фиксированной дозе (150 мг 2 раза в сутки) на небольшой группе продемонстрировал высокую эффективность и безопасность для лечения и вторичной профилактики ВТЭО у больных с тромбофилией. Благодаря механизму действия, особенностям фармакокинетики, фармакодинамики он имеет предсказуемый антикоагулянтный эффект и может являться адекватной альтернативой АВК для лечения и вторичной профилактики рецидива ВТЭО, имеет высокий профиль безопасности, не требует рутинного лабораторного мониторинга и постоянной коррекции дозировок. Применение дабигатрана в течение 6 месяцев не увеличивает частоту клинически значимых и больших кровотечений у больных с ВТЭО, предупреждает прогрессирование тромботической опасности и развитие летальных исходов, способствует реканализации венозного русла нижних конечностей.

---

1334. Острые гастродуоденальные язвенные кровотечения

Кунафин М.С., С.Н. Хунафин, Ю.В. Петров, А.Ф. Власов

Уфа, Республика Башкортостан, Россия

ГБОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет" Министерства РФ, ГБУЗ РБ Городская клиническая больница №18 г. Уфа.

Острые желудочно-кишечные кровотечения длительное время остаются сложной и до конца не решенной медицинской проблемой (С.С. Юдин, 1955; В.К. Гостищев, 2005; Н.В. Лебедев, 2014). Это связано с высокой частотой, летальностью, послеоперационными осложнениями и затратами на лечение данной группы больных. Несмотря на разработку и внедрение этиопатогенетически обоснованных методов лечения, частота острых кровотечений имеет тенденцию к росту (Е.Ф. Чередников, 2010; В.Н. Чернов, 2010). Цель исследования – улучшение результатов диагностики и хирургического лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Материалы и методы исследования. Нами анализированы результаты лечения 353 больных с кровотечением из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки, которые находились на лечении в ГБУЗ РБ ГКБ №18 г. Уфа в 2010-2014 годы. Мужчин было - 261 (73,9%), женщин - 92 (26,1%). Больных старше 60 лет было 108 (30,8%). В течении 6 часов от начала кровотечения поступили 18,2% больных, 6-12 - 17,8%, с 12-24 - 29,1%, позже 24 часов - 34,9%, т.е. большинство больных доставляются в клинику позже 24 часов с клиникой развившихся гемодинамических расстройств. Язва желудка источником кровотечения была в 36,9% случаев, язва двенадцатиперстной кишки – в 59,4%, их сочетание наблюдалось в 3,7%. С легкой степенью кровопотери в клинику поступили 160 (45,3%), средней тяжести 108 (30,6%), тяжелой и крайней тяжелой степени – 85 (24,1%) пациентов. Артериальное кровотечение имелось у – 58 (16,4%) больных, венозное у 295 (83,6%). Результаты и обсуждение: Дифференциальная диагностика вида кровотечения проводилась с учетом клинических, эндоскопических и лабораторных показателей. Большое значение в дифференциальной диагностике желудочно-кишечных кровотечений мы придаем длительности анамнеза заболевания. При артериальном виде кровотечения в большинстве случаев анамнез был короткий (до 6-12 часов), при венозном длительный (более 24 часов). При артериальном виде кровотечения общее состояние больных, как правило, было тяжелое и критическое у 69%, при венозном общее состояние удовлетворительное и средней тяжести было у 71,2%. Среди эндоскопических данных мы изучили 5 параметров: содержимое желудка, характер кровотечения, цвет стекающей крови, цвет тромба и характер язвенного дефекта. При артериальном виде кровотечения сгустки крови составили 55,2%, струйный характер кровотечения 75,9%, кровь алого цвета 87,9%, тромб алого цвета 94,9%, видимый сосуд 53,4%, фиксированный тромб 27,6%. При венозном виде кровотечения кофейная гуща составила 72,5%, стекание с краев язвы 99,7%, кровь темного цвета 97,6%, черное пятно 54,9%, фиксированный тромб 41%. Распределение больных по активности кровотечения по

886



классификации J.A.Fogrest: Тип I (FI) 51больные (14,4%), Тип II(FII) 190 больные (53,8%), Тип III(FIII) 112больные (31,8%). При артериальном виде кровотечения степень тяжести кровопотери большинство было средней тяжести (36,2%) и тяжелой (38%). При венозном виде кровотечения степень тяжести кровопотери была умеренная (41%) и средней тяжести (29,5%). Из 353 больных рецидив кровотечения был у 44 (12,4%) больных. При артериальном кровотечении рецидив наблюдался у 72,4%, венозном у 0,7% больных. На способ выбора тактики лечения острых гастродуоденальных кровотечений получен патент РФ на изобретение № 2407445 от 27.12.2010 г. («Способ выбора тактики лечения острых гастродуоденальных кровотечений»). Заключение: Использование в клинике предложенного нами дифференциально-диагностического комплекса признаков вида кровотечения и выборе адекватной хирургической тактики позволило улучшить результаты лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением. Общая летальность снижена до 3,5% и послеоперационная летальность до 2,1%.

---

1335. Влияние наследственных факторов тромбогенного риска на развитие венозных тромбозных осложнений

Петриков А.С., Белых В.И., Шойхет Я.Н.

Барнаул

ГБОУ ВПО АГМУ МЗ РФ

**ЦЕЛЬ:** изучить влияние аллельных вариантов полиморфизмов ДНК на отношение шансов развития венозных тромбозных осложнений (ВТЭО). **МЕТОДЫ.** В проспективное исследование случай-контроль были включены 334 пациента (168 мужчин и 166 женщин) в возрасте от 16 до 72 лет (средний возраст  $40,8 \pm 1,3$  года) с документально подтвержденными ВТЭО, составивших основную группу. Критериями исключения из группы являлись онкологические заболевания, скелетные травмы и переломы, длительная иммобилизация, оперативные вмешательства, острые инфекции. В контрольную группу включено 289 здоровых лиц в возрасте от 20 до 70 лет, у которых не наблюдались ВТЭО, инсульты и инфаркты. Генетическое тестирование включало оценку 9 полиморфизмов ДНК: фактора I - фибриногена (FGB 455 G→A), фактора II - протромбина (FII 20210 G→A), фактора V (FV 1691 G→A), фактора VII (FVII 10976 G→A), ингибитора активатора плазминогена типа I (PAI-I 675 4G→5G), метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR 677 C→T), метионинсинтазы (MTR 2756 A→G), метионинсинтазы-редуктазы (MTRR 66 A→G) и гликопротеина IIb/IIIa (GpIIIa 1565 T→C). Анализу подвергалась геномная ДНК человека, выделенная из лейкоцитов цельной крови с помощью реагента «ДНК-экспресс (ДНК-технология)». Амплификацию участков геномной ДНК, осуществляли на основе технологии ПЦР в режиме реального времени с применением диагностических наборов Кардио Генетика Тромбофилия и Генетика Метаболизма Фолатов на Real-time амплификаторе ДТ-Prime (ДНК-технология). Статистическая значимость различий встречаемости генотипов в анализируемых группах оценивалась по критерию z. Оценка степени различий в частоте встречаемости аллелей и генотипов проводили с помощью точного критерия Фишера. Расчет коэффициента «отношения шансов» (OR) с 95% доверительным интервалом и р-значения проводились с помощью компьютерной программы, доступной на сайте: <http://ing2.helmholtz-muenchen.de/cgi.-bin/hw/hwa1.pl>. Статистически значимыми принимались различия при р

---

1336. Пролонгированное применение сулодексида и особенности реканализации глубоких вен нижних конечностей у больных с тромбозом

Петриков А.С., Шойхет Я.Н., Белых В.И.

Барнаул

ГБОУ ВПО АГМУ МЗ РФ

**ЦЕЛЬ:** изучить процесс реканализации вен у больных с тромбозом глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК) на фоне пролонгированного лечения сулодексидом (СД) в течение года. **МЕТОДЫ.** В исследование были включены у 149 больных (62 мужчины (41,6%) и 87 женщин (58,4%) в возрасте от 18 до 69 лет с ТГВНК и тромбофилией. Критерием включения в группу являлось наличие документально подтвержденного ТГВНК. Средний возраст больных с ВТЭО составил 40,4±1,9 лет. Комплексное лабораторное и генетическое обследование больных с ВТЭО включало определение основных клинико-биохимических показателей крови, системы гемостаза, содержания гомоцистеина (ГЦ) и С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови, аллельного полиморфизма 10-и генов, кодирующих компоненты плазменного и тромбоцитарного звеньев гемостаза по стандартным методикам. Допплерометрия и дуплексное сканирование вен нижних конечностей (ДС) выполнялись на УЗ сканерах Philips Envisor С, Acuson Antares и Acuson Aspen (Siemens), VIVID 3 и VIVID i (GE Medical Systems), Toshiba Hario ) в В-режиме с применением конвексного датчика 3,5 мГц и линейного датчика 5-10 мГц по стандартным методикам. ДС проводилось при госпитализации и накануне выписки из стационара на 10-14 сутки. Амбулаторное наблюдение больных сопровождалось проведением ДС 1 раз в 2 месяца на протяжении года. Лечение больных с ВТЭО в остром периоде проводилось с учетом клинических рекомендаций. Перевод на СД осуществлялся через 1,5-2 месяца от начала лечения больных с ВТЭО. Показаниями для назначения СД являлись: нарушения в системе протеина С, снижение антитромбина III и развитие тромбоцитопении (в том числе гепарининдуцированной), а также выраженное угнетение фибринолиза. Препарат назначался по 600 ЛЕ в/м в течении 10-14 дней. Затем переходили на пероральный пролонгированный прием препарата 250 ЛЕ 2 раза в сутки. Продолжительность приема СД составляла 6-12 месяцев. Консервативное лечение включало применение компрессионного трикотажа и флеботоников. По показаниям применялись антибиотикотерапия и НПВП. После установления гипергомоцистеинемии больным назначался комбинированный лекарственный препарат, содержащий фолиевую кислоту, витамины В6 и В12 под контролем уровня ГЦ в сыворотке. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** На фоне пролонгированного лечения СД у 108 больных с ТГВНК в течение года изучен процесс реканализации венозного русла нижних конечностей в динамике по данным УЗ исследования. Поскольку наблюдалось многоуровневое поражение венозного бассейна процесс реканализации вен н/к оценивался по ДС отдельно для каждого сегмента (подвздошный, n=24; бедренный, n=42; подколенный, n=38; берцовый, n=20;). Через год на фоне пролонгированного лечения СД полная реканализация подвздошных вен (ПР) отмечена у 62,5% больных, частичная реканализация (ЧР) – у 31,2% больных, а окклюзионные формы (ОФ) - у 6,3% больных. ПР бедренного сегмента через год на фоне лечения наблюдалась у 84,6% больных, ЧР – у 15,4% больных. ОФ бедренного сегмента через год пролонгированного лечения СД у больных с ТГВНК не наблюдались. ПР подколенного сегмента через год лечения наблюдалась у 92,3% больных, ЧР – у 7,7% больных. Уже через 6 месяцев лечения СД ОФ в подколенном сегменте у больных с ТГВНК не наблюдались. ПР берцового сегмента через год на фоне лечения наблюдалась у 91,7% больных, ЧР – у 8,3% больных. Уже через 4 месяца лечения сулодексидом ОФ в берцовом сегменте у больных с ТГВНК не наблюдались. **ВЫВОДЫ.** Пролонгированное применение СД для лечения и профилактики тромботической опасности у больных с ТГВНК способствует полной реканализации подвздошных вен у 62,5% больных, бедренных вен - у 84,6% больных, подколенной вены - у 92,3% больных, а берцовых вен - у 91,7% больных, что позволяет предотвратить развитие тяжелых форм хронической венозной недостаточности.

---

1337. ТРУДНОСТИ ПРИ ПЛАНОВЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ-АССИСТИРОВАННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПО ПОВОДУ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

Ачкасов С.И., А.И.Москалёв, С.А.Сенашенко

Москва

ФГБУ "ГНЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих" Минздрава РФ

Дивертикулярная болезнь в последние годы выходит на первое место по распространенности среди неопухольевых заболеваний толстой кишки. Хирургические вмешательства при этом сопряжены с достоверно большей частотой развития осложнений, чем при раке. Лапароскопические методы представляются одним из ведущих направлений в улучшении результатов хирургического лечения данной категории пациентов. Цель работы: анализ особенностей применения лапароскопического метода в плановом хирургическом лечении осложнений дивертикулярной болезни. Пациенты и методы: критерии включения в исследование – наличие дивертикулярной болезни с хроническими воспалительными осложнениями, формирование первичного толстокишечного анастомоза. Критерии исключения: признаки острого воспалительного процесса; в анамнезе – операции на толстой кишке; признаки выраженного и распространенного рубцово-спаечного процесса в брюшной полости; индекс массы тела  $\geq 35$  кг/м<sup>2</sup>; противопоказания к пневмоперитонеуму. За период с 2007 по 2013 годы в ГНЦК было оперировано 113 больных, включенных в исследование. Основную группу составил 61 пациент, которому были выполнены лапароскопически-ассистированные вмешательства, контрольную – 52 пациента (традиционный доступ). Группы были сопоставимы по объёму выполненной резекции, распространенности поражения дивертикулами ободочной кишки, индексу массы тела, способу формирования анастомоза. Результаты: в основной группе конверсии выполнены 7 (11,5%) пациентам, причём у 4 (6,6%) – минилапаротомный разрез был увеличен до 10-12 см для выполнения оперативного приема в малом тазу. В 2 случаях из 7 причиной конверсий была избыточное содержание жировой клетчатки в тазу и брюшной полости, значительно затруднявшие визуализацию органов и тканей; в 4 случаях причиной конверсии стала выраженность хронических воспалительных изменений в тазу, не позволявшая с уверенностью дифференцировать левый мочеточник и внутреннюю подвздошные сосуды. В 1 случае причиной стало интраоперационное кровотечение из брыжейки в области левого изгиба также на фоне избыточного содержания жировой клетчатки. В 4 из 7 случаев конверсии избыточное содержание жировой клетчатки в органах и тканях брюшной полости отмечено при индексе массы тела

---

1338. Программируемое многоэтапное хирургическое лечение раненых с комбинированными термомеханическими повреждениями в локальном вооруженном конфликте.

Дубров В.Э. (1), Колтович А.П. (2), Кукуничков А.А. (2), Полехов П.Ю. (2), Герейханов Ф.Г. (2), Палтышев И.А. (2), Николаев К.Н. (3)

1) Москва, 2) Балашиха, 3) Санкт-Петербург

1) МГУ им. М.В. Ломоносова 2) ГВКГ ВВ МВД РФ 3) ВГ ВВ МВД РФ

Проведен анализ результатов лечения 93 раненых с комбинированными термомеханическими повреждениями в возрасте от 19 до 48 лет, которым была оказана медицинская помощь в 357 отдельном медико-санитарном батальоне и Медицинском отряде специального назначения Главного военного клинического госпиталя внутренних войск МВД России на территории Северо-Кавказского регионального командования в 1994-1997 гг. и в 1999-2014 гг. Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения раненых с комбинированными термомеханическими повреждениями в условиях ведения локальных боевых действий и ограниченности сил и средств медицинской службы. Причиной термомеханических повреждений у 75 (80,6%) раненых стал подрыв на фугасных минах, у 18 (19,4%) – попадание снаряда в боевую технику. В течение первого часа после ранения на этап КМП поступили 16 (17,2%) человек, второго часа – 47 (50,5%), в сроки от 2 до 24 часов – 30 (32,3%). Раненых доставляли в большинстве случаев авиа- (46 (49,5%)) или автотранспортом (24 (25,8%)). Лечение 7 (7,5%) пациентов с нетяжелыми повреждениями на этапе КМП стало окончательным. На этапе оказания СМП были эвакуированы 77 (82,8%) пострадавших.

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

Повреждения головы диагностированы у 67 (72,0%) человек, шеи - 7 (77,8%), груди - 21 (22,6%), живота и таза - 18 (19,4%) человек, конечности - 67 (72,0%). Ожоги I-II степени были у 76 (81,7%) пострадавших, IIIA – у 30 (32,3%), IIIB – у 20 (21,5%), IV - у 11 (11,8%). До 2001 г. была использована только тактика Early Total Care (ETC) за-ключавшаяся в оказании хирургической помощи в полном объеме (29 (31,2%) раненых). С 2002 г. было начато применение дифференцированного подхода с использованием тактики программируемого многоэтапного хирургического лечения Damage Control Surgery (DCS). При АДсист. выше 90 мм рт. ст. использовали тактику ETC – 30 (32,2%) раненых. При АДсист. менее 90 мм рт. ст. или развитии полиорганной недостаточности – применяли тактику DCS (34 (36,6%) человека). Тактика DCS включала 3 этапа: первым этапом выполняли ограниченный объем хирургических вмешательств, направленный только на устранение жизнеугрожающих состояний; на втором этапе проводили многокомпонентную интенсивную терапию, направленную на стабилизацию состояния раненого; третьим этапом, при стабилизации состояния раненого, выполняли окончательные хирургические операции и/(или) эвакуацию на этап оказания СМП. Осложнения в послеоперационном периоде развились у 51 (54,8%) человека – у 15 (51,7%) после применением традиционной тактики и у 36 (56,2%) после применения дифференцированной хирургической тактики. Общая летальность составила 9 (9,7%) раненых. Применение дифференцированной хирургической тактики привело к уменьшению летальности с 13,8% до 7,8% (p=0,453) по сравнению с группой раненых, у которых только применялась традиционная тактика одномоментного устранения всех повреждений.

---

1339. Опыт применения малоинвазивных методик лечения под ультразвуковым контролем ограниченных скоплений жидкости в брюшной полости в послеоперационном периоде после лапароскопических холецистэктомий.

Осокин Г.Ю. (1,2), Желябин Д.Г. (1), Бубнов М.М. (1), Переведенцева А.М. (1,2).

Москва

1) НУЗ «Дорожная клиническая больница им. Н. А. Семашко на ст. Люблино ОАО «РЖД», директор Свердлов М.Я.2) Кафедра общей хирургии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» МЗ РФ

Желчнокаменная болезнь является одной из наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний органов брюшной полости и составляет по данным отечественных и зарубежных авторов от 14 до 17%. Лапароскопическая холецистэктомия стала методом выбора и в настоящее время является «золотым стандартом» при лечении желчнокаменной болезни. Ускоренное выздоровление и удовлетворенность пациентов результатами привели в настоящее время практически к полному переходу к лапароскопическим методикам в хирургии желчного пузыря. Однако в процессе эволюции этой техники в 1980-1990-х гг. стало ясно, что она имеет более высокий риск развития осложнений в сравнении с открытой холецистэктомией. Абсцессы и гематомы ложа желчного пузыря, возникающие в послеоперационном периоде, продолжают оставаться актуальной проблемой в абдоминальной хирургии, а основными причинами их являются травматическое удаление желчного пузыря и отказ или неадекватное дренирование брюшной полости. Частота таких осложнений как гематомы, подпеченочные и поддиафрагмальные абсцессы после холецистэктомии по современным данным колеблется от 0,2 до 2,5 % случаев, что заставляет искать новые пути лечения гнойных осложнений послеоперационного периода. Еще одним из наиболее серьезных осложнений, возникающих после удаления желчного пузыря является желчеистечение. Частота желчеистечения после лапароскопической холецистэктомии в настоящее время составляет 0,5-1,6 %. Наиболее частыми причинами желчеистечения являются дополнительные желчные протоки (ходы Люшка), чаще в инфильтративно измененном ложе желчного пузыря, несостоятельность культи пузырного протока, а также травмированные внепеченочные желчные протоки. В зависимости от источника, как правило, отличаются темп и тяжесть желчеистечения, а также тактика лечения. В последние десятилетия в зарубежной и отечественной хирургии широкое распространение получили малоинвазивные методы лечения этих осложнений. Неинвазивность ультразвукового исследования сделала его методом выбора для

кон-троля пункций и аспираций жидкостных образований подпеченочного пространства. Использование миниинвазивных вмешательств позволяло сократить число открытых операций по поводу отграниченных жидкостных образований брюшной полости. Интенсивное внедрение малотравматичных операций стало возможным благодаря успехам в развитии современных технологий. Оперативные вмешательства, проводимые под ультразвуковым контролем являются более щадящими, минимально травматичными. Повышение качества жизни больных, уменьшение продолжительности их пребывания в стационаре, снижение сроков временной нетрудоспособности и числа осложнений являются важными достоинствами этих операций. С расширением спектра задач, решаемых с помощью ультразвуковых методик, возникла необходимость разработки диагностических критериев и алгоритмов использования, различных миниинвазивных технологий в лечении осложнений операций на органах брюшной полости. В основу статьи взяты результаты клинического анализа осложнений ЛХЭ, выполненных у 1474 пациентов с 2010 по 2014 год в НУЗ «ДКБ им. Н.А. Семашко на ст. Люблино ОАО «РЖД» по поводу желчнокаменной болезни малоинвазивным доступом. У 129 (8.8%) больных операция произведена по поводу острого калькулезного холецистита, осложнений в этой группе пациентов не было. Частота специфических послеоперационных осложнений у пациентов, кото-рым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия в плановом порядке по поводу хронического калькулезного холецистита составила 1,36%, при этом отгра-ниченные жидкостные образования выявлены у 6 больных (30% от всех осложне-ний). Из них у 2 пациентов отмечены биломы (скопления желчи в ложе желчного пузыря, подпеченочном пространстве), у 3 пациентов - гематомы в ложе желчного пузыря и подпеченочном пространстве, у 1 пациента – абсцесс ложа желчного пу-зыря. При биломах (небольших размеров объемом до 50мл) в обоих случаях выпол-няли пункции под УЗ-контролем, что привело к выздоровлению. Причиной скопле-ния желчи, в 1 случае, вероятнее всего, являлось желчеистечение из добавочных желчных ходов, во втором случае - незначительное желчеистечение из культы пу-зырного протока произошло в результате миграции клипс. Вмешательства под контролем УЗИ при гематомах ложа желчного пузыря и подпеченочного пространства провели у 3 пациентов, из них у двух выполнены пункции и у одного - дренирование гематомы (был установлен дренаж 12F) с после-дующим редренированием в связи с нарушением функции дренажа (обтурация сгу-стками фибрина и детритом) и заменой дренажа (установлен дренаж 14F) . После лапароскопической холецистэктомии был диагностирован 1 абсцесс с локализацией в ложе желчного пузыря. Применялось дренирующее вмешательств под контролем УЗИ (установлен дренаж 12F), которое позволило в короткие сроки (4 суток) добиться выздоровления у данного пациента. Таким образом, результаты наших исследований свидетельствуют о том, что различные виды вмешательств под контролем УЗИ обладают высокой эффективно-стью при лечении отграниченных жидкостных образований после лапароскопиче-ской холецистэктомии. Выполнение миниинвазивных вмешательств позволило в более ранние сроки активизировать пациентов и уменьшить срок пребывания в ста-ционаре. Таким образом, считаем наиболее эффективным применение малоинвазив-ных методик под УЗ-контролем в лечении отграниченных скоплений жидкости в брюшной полости в послеоперационном периоде.

---

1340.Профилактика стресс-повреждений желудочно-кишечного тракта у больных, находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Брюхов А.Н.,Хромелюк И.Б.,Бичев А.Ю.

Нижевартовск

БУ ХМАО-Югры "Нижевартовская окружная клиническая больница"

В отделениях реанимации и интенсивной терапии профилактика стресс-повреждений желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – одна из актуальных проблем. Они выявляются у 75 % больных (от 40 до 100 %) уже в первые часы, а летальность при кровотечениях из них достигает 64 % - 87%. Частота встречаемости массивного кровотечения у больных, находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии, без профилактики кровотечения, наблюдается у 6–15 %, а при проведении профилактики — в 1–3 %случаев. Основные направления профилактики стресс-повреждений ЖКТ, которых придерживаются в нашем

отделении: применение ингибиторов протонного насоса (помпы) (ИПП) и ранняя нутритивная поддержка (энтеральное питание). Основная задача профилактики - поддержание pH выше 3,5 (до 6,0). Эффективность ИПП выше, чем применение H<sub>2</sub>-блокаторов, при длительном применении омепразола не наблюдается тахифилаксии. Включение энтерального питания в комплекс профилактики стресс-повреждений ЖКТ предупреждает транслокацию микрофлоры из кишечника, развитие дисбактериоза, повышает функциональную активность энтероцита и защитные свойства слизистой оболочки, снижая степень эндотоксикоза и риск возникновения вторичных инфекционных осложнений, улучшает моторно-эвакуаторную функцию ЖКТ. Нами проведен ретроспективный анализ законченных случаев пациентов, находившихся в отделении реанимации и интенсивной терапии БУ ХМАО-Югры «Нижевартовская окружная клиническая больница», за три года. Выделено две группы: первая - больные с хирургической патологией со стороны висцеральной системы (1296 человек), и вторая группа – больные с тяжелой сочетанной травмой (759 человек). Исследуемые группы были сопоставимы по поло-возрастному признаку. Всем обследуемым проводилось стандартное клиничко-лабораторное исследование; комплекс интенсивной терапии, включающий гемодинамическую, респираторную, нутритивную поддержку, антибактериальную терапию, профилактику тромбоза глубоких вен и развития стресс-повреждений ЖКТ. Методика профилактики включала: 1) внутривенно омепразол (Лосек), в дозе 40 мг 2 раза в сутки (по 30 минут), в течение всего периода риска, но не менее 3 дней, с последующим переходом на таблетированные формы, 2) начало нутритивной поддержки в первые 24-48 часов после поступления больного в отделение интенсивной терапии; парентеральное питание назначалось больным, у которых было невозможно питание через ЖКТ (кишечная непроходимость, панкреонекроз, перитонит, болезнь Крона и т.д.), и больным с выраженным катаболизмом, когда одно энтеральное питание не восполняло потери и дефицит протеинов. Оценка эффективности проводимого лечения проводилась на основании данных клинической картины, эндо-скопического исследования, а также данных патолого-анатомических и судебно-медицинских вскрытий. В результате, осложнения в первой группе выявились у 9 человек (0,7%), во второй группе – у 3 человек (0,4 %). Заключение: применение ингибиторов протонной помпы и ранняя нутритивная поддержка позволяет достоверно снизить частоту стресс-повреждений ЖКТ у больных, находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии.

---

1341. Хирургия артерий бедренно-подколенного сегмента: оценка геморрагических проявлений в интраоперационном периоде в зависимости от вариантов антикоагулянтной терапии.

Гонтаренко В.Н., Титова М.И., Демидова В.С.

Москва

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

Цель работы. Выявить взаимосвязь применения различных вариантов антикоагулянтной терапии во время операции с геморрагическими проявлениями; разработать эффективные методы профилактики геморрагических осложнений в реконструктивной сосудистой хирургии на основании доступных методов лабораторной диагностики. Материал и методы. В отделении хирургии сосудов Института хирургии им. А.В. Вишневского у 68 пациентов с атеросклеротическим поражением артерий бедренно-подколенно-берцового сегмента перед пережатием артерий интраоперационно применялся низкомолекулярный гепарин НМГ (надропарин, эноксапарин и дальтепарин). В большинстве случаев применялся надропарин в/в из расчета 100 анти-Ха/кг. В группе контроля (n=50) использовали нефракционированный гепарин (НФГ) 100 ед./кг. Лабораторные тесты АЧТВ и ТВ определяли в динамике на автоматическом коагулометрическом анализаторе ACL 9000 (Inasumentation Laboratory, США). Возраст пациентов колебался от 41 до 82 лет и составил в среднем 65,34±8,55 года, мужчин было 92 (77,97%), женщин – 26 (22,03%). В большинстве случаев (69,5%) пациентам с атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей были выполнены операции бедренно-подколенного шунтирования выше щели коленного сустава. Результаты. Средняя величина интраоперационной кровопотери в группе применения НМГ составила 178,33±17,17 мл (80–900), в группе применения НФГ 273,02±27,09 мл (100–1000), разница статистически достоверна (p

1342.Первый опыт формирования компрессионных анастомозов в реконструктивно-восстановительной хирургии толстой кишки

Алиев Ф.Ш., Лейманченко П.И.,Крутских А.Г.

Тюмень

ГБОУ ВПО Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России

Восстановление непрерывности толстой кишки после операции типа Гартмана являются сложной задачей в хирургии и сопровождаются значительным количеством осложнений, которые наблюдаются в среднем от 21,4 до 58,3% случаев. Частота несостоятельности анастомозов при этом регстртуется в 5,6-14,1%, а летальность достигает до 10,4%. ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшить результаты лечения больных с концевыми колостомами после операции Гартмана, путем устранения колостомы и формирования компрессионного толсто-толстокишечного анастомоза. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. На базах ОАО МСЧ «Нефтяник», НУЗ "Отделенческой больницы на ст. Тюмень" ОАО "РЖД", Западно-Сибирского медицинского центра ФМБА России, было выполнено 20 операций по поводу закрытия полных губовидных толстокишечных свищей после операции Гартмана. В группу прооперированных пациентов вошли 12 женщин и 8 мужчин. Возраст варьировал от 45 до 73 лет. Сроки стомирования составили от 5 до 7 месяцев. Стомы были наложены в связи с резекцией сигмовидной кишки по поводу опухолей и перфорации дивертикулов сигмовидной кишки. Толсто-толстокишечный анастомоз накладывался конец в бок при помощи проволочного, трехвиткового устройства овальной формы из никелида титана, размеры устройства 32x12 мм. РЕЗУЛЬТАТЫ. Данный способ позволяет добиться ранней спонтанной восстановления проходимости зоны анастомоза на  $1,3\pm 0,6$  сутки. Отторжение компрессионного устройства происходило в просвет кишки на 7-8 сутки. Осложнений, связанных со способом анастомозирования выявлено не было. Лишь в 1-ом случае в первые сутки после операции у пациентки отмечался парез кишечника, связанный с поздним сроком развития некроза тканей в «окне» устройства, который был устранен эндоскопическим рассечением некротических тканей. Отдаленных осложнений, связанных непосредственно с применением разработанного способа операции, мы не наблюдали. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.Применение компрессионного шва никелид титановыми компрессионными устройствами позволило избежать осложнений связанных с формированием анастомоза.

---

1343.Бариатрические операции у пожилых пациентов.

Аскерханов Р.Г., Фейдоров И.Ю., Хатьков И.Е., Бодунова Н.А., Мосин С.В., Макарова О.К.

Москва

Хатьков И.Е.(1,2), Аскерханов Р.Г. (1,2), Фейдоров И.Ю.(1,2), , Бодунова Н.А.(1), Мосин С.В.(1), Макарова О.К.(1)1 – ГБУЗ Московский Клинический Научно-Практический Центр ДЗМ2 – ГОУ ВПО Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет

Актуальность: Ожирение и риск преждевременной смерти у пациентов старшего и пожилого возраста одна из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения. Согласно последнему бюллетеню ВОЗ каждый третий взрослый житель планеты имеет лишний вес, а каждый десятый страдает от ожирения. В

России, согласно официальной статистике Минздрава за 2009 год, заболеваемость ожирением составила 789,3 на 100 тыс. населения, а по сравнению с 2006 годом, этот показатель вырос на 16,1%. В то время как физическая активность и занятия физкультурой снижают риск развития ожирением; в России, согласно данным популяционного исследования 2012 года физкультурой не занимаются 82% женщин и 83% мужчин старше 61 года. Методы: В исследовании представлен опыт хирургического лечения ожирения у 9 пациентов старше 60 лет, которым операция была проведена в сроки с октября 2013 по октябрь 2014 года. Проведена оценка 30-ти дневной и 6-ти месячной послеоперационной летальности, длительность послеоперационного койко-дня, оценен эффект от проведенного лечения по потере избыточной массы тела и уровень послеоперационных осложнений по шкале Clavien-Dindo (CD). Результаты: В исследовании включено 6 женщин и 3 мужчин. Средний возраст пациентов в исследовании составил 62,1 года. Средние значения веса и ИМТ составили соответственно 135,9 кг и 50,2 кг/м<sup>2</sup>. Были выполнены следующие оперативные вмешательства: гастрощунтирование с реконструкцией на отключенной по Ру петле 2-м пациентам и продольная резекция желудка 7-ми пациентам. Все операции были выполнены лапароскопическим доступом. Длительность послеоперационного койко-дня составила 6,0±3,12 дней. Средняя потеря избыточной массы тела за 6-месяцев после операции – 40,6%. Послеоперационная летальность через 30 дней и 6 месяцев – 0%. Уровень послеоперационных осложнений по шкале CD следующий: всего 3 пациентов: CD I – один пациент с формированием нагноившейся серомы послеоперационной раны; CD II – двое пациентов: пациентка с пароксизмом мерцательной аритмии и пациентка с явлениями аспирационной пневмонии. Для лечения осложнений CD II потребовался перевод пациентов в специализированные отделения. Выводы: Бариатрические операции у пациентов старшей возрастной группы являются эффективным методом лечения морбидного ожирения, но сопряжены высоким уровнем риска, поэтому требуется мультидисциплинарный подход в предоперационной подготовке и послеоперационном ведении этой группы пациентов.

---

1344. Ранняя диагностика острого повреждения почек у больных с сочетанной травмой

Мизиев И.А., Махов М.Х.

Кабардино-Балкарская республика, г.Нальчик

Кабардино-Балкарский государственный университет им.Х.М. Бербекова

Ведение. Характерной чертой современных травм является превалирование множественных и сочетанных повреждений, что обуславливает высокую, не имеющую тенденции к снижению, летальность. Изменение функции почек при травме имеет значение для больного, что может увеличивать продолжительность лечения, ухудшать прогноз, приводить к развитию поздних осложнений[1]. Благодаря успехам в развитии лабораторной диагностики в современной медицине появились три новых термина: острое повреждение почек, преклиническая болезнь почек и субклиническое острое повреждение почек. Цистатин С – точный эндогенный маркер патологии почек. По функциональным характеристикам цистатин С является ингибитором внутриклеточных (лизосомных) протеаз и важнейший ингибитор внеклеточных цистеиновых протеаз, участвует в поддержании динамического равновесия в процессах обновления внеклеточного матрикса. Этот белок синтезируется всеми клетками организма и так же с постоянной скоростью элиминируется почками[2-7]. Цель исследования. Показать возможность диагностики острого повреждения почек, прогнозирования преклинической болезни почек и субклинического острого повреждения почек у больных с сочетанной травмой с использованием белка - цистатин С. Материалы и методы. В исследование вошли 60 больных находящихся в отделении сочетанной травмы на базе ГБУЗ РКБ в клинике кафедры факультетской и эндоскопической хирургии КБГУ им. Х.М. Бербекова. Возраст обследуемых больных с сочетанной травмой составил от 20 до 62 лет, причем отмечалась разная степень тяжести повреждения. Группу контроля составили 10 практически здоровых добровольцев соответствующего возраста. С целью выявления ПБП и СОПП определяли уровни цистатина С в сыворотке крови, уровень сывороточного креатинина. Выполнялись тесты на фотометре биохимическом анализаторе Stat Fax(США). Для определения цистатина С использовали набор «Cystatin C FS», набор калибраторов «TruCal Cystatin C» и контрольные



материал двух уровней: «TruLab Cystatin C» производство «DiaSys Diagnostic Systems», Германия. Скорость клубочковой фильтрации СКФ определяли по пробе Реберга, параллельно рассчитывали по цистатину С. Для реагента DiaSys Cystatin C FS рекомендуется уравнение Хоука (Hoek et al):  $СКФ[мл/мин/1,73м^2] = (80,35/цистатинС[мг/л]) - 4,32[8]$ . Необходимо отметить, что у исследуемой группы больных в анамнезе хронических заболеваний почек не было. Результаты. В ходе исследования выявлено, что подавляющее число пациентов с сочетанной травмой имели нормальный уровень сывороточного креатинина (56 человек), также как и добровольцы контрольной группы (9 человек). Уровень сывороточного цистатина С у 33 (55%) больных более чем на 30% превышал нормальные значения (19-49 лет – 0,53-0,92 мг/л, >50 лет – 0,58-1,02 мг/л). Причем повышение уровня цистатина С наблюдалось в первые 3 дня, затем наблюдалось постепенное снижение показателя. У 16 (27%) больных с повышенным уровнем цистатина С высокие цифры сохранялись и спустя 1 неделю с момента получения травмы. У 60% больных, в диагнозе которых присутствовал ушиб почек, показатели цистатина С оказались выше нормы. Среди обследуемых больной, в анамнезе у которого нефрэктомия месячной давности Цистатин С оказался выше нормы (1,4мг/л). СКФ по пробе Реберга была снижена только у 6 больных, тогда как при расчете по формуле Хоука у 33 больных. Выводы. Исходя из проведенного исследования, мы не обнаружили корреляции между уровнем сывороточного креатинина и уровнем сывороточного цистатина С у больных с сочетанной травмой. Данное исследование показывает, что уровни цистатина С могут предсказывать риск развития острого повреждения почек, субклинического острого повреждения почек и сигнализировать о преклинической фазе ренальной дисфункции у больных с сочетанной травмой. Пожалуй наиболее многообещающее применение цистатина С – использование его как маркера преклинических или ранних заболеваний почек среди лиц, у которых СКФ, определенная по креатинину, находится в нормальном диапазоне  $\geq 60$  мл/мин/1,73м<sup>2</sup>, но цистатин С повышен[9-10].

---

1345. Сравнительный анализ отдаленных результатов паховых аллогерниопластик по Трабукко и Лихтенштейну.

Желябин Д.Г. (1), Осокин Г.Ю. (1,2), Волченков А.В (1), Переведенцева А.М. (1,2).

Москва

1) НУЗ «Дорожная клиническая больница им. Н. А. Семашко на ст. Люблино ОАО «РЖД», директор М.Я. Свердлов 2) Кафедра общей хирургии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» МЗ РФ

Сегодня грыжа передней брюшной стенки по-прежнему остается самым распространенным заболеванием, требующим хирургического лечения, что составляет 10-15% всех хирургических вмешательств в мире. Паховые грыжи составляют до 75% от всех грыж передней брюшной стенки, из них 90-95% паховых грыж встречаются у мужчин. В России ежегодно выполняется до 200 тысяч плановых операций по поводу паховых грыж. В настоящее время известно более 600 методов и модификаций лечения грыж паховой локализации, большинство из которых представляет пластику собственными тканями. Однако, все эти методы герниопластики, к сожалению, в той или иной степени не удовлетворяют хирургов на современном этапе. Нерешенная проблема данной патологии — частота рецидива, который при прямых паховых грыжах достигает 10%, вероятность повторного рецидива при пластике косых паховых грыж составляет по некоторым данным до 40%, при осложненных грыжах вероятность рецидива в среднем достигает 20-30%. В настоящее время разработано много методик герниопластики с использованием различных по материалу и структуре имплантатов. Суть этих операций сводится к тому, что имплант в виде заплатки закрывает грыжевые ворота и вызывает быстрое прорастание его фибробластами с образованием зрелой соединительной ткани, прочность которой равна прочности апоневроза или превосходит ее. Таким образом использование протезного материала, позволяет сразу получить новую прочную заднюю стенку, которая способна противостоять внутрибрюшному давлению. Наибольшее количество рецидивов формируется в результате недостаточно надежной фиксации имплантата, когда происходит его смещение. При этом изучению влияния способов фиксации имплантов на частоту рецидивов после аллогерниопластики посвящены единичные работы. Второй наиболее частой причиной возникновения рецидивов является малый размер имплантов, и в

меньшей степени рецидивы формируются на фоне развившихся у пациента в послеоперационном периоде местных (в области операции) воспалительных реакций. Существует несколько способов фиксации имплантатов при протезирующей герниопластике, среди них в настоящее время наиболее используемая, это шовная (фиксация полипропиленовой сетки отдельными или непрерывными швами) и бесшовная, когда используется сетка обладающая адгезивными свойствами. Использование для фиксации специальных фиксаторов и клеев не нашло широкого применения в хирургии грыж. На сегодняшний день самой распространенной операцией из всех видов ненапряжной герниопластики, выполняемой по поводу паховых грыж является герниопластика по методу Лихтенштейна, которая является «Золотым стандартом». В настоящее время она выполняется у 80% больных в США и у 60-70% больных в Европе. Герниопластика по Лихтенштейну, довольно простой в исполнении и не требующий тщательной препаровки метод. Принцип его заключается в имплантации полимерной сетки под апоневроз наружной косой мышцы живота без затрагивания мышц и поперечной фасции. После выделения грыжевого мешка, его перевязки и отсечения производят подшивание сетчатого эндопротеза к паховой связке, к апоневрозу над лобковой костью и внутренней косой мышце живота, а также проксимальнее внутреннего пахового кольца. Пластику завершают ушиванием апоневроза наружной косой мышцы живота над семенным канатиком. Благодаря отказу от закрепления краев фасции и мышц на паховой связке получается так называемая "свободная от натяжения" адаптация. Именно поэтому пластика по Лихтенштейну в сравнении с натяжными герниопластиками более безболезненна для больного после операции и главное, более физиологична, поскольку не наносит ущерба нормальной подвижности и механизму закрытия фасции, мышцы и апоневроза. Наиболее часто встречаемыми осложнениями данной техники являются боли в области операции, которые беспокоят пациентов более 1 месяца после операции и рассматриваются как невралгические. Причинами подобных болей могут являются: развитие невринома (которые заключаются в пролиферации нервных волокон за пределы оболочки нерва, возникающее после частичного или полного пересечения нерва) и иррадиирующая невралгия (причиной чего является интактный нерв, захвачены лигатурой). Причинами рецидивов наиболее часто являются такие технические ошибки как: сшивание тканей под натяжением, недостаточно надежная фиксация, несоответствие размеров импланта и грыжевого дефекта, использование для проведения пластики рассасывающего материала. В настоящее время отмечена тенденция к переходу на бесшовные методики размещения имплантатов при герниопластике. Применение подобного метода размещения имплантата обусловлено свойствами самих современных протезирующих материалов. Бесшовная аллогерниопластика по Трабукко разработана в 1995 году в институте герниологии Трабукко в Нью-Йорке. Данная методика основана на том, что используется жесткий монофиламентный сетчатый полипропиленовый имплантат (Herniamesh, Италия), обладающий «памятью» формы и повышенными адгезивными свойствами, которые обеспечивают стабильность расположения сетки, отсутствие «мертвого» пространства между имплантатом и тканями, т.е. позволяют использовать ее без швов, что исключает травму нервов в паховой области. Таким образом протез не будет перемещаться, находясь в закрытом анатомическом пространстве, укрытом сверху апоневрозом косой мышцы живота. В послеоперационном периоде эта плоско лежащая сетка, расположенная во внутреннем пространстве, легко прорастает соединительной тканью и представляет собой однородный барьер, предотвращающий рецидив заболевания. Также вследствие низкой травматичности и свойств жесткого эндопротеза уменьшается число осложнений со стороны раны (серомы, гематомы), более быстро наступает прорастание протеза соединительной тканью, соответственно уменьшаются сроки госпитализации и реабилитации. Наряду с неоспоримыми преимуществами данной методики в литературе встречаются и данные о развитии таких редких осложнений как ощущение импланта и чувство инородного тела у пациентов, преимущественно гипостенического телосложения, которое наиболее часто регистрируются на сроках 3-6 месяцев и заметно уменьшающееся в последующем, что связано с окончательным созреванием послеоперационного рубца и с исчезновением явлений воспалительного характера, миграция импланта из области операции. Частота рецидивов при данной методике значительно ниже в сравнении с другими ненапряжными герниопластиками и связаны с тактическими (недостатки предоперационного обследования пациентов, недооценка размеров мышечно-апоневротического дефекта, недооценка исходного состояния и степени изменения тканей в области расположения дефекта) и техническими (миграция полипропиленовой сетки из области операции) ошибками. Нами проведен ретроспективный анализ 400 историй болезни пациентов прооперированных по методу Трабукко и Лихтенштейну при паховых грыжах у пациентов различного возраста и пола, с различными сроками грыженосительства и размерами грыжевых выпячиваний, находящихся на лечении в НУЗ ДКБ им Н.А. Семашко на ст. Люблино МЖД ОАО «РЖД» за период с 2008 по 2012 год. Подавляющее количество больных составили мужчины 546 (91%), женщины – 54 (8%). Наибольшую группу составили мужчины в возрасте от 40 до 60 лет. Паховые грыжи имели правостороннюю локализацию – 222 случая (55,6%), левостороннюю - 172 (42,9%) и двустороннюю – 6 (1,5%). В нашем исследовании было зафиксировано 157 косых паховых грыж (39,3%), 159 прямых паховых грыж (39,8%), 67 пахово-

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

мошоночных грыж (16,8%) и 26 рецидивных паховых грыж (6,6%). В ходе выполнения самих оперативных вмешательств было выявлено, что в 16 случаях (4,0%) паховые грыжи являлись скользящими – в 10 случаях (2,5%) одной из стенок грыжевого мешка являлась стенка мочевого пузыря, в 6 (1,5%) – стенка слепой кишки. Все пациенты были разделены на две группы сравнения, в зависимости от способа хирургической коррекции грыж: 1. пациенты, которым были выполнены паховые аллогерниопластики по методу Трабукко – 325 человек (81,3%); 2. пациенты, которым были выполнены паховые аллогерниопластики по методу Лихтенштейн – 75 человек (18,7%) Таким образом, в нашем исследовании все больные с паховыми грыжами были оперированы по методикам ненатяжной герниопластики. При изучении отдаленных результатов паховых герниопластик которое осуществлялось осуществлялся путем анкетирования прооперированных пациентов выявлено, что: 1. 5 (6,7%) больных с применением техники Лихтенштейн и 2 (0,6%) пациента с применением техники Трабукко, оперированных по поводу паховых грыж, повторно находились на стационарном лечении в других лечебных учреждениях с направительным диагнозом диагнозом «рецидивная паховая грыжа», который в последующем не подтвердился, а причиной обращения стали периодические боли области ранее выполненной операции. 2. 7 (9,3%) пациентов, прооперированных по методу Лихтенштейн и 23 (7,0%) пациента, котором была выполнена аалогерниопластика Трабукко отмечали подъемы температуры до субфебрильных цифр в течение нескольких дней после операции с нормализацией к моменту выписки, более высоких цифр температуры пациенты не отмечали. Подобные явления в послеоперационном периоде у пациентов, которым имплантировалась полипропиленовая сетка, связаны с естественной реакцией окружающих тканей на имплантат и вовлечением в воспалительный процесс периферических нервных волокон. 3. 2 (2,7%) пациента с аллогерниопластикой по Лихтенштейну и 10 (3,1%) пациентов - по Трабукко в послеоперационном периоде отмечали чувство «дискомфорта – инородного тела» в области операции при физической активности. 4. Были зарегистрированы 5 (6,7%) случаев образования рецидивов паховых грыж у пациентов с аллогерниопластикой по методу Лихтенштейн и 6 (8,0%) случаев у пациентов с аллогерниопластикой по Трабукко. В среднем, сроки рецидивирования колебались от 6 месяцев до 1 года. Анализ причин развития осложнений и рецидивов выявил первоочередные составляющие – недостаточно надежная фиксация имплантата, ведущая к смещению последнего и возникновению рецидива; необходимость внедрения в организм дополнительных материалов для фиксации имплантата, влияющая на частоту и степень выраженности воспалительных реакций и реакций со стороны нервных окончаний. Данные положения явились предпосылкой для применения с целью улучшения результатов хирургического лечения паховых грыж новой методики безфиксационного размещения имплантата, позволяющей свести к минимуму вышеуказанные положения.

---

1346.К вопросу о механизмах развития ренальных осложнений у больных с сочетанной травмой

Мизиев И.А., Махов М.Х.

Нальчик

КБГУ им. Х.М. Бербекова

Актуальность: в патогенезе травматического шока среди многих факторов нарушения деятельности почек занимают постоянное место, нередко определяя, в случае развития острой почечной недостаточности (ОПН), исход травматической болезни. Это особенно относится к тем наблюдениям, когда травма носит множественный либо сочетанный характер и сопровождается обширными повреждениями мягких тканей. Механическая травма вызывает отчетливо выраженные изменения в деятельности практически всех органов и систем организма. Выраженные нарушения гомеостаза при переломах конечностей, расстройство водно-электролитного баланса, нарушение нейро-эндокринной регуляции приводит к изменению функционального состояния почек. До сих пор нет единого мнения о патогенезе нарушений функционального состояния почек при травме. На практике реакция почек на травму и оперативное вмешательство чаще необоснованно остаются вне поля зрения медицинского персонала, активно занятого в первую очередь лечением поврежденных других органов. Вместе с тем, нет никаких оснований считать, что у всех больных полностью компенсировано состояние всех функциональных систем, и последствия травмы

897

локализованы только местом повреждения. Травма, оказывающая огромное влияние практически на все органы и системы больного, приводит к нарушению секреторно-эксcretорной функции почек, что оказывает опосредованное влияние на процесс репаративной регенерации. Если последствия ранений, ушибов почек в достаточной мере известны, то изменения функционального состояния почек при сочетанной травме, а также в раннем и позднем послеоперационном периодах изучены недостаточно. По литературным данным основными причинами высокой летальности и инвалидности в результате сочетанных и множественных травм можно считать тяжесть повреждения, сложность быстрой диагностики и лечения пострадавших. При течении травматической болезни в патологический процесс вовлекаются все жизненно важные органы и системы. Одно из ведущих мест в патогенезе травматической болезни занимают процессы, происходящие в почках спустя несколько часов после травмы. Особенности патогенеза и морфогенеза, определяющие развитие острого нарушения функции почек, остаются в настоящее время неясными и требуют дальнейшего детального изучения. Цель исследования: определить – раскрыть суть почечных осложнений при сочетанных повреждениях, разобраться с основными звеньями патогенеза нефропатии при сочетанной травме. Материалы и методы: С целью уточнения механизмов развития почечных осложнений нами проведен ретроспективный анализ 137 историй болезни пациентов отделения сочетанной травмы ГБУЗ РКБ за период ноябрь 2013 года – март 2014 года. Возрастной диапазон – 2 - 66 лет. У 22 больных диагностирован ушиб почек, из них осложнение в виде ОПН диагностировано у одного. Умерло 6 больных с тяжелой сочетанной травмой, у которых в сопутствующем диагнозе был ушиб почек. Частота конкретных форм патологии почек при разных видах травмы зависит от ее особенностей: от тяжести, локализации, присоединения осложнений, наличия предшествующих и интеркуррентных заболеваний. Одна из первых классификаций изменений почек при травме была предложена П. И. Шамариным в 1949 году. В настоящее время пользуются современной классификацией, предложенной Е. В. Гембицким [1], в которой устранены недостатки первой классификации. Среди изменений почек при травме выделяют две основные группы: 1.Изменения, патогенетически связанные с травмой: 1.1 .первичные 1.2. вторичные 2.Изменения, не имеющие такой связи: 2.1 заболевания, предшествующие травме 2.2 интеркуррентные заболевания К первой группе относятся ранения и ушибы почек, а также их последствия (пиелит, пиелонефрит, паранефрит, почечнокаменная болезнь, ОПН). В мирное время преобладают вторичные изменения, патогенетически связанные с травмой (группа 1.2). Эти изменения в почках могут проявляться в виде посттравматической нефропатии, очагового нефрита, очагового токсического нефроза, вторичного пиелонефрита, а в более поздние сроки - амилоидоза. По данным литературы можно выделить комплекс основных патогенетических факторов, способствующих развитию патологии почек при травме. Для непосредственного повреждения почек, которым сопровождается их ранение и ушиб, характерны кровоизлияния в почечную паренхиму, ее отек и ишемия, тромбоз сосудов и инфаркты, гематурия, острая почечная недостаточность (ОПН) [2,3]. Последняя развивается вследствие травматического тромбоза почечных вен и артерий. ОПН, развивающуюся вследствие травмы органа, называют органической в противоположность ее «функциональной» форме, обусловленную влиянием экстраренальных факторов. К ним следует отнести длительную гиповолемию и гипотензию при шоке и связанное с этим падение клубочковой фильтрации. На фоне вызванной шоком ишемии почек возможно раннее возникновение нефротических изменений с последующим развитием стойкой нефропатии [4]. Повреждение почек - частая причина пиелонефрита и уросепсиса. Ряд авторов отметили развитие артериальной гипертензии при проникающей и непроникающей травмах почки и почечных сосудов [5]. Эти авторы считают, что для ее возникновения достаточно гибели почечной ткани в зоне, равной 6% ее паренхимы. Выделяют следующие механизмы гипертензионного синдрома при закрытой травме почек: а) гольдбладовский (сдавленно ножки и ишемия); б) «целлофановая» почка; в) травматический нефроптоз; г) травматическая атрофия почки и пиелонефрит. Гипертензивный синдром наблюдался у 39% данных больных. Травма почек может привести к почечнокаменной болезни. В формировании конкрементов большое значение имеют местная инфекция и образование кровяных сгустков в лоханках [6,7]. Роль раневой инфекции, проявляющейся гнойно-резорбтивной лихорадкой, в развитии изменений в почках несомненна. Однако различные формы этой патологии по-разному связаны с раневым инфекционным процессом. Так, если инфекционно-токсическая нефропатия — прямое и адекватное проявление интоксикации, а пиелит и очаговый нефрит, возникающие на высоте раневого процесса, - прямые, хотя и необязательные проявления инфекции, то диффузный гломерулонефрит— чаще всего аутоиммунный ответ на раневую инфекцию [8]. Развитие пиелонефрита может быть обусловлено нефрологическими расстройствами, вызванными травмой спинного мозга. В.Хабиби и соавт. [9] отмечают нарушение функции тазовых органов у 55% таких раненых. Застой и инфицирование мочи приводят к развитию пиелонефрита, пионефроза и урологического сепсиса. Одновременно уже в первые часы после травмы у этих раненых развиваются вазомоторные и дистрофические нарушения в почках нервно-рефлекторного характера [10,11]. Нарушения микроциркуляции в почках связывают с травмой не только спинного мозга, но и центральной нервной

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

системы. В развитии острых посттравматических заболеваний почек определенное значение могут иметь предшествующие заболевания почек и других внутренних органов, а также такие преморбидные состояния, как синдром дегидратации и тепловая травма, которые могут привести к резкому нарушению и без того измененной при травме гомеостатической функции почек. В развитии патологии почек при травме могут иметь значение интеркуррентные влияния (побочное действие лекарственных средств, в частности сульфаниламидных препаратов, способствующих образованию камней, и антибиотиков, оказывающих нефротоксическое действие и т. д.), оперативные вмешательства, а также охлаждение и острая респираторная вирусная инфекция. Выводы: приведенный обзор механизмов развития почечных осложнений при травме позволяет отнести к основным факторам риска их возникновения особенности локализации травмы, связанной с повреждением почек, нарушения иннервации тазовых органов, влияние факторов раневого процесса, предшествующие заболевания почек. Своевременное выявление ведущих факторов риска в каждом конкретном случае может служить основой успешного прогнозирования, профилактики, и раннего лечения посттравматических заболеваний почек. Изучение развития возможных изменений функционального состояния почек позволит уже на ранних этапах лечения переломов конечностей проводить активные профилактические мероприятия, а при необходимости и медикаментозное лечение, корригирующие изменения, что будет способствовать оптимизации течения репаративного процесса, снижению риска развития осложнений, уменьшению продолжительности лечения и времени восстановления трудоспособности.

---

1347. Результаты применения видеолапароскопии у больных с абдоминальной травмой.

Ермолов А.С., Тлибекова М.А., Тарасов С.А., Ярцев П.А., Резницкий П.А., Гуляев А.А., Кирсанов И.И., Рогаль М.М., Драйер М.,

Москва

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы»

Актуальность. В настоящее время сохраняются высокие показатели частоты диагностических ошибок (до 43,9%), послеоперационных осложнений (35-83%) и летальных исходов (25-70%) у пациентов с абдоминальной травмой. До сих пор имеет место различная тактика диагностики и лечения при абдоминальных повреждениях. Так в ряде стран преимущество отдается выжидательной тактике, когда больные, даже с ранениями передней брюшной стенки не подлежат срочному оперативному вмешательству, а наблюдаются, в некоторых случаях, вплоть до развития клинических проявлений. Цель работы. Определение показаний и противопоказаний к использованию лапароскопии у пациентов с абдоминальной травмой, уменьшение количества эксплоративных лапаротомий, оптимизация техники выполнения лапароскопии при данной патологии. Материал и методы. Проведен анализ результатов применения видеолапароскопической техники у больных с закрытой травмой и проникающими ранениями живота, находившихся на лечении в НИИ СП им. Н.В.Склифосовского с 2010 по 2014 годы. Видеолапароскопия была использована в лечебно-диагностическом алгоритме у 348 пострадавших: 252 (72,4%) мужчин и 96 (27,6%) женщин. Средний возраст составлял 35,15 (от 14 до 89 лет). Закрытая абдоминальная травма имела место у 186 (53,4%), а колото-резаные ранения живота – у 162 (46,6%) пациентов. Индекс тяжести травмы (по шкале ISS) у пострадавших с закрытой травмой живота составлял 14,64, а у больных с колото-резаными ранениями - 9,75. Показания к использованию лапароскопии у пациентов с травмой живота. I При закрытой травме живота: 1. Нарастание свободной жидкости в брюшной полости со скоростью более 200 и менее 500 мл/ч (оценка проводилась по данным серии УЗИ). 2. Наличие клинической картины при отсутствии данных неинвазивных методов исследования о повреждении органов брюшной полости. 3. Повреждение селезенки II – III степени по OISS (Organ Injury Scaling Spleen) или гематома селезенки с угрозой ее «двухмоментного» разрыва (по данным УЗИ). II При открытой травме живота: 1. Проникающие ранения живота. 2. Торакоабдоминальные ранения. 3. Невозможность ревизии раневого канала (колото-резаные ранения поясничной или ягодичной областей, огнестрельные ранения, взрывная травма). Противопоказаниями к

899

использованию лапароскопии являлись: 1. Травматический шок тяжелой степени. 2. Клиника разлитого перитонита. 3. Нарастание свободной жидкости в брюшной полости со скоростью более 500 мл/ч по данным серии УЗИ. 4. Клинико-инструментальные признаки повреждения полых органов брюшной полости. Результаты: Диагностическая лапароскопия без лечебных манипуляций выполнена 197 пациентам (56,6%). Из их числа, у 116 больных (58,9%) показанием к её проведению были колото-резаные ранения живота, а у 81 пациента (41,1%) закрытая абдоминальная травма. Лечебная лапароскопия произведена 73 пациентам (21%) с закрытой травмой и ранениями живота: спленэктомия выполнена 44 больным, коагуляция и ушивание ран печени – 13, гемостаз при травме и ранении селезенки – 5, ушивание ран диафрагмы – 4, холецистэктомия – 2, ушивание ран полых органов – 2 пациентам, удаление инородных тел (пули) - 1, петлевая сигмостомия - 1 и ушивание раны брыжейки тонкой кишки -1. На основании данных лапароскопии, показания к лапаротомии установлены у 78 пострадавших (22,4%). Невозможность достижения гемостаза при лапароскопии послужила причиной конверсии в 27 случаях (травма и ранение печени - 7 больных, травма селезенки – 16, травма брыжейки тонкой кишки – 3, повреждение крупных сосудов – 1). Лапаротомия в связи со множественными повреждениями внутренних органов выполнена 19 пациентам. Повреждение полых органов с развитием разлитого перитонита, не диагностированного до лапароскопии, послужило причиной конверсии в 22 наблюдениях. У 2 пострадавших повреждение брыжейки тонкой кишки привело к нарушению кровоснабжению кишки, что явилось показанием к резекции. Лапаротомия в связи с подозрением на травму забрюшинной части внутренних органов и повреждением их выполнена 8 больным. Выводы: показания к выполнению экстренной лапароскопии устанавливаются на основании результатов клинического обследования и динамического УЗИ, которое является скрининговым методом. Использование лапароскопии в лечебно-диагностическом алгоритме у больных с абдоминальной травмой позволило завершить лечение видеолапароскопическим методом и избежать выполнения лапаротомии в 77,6% наблюдений.

---

1348. Сравнительный анализ оказания хирургической помощи 5769 больным с перфоративной язвой 12 – перстной кишки и желудка в г. Екатеринбурге в 1996 -2014 гг.

Козлов В.А., Козлов И.В., Столин А.В., Зеленцов И.В., Овчинников В.И.

Екатеринбург

УГМУ, ИФМ УрАН, ЦГКБ №1

Состояние вопроса. В настоящее время многими считается, что ушивание перфоративной язвы (ПЯ) 12 – перстной кишки (ПЯДПК) и желудка (ПЯЖ) простая, малотравматичная и легко переносимая больными операция. Высокую послеоперационную летальность объясняют применением ее у наиболее тяжелых пациентов. Плохие отдаленные результаты можно предотвратить применением современных лекарственных препаратов. В г. Екатеринбурге, с более чем миллионным населением, идет вытеснение других видов вмешательств – ушивание становится операцией выбора. Целью данной работы является улучшение результатов лечения больных с ПЯ. Задачи. Определение вида вмешательства, дающего меньшую послеоперационную летальность у большого количества больных за длительный промежуток времени и рекомендация его применения. Материалы и методы. Литературные источники, официальные отчеты поданные в городское управление здравоохранения, статистические данные, результаты собственных исследований. Хирургическую помощь по неотложной абдоминальной хирургии в г. Екатеринбурге с взрослым населением 1133066 человек, по принципу районирования, оказывают 5 лечебно – профилактических учреждений (ЛПУ). На каждое из них приходится от 131752 до 365545 жителей. Применяются хорошо известные способы. При ликвидации перфорации мы предпочитаем не простое ушивание и тем более наложение Z – образных и П – образных швов, а иссечение краев язвы и, в зависимости от имеющихся условий, выполнение той или иной дренирующей операции. Мало знакома, впервые предложенная в нашей клинике в 1988 г. И. В. Козловым, селективная проксимальная криовагоденервация желудка (СПКВД) (РФ Патент №2063181 от 10.07.96 г. Приоритет от 03.09.92 г.). Теоретическим обоснованием этой операции явилось давно известное положение о большей, по сравнению

с другими, чувствительности нервной ткани к холодовому воздействию. Изготовлена специальная аппаратура, определены параметры (температура, экспозиция), разработана техника выполнения. Кривагоденервация проводится по передней и задней стенкам желудка вдоль малой кривизны и между правыми желудочно – сальниковыми сосудами и большой кривизной. Занимает 5 – 7 минут. При этом не рассекаются ткани, не требуется наложение зажимов и лигатур. Результаты и их обсуждение. Проведен сравнительный анализ оказания хирургической помощи 5769 больным с ПЯ, лечившихся в ЛПУ г. Екатеринбурга с населением 1113066 человек в 1996 – 2014 гг. В это число не вошли пациенты, прошедшие через ЛПУ в 1997, 2008 и 2010 гг. из – за отсутствия необходимых данных в отчетах, то есть анализ проведен за 16 лет, которые мы разделили на 3 периода. Заболеваемость ПЯ на 100000 населения 42 человека в 1996 – 2000 гг. снижается до 32 в 2001 – 2009 гг., и до 26 в 2011 – 2014 гг. Соотношение ПЯДПК и ПЯЖ 89:11, то есть язва ДПК встречается в 8 раз чаще (отсюда и название работы). В последние 10 – 15 лет идет интенсивное внедрение в хирургическое лечение ПЯ, как операции выбора – ушивания язвы, и снижение применения других способов (об операции выбора мы говорим, если она применяется более чем у 80% всех оперированных больных). В I периоде (1996 – 2000 гг.) в ЛПУ города оперирован 1781 больной с ПЯ. Предпочтение отдается ваготомии. По традиционной методике она выполнена у 758 (42,6%) пациентов с послеоперационной летальностью 1,2%. СПКВД – у 413 (23,2%) с послеоперационной летальностью 0,5%. На втором месте по применению - ушивание, сделанное у 429 больных (24,1%) с послеоперационной летальностью 9,8%. При всех видах операций послеоперационная летальность по городу 3,5%, общая – 4,0%. Во II периоде (2001 – 2009 гг.) всего в городе оперировано 2896 больных. Резко увеличивается, с 24,1% до 50,7%, и выходит на первое место ушивание, выполненное у 1469 больных. Послеоперационная летальность при этом уменьшается лишь на 1,5% (с 9,8% до 8,3%). Использование традиционной ваготомии снижается с 42,6% до 13,5%. СПКВД выполнена у 803 больных (27,7%) с послеоперационной летальностью 1,6%. При всех видах операций послеоперационная летальность увеличилась с 3,5% до 6,8%, общая – с 4% до 6,8%. В III периоде (2011 – 2014 гг.) всего в ЛПУ оперировано 1061 больной с ПЯДПК и ПЯЖ. Продолжается увеличение выполнения ушиваний с 24,1% в I периоде до 50,7% во II, и у 720 (67,9%) больных в III периоде. СПКВД применяется у 266 (25,1%) пациентов. Значительно реже, чем в I и во II периодах используется резекция желудка – у 24 (2,3%) больных и ваготомия по традиционной методике – у 51 (4,8%). Послеоперационная летальность при всех видах вмешательств увеличилась до 9,4%, общая – до 10,4%. Во всех ЛПУ определяются с операцией выбора. В ЛПУ №1, оказывающим неотложную помощь в районах города с населением 365545 человек, операцией выбора является СПКВД. В 2011 – 2014 гг. с ПЯДПК и ПЯЖ поступило 302 больных, что составило 28,3% от всех поступивших с ПЯ в городе. Оперирован 301 больной. СПКВД выполнена у 266 (88,4%). Без операции умер 1 человек. Послеоперационная летальность после всех операций 3,3%, общая – 3,6%. В ЛПУ №7, 14, 20, 40, оказывающих неотложную помощь в районах города с населением 772521 человек, операцией выбора является ушивание. В 2011 – 2014 гг. с ПЯДПК и ПЯЖ поступило 764 больных, что составило 71,7% больных от всех поступивших с ПЯ в городе. Оперировано 760. Ушивание выполнено у 692 (91,1%). Без операции умерло 4 человека. Послеоперационная летальность после всех операций 12,6%, общая – 13,1%. Заключение. Проведен сравнительный анализ оказания хирургической помощи 5769 больным с ПЯДПК и ПЯЖ в ЛПУ г. Екатеринбурга за длительные промежутки времени. В последние 10 – 15 лет идет интенсивное внедрение в хирургическое лечение ПЯ, как операции выбора – ушивания язвы, и снижение применения других способов. По городу с увеличением применения ушивания от 24,1% до 67,9% послеоперационная летальность возросла до 9,9%, общая – 10,4%. В 2011 – 2014 гг. все ЛПУ определились с «операцией выбора». В ЛПУ №1 это СПКВД, выполненная у 88,4% больных. Послеоперационная летальность 3,3%, общая – 3,6%. В ЛПУ №7, 14, 20, 40 – ушивание, примененное у 91,1% больных. Послеоперационная летальность 12,6%, общая – 13,1%. Широкое внедрение ушивания при лечении ПЯ не оправдало себя. СПКВД по И. В. Козлову с иссечением язвы и применением дренирующих операций, воздействуя на звенья патогенеза возникновения и течения ПЯ, дает намного лучшие результаты, и может применяться как «операция выбора». Это не значит, что нужно полностью отказаться от всех других способов, но они должны применяться только по определенным показаниям.

---

1349.Лапароскопическая холецистэктомия при полном обратном расположении внутренних органов

Григорьев Н.С., Сидоренко А.Б., Лобаков А.И.

Москва

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»

Актуальность: Транспозиция внутренних органов (situs inversus viscerum) — редкое врожденное состояние, в котором основные внутренние органы имеют зеркальное расположение по сравнению с их нормальным положением. Впервые прижизненно situs inversus viscerum было диагностировано врачом Kruchenmeister в 1824 г. Распространение транспозиции внутренних органов варьируется в различных группах населения, но встречается не чаще чем у 1 из 10 000 человек. Изучив литературу, мы выяснили, что описаны лишь единичные случаи успешных лапароскопических холецистэктомий у этой группы больных. Поэтому считаем, что описание каждого подобного наблюдения способствует накоплению опыта и выбора оптимальной хирургической техники лечения больных с желчнокаменной болезнью при полном обратном расположении внутренних органов. Цель: Выбор метода оперативного лечения больных с желчнокаменной болезнью при полном обратном расположении внутренних органов. Материалы и методы: В отделении абдоминальной хирургии ГБУЗ МО МОНИКИ за последние 5 лет оперированы 2 пациентки с полным обратным расположением внутренних органов, страдающие хроническим калькулезным холециститом. Приводим клиническое наблюдение: Больная Р., 41 год. В течение нескольких лет беспокоили жалобы на периодические боли в левом подреберье и эпигастрии, изжогу. Обследована в условиях гастроэнтерологического отделения МОНИКИ, по данным УЗИ органов брюшной полости: транспозиция внутренних органов, вариант развития желчного пузыря, конкременты и хлопья желчи в просвете желчного пузыря. Консультирована абдоминальным хирургом, переведена в наше отделение для планового оперативного лечения. Состояние при поступлении удовлетворительное. Удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, выслушивается во всех отделах. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме. 24.09.2014 г. выполнена плановая лапароскопическая холецистэктомия. Во время операции хирург располагался между ног пациентки, ассистент справа, второй ассистент слева. Таким образом, расположение бригады было «зеркальным» относительно обычной расстановки, принятой в нашем отделении. Ниже пупка выполнен разрез кожи 1,5 см. Иглой Вереща наложен карбоксиперитонеум 12 мм рт.ст. Введен 10 мм троакары, лапароскоп, ревизия: печень, желчный пузырь расположены слева, желудок справа. Слепая кишка с червеобразным отростком расположены слева. Доступные осмотру петли тонкой и толстой кишки без видимой патологии. Желчный пузырь не увеличен, серозная оболочка гладкая блестящая. Под контролем лапароскопа в субсифоидальной области введен троакар (10 мм). В левом подреберье по передней подмышечной линии установлен третий троакар (5 мм) для тракции желчного пузыря ассистентом. Четвертый порт (5 мм) устанавливался по параректальной линии, примерно в 5 см медиальнее третьего троакара. Через него вводились инструменты, которыми манипулировал оперирующий хирург. Отмечены обычные анатомические соотношения образований, составляющих треугольник Calot. Раздельно выделены, клипированы и пересечены пузырная артерия и пузырный проток с оставлением двух клипс на культе пузырного протока. Произведена холецистэктомия от шейки. Желчный пузырь извлечен через параумбиликальный доступ. Подпеченочное пространство осушено, дренировано однопросветным дренажом. С нашей точки зрения, такой выбор расстановки операционной бригады и расположение лапаропортов создают для оперирующего хирурга достаточное пространство, возможность быстрого и адекватного реагирования в случае возникновения технических трудностей и интраоперационных осложнений, тем самым снижая риск ятрогенных повреждений и послеоперационных осложнений. Гладкое течение послеоперационного периода, дренаж удален на 2 сутки, выписана в удовлетворительном состоянии. Заключение: Рациональная расстановка операционной бригады и специфическая установка лапаропортов позволяет успешно выполнить лапароскопическую холецистэктомию у больных, страдающих хроническим калькулезным холециститом при полном обратном расположении внутренних органов. Однако, большая вероятность ятрогенных повреждений при манипуляциях в гепатопанкреатодуоденальной зоне требует от хирурга повышенного внимания, а операция должна проводиться бригадой, имеющей значительный опыт в эндовидеохирургии.



1350. Совершенствование подходов к лечению гнойного (обструктивного) холангита в условиях общехирургического стационара.

Никонов П.В., Никонова Е.А.

Новотроицк, Оренбургская обл.,

ГАУЗ ГБ №1

В результате «оптимизации» и ряда административных решений работа в условиях хирургического стационара «малого» города в настоящее время становится все более и более сложной. Проводимая профилактическая работа по хирургическому лечению желчнокаменной болезни малоинвазивными хирургическими методами (ЛХЭ, ХМД) внесла определенные позитивные результаты, но не в полной мере решила проблему таких осложнений ЖКБ, как холедохолитиаз, стриктуры холедоха, механическая желтуха, холангит. Современный этап развития медицины диктует необходимость совершенствования методов диагностики и малоинвазивного удаления конкрементов желчевыводящих протоков, в том числе широкого внедрения эндоскопических методов санации желчевыводящих путей при гнойном холангите. Однако проблема их санации во многом определяется возможностями того лечебного учреждения, в котором эта диагностика осуществляется. В результате не всегда используются рекомендуемые рациональные и обоснованные тактические подходы. В тоже время, недостаточное количество специалистов владеющих эндохирургическими вмешательствами, отсутствие необходимого оборудования и инструментария, малоэффективная работа эндоскопической службы медицинского учреждения по внедрению ЭРХПГ и различных способов эндоскопического устранения холестаза способствовали более эффективному использованию других способов диагностики и малоинвазивных методов декомпрессии и санации желчных путей при гнойном холангите. В наших условиях наибольшее развитие получили хирургические вмешательства, направленные на декомпрессию желчевыводящих путей, проводимые под контролем УЗИ. Цель исследования: анализ результатов лечения пациентов с тяжелым течением острого гнойного холангита, находившихся в хирургическом отделении муниципальной больницы промышленного города с населением 108 тыс. Материал и методы: изучены истории болезней 118 пациентов с клиническими признаками острого гнойного обтурационного холангита, развившимся на фоне механической желтухи неопухолевого генеза, что составило 25,9% от всех больных с данной патологией. У 95 больных были применены малоинвазивные методы лечения. Холангит чаще всего сопутствовал желчнокаменной болезни (у 78 больных), стенозу большого дуоденального сосочка (у 26 больных), стриктуре внепеченочных желчных путей (у 14 больных). Средний возраст больных составил 65,5 лет (от 35 до 93 лет). Следует отметить, что 73,4% больных этой группы были пациенты старше 60 лет с тяжелой сопутствующей патологией и высокой степенью операционного риска. С клинической картиной билиарного сепсиса госпитализировано 28 пациентов. По нашим данным соотношение мужчин и женщин с данной патологией составило 1 : 3,5. Несмотря на достаточное количество аппаратов ультразвуковой диагностики в городских лечебных учреждениях и возможности быстрого определения характера желтухи, часть пациентов поступала в хирургическое отделение с длительными периодами желтухи от 14 до 30 дней (средняя длительность  $14,8 \pm 2,7$  дня), что значительно утяжеляло состояние пациентов и затрудняло подготовку к хирургическому вмешательству. При обследовании больных с механической желтухой традиционными клиничко-лабораторными методами, гнойный холангит был выявлен у 55%. Средний уровень билирубина составил  $108,6 \pm 19,8$ . При использовании УЗИ выявляемость прямых и косвенных признаков холангита возрастала до 84,1%. Включение фиброгастродуоденоскопии с визуальным осмотром папиллы и последующего бактериологического исследования позволило выявить холангит в 92,4% случаев. У 9 пациентов холангит был выявлен во время операции. При лечении острого гнойного обтурационного холангита, в особенности протекающего с явлениями билиарного сепсиса мы придерживаемся этапной тактики. При отсутствии возможности проведения РХПГ и ЭПСТ в предоперационной подготовке выполняем по показаниям срочную чрескожную чреспеченочную холецисто- или холангиостомию под контролем УЗИ для декомпрессии желчных протоков и последующего рентгенконтрастного исследования с целью определения причины и уровня обструкции. 12 пациентов, после выполнения срочных малоинвазивных декомпрессий и санаций желчных протоков под контролем УЗИ, проведения ранней дезинтоксикационной и общей антибактериальной терапии, при улучшении общего состояния по линии

санавиации транспортировались (270 км) в областные учреждения для проведения РХПГ и ЭПСТ. При этом ЭПСТ удалось выполнить 5 пациентам, остальные были оперированы традиционными способами. При наличии клинической картины деструктивного холецистита, холецистогенного холангита производили экстренную операцию холецистэктомии, холедохотомию, ревизию, дренирование холедоха. Значительная часть операций (77,8%) выполнены малоинвазивными методами (ЛХЭ, ХМД). При обструктивном гнойном холангите, у пожилых ослабленных больных с наличием тяжелых сопутствующих заболеваний применялось этапное лечение — срочная декомпрессия под контролем УЗИ с последующей через 48 - 72 часа операцией холедохолитотомией с дренированием общего желчного протока. У 60% пациентов вмешательство осуществлено малоинвазивным способом из мини доступа, другая часть пациентов подвергнута традиционному хирургическому вмешательству на гепатикохоледохе из лапаротомного доступа. 12 пациентам выполнено формирование холедоходуоденоанастомоза. В комплексном лечении интоксикационного синдрома наряду с массивной антибактериальной, инфузионной, иммунокорректирующей и другими методами терапии у 32 пациентов (из них 28 с билиарным сепсисом) применялись эфферентные методы детоксикации (плазмаферез, гемодиализ). В зависимости от тяжести эндотоксемии и клинического течения билиарного сепсиса проводили от 2 до 6 сеансов. Дискретный плазмаферез приводил к значительному дезинтоксикационному эффекту с заметным улучшением состояния больного. В 3 наблюдениях, в которых применяли гемодиализ, удалось перевести почечную недостаточность в полиурическую стадию с последующей коррекцией. Общая летальность при гнойном холангите составила 5,9%, в тоже время при сепсисе летальность составила 25%. Таким образом комплексное лечение больных с холангитом в условиях общехирургического отделения при недостаточной оснащенности современного оборудования и инструментов, отсутствии подготовленных специалистов эндоскопистов владеющих ЭПСТ, представляет собой сложную задачу. Улучшение результатов лечения больных в такой ситуации становится возможным при использовании миниинвазивных методик ликвидации обтурационной желтухи под контролем УЗИ в сочетании с комплексной корригирующей терапии гнойного холангита. Необходимы совместные действия управленческой части здравоохранения и широкой хирургической общественности по решению кадрового вопроса и оптимизации работы эндоскопической службы.

---

1351. Место малоинвазивных способов лечения в комплексном лечении обтурационного гнойного холангита с развитием билиарного сепсиса.

Никонов П.В., Никонова Е.А.

Новотроицк, Оренбургская обл.

ГАУЗ ГБ №1

Аналізу подвергнуто лечение 28 больных с тяжелым течением гнойного холангита и развитием билиарного сепсиса на фоне механической желтухи, которые составили 23,7% от госпитализированных с клинической картиной острого холангита. Среди них преобладали пациенты старше 60 лет (73,4%). Соотношение мужчин и женщин составило 1:3. Причинами холангита были холедохолитиаз (у 19 больных(67,8%)), холедохолитиаз в сочетании со стенозом большого дуоденального сосочка (у 7 больных(25%)), травматическая стриктура общего желчного протока (у 2 больных(7,1%)). Характерной особенностью течения холангита в данной группе была длительная слабо выраженная клиническая картина, с периодическими ознобами, субфебрильным повышением температуры тела, тупыми болями в правом подреберье и экстеричностью склер с последующим быстро прогрессирующим ухудшением состояния. 18 больных поступили с развернутой клиникой сепсиса, сопровождающейся нарушением гемодинамики, дыхательными расстройствами, энцефалопатией. Эти пациенты были госпитализированы сразу в реанимационное отделение, остальные 10 пациентов были переведены в течение 1-2 суток госпитализации, в связи с прогрессирующим ухудшением состояния. Для распознавания патологии внепеченочных желчных протоков и холангита использовались клиничко-лабораторные и специальные инструментальные методы исследования, проводимые одновременно с лечебными мероприятиями. Особые сложности в диагностике

острого холангита возникали при субклинических формах, у лиц старческого возраста в связи с частой инфицированностью желчи, когда клиническая картина была стерта (нормальная температура тела, местные симптомы едва улавливаются). При том, что впоследствии у таких больных выявлены глубокие морфологические изменения в желчных протоках. Всем больным выполнялись общий и биохимический анализы крови. В периферической крови в большинстве случаев выявлялся лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, увеличивается СОЭ. Среди лабораторных методов наибольшее значение имело определение уровня свободного и связанного билирубина, ферментов крови, что позволяло отличить паренхиматозную желтуху от механической, выявить степень повреждения гепатоцитов и функциональную способность печени. Также в большем проценте случаев отмечалась выраженная диспротеинемия сывороточного белка, которая связана с интоксикацией организма и нарушением функционального состояния печени. С целью расширения арсенала диагностических методов сочетающие в себе доступность, быстроту получения результатов при оценке степени интоксикационного синдрома для получения дополнительной информации при общеклиническом анализе периферической крови проводилась оценка реакции белой крови и состояния общей неспецифической иммунореактивности организма. Определяли индекс резистентности организма (ИРО), лейкоцитарный индекс (ЛИ), индекс сдвига лейкоцитов крови (ИСЛК). Резкое снижение показателя ИРО наблюдалось у 26 (92,85%) пациентов, показателя ЛИ у 18 (64,3%), при этом повышенное количество лейкоцитов крови отмечено у 16 (57,1%), а высокий уровень ИСЛК у 23 (82,1%) пациентов. Чем тяжелее форма гнойного холангита, тем чаще показатель ИРО регистрировался ниже его минимальной нормы, тем выше были показатели ИСЛК. Полученные результаты свидетельствуют, что с помощью применения интегральных показателей лейкоцитарной формулы периферической крови можно расширить возможности получения информации о состоянии неспецифической иммунологической реактивности организма. При поступлении всем больным было произведено УЗИ брюшной полости, при котором в 96% случаев выявлено наличие гипертензии желчевыводящих протоков. В 23 случаях имели место прямые и косвенные ультразвуковые признаки гнойного холангита, а у 21 больного обнаружены конкременты холедоха. Информативность УЗИ составила 82,1%. У 6 (21,4%) больных обнаружены абсцессы печени, абсцедирующая пневмония. Септический шок развился у 4 (14,3%) пациентов. Клинические проявления печеночно-почечной недостаточности отмечены у 22 (78,6%) и ДВС-синдрома — у 9 (32,1%) больных. У 24 (85,7%) больных возбудителями сепсиса были грамотрицательные бактерии или ассоциации грамотрицательных и грамположительных микробов. Тактика лечения определялась с учетом тяжести состояния больных, а также данных дооперационных методов исследования. Чрескожную чреспеченочную холецистостомию или чрескожную чреспеченочную холангиостомию под УЗ-контролем с целью декомпрессии желчных протоков, как первый этап радикального лечения, применили у 20 больных. У 17 пациентов отмечен положительный эффект. В последующем всем больным выполнены радикальные оперативные вмешательства из мини доступа. У 6 пациентов применена чрескожная чреспеченочная аспирация содержимого абсцессов печени под контролем УЗИ. 5 пациентов оперированы традиционным способом на 2-3 сутки из-за неэффективности консервативной терапии или неадекватной пункционной аспирации абсцессов печени. 7 пациентам с деструктивным холециститом, холецистогенным холангитом, после стабилизации состояния, произведена срочная холецистэктомия с ревизией и дренированием холедоха, причем 5 пациентам - операция выполнена из мини доступа. Наряду с массивной антибактериальной, инфузионной, иммунокорректирующей и другими методами терапии у 19 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 гиперкалемии и уровня азотистых шлаков, плазмаферез сочетался с гемодиализом. В зависимости от тяжести эндотоксемии и клинического течения сепсиса проводили от 2 до 5 сеансов, что приводило к выраженному дезинтоксикационному эффекту со значительным улучшением состояния больного. Таким образом, при развитии полиорганной недостаточности первостепенное значение приобретают методы снижения уровня эндотоксемии и положительно сказываются на результатах лечения. Явления интоксикации и начинающейся почечной недостаточности удалось купировать консервативной интенсивной инфузионной терапией с применением мочегонных препаратов у 9 пациентов, что позволило выполнить различные корригирующие вмешательства на внепеченочных желчных протоках в отсроченном периоде. Умерли 7 (25%) из 28 больных. В тоже время, в группе пациентов с выраженной ПОН и билиарным септическим шоком, потребовавшими проведения экстракорпоральной детоксикации, летальность достигла 36,8%. Комплексный подход к лечению обтурационного холангита осложненного декомпенсированным эндотоксикозом и развитием билиарного сепсиса с использованием малоинвазивных методов декомпрессии желчных путей на высоте заболевания, эфферентных методов детоксикации и последующая коррекция билиарного тракта после стихания воспалительного процесса позволяют улучшить прогноз заболевания, снизить частоту гнойных осложнений и послеоперационную летальность.

---

1352.ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ (АБСЦЕССЫ, СВИЩИ) ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА(наблюдение из практики).

Никонов П.В., Никонова Е.А.

Новотроицк, Оренбургская обл.

ГАУЗ ГБ №1

Наиболее частыми причинами возникновения забрюшинных абсцессов являются деструктивный панкреатит, дивертикулит и рак толстой кишки, закрытая травма живота, острый аппендицит, внелегочный туберкулез, почечные и паранефральные гнойники. В связи с тем, что абсцессы располагаются в забрюшинном пространстве, имеются трудности в их диагностике. Плохой прогноз при почечных и околопочечных абсцессах обусловлен поздним установлением диагноза и сопутствующими заболеваниями. Основной опасностью при этих состояниях считается риск развития угрожающих жизни состояний — уросепсиса и септицемии. В случае неадекватного лечения острого и хронического калькулезного пиелонефрита или полного отсутствия лечения при достаточной резистентности организма в 2-3% развивается пионефроз. На определенной стадии в процесс всегда вовлекается паранефральная клетчатка, и инфильтративно-отечный паранефрит может перейти в гнойное воспаление. Клинические проявления острого гнойного паранефрита зависят и от локализации гнойника, при паранефрите справа симптомами острого аппендицита и его осложнений, при паранефрите слева симптомами толстокишечной непроходимости. С целью анализа возникающих трудностей диагностики и структуры ошибок в лечении больных с изучаемой патологией, представляются два случая обследования и хирургического лечения пациентов с гнойно-септическими поражениями забрюшинного пространства в виде абсцесса и свища. Причиной их возникновения явились своевременно нераспознанные и соответственно неадекватно пролеченные, острый гнойный паранефрит и пионефроз. Один случай закончился летальным исходом, другой выздоровлением. Больной Т., 44 лет, поступил в хирургическое отделение 27.01.14 г с жалобами на слабость, боли в правой половине живота, наличие инфильтративного образования в повздошной области, покраснение кожи в области послеоперационного рубца от аппендэктомии, свищевой ход с жидким гнойным отделяемым. Из анамнеза заболевания - считает себя больным в течение 4 месяцев, когда после аппендэктомии в другом лечебном учреждении в сентябре 2013г и неоднократных вскрытий абсцессов послеоперационного рубца сформировался гнойный свищ послеоперационного рубца. Лечился по месту жительства амбулаторно — без эффекта. Сохранялись боль, инфильтрация в области послеоперационного рубца, гнойные выделения. Обратился самостоятельно в приемное отделение — госпитализирован в хирургическое отделение. Из анамнеза жизни обращено внимание на наличие мочекаменной болезни правой почки, хронического пиелонефрита по поводу которых пациент находился на учете уролога и периодически проходил лечение. При объективном осмотре общее состояние удовлетворительное. В области послеоперационного рубца от аппендэктомии определяется гиперемия кожи, отек, инфильтрация 3 x 5 см, боль при пальпации, свищевой ход 0,5 x 0,7 см с жидким гнойным отделяемым, гранулирующей поверхностью. На фистулограммах при контрастировании определяется контраст в восходящем отделе толстой кишки. Затек контраста в кишечник на уровне L5. Под общим обезболиванием 4.02.14г выполнена операция. Ход операции: после прокрашивания свищевого хода раствором метиленовой сини с перекисью водорода иссечена часть свищевого хода брюшной стенки до вхождения в брюшную полость по медиальной стенке. Тупо и остро слепая кишка отделена от латеральной боковой стенки. Произведена ревизия повздошной ямки. Дефекта стенки кишки не обнаружено. При дальнейшей ревизии определяется деревянистой плотности, фиброзное поражение параколической клетчатки по задней стенке восходящего отдела толстой кишки и корня брыжейки тонкой кишки. При ревизии трубчатого свища — ход его идет внебрюшинно и медиальной его стенкой является задняя поверхность брюшины. Свищ идет спереди назад по внутреннему контуру повздошной кости в забрюшинное пространство позади восходящей толстой кишки в паранефральное и забрюшинное пространство. Произведена мобилизация слепой и восходящей части ободочной кишки, где вскрыты гнойные затеки по 1,5 x 2,0 см. Свищевой ход максимально иссечен.

Выполнена ревизия, вскрытие и санация гнойных некротических образований и затеков забрюшинного пространства, рассечение спаек и фиброзных тяжей, стенки полостей обработаны антисептиком. Забрюшинное пространство дренировано трубчатыми дренажами, латексными выпускниками и марлевым тампоном с выведением их в поясничной области справа. Послеоперационный диагноз: Коралловидный камень правой почки. Пионефроз? Постнекротические абсцессы забрюшинного пространства. Внебрюшинный сформированный трубчатый гнойный свищ забрюшинного пространства, открывающийся в переднюю брюшную стенку. В послеоперационном периоде больному выполнена обзорная и экскреторная урография, РКТ(14.02.14г) почек и забрюшинного пространства. При контрастировании выявлены отсутствие функции почки справа, признаки коралловидного конкремента правой почки, выраженные признаки деформации ЧЛС, наличие свищевого хода к правой почке. На пятые сутки удалены дренажи и тампоны из раны, на седьмые сутки послеоперационного периода появилось гнойное отделяемое из послеоперационной раны. На 14 сутки послеоперационного периода(18.02.14г) у больного развилась клиника острой спаечной кишечной непроходимости, выполнена срочная операция релапаротомия под эндотрахеальным наркозом. При ревизии тонкий кишечник умеренно раздут на всем протяжении с жидким содержимым, диаметром 3,5 см, в правой позадодшной области определяется инфильтративный процесс с вовлечением слепой и позадодшной кишки с нарушением проходимости просвета кишки в области илеоцекального угла. Инфильтрат разрушен, позадодшная кишка освобождена — непроходимость устранена. При ревизии трубчатого свища — ход идет спереди назад по внутреннему контуру поясничной мышцы в паранефральное и забрюшинное пространство. Решено выполнить ревизию правой почки и паранефрия. Вскрыта париетальная брюшина над почкой, выявлен выраженный инфильтративно-воспалительный процесс. Почка окружена плотно спаянной с фиброзной капсулой склерозированной, резко утолщенной паранефральной клетчаткой. Паранефральная клетчатка спаяна с окружающими тканями и органами. При выделении нижнего полюса почки вскрылась гнойная полость, сообщающаяся с лоханкой почки. Почка полностью мобилизована по всей поверхности до сосудистой ножки. Последняя утолщена, инфильтрирована, рубцово уплотнена. Почка размерами 12 x 5,0 см дряблой консистенции, с участками нефросклероза перенхимы. При пальпации в ЧЛС определяются множественные конкременты. Учитывая наличие коралловидного камня, отсутствие функции правой почки, наличие гнойного процесса в ней (пионефроза), который является источником развития гнойного паранефрита с формированием гнойного свища - принято решение выполнить нефрэктомия. Забрюшинное пространство дренировано марлевым тампоном и 2 трубчатыми дренажами через поясничную область. В правый боковой канал установлены мазевой тампон к слепой кишке и трубчатый дренаж в малый таз. Лапаротомная рана послойно ушита наглухо. Послеоперационный период протекал тяжело с явлениями кишечной непроходимости и медленным восстановлением пассажа кишечного содержимого за счет динамической непроходимости. Интенсивное консервативное лечение дало положительный эффект на 8 сутки после релапаротомии. Пассаж содержимого по кишечнику полностью восстановился, живот опал, стул ежедневно. 3.03.14г на 34 сут после госпитализации пациент в удовлетворительном состоянии выписан домой. В настоящее время больной жалоб не предъявляет. Гистология № 4370-75: значительные склеротические изменения в паренхиме почки, с массивной лейкоцитарной инфильтрацией, жировое замещение паренхимы почки, конкременты. Заключение: мочекаменная болезнь. Острый калькулезный пиелонефрит. В представленном наблюдении основной диагностической ошибкой явились отсутствие выявления связи послеоперационного «лигатурного» гнойного свища при клиническом, рентгенологическом исследовании с коралловидным камнем почки с пиелонефритом. Данный случай интересен тем, что пионефроз и гнойный паранефрит вскрылись не брюшную полость или поясничную область, а по боковой поверхности брюшной стенки свищ открылся в области послеоперационного рубца от аппендэктомии. Очевидно, что аппендэктомия «спровоцировала» формирование протяженного трубчатого гнойного свища. Применение антибиотиков до поступления в клинику после аппендэктомии и лечения «лигатурного» свища резко изменили клинические проявления острого паранефрита, и при наличии гнойника в паранефральной клетчатке выраженность симптомов была сниженной. Больная К. 77 лет направлена 12.03.14г участковым терапевтом на консультацию к хирургу с диагнозом: непроходимость кишечника? Исключить острую патологию брюшной полости. При поступлении больная предъявляет жалобы на боли в животе, тошноту, многократную рвоту, чувство вздутия, неотхождение стула и газов. Из анамнеза выяснилось, что болеет в течение 10 дней, когда появились боли в левой позадодшной области, тошнота, периодически рвота. Лечилась амбулаторно у терапевта-принимала церукал, анальгетики. Состояние ухудшалось, 4 дня назад был последний стул и перестали отходить газы. Больная страдает гипертонической болезнью, левосторонним гемипарезом, перенесла ОНМК в 2006г, операцию - ампутацию матки без придатков. При объективном осмотре состояние больной расценено как тяжелое. Больная заторможена, адинамична, левосторонний гемипарез с признаками выраженной интоксикации. Кожные покровы бледные, сухие, тургор снижен. В области крестца гнойно-некротическая рана 6 x 7 см - пролежень. Тахикардия до 120 ударов в минуту. Живот правильной формы,

равномерно вздут, в акте дыхания участвует ограниченно. При пальпации живота брюшная стенка болезненная, умеренно напряжена по всем отделам, в левой подвздошной области определяется плотный несмещаемый инфильтрат 6 x 8 см. Определяются симптомы раздражения брюшины. Печень не увеличена, плотной консистенции. При ректальном осмотре ампула прямой кишки пустая, стенки кишки безболезненные, инфильтрат в брюшной полости не определяется, на перчатке следы кала. В общем анализе крови анемия - Hb 83 г/л и Eг 2,74, Le 32,13 со сдвигом формулы влево. В анализе мочи патологии не выявлено. Амилаза крови и мочи, мочевины, сахар крови, печеночные ферменты в пределах нормы, гипопропротеинемия и гипоальбуминемия. На обзорной рентгенограмме брюшной полости признаки динамической непроходимости кишечника (определяются чаши Клойбера, вздутые петли кишечника). Больной был поставлен предварительный диагноз - новообразование сигмовидной кишки?, обтурационная толстокишечная непроходимость. После предоперационной подготовки 12.08.14г больной выполнена операция — лапаротомия, вскрытие и дренирование забрюшинного абсцесса. На операции выявлено 100 мл серозного выпота в брюшной полости, паретически расширенные петли тонкой и толстой кишки, инфильтрат в левом боковом канале, который тупо разрушен и вскрыт. Выделилось до 1000 мл густого, сливкообразного гноя белого цвета без запаха — удален отсосом. При ревизии обнаружена полость забрюшинного пространства с пиогенной капсулой, диаметром 15x18 см. После санации полость дренирована ПХВ дренажами с целью промывания антисептиками. В послеоперационном периоде проводилась интенсивная инфузионная с гемоплазмотрансфузией, антибактериальная, дезинтоксикационная терапия и динамическое наблюдение в условиях реанимационного отделения. Состояние оставалось крайне тяжелым, прогрессивно ухудшалось. Сознание-кома. Спонтанное дыхание отсутствовало, проводилась ИВЛ. Гемодинамика нестабильная поддерживалась большими дозами адреналина. На седьмые сутки послеоперационного периода наступила остановка сердечной деятельности и констатирована биологическая смерть. При патологоанатомическом исследовании констатировано, что основным диагнозом явилась МКБ. Камни левой почки, осложненные острым апостематозным пиелонефритом с расплавлением нижнего полюса левой почки гнойным паранефритом и формированием абсцесса забрюшинного пространства. Данное наблюдение показывает стертость, невыраженность симптомов и разнообразие клинической картины гнойного поражения забрюшинного пространства у больных пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Порою, проявление симптомов другого экстренного хирургического заболевания выходят на первое место, как явления острой кишечной непроходимости за счет сдавления извне сигмовидной кишки у данной пациентки. Выводы: Гнойно-септические поражения забрюшинного пространства, являясь осложнением хронических длительно-протекающих воспалительных процессов в почках могут иметь скрытое течение, длительное время с маловыраженными признаками и проявлениями гнойного процесса далеко от первичного очага, «симулировать» другие заболевания. Для диагностики источника и распространенности гнойно-септических осложнений забрюшинного пространства требуется мультидисциплинарный подход, тщательный анализ клинических проявлений заболевания с использованием полного набора инструментальных методов диагностики(УЗИ, рентгенологические, рентгенконтрастные, РКТ, МРТ).

---

## 1353.МНОЖЕСТВЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ И ОСКОЛОЧНЫХ РАНЕНИЯХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Ярошак С.В., Шаповалов И.Н., Веселый В.Я.

Донецк

Институт неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака

Введение. Активные боевые действия на территории Донецка и области привели к большому количеству раненых, поступающих в хирургические стационары города. Высокая кинетическая энергия ранящего снаряда, как правило, вызывает обширные и чаще всего множественные повреждения органов брюшной полости. Однако, имеются и некоторые особенности поражения в зависимости от типа ранящего предмета. Материалы и методы. В работе обобщен опыт лечения 14 пациентов с множественными повреждениями

органов брюшной полости в зависимости от характера травмы. 3 человек были с огнестрельными ранениями, из них у двоих сквозные ранения, и 11 раненых поступили с множественными повреждениями вследствие осколочных ранений, - все ранения заканчивались слепо в пределах брюшной полости. Из 11 пациентов с осколочными ранениями у 9 отмечались сочетанные поражения, из них у 2-х больных – комбинированные (термические поражения кожи). Раненные поступали с явлениями травматического, геморрагического шока различной степени тяжести. У 3-х пациентов состояние расценено как тяжелое, у 10 – средней тяжести и у 2-х больных легкой степени тяжести. Летальность составила 7%. При поступлении выполнялся минимальный объем исследований, включающий общеклинические анализы, определение группы крови, УЗИ органов брюшной полости, начинали противошоковую терапию. Результаты и обсуждения. Все раненные в течение одного часа были транспортированы в операционную. Всем пациентам выполнена среднесрединная лапаротомия при необходимости дополненная верхне- или нижне-срединной. Во всех случаях при ревизии брюшной полости отмечались множественные повреждения различных органов. У 4-х пациентов отмечено множественные повреждения тонкой кишки, у 5-ти – повреждение тонкой и толстой кишки, у 3-х – ранения тонкой и толстой кишки сочетались с ранением печени. У 2-х больных с сквозными огнестрельными ранениями при ревизии выявлено размоложение правой почки, ранение 12-перстной кишки, головки поджелудочной железы, множественные ранения тонкой и толстой кишки, у одного из этих больных полный разрыв верхребрышеечной артерии. Всем больным выполнены операции различной степени сложности. Следует отметить, что у 57% (8 человек) пациентов возникла необходимость в повторной операции, которую выполняли, как вынуждено, вследствие развития осложнений в раннем послеоперационном периоде, так и в плановом порядке для оценки состояния органов и течения воспалительного процесса в брюшной полости. Выводы. Проникающие огнестрельные и осколочные ранения брюшной полости являются наиболее тяжелой патологией в современной абдоминальной хирургии. Множественность поражения органов брюшной полости, тяжелое состояние больных в некоторых случаях может приводить к недооценке характера повреждений и как следствие развитию различных послеоперационных осложнений. Следует особое внимание уделить не только наличию механического компонента повреждений различных органов, но и таким аспектам как инфицирование брюшной полости и наличие зон вторичного некроза в зонах травматического повреждения и молекулярного сотрясения.

---

1354. Применение фотодинамическая терапия в лечении рака Фатерова сосочка и внепечёчных желчных протоков.

Морохотов В.А.1, Лобаков А.И.1, Странадко Е.Ф.2, Круглов Е.Е.1, Богомазов Ю.К.1 Сачечелашвили Г.Л.1, Румянцев В.Б.1

Москва

1) ГБУЗ «Московский Областной Научно-исследовательский Клинический Институт им. М.Ф.Владимирского» 2) Федеральное Бюджетное Государственное Учреждение «ГНЦ Лазерной медицины ФМБА Российской Федерации»

Актуальность. В структуре онкологических заболеваний рак внепечёчных желчных протоков (ВЖП) составляет 1-3%. Наиболее угрожающим осложнением данной патологии является механическая желтуха, на ликвидацию которой направлены основные усилия хирургов. Анатомическая близость к магистральным сосудам, инфильтративный рост опухоли, малосимптомное течение заболевания, пожилой возраст пациентов и наличие у них тяжёлой сопутствующей патологии приводят к тому, что подавляющее число больных является неоперабельными к моменту установления диагноза. Данной группе больных, независимо от стадии заболевания, выполняются паллиативные вмешательства, направленные на устранение непроходимости желчных протоков, но не оказывающие непосредственного противоопухолевого воздействия. Средняя продолжительность жизни после выполнения паллиативных операций, как правило, не превышает 8-16 месяцев. Специфическое противоопухолевое лечение малоэффективно, что вынуждает искать альтернативные способы борьбы со злокачественными опухолями ВЖП. Одним из таких способов

лечения является ФДТ. Рак ВЖП относится к, так называемым, опухолям труднодоступных локализаций, что вызывает определённые трудности для доставки лазерного излучения к данной области. Цель исследования: разработать способы подведения лазерного излучения к различным отделам ВЖП и оценить эффективность ФДТ у больных со злокачественными новообразованиями ВЖП. Материалы и методы. С 2001 по 2013 гг. ФДТ выполнена 28 больным раком ВЖП. Средний возраст составил 68,5 лет, (мужчин-8, женщин-19). У всех больных при гистологической верификации выявлена аденокарцинома различной степени дифференцировки. В зависимости от локализации опухоли больные распределились следующим образом: рак БДС 20 пациентов (71,4%), общий желчный проток 3 (10,7%), рак ворот печени 1 (3,6%), рак желчного пузыря 4 (14,3%). Выбор ФДТ в качестве лечения, был обусловлен тяжёлой сопутствующей патологией у 21 пациента (III класс и выше по ASA), 4 стадией заболевания у 5 больных, отказом пациента от предложенного радикального хирургического лечения в 2 случаях. 25-ти пациентам ранее были выполнены паллиативные вмешательства, направленные на купирование явлений механической желтухи. Трём больным раком БДС явления механической желтухи удалось ликвидировать консервативной терапией и ФДТ, в результате которой произошла реканализация опухолевого стеноза и улучшение оттока желчи в двенадцатиперстную кишку (ДПК). В дальнейшем данной группе больных, в связи с дальнейшим ростом опухоли, выполнено стентирование терминального отдела холедоха через 6, 9 и 11 месяцев после первого сеанса ФДТ. В среднем «безжелтушный» период после применения только ФДТ составил 7,8 месяцев. В качестве ФС мы использовали производные фталоцианина (фотосенс) и хлорина Е6 (фотодитазин). Источником света являлись лазерные аппараты с длиной волны, соответствующей пику поглощения фотосенсибилизатора (при ФДТ с препаратом фотодитазин и радахлорин мы использовали лазер с длиной волны 662 нм). Способы подведения лазерного излучения были следующие: - эндоскопическое поверхностное облучение опухоли БДС со стороны просвета ДПК световодом с торцевым диффузором; - эндоскопическое внутрипросветное облучение терминального отдела общего желчного протока (ОЖП) и БДС световодом с цилиндрическим диффузором длиной 2-4 см, введённого через устье БДС или папилосфинктеротомическое отверстие; - парастентальное облучение опухоли световодом с цилиндрическим диффузором параллельно ранее установленному стенту для декомпрессии билиарного тракта; - чрезфистульное внутрипросветное облучение световодом с цилиндрическим диффузором длиной 2-5 см с рентгенконтрастными метками (при наличии желчного свища, наложенного ранее для декомпрессии билиарного тракта); - комбинированные способы. Количество сеансов ФДТ варьировало от 1 до 5 с интервалом в 3-12 месяцев. Анализ выживаемости проводился при помощи построения кривых Каплан-Мейера. Значимость различий между группами оценивалась при помощи критериев Log rank и Breslow. Статистическая обработка данных проводилась на программе SPSS v.17. Результаты. Эффективность лечения определялась на основании клинических и инструментальных методов обследования (МРТ, УЗИ, ЭГДС с гистологическим исследованием биоптатов). Основным критерием эффективности лечения являлось продолжительность жизни больных в сравнении с контрольной группой больных, которым выполнялись только паллиативные желчеотводящие вмешательства. В основной группе больных раком БДС (20 пациентов) Медиана времени дожития составила 18 месяцев (95% доверительный интервал (95%ДИ): 16; 20). В группе сравнения (15 пациентов) – 12 месяцев (95%ДИ: 9,25; 14,75). Продолжительность жизни больных раком БДС, в лечении которых применялась ФДТ, составила от 1 до 60 месяцев. Статистический анализ лечения больных раком желчного пузыря, общего желчного и общего печёночным протоков не проводился ввиду небольшого количества пациентов. В единичных случаях удалось получить практически 2-х летнюю выживаемость. Средняя продолжительность жизни при раке желчного пузыря составила 17,4 мес. (8-25 мес), при раке ОЖП 14 мес. (1-23 мес.), при раке ворот 23 мес. Для оценки эффективности ФДТ в зависимости от кратности выполнения сеансов больные были распределены на 2 группы: первую группу составили пациенты, которым выполнялся один сеанс ФДТ в течение года, таких пациентов было 14 (48,1%), вторую группу составили пациенты, которым выполнялось 2 и более сеансов ФДТ в течение года 13 (59,1%). В группе пациентов, которым выполнялся один сеанс ФДТ в течение года, медиана дожития составила 12,5 мес. (95%ДИ: 10; 15), в группе больных которым, выполнялось 2 и более сеансов, медиана дожития составила 23 мес. (95%ДИ: 18; 28). Выводы. 1. Желчеотводящие операции с дополнительным применением ФДТ увеличивают продолжительность жизни больных в сравнении с группой пациентов без применения ФДТ. 2. Данный метод является оптимальным для лечения соматически тяжёлых пациентов, радикальное хирургическое лечение которых сопряжено с большим риском развития летального исхода. 3. Оценка эффективности ФДТ при раке ОЖП, ворот печени и желчного пузыря требует дальнейшего изучения ввиду небольшого количества наблюдений. 4. Увеличение кратности выполнения сеансов ФДТ позволяет увеличить продолжительность жизни пациентов с неоперабельными опухолями ВЖП.



1355.Минилапароскопия как метод лечения в современной хирургической практике

Стрижелецкий В.В., Макаров С.А., Суворов И.И., Амеличев А.А.

Санкт-Петербург

СПб ГБУЗ "Городская больница Святого Великомученика Георгия" Городской Центр Инновационных медицинских технологий

С 2003 года мы систематически используем минилапароскопические вмешательства (МЛС) с диагностической и лечебной целью и обладаем опытом 832 оперативных вмешательства, выполненных как по экстренным показаниям, так и в плановом порядке. Характер оперативных вмешательств в себя включал: диагностическая МЛС, холецистэктомия, аппендэктомия, протезирующая герниопластика, нефропексия, минилапароскопическое лигирование яичковой вены, энуклеация кисты яичника, овариоэктомия, тубэктомия. Значительная доля оперативных вмешательств были выполнены по поводу желчнокаменной болезни 246(29,6%) минилапароскопических холецистэктомий, 96 из них были с различными формами воспаления желчного пузыря. С диагностической целью выполнено 193 (23,2%) МЛС, как правило, данная технология использовалась с диагностической целью и для оценки распространённости онкологического процесса. При паховой грыже выполнялась минилапароскопическая протезирующая герниопластика у 103(12,3%) пациентов, для фиксации протезов чаще всего использовался 5 мм одноразовый герниостеплер. Минилапароскопическая аппендэктомия выполнена у 58(6,9 %) пациентов. Показанием к выполнению операции данным способом были неосложнённые формы острого аппендицита. Минилапароскопические вмешательства в урологии при варикоцеле выполнялись у 67(8,0%) пациентов, при нефроптозе 34(4%) пациентов и иссечении кист почек 41 (4,9%) пациентов. Минилапароскопические операции у больных с гинекологической патологией были выполнены у 90 больных: энуклеация кист яичника 62(7,4%), тубэктомия 20 (2,4%), овариоэктомия 8 (0,96%). По нашему мнению 90% всех оперативных вмешательств в гинекологии могут выполняться с использованием минилапароскопических технологий. Анализируя результаты проведённых оперативных вмешательств, мы пришли к выводу, что МЛС в хирургии органов брюшной полости и забрюшинного пространства могут быть использованы как при острых, так и при хронических заболеваниях. Противопоказаниями к использованию МЛС служат заболевания и состояния, являющиеся противопоказанием к плановому оперативному вмешательству при лапароскопических операциях, общей анестезии и наложению карбоксиперитонеума; большие размеры патологических образований, которые должны быть удалены в ходе минилапароскопической операции (более 10 см в диаметре); ожирение III степени. Показатели выраженности болевого синдрома больных после минилапароскопических вмешательств значительно ниже, чем у пациентов после лапароскопических вмешательств. Сроки госпитализации составляют 2-4 дня, что влияет на экономическую эффективность данного метода. Все эти преимущества свидетельствуют о необходимости широкого использования данной технологии.

---

1356.Лечение гнойных ран с использованием вакуум-инстиляционной терапии

Размахнин Е.В.(1), Шангин В.А.(2)

Чита

1)ГБОУ Читинская государственная медицинская академия, 2)ГУЗ ГКБ №1, г. Чита.

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

Цель: Апробировать оригинальную методику вакуум-инстилляционной терапии ран и оценить ее эффективность в сравнении с классическим лечением гнойных ран различного происхождения. Материалы и методы: Обследовано 43 пациента в возрасте  $46,2 \pm 5,6$  лет с хроническими ранами, трофическими язвами на фоне атеросклеротического поражения сосудов конечностей и диабетической ангиопатии. Размеры дефекта варьировались от 12 до 54 см<sup>2</sup>, микробиологический фон был представлен в основном E. Coli, Staphylococcus epidermidis и Staphylococcus aureus. Все пациенты были разделены на 2 группы: из них 24 (1 группа) которым наряду с традиционным лечением проводилась вакуум-инстилляционная терапия (NPWTi) и 19 (2 группа) получали традиционную терапию с применением ежедневных двух – трехкратных перевязок с обработкой ран 3% раствором H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> и раствором фурациллина 1:5000, нанесением водорастворимых мазей «Левомиколь» в сочетании с антибактериальной терапией. Группы были однородны по размерам раневого дефекта, степени артериальной недостаточности, бактериальной обсемененности ран и сопутствующей патологии. У всех пациентов производился забор раневого отделяемого в начале лечения, на 4-5 (после первой перевязки) и на 8-10 сутки (после второй перевязки). В раневом отделяемом методом ИФА оценивали содержание IL-6. Размер ран определялся методом аппликации и вычислением при помощи формул оценки площади поверхности. Сеансы лечения ран отрицательным давлением проводились в прерывистом режиме (10 мин – вакуумирование при -125 мм. рт. ст., 3 мин – отсутствие вакуума). Пациентам 1 группы было проведено по 2 сеанса VAC-терапии по 4-5 суток. NPWTi осуществляли с помощью аспиратора для вакуумной терапии ран и двухходового дренажного порта. Введение 0,2% раствора диоксида проводили ежедневно через одну из трубок порта, объем вводимого раствора зависел от размеров раны, в среднем он составлял 20-40 мл. Кроме этого в обеих группах проводилось традиционное лечение, направленное на улучшение кровообращения, снижение бактериальной обсемененности, при наличии сахарного диабета - инсулинотерапия (дезагреганты, ангиопротекторы, гипербарическая оксигенация, антибактериальная терапия). Статистический анализ полученных данных проводили с использованием программы Statistk 6.1 (StatSoft), сравнение независимых выборок проводили с помощью U-критерия Манна-Уитни для парных признаков. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали  $p \leq 0,05$ . Результаты и обсуждение: У пациентов 2 группы очищение раны наступало на  $5,7 \pm 0,5$  ( $p=0,02$ ) сутки от начала лечения, появление грануляционной ткани отмечено на  $8,3 \pm 0,6$  (p

---

## 1357.ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖАХ ЖИВОТА

Ильченко Ф.Н., Деркач Н.Н., Барановский Ю.Г., Кононенко В.И.

Симферополь

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО "КФУ имени В.И. Вернадского", кафедра хирургии № 2

Целью работы была разработка оптимальной тактики при ущемленных формах послеоперационных грыж живота (ПГЖ) на основании анализа факторов риска послеоперационных осложнений и неблагоприятного исхода операции у больных с данной патологией. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 82 больных, с ущемленной ПГЖ, подвергшихся неотложным хирургическим вмешательствам в хирургических клиниках Симферополя за период с 2004 года. Из отобранных историй болезни регистрировались следующие данные: возраст, пол, размер грыжи, особенности клиники, продолжительность заболевания с момента образования грыжи и ее ущемления, анамнез, сопутствующие заболевания, индекс массы тела, степень операционного риска по ASA-классификации, вид анестезии, характер хирургического вмешательства и его продолжительность, послеоперационные осложнения, длительность пребывания в клинике и летальность. Каждый пациент был классифицирован согласно шкале физического статуса Американского Общества Анестезиологов ("American Society of Anesthesiologists" - ASA-класс), которая определяет уровень риска оперативного вмешательства и анестезии. Хирургическое вмешательство производилось под местной (у 6 больных) или общей анестезией (у 76 больных) в соответствии с

912

функциональным состоянием пациента и заключением анестезиолога. Способ пластики грыжи определялся оперирующим хирургом. Использовали различные аутопластические и протезирующие «натяжные» и «ненатяжные» способы герниопластики. Результаты были проанализированы с учетом сроков пребывания в стационаре, развития осложнений и летальности, других факторов. На основании анализа собственных данных и анализа литературы нами разработана следующая хирургическая тактика ведения больных с ущемленными ПГЖ. При выборе лечебной тактики у больных с ущемленной ПГЖ необходим дифференцированный подход в каждом конкретном случае с учетом клинической формы и продолжительности заболевания, наличия осложнений и класса операционного риска по ASA. Операция должна быть выполнена в самые короткие сроки после поступления пациента в стационар после адекватной предоперационной подготовки. При стертой клинической картине необходимо проводить динамическое наблюдение и активно использовать для дифференциальной диагностики дополнительные методы исследования и в том числе УЗИ брюшной стенки и брюшной полости. При выполнении операции у больных с ущемленной ПГЖ необходимо выбирать наименее травматичный, но в тоже время достаточно надежный для обеспечения стабильности ПБС в послеоперационном периоде способ операции. Этим требованиям соответствует протезирующая герниопластика по методике onlay. При удовлетворительном физическом состоянии больного возможно применение методики протезирующей герниопластики sublay. Аутопластика при ущемленных ПГБС обширных и гигантских размеров не целесообразна, в связи с высоким риском рецидива заболевания. У больных с III и IV ASA-классом операционного риска патогенетически обосновано во всех случаях использовать паллиативные («без натяжения») способы герниопластики. Эта методика также обоснована во всех случаях при осложнении ущемленной ПГЖ острой кишечной непроходимостью и перитонитом и в том числе при интубации кишечника. Противопоказанием для ее использования является флегмона грыжевого мешка и брюшной стенки. С целью прогнозирования и ранней диагностики нарушений гемодинамики и дыхания выполнение герниопластики у больных с ущемленной ПГЖ целесообразно проводить под контролем ВБД во время операции с последующим мониторингом его в послеоперационном периоде. Выбранный способ должен способствовать снижению неблагоприятного влияния повышения ВБД после грыжесечения на жизненно важные функции организма вследствие возможного развития «компармент» синдрома. В послеоперационном периоде у больных с ПГЖ показана профилактика и коррекция нарушений гомеостаза и экстраабдоминальной патологии, применение антибиотиков и дезинтоксикационная терапия, «активное» ведение послеоперационной раны.

---

#### 1358. ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕРВАЛЬНОЙ ВАКУУМНОЙ ТЕРАПИИ (IVT) В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРОМБОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.

Лизанец Ю.М., Сухоруков Е.А., Копылов Б.Э., Поярков Н.А.

Москва

Медицинский центр "Южный"

Цель работы: изучить влияние интервальной вакуумной терапии (IVT) на отечный синдром при посттромботической болезни нижних конечностей (ПТБ). Материалы и методы: Исследуемая группа состояла из 16 пациентов с посттромботической болезнью нижних конечностей по классификации CEAP C3 - C6. Для проведения IVT использовали аппарат VACUMED (производство WEYERGAN, Германия). Принцип воздействия: создание попеременного низкого (до -70 мбар) и нормального давления с разными временными интервалами, одновременное воздействие пульсового магнитного поля 160 Hz от 3 до 5 милитесл. (безопасно для онкологических больных) и подача ионизированного кислорода с концентрацией до 5 млн. отрицательных ионов в минуту. В аппарате VACUMED предусмотрено 8 рабочих программ. Для лечения ПТБ применялась программа № 8. Всем пациентам до и после лечения проводилось дуплексное сканирование вен нижних конечностей, измерение массы тела, артериального давления, окружности нижних конечностей в области лодыжки и средней трети голени. Каждому пациенту выполнялось по 10 процедур вакуумной терапии ежедневно. Результаты исследования: Практически у всех пациентов (93,8%) отмечен эффект "легких ног", уменьшение чувства тяжести в ногах. Уменьшение отека конечности с уменьшением

ее окружности на 1,5-2,5см выявлено у 10 ( 62,5%) человек. У 7 ( 43,7%) пациентов констатировано снижение веса на 1.5 – 5 кг.. Контроль артериального давления показал, что интервальная вакуумная терапия не приводит к значимым изменениям давления. Дуплексное сканирование вен нижних конечностей не выявило изменений в работе клапанного аппарата вен нижних конечностей . Выводы: При применении интервальной вакуумной терапии (IVT) в лечении пациентов с посттромботической болезнью достоверно отмечено значимое снижение отечного синдрома, уменьшение чувства тяжести в нижних конечностях, снижение веса, улучшение общего самочувствия. Данные проведенного исследования позволяют рекомендовать IVT в качестве одного из базовых методов консервативного лечения пациентов с ПТБ.

---

1359.Лапароскопические технологии в неотложной абдоминальной хирургии. Обучение хирургов в условиях центра симуляционного обучения.

Сажин А.В., Мосин С.В., Иванов А.А., Мирзоян А.Т., Нечай Т.В., Курашинова Л.Т., Дзусов М.А.

Москва

ГБОУ ВПО Российский национальный Исследовательский Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова

С 2011 года В РНИМУ им. Н.И. Пирогова функционирует Учебный центр инновационных медицинских технологий (УЦИМТ РНИМУ). С 2012 года сотрудниками нашей кафедры проведено 15 однодневных (116 курсантов), 9 двухнедельных (75 курсантов) курсов по обучению лапароскопическим технологиям, а так же 4 трехдневных курса (31 курсант) совместно с другими кафедрами. Всего обучение лапароскопическим навыкам прошло 222 хирурга. Двухнедельный курс по неотложной хирургии разработан с учётом того, что до 70% от всех операций в абдоминальной хирургии выполняются по поводу экстренных заболеваний органов брюшной полости в обычных общехирургических стационарах, где нет возможности осваивать лапароскопические операции на рабочем месте, ни в плановой, ни в неотложной хирургии. За основу всех наших учебных программ были взяты программы Европейского Института Телемедицины (EITS, Strasbourg, France). Кроме этого, проводились ряд сокращённых курсов по отработке общих мануальных навыков лапароскопической хирургии. Программа нашего курса включает в себя лекции и видеопрезентации, занятия на лапароскопических симуляторах и тренажёрах. Теоретическая часть включает обязательный курс лекций, с разбором российских и международных клинических руководств и рекомендаций. Необходимость подробного разбора клинических рекомендаций связана с тем, что при активном применении малоинвазивных методик в неотложной хирургии традиционные алгоритмы мышления и принятия решений могут становиться не актуальными. Практическая часть заключается в отработке мануальных навыков на эндоскопических тренажёрах и симуляторах, выполнении отдельных элементов и полноценных типичных лапароскопических операций (аппендэктомия, холецистэктомия, ушивание перфоративной язвы, кишечный шов, рассечение спаек, наложение интракорпоральных анастомозов и др.) на биологических тканях в учебной операционной. К концу обучения все курсанты самостоятельно выполняли типичные лапароскопические операции. Общее количество часов работы на тренажёрах составляет 36 часов. 72 часа курсанты проводят в клинике, наблюдая за выполнением плановых и экстренных операций. Преподавателями производится текущий и заключительный контроль знаний курсантов. Среди хирургов, прошедших обучение, мы провели анкетный опрос об эффективности проведённого обучения. Анкеты включали в себя 33 вопроса, в которых курсантам предлагалось оценить исходный и приобретённый уровни знаний и навыков применения лапароскопических и пункционных технологий при различных неотложных хирургических заболеваниях, как после прохождения курса, так и в отдалённые сроки. Оценка проводилась по 10-ти балльной шкале. В диагностике и лечении острого аппендицита знания и навыки улучшились соответственно на 3,4 и 3,5 баллов; при изучении лапароскопического ушивания перфоративной язвы – на 3,8 и 4,1 баллов; при применении лапароскопических операций при острой тонкокишечной непроходимости – на 3,8 и 3,15 баллов, при панкреонекрозе – на 3,0 и 2,25 баллов. При исходных средних значениях в навыках и умениях, оцененных курсантами в 4,45 и 3,25 баллов, средняя оценка знаний и навыков после окончания курса составила 7.6 и 6,4 баллов из 10. Таким образом, средняя самооценка выживаемости знаний после прохождения курса составила около 70%. На вопрос «Если оценивать качество ваших практических

навыков: до начала обучения, сразу после прохождения курса, и в настоящее время по 10-балльной шкале, то сколько баллов, по вашему мнению, вы дополнительно получили в настоящее время, после начала активного применения лапароскопических методик в вашей практической работе (сколько баллов вам «не хватило» в процессе обучения)», средний балл составил 5,25, что в сумме с данными после прохождения курса составляет немногим более 10 баллов. При оценке отдалённых результатов обучения, мы просили указать те части курса, которые представляли наибольшую ценность для курсантов. В плане теоретической подготовки ими оказались разбор нестандартных решений в неотложной абдоминальной хирургии, а так же просмотр и обсуждение учебных фильмов (8,4 и 8,0 баллов). В плане практической подготовки таковыми стали отработка стандартных лапароскопических операций на симуляторах, тренажёрах, биологическим материале, и стандартизация методик типичных операций (9,25 баллов). Наиболее полезными навыками курсанты посчитали изучение лапароскопического ушивания перфоративной язвы, стандартной лапароскопической аппендэктомии (8,35 и 7,6 баллов), а так же навыки адгезиолизиса при острой спаечной тонкокишечной непроходимости (6,9 баллов). Таким образом, результатом прохождения курса должны являться преимущественная отработка навыков выполнения нескольких наиболее распространённых операций по стандартной методике, и изучение алгоритмов действия при нестандартных ситуациях, в первую очередь - на основании обсуждения учебных видеофильмов. Полученные в результате анкетирования данные позволили нам усовершенствовать программу курса, уделив большее количество часов наиболее актуальным теоретическим проблемам и акцентируя внимание на получении приоритетных мануальных навыков.

---

#### 1360.Реконструктивно-восстановительная хирургия диабетической стопы

Ступин В.А. (1), Горюнов С.В.(2), Привиденцев А.И. (2), Жидких С.Ю.(1), Балдин В.Л.(2)

Москва

1)Кафедра Госпитальной хирургии №1 ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России2)Городская клиническая больница №15 им. О.М. Филатова

Целью настоящей работы стало улучшение результатов лечения больных с гангренозно-ишемическими и язвенно-некротическими поражениями на фоне синдрома диабетической стопы путем реваскуляризации пораженной конечности, вакуум терапией (NPWT) и кожно-пластическими вмешательствами. Материалы и методы исследования. В данное исследование было включено 340 пациентов с гангренозно-ишемическими и язвенно-некротическими поражениями на фоне синдрома диабетической стопы. С 1А-3А степенями поражения стопы по классификации UTSA, наблюдали 89 (26,2%) больных, 1В-3В степенями - 51 (15,0%), с 1С-3С степенями – у 173 (50,9%) больных, с 1D-3D степенями - 27 (7,9%) больных. Нейроишемическая форма СДС (НИФСДС) отмечена у 200 (58,8%) больных, нейропатическая форма (НПФСДС) - у 140 (41,2%) пациентов. Средний срок до момента диагностики СД составили 8,2 + 2,1 года. Возраст пациентов варьировал от 15 до 84 лет (в среднем 55,6±3,8 года). Преобладал женский контингент - 40,9% (139 больных), мужчин было 58,9% (201 больных). Раневые дефекты стопы развились у 200 (58,8%) больных с НИФСДС после хирургического лечения различных гнойно-некротических и гангренозно-ишемических поражений стопы. Преобладание гнойно-некротических поражений в виде флегмон, остеомиелитов, плантарных язв выявлено у 109 (32,1%) больных с НПФСДС. Раневые и язвенные дефекты, возникшие спонтанно или в результате травм и ожогов наблюдались у 31 (9,1 %) больного. Площадь раневого дефекта варьировала от 1 до 120 см<sup>2</sup>.Средняя площадь ран составила 36,6±14,7 см<sup>2</sup>. Для улучшения хирургического лечения больных с НИФСДС с окклюзионно-стенотическим поражением магистральных артерий нижних конечностей с критической ишемией выполнены реконструктивные сосудистые операции. В отделении гнойной хирургии оперировано 138 (69,0%) больных: из них 38 (27,5%) произведена реваскуляризация нижней конечности путем баллонной ангиопластики, 25 (18,1%) - стентирование пораженных артерий, 31 (22,5%) - реконструктивные вмешательства на сосудах, используя искусственные протезы или аутовены, 5 (3,6%) - артериализация венозного кровотока, а 25 (18,1%) – эндартерэктомия, 14 (10,1%) - гибридные операции, сочетающие рентгеноэндоваскулярные вмешательства с открытой реваскуляризацией участка

915

сосудистого русла. Успех реваскуляризации конечности – 83,2%. После купирования ишемии в конечности и хирургической обработки гнойно-некротического и гангренозно-ишемического поражения в местной терапии ран были использованы современные перевязочные материалы (гидрогели, гидроколлоиды, коллагеновые и альгинатные раневые покрытия, сетчатые атравматичные повязки, силиконовые и пенополиуретановые повязки). При подготовке раневых и язвенных дефектов к кожной пластике активно использовали вакуум-терапию аппаратом Suprasorb SNP (Lohmann) и аппаратом Vivano Tec NPWT (Hartman), которая была применена у 245 (72,0%) больных. В 1 фазе раневого процесса преимущественно использовался режим постоянного отрицательного давления от 80 мм рт. ст. (при ишемии тканей) до 150 мм рт. ст. (при обширных ранах и высокой степени экссудации). Во 2 фазе раневого процесса применяли переменный режим работы, направленный на стимуляцию репаративных процессов, с цифрами отрицательного давления – 75-85/125 мм рт.ст. (градиент давления – 40-50 мм рт. ст.). Благодаря вакуум терапии нам удалось уменьшить объем и сократить площадь раневого дефекта у 242 (71,7%) больных, защитить раневой и язвенный дефект от вторичной инфекции, стимулировать микроциркуляцию, подготовить раневые дефекты к кожной пластике. У 52 (15,3%) больных вакуум-терапия применялась для фиксации свободных кожных лоскутов. Пластика местными тканями произведена 190 больным (55,8%). Для закрытия плантарных язв применяли пластику по Зимани-Осборну 13 (3,8%) больным, пластику по И.Ф. Диффенбаху - 11 (3,2%) больным. Для лечения язв и ран торцевой области культи выполняли перемещение полнослойного кожно-жирового лоскута с неопорной поверхности стопы. В 43 (12,6%) наблюдениях выполняли взаимоперемещение кожных лоскутов (треугольной или трапециевидной формы) с неопорных поверхностей (по А.А. Лимбергу. С помощью аутодермопластики (АДП) закрыли дефекты 64 (18,8%) больным. Комбинированная кожная пластика выполнена 85 (25,0%) больным. Итальянская кожная пластика выполнена 1 (0,3%) больному. При оценке ближайших результатов заживление ран первичным натяжением и полное приживление кожного лоскута отмечено у 257 (75,6%) пациентов. Выписано с полностью зажившими дефектами 303 (89,1%) пациента. Нагноение раны выявлено у 20 (5,9%) больных, расхождение швов – у 13 (3,8%), ишемия лоскута с развитием краевого некроза – у 11 (3,2%) и полного некроза лоскута – у 7 (2,1%) больных. При оценке отдаленных результатов у 321 (94,4%) из 340 больных в сроки от 6 месяцев до 8-ти лет отмечено полное или частичное восстановление опорной функции стопы. У 16 (4,7%) больных возникла язва в области послеоперационного рубца, рецидив плантарной язвы отмечен 12 (3,5%) больных. Повторная госпитализация потребовалась 18 (9,7%) больным. Высокая ампутация конечности потребовалась 4 (2,1%) больным. 85,4% больных активно пользовались стопой. Таким образом, комплексное лечение больных с СДС с применением реконструктивных сосудистых операций для лечения критической ишемии и использование вакуум терапии язвенных и раневых дефектов стопы сокращает время подготовки ран и язв к кожной пластике на 12,5+ 2,4 суток, выполнение которой позволяет в более короткие сроки восстановить опорную функцию конечности; резко сократить число отдаленных осложнений на 21,7%, уменьшить количество ампутаций на 8,6%, длительность общего лечения на 21,3+3,6 суток, что создает предпосылки для скорейшей физической и социальной реабилитации больного и в конечном итоге приводит к значительному снижению затрат на лечение.

---

#### 1361. ПРЕДИКТОР НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ДИВЕРТИКУЛИТЕ

Ачкасов С.И., А.И. Москалёв, Ю.Л. Трубачёва, Д.М. Белов, С.Н. Скридловский, С.А. Сенащенко

Москва

ФГБУ "ГНЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих" Минздрава РФ

Актуальность: дивертикулярная болезнь среди неопухолевых заболеваний толстой кишки постепенно выходит на первые позиции по распространённости, при этом консервативное лечение позволяет добиться хороших результатов более, чем у 80% пациентов. Неэффективность консервативных мероприятий рассматривается как одно из ведущих показаний к плановому хирургическому лечению. Цель исследования: выявление предиктора неэффективности консервативной терапии при хроническом дивертикулите.

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

Пациенты и методы: в исследование включено 526 пациентов с хроническим дивертикулитом в возрасте 24-82 (58,5±7,7) лет, из них 310 (58,9%) женщин. Пациенты со свищами толстой кишки, стенозом и ранее перенесёнными операциями на толстой кишке исключены из исследования. Диагностическая программа включала ультразвуковые исследования и компьютерную томографию брюшной полости и органов малого таза, колоноскопию и ультразвуковую сигмоскопию. Всем пациентам проводили консервативную терапию, включавшую бесшлаковую диету, рифаксимин, спазмолитики, приём масляных слабительных. Консервативные мероприятия признавались эффективными при полной ликвидации клинических проявлений болезни, отсутствии активных явлений воспаления по данным УЗИ и/или КТ и длительности достигнутого эффекта не менее 1 года. Срок наблюдения составил 8-132 (14,2±2,4) мес. Результаты: консервативное лечение было эффективным у 437 (83,1%) больных. Среди них признаки разрушения одного из дивертикулов были выявлены у 8 (4,3%), тогда как среди 89 (16,9%) пациентов, у которых консервативное лечение было неэффективным, признаки разрушения дивертикула имели место у 64 (71,9%)(р

---

1362.Использование панкреатикогастроанастомоза при гастропанкреатодуоденальной резекции

Кит О.И., Колесников Е.Н., Снежко А.В., Трифанов В.С., Кожушко М.А., Мягков Р.Е., Самаянц С.В.

Ростов-на-Дону

ФГБУ "РНИОИ" МЗ РФ

Введение: В последнее время имеется много публикаций о результатах сравнительных исследований преимуществ формирования панкреатогastroанастомозов по сравнению с панкреатоэнтероанастомозами при панкреатодуоденальной резекции. Представляется интересным анализ опыта по одновременному применению различных хирургических методик в одном лечебном учреждении. Материал и методы: В Ростовском НИИ онкологии в период с 2012 по 2014 гг. выполнены 126 панкреатодуоденальных резекций по поводу злокачественных опухолей. Среди них выделены 2 группы. У 92 больных на реконструктивном этапе операции формировали панкреатикоэнтероанастомоз, у 34 – панкреатикогастроанастомоз. Результаты: В 1 группе больных осложнения отмечены у 43(46,7%) больных, умерли после операций 3 (3,3%) пациента. Основными и наиболее тяжёлыми из них были послеоперационный панкреатит и формирование панкреатических свищей. Повторные вмешательства потребовались у 8 пациентов. Характер повторных операций варьировал от чрескожного дренирования жидкостных образований под УЗИ контролем до выполнения релапаротомий и дополнительного дренирования брюшной полости. Из умерших больных у 2 больных панкреонекроз, многократное эрозивное кровотечение, у 1 – панкреонекроз, флегмона забрюшинного пространства, разлитой перитонит. Во 2 группе осложнения развились у 10(29,4%) больных, умерших не было. Чаще всего отмечено развитие послеоперационного панкреатита и гастростаза. Течение панкреатита было менее тяжёлым, повторных операций не требовалось, формирования панкреатических свищей не отмечено. Пребывание больных в стационаре после операций в 1 группе составило 19,9, а во 2 – 18,3 суток соответственно. Выводы: Использование панкреатикогастроанастомоза при выполнении гастропанкреатодуоденальных резекций позволяет достигнуть значимого снижения количества послеоперационных осложнений и летальности.

---

1363.РЕЗУЛЬТАТЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАБЛЮДАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ 6 МЕСЯЦЕВ ПО ОЦЕНКЕ БЕЗОПАСНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ

917

ПРЕПАРАТА «НЕОВАСКУЛГЕН» У 216 ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ДЕЕВ Р.В.(1,2), ПЛАКСА И.Л.(1), БОЗО И.Я.(1), ИСАЕВ А.А.(1,2)

Москва2)Казань

1) ОАО "Институт стволовых клеток человека"2) Казанский Федеральный (Приволжский) Университет

Цель. Оценить результаты применения препарата «Неоваскулген» в повседневной клинической практике у большой выборки пациентов; зафиксировать редкие побочные эффекты и осложнения. Материалы. Наблюдательная программа реализована на базе 25 клинических центров России и Украины с участием 216 пациентов с хронической ишемией нижних конечностей II и III ст. (по А.В. Покровскому-Фонтейну) на фоне облитерирующего атеросклероза, не подлежащих выполнению реваскуляризирующей операции вследствие характера поражения магистральных сосудов. Средний возраст пациентов составил 63,6±7,1 лет; у 51% больных определялся дистальный уровень окклюзии, 32% и 27% имели проксимальный и многоэтажный уровень поражения, у 28 пациентов был диагностирован сахарный диабет (СД) II типа. Продолжительность наблюдения за больными составила 6 месяцев после выполнения стандартного курса ангиогенной терапии препаратом «Неоваскулген», в ходе которых пациенты проходили плановые обследования до проведения курса терапии, через 3 и 6 мес. после лечения. В качестве первичного критерия эффективности применялся показатель ДБХ, в качестве вторичных критериев результаты инструментальных методов исследования: транскутанное напряжение кислорода (ТКНК) и лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ). Проведение ангиогенной терапии выполнялось в составе комплексной консервативной терапии без использования препаратов группы простагландинов. На протяжении всего исследования проводилась регистрация нежелательных явлений. Результаты. При применении ангиогенной терапии препаратом «Неоваскулген» в составе комплексного консервативного лечения наблюдалось среднее увеличение показателя ДБХ на 92% и 154% через 3 и 6 мес. соответственно. Абсолютное среднее увеличение ТКНК в течение 6 мес. наблюдения составило 11±4,5 мм рт. ст., что на 19% больше изначального показателя. Показатели макрогемодинамики характеризовались приростом ЛПИ на 15% и 66 % через 3 и 6 мес. соответственно. Селективный анализ результатов, полученных от пациентов с дистальным поражением магистральных артерий (n=98) показал, что применение комплексного подхода позволило добиться клинически значимого улучшения у 87% пациентов данной группы, что выражалось увеличением средней ДБХ на 172% в течение 6 мес. Однако динамика показателей макрогемодинамики при этом характеризовалась приростом лишь на 17% в течение 6 мес., что было достоверно ниже среднего показателя в общей выборке (p0,05). Необходимо также отметить, что в данной группе, несмотря на улучшение функционального состояния, отсутствовала положительная динамика ЛПИ. Применение препарата не сопровождалось развитием побочных эффектов и аллергических реакций. Развитие опухолей, нарушение зрения и иные патологические состояния, которые могли бы косвенно свидетельствовать об осложнениях ангиогенной терапии, не отмечены. Обсуждение. Применение ангиогенной терапии pl-vegf165 («Неоваскулген») сопровождалось улучшением функционального статуса пациентов не подлежащих хирургической реваскуляризации, что выражалось увеличением среднего показателя ДБХ в течение 6 мес. на 154%. Селективный анализ полученных данных показал, что результаты использования ангиогенной терапии препаратом «Неоваскулген» отличаются в разных группах пациентов в зависимости от уровня поражения и наличия фонового СД, однако различия показателей первичного критерия эффективности не достигли статистической значимости. Полученные результаты соответствуют результатам клинического исследования препарата «Неоваскулген» по итогам которого, было показано увеличение ДБХ на 110% (2011 г.). Вывод. Результаты наблюдательной программы подтверждают безопасность и эффективность применения препарата «Неоваскулген» в составе комплексного лечения хронической ишемии нижних конечностей.

---

1364. СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ (ВТЭО) У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ



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

Борисов В.С.1, Смирнов С.В.1, Каплунова М.Ю.1, Клычникова Е.В.1, Андрийченко Н.Н.2, Вуймо Т.А.3

Москва

Борисов В.С.(1), Смирнов С.В.(1), Каплунова М.Ю.(1), Клычникова Е.В.(1), Андрийченко Н.Н.(2), Вуймо Т.А.(3) 1) НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, г. Москва, 2) ФГБУ Гематологический научный центр МЗ РФ г. Москва, 3) ФНКД Детской гематологии, онкологии и иммунологии

Введение: По данным Кириенко А.И. (2007г.) количество пациентов с венозными тромбозами осложненными (ВТЭО) в России ежегодно увеличивается на 90-100 тысяч. По литературным источникам частота ВТЭО у пациентов с термической травмой колеблется от 0,4 до 23% среди всех госпитализированных в стационар. «Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений», разработанные в 2010 году, признают опасность развития ВТЭО у ожоговых больных, относя таких к «группе умеренного и высокого риска ВТЭО», однако в данном руководстве не отражен алгоритм по проведению антикоагулянтной терапии, что приводит к неадекватному её назначению. Неэффективность стандартной антикоагулянтной терапии у пациентов с ожоговой болезнью показывают параметры теста «Тромбодинамика», которые не достигают профилактического целевого диапазона, а у > 50% пациентов показатели теста «Тромбодинамика» находятся в области гиперкоагуляции. Проведение стратификации всех пациентов с термической травмой позволит проводить эффективную индивидуальную профилактику ВТЭО. Цель: оценить необходимость и эффективность проведения стратификации риска развития ВТЭО у пациентов с тяжелой термической травмой. Материалы и методы: проведенный нами ретроспективный анализ историй болезни 210 пациентов с ВТЭО, находившихся на лечении в отделении острых термических поражений НИИ СП им. Н.В. Склифосовского в период с 1970 по 2005 гг., позволил выделить наиболее важные факторы риска в развитии ВТЭО. С 2005 по 2014 годы в отделении начато проведение комплексной оценки системы гемостаза у больных с тяжелой термической травмой. Система гемостаза оценивалась по коагулологическому и клиническому анализам крови, данным тромбозаграммы, результатам метода «Тромбодинамика». На основе оценочного листа проводилась стратификация риска развития ВТЭО для каждого пациента, что позволило распределить пациентов в различные группы риска по развитию ВТЭО (низкий, умеренный, высокий, крайне высокий) с обязательным для каждого индивидуальным определением бальной оценки риска согласно модифицированной для пациентов с термической травмой шкалой Caprini J.A.(2003). Стратификация выполнялась хирургом при поступлении, а так же в случае появления новых факторов риска ВТЭО, способных изменить нахождение пациента в той или иной группе. Пациенты получали объем антикоагулянтной терапии в зависимости от бальной оценки риска. Всем пациентам выполнялось контрольное ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей. Результаты: на основе определения наиболее значимых факторов риска развития ВТЭО у ожоговых больных нами был разработан оценочный лист риска ВТЭО. Согласно которому все пациенты с термической травмой были распределены в группы низкого, среднего и высокого и очень высокого риска развития ВТЭО. Предложенная нами бальная оценка риска на основе модифицированной таблицы Caprini J.A.(2003) позволила проводить адекватную антикоагулянтную терапию и снизить количество ВТЭО с 6,3% до 3,6%. Применяемый нами алгоритм по профилактике и терапии ВТЭО для различных групп пациентов в течение всего периода нахождения пациента в стационаре значительно упростил работу комбустиолога. Вывод: стратификация пациентов по риску развития ВТЭО с индивидуально подобранной адекватной антикоагулянтной терапией у пациентов с тяжелой термической травмой позволил значительно снизить количество ВТЭО, уменьшив тем самым сроки госпитализации пациентов в стационаре и процент инвалидизации.

---

#### 1365. ГЕМОРАГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Калинин Р.Е.(1), Сучков И.А.(1), Пшенников А.С.(1), Агапов А.Б.(1), Райская Н.А.(2), Марукова Т.А.(2)

Рязань

919

1) ГБОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Минздрава России, 2) Рязанский областной клинический кардиологический диспансер г.Рязань, Россия

Актуальность. Нежелательные явления антикоагулянтной терапии (АКТ) можно представить в виде чаши весов, на одной из которых находится опасность рецидива заболевания, а на другой возможные геморрагические осложнения (ГО). С применением таблетированных прямых антикоагулянтов, по данным международных исследований, удалось уменьшить частоту нежелательных явлений АКТ. Однако, распространенность и варианты ГО в реальной клинической практике остаются неизвестными, так как узкие рамки критериев включения в исследования, не могут широко охватить истинную частоту данных осложнений. Цель работы. Оценить частоту, варианты и сроки возникновения ГО при лечении пациентов с тромбозом глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей на фоне приёма варфарина или ривароксабана. Материалы и методы. Общее количество пациентов, которым назначена АКТ составило 150 человек. Средний возраст пациентов составил 56,3 ( $\pm 12,6$ ), из которых мужчин 17, женщин 15. Пациенты разделены на 2 группы: 1 группа принимали на амбулаторном этапе ривароксабан (79 человек), во 2 группе варфарин (71 человек). Отмечались общая частота, варианты кровотечений (большие, значимые и малые), сроки возникновения ГО в исследуемых группах за 6 месяцев. Результаты. Из 79 пациентов, принимавших ривароксабан, отмечено различной степени ГО у 17 человек (21,5%) и из 71 человека у 15 человек (21,1%) на варфарине. Полученные данные указывают на сравнимое количество осложнений в исследуемых группах, но это не даёт истинной картины, если не учитывать возможные варианты геморрагических осложнений, так как у одного пациента могут встречаться несколько кровотечений (зубное и носовое, гематурия и образование подкожных гематом) от которых зависит дальнейшая тактика лечения. По вариантам кровотечений (большие, значимые и малые) отмечено 41 ГО. В 1 группе отмечено 20 (25,3%) малых кровотечений, среди которых носовые, зубные, кровь в стуле, гематурия, синяки, увеличение дней менструации у женщин. Одна пациентка на 3 месяце отметила покраснения келоидного рубца после проведённой полостной операции. Данные осложнения не вызывали отмены приёма препарата, что указывает на их временный характер и были выявлены только при опросе пациентов. Значимых кровотечений было 3 (3,8%): носовое, геморроидальное и одно из открытой трофической язвы, которая образовалась на участке предыдущей аутодермопластики, причём все значимые ГО появились на 1 месяце АКТ. У данных пациентов пришлось временно прервать приём ривароксабана и обратиться к врачу. Больших кровотечений в группе ривароксабана не отмечено. Во 2 группе, принимавших варфарин, отмечено 11 (15,5%) малых ГО, которые по варианту кровотечений аналогичны с 1 группой. Значимых было 5 (7,04%): признаки желудочно-кишечного кровотечения, гематурия, подкожные гематомы и образовавшиеся трофические язвы. Выявлено, что именно первичные трофические язвы отмечены только во 2 группе, что по-видимому обусловлено дисбалансом между прокоагулянтным и антикоагулянтным звеньями, сопровождающиеся тромботическим изменением в микроциркуляторном русле. Эти пациенты самостоятельно прерывали лечение и обращались за консультацией, а некоторые из них предпочли приём ривароксабана. Больших кровотечений отмечено 2 (2,8%). У одного пациента на 6 месяце выраженная гематурия, что потребовало госпитализации в урологическое отделение и гемотрансфузии. У другого пациента на 3 месяце рецидив заболевания на контрлатеральной нижней конечности и явления желудочно-кишечного кровотечения, с чем был переведён в специализированный стационар, где он умер. На фоне приёма варфарина отмечено, что большее число осложнений встречается на 1 и 6 месяцах (6 случаев (8,5%) и 8 случаев (11,3%) соответственно). Это свидетельствует об особенностях амбулаторного периода АКТ, который требует приверженности больного в лечении, мониторинге показателей свёртываемости крови, что порой оставляет желать лучшего. При приёме ривароксабана наибольшее количество осложнений пришлось на 1 месяц - 15 случаев (18,9%) и возможно обусловлено особенностями режима приёма препарата (по 15 мг 2 раза в день 21 день, затем по 20 мг 1 раз в день). Полученные результаты свидетельствуют о большей безопасности ривароксабана в сравнении с варфарином за счёт отсутствия больших и меньшего количества значимых кровотечений, которые влияют на тактику ведения пациента с ТГВ. Выводы: 1. По частоте развития ГО оба пероральных антикоагулянта имеют сравнимые результаты. 2. Ривароксабан имеет больший профиль безопасности по развитию опасных ГО в сравнении с варфарином. 3. В 1 месяц амбулаторного этапа АКТ имеется наибольший риск возникновения ГО в группе ривароксабана, тогда как на фоне приёма варфарина - 1 и 6 месяцы.

1366. Диагностическая и лечебная тактика при незидиобластозе

Смирнов А.В., Калинин Д.В., Лебедева А.Н., Карельская Н.А., Кригер А.Г., Глогов А.В.

Москва

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» МЗ РФ

Введение. Незидиобластоз (НБ) – редкое заболевание, проявляющееся синдромом органического гиперинсулинизма и обусловленное диффузной гиперплазией и/или гипертрофией островков Лангерганса поджелудочной железы (ПЖ). Клиническая картина обусловлена гипогликемией и проявляется слабостью, эпизодами потери сознания, судорогами, патологической сонливостью, нарушением памяти, снижением интеллекта. Как правило, гипогликемия носит персистирующий характер, что нередко требует постоянной инфузии растворов глюкозы. Отсутствие при лучевых методах обследования (КТ с болюсным усилением, МРТ, УЗИ и эндосонография) у больного с органическим гиперинсулинизмом очагового поражения ПЖ, легких и других органов требует исключения НБ. Ключевую роль в диагностике НБ играет артериально-стимулированный забор крови. Современная доктрина лечения НБ заключается в хирургическом лечении. Операцией выбора является корпорокаудальная резекция ПЖ с удалением не менее 60-70% паренхимы органа. Окончательное подтверждение диагноза возможно только после гистологического исследования. Диффузный характер поражения ПЖ при НБ определяет высокий риск рецидива гипогликемических состояний. Лечебная тактика в случае рецидива заключается в попытке медикаментозной коррекции (например, верапамилем, сандостатином). При неэффективности данных мер следует рассматривать вопрос о повторном выполнении резекционных вмешательств на ПЖ вплоть до тотальной панкреатэктомии. Материал и методы. В Институте хирургии им. А.В. Вишневского с 2011г. по апрель 2015г. оперировано 5 пациентов с НБ. У всех больных диагноз был заподозрен на дооперационном этапе и в дальнейшем подтвержден при гистологическом исследовании. При этом у 2 больных НБ сочетался с наличием инсулиномы ПЖ. Всем пациентам была выполнена корпорокаудальная резекция ПЖ. Результаты. В результате хирургического лечения у трех пациентов эпизодов гипогликемии не отмечалось за весь период наблюдения. У четвертого пациента гипогликемические состояния стали развиваться спустя 7 месяцев после операции, в настоящий момент пациент получает консервативную терапию (верапамил). У пятого пациента через месяц после операции в связи с сохранившимся тяжелым органическим гиперинсулинизмом потребовалось выполнение экстирпации головки ПЖ, что не устранило проявлений заболевания. Экстрапанкреатический источник секреции инсулина выявить не удалось. Пациент был выписан на амбулаторное лечение. Через год у пациента возникла гипогликемическая кома, из которой не удалось вывести несмотря на внутривенное введение 40% раствора глюкозы, наступила смерть. Заключение. Хирургическое лечение НБ может обеспечить полный регресс симптоматики, но не гарантируют возникновения рецидива заболевания и даже отсутствия каких-либо изменений в частоте и тяжести гипогликемических состояний.

---

1367. Хирургическое лечение поражений печени при колоректальном раке

Кит О.И., Колесников Е.Н., Трифанов В.С., Снежко А.В., Мезенцев С.С., Кациева Т.Б., Аверкин М.А.

Ростов-на-Дону

ФГБУ "РНИОИ" МЗ РФ

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения метастатических опухолей печени. Материалы и методы: в отделении абдоминальной онкологии №1 Ростовского научно-исследовательского онкологического института за 2009 - 2014 годы по поводу первичного и метастатического поражения печени злокачественными опухолями оперированы 205 пациентов. Вторичное поражение печени при раке

ободочной и прямой кишки отмечено в 95 наблюдениях. Соотношение мужчин и женщин составило 1:1. Возраст колебался от 24 до 82 лет, средний возраст был  $58,9 \pm 1,7$  лет. В 59 наблюдениях метастатическое поражение печени выявлялось одновременно с первичной опухолью кишки. Во всех этих случаях хирургическая операция на толстой кишке дополнялась вмешательством на печени. При одномоментных операциях наиболее часто выполнялась атипичная резекция печени - в 35 (59,3%) случаях, (в том числе в сочетании с радиочастотной термоабляцией (РЧТА). Изолированная РЧТА использована у 19 (32,2%) больных. В основном при резекции удалялись 1-3 (максимально 5) метастатических узлов, при РЧТА воздействию подвергались от 2 до 5 очагов. При метастатических узлах больших размеров выполнено 5 (8,5%) гемигепатэктомий (2 расширенные, 2 в сочетании с атипичной резекцией оставшейся доли). Операции на печени, связанные с появлением в ней метастатических очагов в результате прогрессирования опухоли, выполнены 36 больным. Большинство таких операций выполнялись через 1,5 – 3 года после первичного вмешательства (интервал от 6 месяцев до 8,5 лет). Гемигепатэктомия выполнена 7 пациентам, у 3 больных она была расширенной. В 4 наблюдениях выполнена би- или трисегментэктомия у больных старше 75 лет с поражением 4 сегмента печени. Атипичная резекция печени с удалением от 1 до 4 очагов выполнялась в 25 наблюдениях, в 7 случаях она дополнена РЧТА. Результаты: Осложнения после операций по поводу вторичного поражения печени при раке ободочной и прямой кишки отмечены у 18 (18,9%) больных. Наиболее частыми были печёночная недостаточность при обширных вмешательствах (у 5 больных), а также послеоперационная пневмония и наружные жёлчные свищи (в 5 и 3 наблюдениях соответственно). Случаев смерти в течение 30 дней послеоперационного периода не было. Медиана выживаемости составила 26,8 месяцев, 3 и 5 летняя выживаемость - 48,4% и 37,9% соответственно. Выводы: 1. Хирургическое удаление метастазов в печень при колоректальном раке позволяет существенно продлить жизнь пациентов. 2. Выполнение таких операций в крупных специализированных онкологических стационарах позволяет существенно снизить количество послеоперационных осложнений и добиться отсутствия послеоперационной летальности.

---

1368.SILS-Port трансанальный доступ для неудобных опухолей

Анищенко В.В., Басс А.А., Архипова А.А.

Новосибирск

НУЗ ДКБ (Дорожная клиническая больница)

С момента первой операции Buess в 1983 трансанальная эндомикрохирургия (ТЕМ) получила бурное развитие и прочно вошла в качестве стандарта лечения рака прямой кишки T1и крупных villous аденом. Однако, использование широких хирургических ректоскопов имеет ряд неудобств, таких как травма сфинктера, ограничение амплитуды движения и конфликт инструментов, узость операционного поля и наконец: стоимость оборудования. Последние несколько лет активно развивается ТЕМ с применением различных монопортов и, в частности, SILS-Port. Лишенная указанных недостатков техника применения мягкого монопорта позволила расширить спектр хирургических вмешательств на прямой кишке и использовать ее для выполнения гибридного доступа, трансанальной мезоректумэктомии. Кроме широко распространенных злокачественных и ворсинчатых опухолей прямой кишки существует категория редких ретроректальных новообразований: тератом, дермоидных кист, параганглиом, эндометриом и др. По материалам литературы частота распространенности 1.5-8% в структуре опухолевых заболеваний прямой кишки. Хирургия указанных новообразований часто сопряжена с калечащими доступами через промежность, сопровождающимися пересечением тазовой диафрагмы, резекцией копчика, кровопотерей, неудовлетворительными косметическими и функциональными результатами. Традиционно, слепой зоной для ТЕМ является нижеампулярный отдел прямой кишки, точнее ближайшие 2-4 см от зубчатой линии. Собственный опыт более 100 операций NOTES и более 30 ТЕМ через SILS-Port предопределили оригинальное техническое решение для удаления опухолей, обозначенной локализации. Оперировано 4 пациентки с ретроректальными опухолями. Возраст от 24 до 44 лет. Размер новообразований от 3 до 6 см в наибольшем измерении. Гистологически: дермоидная киста – 1, параганглиома -1, эндометриома– 1,

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

гоморта – 1. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА Обезболивание общее. Положение больного в зависимости от локализации опухоли таким образом, чтобы опухоль располагалась внизу. Для операции использовался SILS-port (COVIDIEN) большого размера, трипорт. Инструментальная поддержка – широкоформатный 5 мм лапароскоп и инструменты для монопорта, видеостойка (KARL STORZ), УЗ-скальпель (ETHICON), биполярный эндоскопический инструмент с хирургической станцией ERBE – 300. Инсуффляция углекислым газом, рабочее давление 10-11 mmHg. Ориентация инструментов в монопорте: подача CO<sub>2</sub> – верхний левый канал (примерно на 11 час по условному циферблату), оптика – правый верхний канал (примерно на 2 час по условному циферблату), рабочие инструменты внизу. Для обеспечения обзора и достаточной площади операционного поля мы применили фиксацию лигатурами монопорта к коже промежности и последующей тракцией в каудальном направлении. Этот прием позволил визуализировать зону вблизи зубчатой линии. Далее, в косопоперечном направлении рассечена стенка прямой кишки. УЗ-скальпелем произведена эксцизия опухоли. Наложен однорядный, обвивной шов нитью ViLock 3.0. В одном случае зафиксирована недостаточность швов, не потребовавшая в дальнейшем дополнительных хирургических пособий. Считаем предложенную хирургическую технику при низких локализациях альтернативой промежностным доступам, позволяющую сохранить функциональную состоятельность прямой кишки и обеспечивающую безупречный косметический эффект.

---

1369.К вопросу ранней диагностики заболеваний толстой кишки

Авторы: Погосян А.А., Попова М.А., Терпугов Л.Ю., Дирацуян А.М.

Ростов-на –Дону.

МБУЗ «Городская больница №6» г. Ростов-на –Дону.

Актуальность проблемы: колоректальный рак остается одним из наиболее распространенных онкологических заболеваний в Мире. У каждого третьего пациента в России при первичном исследовании выявляются отдаленные метастазы. Значительная часть больных до сих пор поступает с запущенными формами ( 78,6%). Цель работы: проанализировать опыт работы эндоскопических исследований, выполненных в нашей больнице за последние 3 года. В современной онкологии приоритетом является выявление и лечение предраковых новообразований, которые вначале протекают бессимптомно. Профилактикой рака толстого кишечника является своевременное выявление и удаление полипов толстого кишечника. По имеющейся статистике частота полипов у населения-10%. По данным Капуллера (1998 г.) в 35 % аутопсий в стационаре выявлены полипы кишечного тракта. По данным суд-мед экспертизы 18,2%. Результаты В ГБ №6 последние 3 года всем госпитализированным проктологическим больным после 40 лет выполняется ФКС. А с 2015 г. всем больным после 18 лет. За последние 3 года выполнено 4 655 эндоскопий; 965 биопсий, 379 полипэктомий. Из числа всех пролеченных больных у 9,5% выявлены одиночные полипы, в 17,9% выявлены множественные полипы. По локализации в ректосигмоидном отделе и сигмовидной кишке 46% В верхне-ампулярном отделе прямой кишки -21 % В поперечно-ободочной кишке- 19,2% В восходящей -3,8%. По данным нашей статистики после 40 лет у каждого шестого выявляются полипы ободочной кишки. Имеет место феномен нарастания частоты полипов с возрастом. До 40 лет- 5,2%, после 70-79 лет- 45,7 %, после 80 лет в 50 %. На биопсиях выявлено 7,9% ворсинчатых аденом, 1,6% с выраженной дисплазией, бессимптомный рак в 1 %. Таким образом, с прогрессированием хр. Соматических заболеваний происходит « старение эпителия» что ведет к разрастанию новообразований. Участились случаи выявления новообразований после 30 лет. Вывод: Наш опыт позволяет утверждать необходимость выполнения ФКС после 30 лет, с целью раннего выявления предраковых заболеваний.

---

1370. Опыт миниинвазивного лечения бактериальных абсцессов печени.

Возлюбленный Д.Е., Возлюбленный Е.И.

Ростов-на-Дону

МБУЗ «Городская больница №20 г. Ростова-на-Дону», отделение хирургии для взрослых

В последнее время бактериальные абсцессы печени перестали относиться к группе казуистических, это связано с улучшением диагностики (характерная картина при КТ, МРТ, УЗИ), появлением устойчивых к антибактериальной терапии возбудителей. Несмотря на наличие в арсенале широкого спектра диагностических и лечебных мероприятий именно оперативное лечение является достаточным и эффективным, т.к. только адекватное дренирование позволяет произвести санацию очага, а полученный материал подвергается бактериологическому исследованию с определением чувствительности к антибактериальным препаратам. Традиционные методы оперативного лечения имеют недостатки. Так, наличие гнойного очага в труднодоступной локализации в окружении большого количества анатомических структур (печеночные вены, артерии, втунрипеченочные желчные протоки) затрудняют безопасный и адекватный доступ. Большая операционная травма, инфицирование брюшной полости, длительность операции приводят как к интра-, так и к послеоперационным осложнениям. Пункционно-дренирующие методы оперативного лечения под контролем ультразвука при данной патологии имеют ряд преимуществ - отсутствие необходимости общей анестезии, быстрота выполнения, минимальное инфицирование нескомпроментированных тканей, минимальное количество или отсутствие интра- и послеоперационных осложнений. Материалы и методы. Анализу подвергнуты 4 пациента, находящиеся на лечении в отделении хирургии с 2013г. по 2015г. Пациентка 59 лет поступила в отделение в тяжелом состоянии с абсцессом (правая доля) печени на фоне внебольничной правосторонней сегментарной пневмонии, сепсисом, сахарным диабетом, тяжелом течении, декомпенсации, ИБС, АГ 3 риск 4. Пациент 74 лет поступил в отделение в тяжелом состоянии с абсцессами (правая и левая доли) печени на фоне сахарного диабета 2 типа, декомпенсации, ИБС, АГ 3 риск 4, анемии сложного генеза, абсцесса передней брюшной стенки. Пациентка 76 лет с абсцессом печени (правая доля) на фоне острого обтурационного деструктивного холецистита, подпеченочного инфильтрата 2 недельной давности, ИБС, ПИКС (1998). АГ 3 риск 4. ХСН 1. ФК 3. ДЭП 2ст. Пациент 73 лет с абсцессом (правая доля) печени на фоне острого деструктивного калькулезного холецистита, ИБС, нарушения ритма сердца по типу тахисистолической формы фибрилляций предсердий, желудочковой тахикардии. ХСН 1. ФК 3. В первом наблюдении гнойный очаг находился в 8 и 7 сегментах ближе к задней поверхности печени. Во втором наблюдении гнойный очаг находился в 8-ом сегменте, на границе 5-7 сегментов и в 3 сегменте. Следует отметить о наличии особенности у последних 2 пациентов – гнойный очаг в паренхиме печени находился в непосредственной близости от желчного пузыря в 8-ом, 5-ом сегментах. Всем пациентам было проведено дооперационное обследование, включающее КТ (МРТ), УЗИ. Имелась характерная ультразвуковая картина абсцесса печени – объемное образование округлой (неправильной) формы, пониженной или анэхогенной структуры с нечеткими контурами, в ряде случаев с уровнем жидкости или неоднородным содержимым. Было выполнено 5 пункционно-дренирующих вмешательств под УЗ-контролем 4 пациентам под местной анестезией методом «свободной руки» с применением линейного или конвексного датчика. Выбор пункционной трассы определялся индивидуально, избегалась краевая пункция паренхимы печени, а также травмирование трубчатых структур печени. Введение дренажа осуществлялась по методике Ившина В.Г. с применением устройства для дренирования полых органов. В просвет гнойника устанавливался дренаж 12 Fr rig-tail, который фиксировался к коже. Проводилось бактериологическое исследование полученного содержимого. В 2-ух случаях (у пациентов с деструктивным холециститом) трасса пункции была выбрана через гнойный очаг печени в просвет желчного пузыря с целью одномоментного дренирования просвета желчного пузыря и гнойника печени. В 1 случае у одного пациента было установлено 2 дренажа в правую и левую долю печени. В послеоперационном периоде проводилась эмпирическая, затем индивидуально подобранная по чувствительности антибактериальная терапия, дезинтоксикационная терапия, коррекция сопутствующей патологии, дренажные трубки промывали растворами антисептиков. Результаты и обсуждение. в 2-ух случаях выявлены холангиогенные абсцессы печени, в 2-ух – криптогенные. При инструментальном исследовании размеры гнойников были 6±2см, во всех случаях отмечена характерная УЗ-картина (объемное образование округлой (неправильной) формы, пониженной или анэхогенной структуры с нечеткими контурами, в ряде случаев с уровнем жидкости или неоднородным содержимым). Интраоперационных осложнений не было выявлено, получен гной от 30мл до 200мл (в случае с острым деструктивным холециститом). При

бактериологическом исследовании гноя высеяны грамотрицательная флора (*Acinetobacter spp*, *E.coli*, *Klebsiella spp*). Причем, если *E.coli*, *Klebsiella spp* были чувствительны к большинству антибактериальных препаратов, то *Acinetobacter spp* только к имипенему. Во всех наблюдениях применено два курса парентеральной антибактериальной терапии (имипенем, амикацин, цефтриаксон) с последующим переводом на пероральный прием (амоксиклав, ципрофлоксацин). Адекватность дренирования оценивалась контрольными УЗ-исследованиями, во 3 случаях наличие одного дренажа в просвете гнойника позволило купировать воспалительный процесс. В одном случае (у пациента с множественными абсцессами правой и левой доли) потребовалась переустановка дренажной трубки в связи с ее закупоркой детритом. В первые 2 суток после операции отмечено обильное поступление гнойного отделяемого, затем характер отделяемого изменился – стал более жидкий, менее мутный. Пациенты активных жалоб не предъявляли, лишь некоторый дискомфорт в области установки дренажной трубки. Обратило внимание отсутствие гипертермии как в до-, так и в послеоперационном периоде, лишь у одного пациента на 4 сутки отмечена гипертермия, связанная с закупоркой дренажной трубки детритом. Динамика лабораторных показателей: при поступлении лейкоцитоз  $15,6 \pm 4,9 \cdot 10^9$ , через 10-12 дней  $8,6 \pm 2,3 \cdot 10^9$ . На 2-3 сутки отмечено снижение температуры тела, функция кишечника восстановлена. дренажные трубки удалены на 14-16 сутки, у пациентов с наличием острого деструктивного холецистита в течении 30-35 дней. Послеоперационных осложнений не было выявлено. Пациенты осмотрены в течении 3-4 месяцев после удаления дренажа, состояние относительно удовлетворительное, при контрольных УЗ – в месте деструкции паренхимы печени патологических новообразований не выявлено. Заключение. Пункционно-дренирующий метод оперативного лечения под контролем ультразвука бактериальных абсцессов печени является высокоэффективным и безопасным. Имеется характерная ультразвуковая картина бактериальных абсцессов печени. Эмпирическая антибактериальная терапия при данной патологии должна подбираться с условием вероятного наличия грамотрицательной флоры, причем имеется большая вероятность устойчивости высеянной флоры к большинству антибактериальных препаратов. Достаточно одной дренажной трубки 12 Fr pig-tail (установленной под контролем ультразвука) для адекватного дренирования гнойника. Имеется возможность одновременного дренирования абсцессов печени и просвета желчного пузыря по показаниям и технической возможности.

---

#### 1371. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НАРУЖНЫМИ ПАНКРЕАТИЧЕСКИМИ СВИЩАМИ

Степан Е.В., Рогаль М.Л., Иванов П.А., Озова З.М., Агаханова К.Т.

Москва

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Актуальность исследования. Наружные панкреатические свищи (НПС) являются следствием деструктивного панкреатита, травмы и операций на поджелудочной железе. Образованию свищей способствует также дренирование псевдокист или жидкостных скоплений. По данным литературы НПС встречаются в 9,5 - 29,4% всех наблюдений острого панкреатита и травмы поджелудочной железы. Они создают серьезные проблемы в лечении в связи с потерей панкреатического сока и его пептическим действием на кожу. В настоящее время существуют сторонники как активной хирургической тактики, так и исключительно консервативных методов лечения НПС. Таким образом, проблема лечения наружных панкреатических свищей является актуальной и нуждается в дальнейшей разработке. Материал и методы исследования. С 1998 в НИИ СП им. Н.В.Склифосовского наблюдали 93 пациента с НПС в виде панкреатокожной фистулы с выделением панкреатического сока, что составило 2,68 % от количества больных с острым деструктивным панкреатитом и пострадавших с травмой поджелудочной железы. Причем, наружные свищи поджелудочной железы, возникшие после перенесенного острого панкреатита, отмечены реже, чем свищи после травмы поджелудочной железы, соответственно в 1,76% и 15,58% наблюдений. Результаты исследования. С момента диагностики наружного панкреатического свища приступали к его комплексному консервативному лечению, которое включало наружное дренирование, аспирационно-промывное лечение, диету с ограничением жидкости, спазмолитическую терапию и подавление

экзокринной функции поджелудочной железы. Кроме дренирования и активной аспирации проводилась спазмолитическая терапия для снижения тонуса сфинктера Одди и улучшения оттока панкреатического секрета через Фатеров сосок. Особым компонентом комплексной терапии являлось подавление внешней секреции поджелудочной железы, для чего у 44 пациентов применялся препарат октреотид в дозе от 300 до 900 мкг/сут подкожно. Длительность курса октреотида составляла от 3 до 15 суток. У остальных этот препарат не применяли. У 11 больных с признаками стеноза на уровне большого дуоденального сосочка (по данным радиоизотопного исследования) выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия. У 5 больных со стенозом дистального отдела холедоха произведено трансдуоденальное стентирование Вирсунгова протока. Сроки функционирования наружного панкреатического свища различались в зависимости от метода лечения. В группе больных, получавших октреотид, средний срок функционирования свища составил  $34 \pm 13$  дней, а среди больных, не получавших октреотид, -  $55 \pm 23$  дней. У пациентов, которым выполнялась эндоскопическая папиллотомия или эндоскопическое стентирование Вирсунгова протока, свищи закрывались через 1 – 112 дней, в среднем через  $33 \pm 26$  дней после манипуляции. При этом у пациентов уже на следующие сутки после папиллотомии на фоне консервативного лечения количество отделяемого сока снизилось до минимального. К моменту выписки свищи ликвидированы у 56 пациентов, что составило 60,2% всех наблюдаемых больных. В группе больных, получавших октреотид, к моменту выписки свищи закрылись у 26 (60,5%). С функционирующими свищами выписаны 17 (39,5%). Свищи у этих пациентов закрылись в сроки от 2 до 88 суток, в среднем  $33 \pm 18$ . В группе больных, в лечении которых октреотид не применяли, к моменту выписки закрылись у 26 (63,4%). С функционирующими свищами выписаны 15 (36,6%) больных, свищи у них закрылись в сроки от 6 до 192 суток, в среднем через  $48 \pm 47$  суток после выписки. К операции пришлось прибегнуть у 9 (9,7%) больных, у 8 из которых несколько курсов консервативного лечения с интервалом 1-2 месяца в течение 6 месяцев было неэффективными, и тенденции к уменьшению количества отделяемого панкреатического сока не отмечалось. Одному пациенту была выполнена продольная панкреатоеюностомия, другому – цистоэнтеростомия на отключенной по Ру петле тонкой кишки, третьему – дистальная резекция поджелудочной железы, четвертому – медиальная резекция поджелудочной железы с иссечением свища. У 1 больного, перенесшего субтотальный панкреонекроз, НПС сформировался после некрэксвестрэктомии и резекции хвоста поджелудочной железы. Больному была выполнена фистулопанкреатикогастростомия. У 1 пациента НПС сформировался в результате травмы поджелудочной железы с полным перерывом Вирсунгова протока и диастазом дистального и проксимального концов. Выполнена панкреатоеюностомия с дистальной частью поджелудочной железы. У 1 больного НПС сформировался в результате дренирования острого жидкостного скопления в области головки поджелудочной железы, больному была выполнена чрескожная чрезгастральная цистогастростомия под РТВ и эндоскопическим контролем. 1 пациенту со свищом, образовавшимся в результате почти полного поперечного разрыва поджелудочной железы в области перешейка, выполнена лапаротомия, чрезгастральная цистогастростомия. Одному пациенту кроме консервативного лечения с применением октреотида, выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии со стентированием Вирсунгова протока и пломбировкой свищевого хода, в связи с неоднократными рецидивами псевдокист произведена чрескожная чрезгастральная цистогастростомия. В результате хирургического лечения НПС у всех 9 больных ликвидированы. Обсуждение результатов исследования. В результате проведенного исследования установлено, что из 93 наблюдаемых пациентов образование НПС в результате травмы поджелудочной железы отмечалось в 38,7% случаев, в результате перенесенного деструктивного панкреатита у 61,3% больных, из них у 35,5% после дренирования псевдокист. Причиной образования НПС является дефект стенки Вирсунгова протока или его ветвей. Срок закрытия НПС зависит от размеров дефекта и калибра поврежденного протока. Консервативное лечение НПС неэффективно в случае крупного дефекта Вирсунгова протока с большим диастазом концов. Также выявлена зависимость закрытия НПС, образовавшихся после дренирования псевдокист поджелудочной железы, от размера псевдокисты и толщины ее стенки. НПС после дренирования незрелых псевдокист в большинстве случаев закрываются консервативно. Выводы. 1. Комплексное консервативное лечение позволяет в 90,3% случаев добиться закрытия наружного панкреатического свища. 2. При блоке на уровне большого дуоденального сосочка у больных с упорным течением свища показана эндоскопическая папиллотомия или стентирование Вирсунгова протока. 3. При неэффективности нескольких курсов комплексного консервативного лечения с интервалом 1-2 месяца и не ранее, чем через 6 месяцев, показан хирургический метод закрытия наружного панкреатического свища.



1372. Клиника, диагностика, лечение больных с гангренозной пиодермией

Ступин В.А.(1), Горюнов С.В.(2), Привиденцев А.И.(2), Жидких С.Ю.(1), Привиденцева А.С.(1)

Москва

1)Кафедра Госпитальной хирургии №1 ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России 2)Городская клиническая больница №15 им. О.М. Филатова

Цель: Оценка результатов лечения 52 больных с гангренозной пиодермией. Методы: Проанализировано 52 случая гангренозной пиодермии, ассоциированной с болезнью Крона - 15,4%, с опухолями – 21,2%, с коллагенозами – 13,4%, с другими заболеваниями 25,0%, у 25,0% имелась идиопатическая форма. Женщины составили 75%, мужчины - 25%. Средний возраст больных – 53,2±4,8 года. Язвенные дефекты локализовались на нижних конечностях в 71%, в 13,3% - на туловище, в 15,7% - в других областях. В 93,9 % - наблюдались множественные язвенные дефекты. Площадь язвенных дефектов от 0,5 до 350 см<sup>2</sup>. У 71% язвы существовали 1-2 месяца. У 8 (41,6%) больных проводилась NPWT аппаратом Suprasorb SNP (Lohmann) и аппаратом Vivano Tec NPWT (Hartman). В 1 фазе раневого процесса преимущественно использовался режим постоянного отрицательного давления от 80 мм рт. ст. до 150 мм рт. ст. (при обширных ранах и высокой степени экссудации). Во 2 фазе раневого процесса применяли переменный режим работы, направленный на стимуляцию репаративных процессов, с цифрами отрицательного давления – 75-85/125 мм рт.ст. (градиент давления – 40-50 мм рт. ст.). Консервативное лечение проводилось глюкокортикоидами и цитостатиками. В острой фазе в 45,8% проводилась хирургическая обработка язвенных дефектов. По достижении ремиссии в 37,5% выполнена аутодермопластика с полным приживлением кожных лоскутов в 88,9%. Результаты: Стойкая ремиссия достигнута в 85,4%. В 45,8% язвенные дефекты зажили полностью, в 39,6% - значительно уменьшились в размерах. При оценке отдаленных результатов у 22 больных в сроки от 1 до 13 лет стойкая ремиссия наблюдалась в 81,8%, рецидив гангренозной пиодермии в 18,2%. Заключение: Таким образом, комплексное лечение больных гангренозной пиодермией с использованием вакуум терапии, аутодермопластикой позволяет добиться хороших результатов лечения в 87,4% случаев.

---

1373. Эндоскопические технологии в паллиативном лечении злокачественной обструкции желудочно-кишечного тракта.

Сажин А.В., Орлов С.Ю., Тягунов А.Е., Ивахов Г.Б., Мирзоян А.Т., Михин А.И.

Москва

Кафедра общей хирургии и лучевой диагностики педиатрического факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им Н.И. Пирогова Минздрава РФ

Более чем у 20% больных обструктивный синдром является поздним проявлением злокачественных опухолей желудка, пищевода, поджелудочной железы, прямой и ободочной кишки. Это является поводом для экстренной госпитализации. Традиционным подходом до сих пор остается хирургическая коррекция. Учитывая возрастающую роль химиотерапии в лечении инкурабельных опухолей, применение малоинвазивных методик в устранении жизнеугрожающих состояний становится крайне актуальным вопросом для ускорения реабилитации больных. С 2010-2015 гг выполнено 64 паллиативных вмешательства с использованием гибкой и жесткой эндоскопической техники при злокачественной обструкции желудочно-кишечного тракта., что составило 73,4% от всех паллиативных вмешательств. У больных раком пищевода и кардиоэзофагеальным раком в 13 случаях выполнено стентирование пищевода, эндоскопическая трансгастральная транскутанная гастростома - у 2 больных. При раке тела и выходного отдела желудка у 4 больных выполнено эндоскопическое стентирование у 5 больных, а при отсутствии возможности

проведения проводника через канал опухоли у 14 больных производилась лапароскопическая гастроэнтеростомия с брауновским соустьем, выполняемая в последнее время полностью ручным интракорпоральным швом. При колоректальном раке и его рецидивах – у 12 пациентов осуществлялось эндоскопическое стентирование, у 12 выполнено формирование колостомы под лапароскопическим контролем и еще у 2 больных лапароскопические паллиативные резекции ободочной кишки. Умерло 2 пациента (3,1%). Одна больная умерла на 2-е сутки после лапароскопической гастроэнтеростомии от полиорганной недостаточности. Осложнения отмечены у 3 (4,7%) пациентов после стентирования: у 1 больной раком сигмовидной кишки на 2-е сутки произошла перфорация опухоли, с развитием калового перитонита, что потребовало лапаротомии (летальный исход); у 1 больного раком антрального отдела произошла миграция стента, была успешно выполнена эндоскопическая коррекция стента. У 1 больного после эндоскопической гастростомии отмечено нагноение раны. Больные как-правило активизировались на 1-2-е сутки. Послеоперационный койко-день составил 6,2. Пациенты выписывались для продолжения лечения у онколога. Выводы: коррекция жизнеугрожающих состояний при неоперабельных и нерезектабельных опухолях желудочно-кишечного тракта может успешно осуществляться с помощью малоинвазивных методик для ускорения реабилитации больных и последующего назначения химиотерапии.

---

1374. МСКТ ангиография в диагностике артерио-венозных конфликтов участвующих в развитии левостороннего варикоцеле.

Осипов Н.Г.(1), Коков Л.С.(2), Сеницын В.Е.(2), Войновский Е.А (1), Обельчак И.С.(1), Глезерова А.Э.(1)

1) Балашиха 2) Москва

1) Главный военный клинический госпиталь ВВ МВД России 2) НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского

Гемодинамические изменения, связанные с так называемым артериовенозным конфликтом, способствуют развитию ряда заболеваний, в патогенезе которых лежит нарушение венозного кровотока. Артериовенозный конфликт между левой почечной веной (ЛПВ) и верхней брыжеечной артерией (ВБА), описываемый как синдром «щипцов для колки орехов» (nutcracker-синдром), вызывает венозную застой в ЛПВ, который способствует обратному, рефлюксному кровотоку по левой внутренней семенной вене. Такое изменение венозной гемодинамики приводит к развитию реносперматического варикоцеле и может быть одной из причин гематурии. Артериовенозный конфликт между левой общей подвздошной веной (ЛОПодВ) и правой общей подвздошной артерией (ПОПодА), описываемый как синдром «May-Thurner», приводит к замедлению кровотока по подвздошным и наружным семенным венам, являясь причиной илиосперматического варикоцеле. Выраженная компрессия ЛОПодВ может протекать бессимптомно и в то же время является причиной возникновения тромбоза подвздошных вен, который не редко осложняется тромбозом лёгочной артерии. Таким образом, артериовенозные конфликты ответственны не только за развитие левостороннего варикоцеле но и за возникновение серьёзных изменений в венах и дренируемых ими органах. Несмотря на огромное количество исследований и научных работ, посвященных диагностике артериовенозных конфликтов в бассейнах ЛПВ и ЛОПодВ, остаётся нерешённым ряд вопросов, связанных с причинами возникновения конфликтов и функциональным состоянием компрессированных вен. Цель работы: 1. Определить возможности метода МСКТ ангиографии в диагностике анатомических особенностей артериальных и венозных сосудов в зоне возникновения артериовенозных конфликтов. 2. По данным реконструкций МСКТ ангиограмм провести оценку топографических особенностей, влияющих на развитие артериовенозных конфликтов. 3. Разработать модель проведения МСКТ ангиографии, позволяющую оценить функциональное состояние артериовенозных конфликтов. 4. Основываясь на полученных результатах, спрогнозировать возможные причины возникновения серьёзных гемодинамических и тромботических осложнений у больных с артериовенозными конфликтами. Материалы и методы. В основе работы лежат результаты анализа МСКТ ангиограмм 48 пациентов с левосторонним варикоцеле, наблюдавшихся в клинике. У всех пациентов МСКТ ангиография выполнялась в два этапа. На первом этапе исследование проводилось по стандартной методике в положении больного лёжа на спине. На втором этапе,

с целью определения наличия органических изменений в области артериовенозного пересечения, а также определения функционального состояния компрессированных ЛПВ и ЛОПодВ, у всех пациентов МСКТ ангиография проводилась в положении на животе с использованием устройства, состоящего из матраса с изменяемым отверстием в центре (патент на полезную модель № 151901). У всех больных, для определения подвижности артериовенозного пересечения, проводили измерения ширины пространства между артерией и веной при наличии признаков компрессии вены и без них. Результаты Исследования МСКТ ангиограмм, выполненных в области артериовенозного пересечения ЛПВ и ЛОПодВ, показало, что наиболее информативной для оценки состояния сосудов, находящихся в этой области, является аксиальная проекция. Анализ ангиограмм, выполненных в аксиальной проекции, показал, что в области артериовенозного пересечения ЛПВ и ЛОПодВ имеют три варианта контакта с пересекающимися их артериями: отсутствие контакта, контакт без выраженной венозной компрессии и контакт с выраженной компрессией вены. На ангиограммах в сагиттальной проекции выявлено, что у больных с выраженной компрессией ЛПВ – синдромом «щипцов», имеется взаимосвязь между уровнем отхождения ВБА и степенью её компрессии. Чем выше отхождение ВБА от аорты, тем более выражена компрессия ЛПВ. В аксиальной проекции только у больных с синдромом «щипцов» отмечено расположение левой доли печени над областью мезентериальной компрессией ЛПВ, что, по-видимому, также способствует её сдавлению. При анализе МСКТ ангиограмм тазовой области, выполненных в сагиттальной проекции, выявлено, что от угла сочленения между позвоночным столбом и крестцовой костью зависит выраженность компрессии ЛОПодВ. Чем острее этот угол, тем более выражена компрессия (синдром May-Thurner). Проведение сравнительного анализа МСКТ ангиограмм, выполненных по стандартной методике, с ангиограммами, выполненными на разработанном матрасе в положении больного лёжа на животе, показало отсутствие органических изменений в области артериовенозных конфликтов. У всех больных отмечена подвижность артериальных сосудов, расположенных над ЛПВ и ЛОПодВ. У больных с артериовенозным конфликтом определялось смещение компрессирующей артерии, что способствовало достоверному расширению самих вен, находящихся в артериовенозном конфликте. Таким образом, проведённое исследование показало возможность метода МСКТ ангиографии в диагностике артериовенозных конфликтов ЛПВ и ЛОПодВ. Выявлены топографические особенности, объясняющие возможные причины возникновения синдрома «щипцов» и синдрома «May-Thurner». Определено функциональное состояние компрессированных вен, что позволило судить о венозной гемодинамике в активном состоянии артериовенозного конфликта, объясняя отсутствие в них грубых гемодинамических и тромботических осложнений. По-видимому, изменение гемодинамического равновесия, связанного с длительным пребыванием пациента в положении лёжа на спине, а также возрастные изменения, нарушающие эластичность сосудистой стенки у больных с артериовенозными конфликтами, могут спровоцировать серьёзные гемодинамические и тромботические осложнения.

---

1375. Лечение варикозной болезни нижних конечностей с применением эндоскопических технологий.

Бусырев Ю.Б., Зинец С.И.

Пермь

ГБУЗ «ГКБ №2 им. Ф.Х.Граля» г.Пермь

Наиболее тяжелым осложнением хронической венозной недостаточности (ХВН) являются трофические язвы нижних конечностей. 20-25% взрослого населения индустриально развитых стран страдают данной патологией, из них 4% имеют трофические изменения кожи. В нашей стране более 35 млн. человек страдают различными формами ХВН. Причем у 1/6 из них уже имеются трофические расстройства, а у 3% язвы нижних конечностей. Ключевым моментом в диагностики варикозной болезни является ультразвуковой доплерография (УЗДГ) венозной системы нижних конечностей с обязательным описанием и при необходимости маркировкой несостоятельных перфорантных вен (диаметром более 2 мм). Устранение патологического горизонтального рефлюкса по перфорантным венам является основным способом в профилактике и лечении трофических расстройств. При лечении ХВН используются как традиционные

операции, склеротерапия, так и эндо-хирургические. С 2008 года в клинике была внедрена эндоскопическая субфасциальная диссекция перфо-рантных вен (ЭСДПВ), позволяющая под прямым визуальным контролем и с минимальной травмой устранить кровотоки по несостоятельным перфорантным венам голени, что это является залогом эффективного лечения и профилактики варикозной болезни, её рецидивов и осложнений. На сегодняшний день ни один из существующих хирургических методов сам по себе не отвечает патогенетическим принципам лечения хронической венозной недостаточности. В результате становятся очевидными различные сочетания тех или иных операций, что в первую очередь зависит от выраженности патологического процесса в венозной системе нижних конечностей. Показаниями к эндоскопической субфасциальной диссекции перфорантных вен нижних конечностей - явились: 1. Несостоятельность 2 и более перфорантных вен 2. Сочетание несостоятельности перфорантных вен с ХВН на фоне варикозной болезни (4-6 класс СЕАР международной классификации) 3. Трофическая язва нижних конечностей, обусловленная ХВН. За 4 года в нашей клинике по данной методике прооперировано 168 больных (27 мужчин и 141 женщина) СЕАР 3-6 класс. Возраст больных варьировал от 24 до 75 лет, у женщин средний возраст составил 49 года, у мужчин 52 года. Больные, подвергшиеся ЭСДПВ по Международной клинической классификации хронической венозной недостаточности (СЕАР). СЕАР 3 КЛАСС (варикозное расширение вен + отек) женщин (33), мужчин (5); СЕАР 4 КЛАСС (пигментация, экзема, липодермосклероз) женщин (52), мужчин (9); СЕАР 5 КЛАСС (пигментация, экзема, липодермосклероз + зажившая язва) женщин (35), мужчин (7); СЕАР 6 КЛАСС (пигментация, экзема, липодермосклероз + открытая язва (язвы) женщин (21), мужчина (6). Из 168 больных было прооперировано по поводу рецидива варикозной болезни и прогрессирования заболевания 39 (23,2%) пациентам в различные сроки ранее выполнялась флебэктомия, как в нашей клинике, так и других стационарах г. Перми и Пермского края. Используя ЭСДПВ больным с варикозной болезнью 27 (16,1%) больным выполнены оперативные вмешательства на 2 ногах одновременно. При выполнении ЭСДПВ мы наблюдали следующие осложнения при проведении субфасциальной диссекции: • Компрессионно-ишемическая невралгия мало-большеберцового нерва левой голени у 1 (0,6%) больного. • Послеоперационные тромбофлебиты поверхностных и глубоких вен нижних конечностей у 4 (2,4%) больных. • Лимфорей после выполнения кросэктомии у 3 (1,8%) больных. • Нагноение субфасциальной гематомы голени 2 (1,2%) больной. • Рецидив заболевания при использовании ЭСДПВ мы встретили в 5 (3%) случаях, при котором выполнялись минимальное оперативное пособие (прошивание односторонних варикозно расширенных вен по Соколову с разрушением их по Пирнеру и перевязка вен по Нарату из мини-доступа). **ВЫВОДЫ:** Комбинированный хирургический способ с применением ЭСДПВ является: патогенетически обоснованным, обладает минимальной операционной травмой, низкой частотой осложнений и рецидивов, с хорошим косметическим результатом, при использовании ЭСДПВ сокращаются сроки госпитализации и реабилитации пациентов.

---

1376. Резекции поджелудочной железы: влияние уровня гликемии в раннем послеоперационном периоде на развитие ближайших послеоперационных осложнений.

Лебедева А.Н., Кубышкин В.А., Демидова В.С.

Москва

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

Цель: Выявить число послеоперационных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде после проксимальных и дистальных резекций поджелудочной железы при современном ведении пациентов в отделении реанимации в течение 1-3 дней, выявить количество гнойных и негнойных осложнений при разных нозологиях и при разном состоянии углеводного обмена, определить уровень гликемии, с которым связано наибольшее число осложнений. Материалы и методы: Обследовано 330 пациентов из 7 подгрупп - рак ПЖ/ППДР- 52 пациента, рак БСДК/ ППДР -56 пациентов, рак ПЖ/ДР-32 пациента, ХП/ППДР- 64 пациента, серозные и муцинозные цистаденомы/ДР- 32 пациента, ХП/ДР-51 пациент, рак ПЖ/ГПДР- 43 пациента. Оценка осложнений проводилась с позиций классификации Dindo-Clavien(1992). Номер выявленного осложнения присваивался в порядке обнаружения в истории болезни и вносился в таблицы

930

осложнений. Составлены таблицы осложнений по классификации Dindo-Clavien в зависимости от нозологии и вида операции, таблицы взаимосвязи осложнений и характера нарушений углеводного обмена до и после операции, таблицы взаимосвязи развития гнойных осложнений с заболеванием и видом операции, а также таблицы взаимосвязи развития гнойных осложнений и состояния углеводного обмена до и после операции. Результаты: Без осложнений было всего 9,4%(31 пациент), причём 87% из них относились к ХП. При остальных диагнозах больных без осложнений практически не было. Осложнений 1-2 и 3-4 степени было поровну (47% и 43%). Больше всего больных без осложнений было при ХП/ППДР-31,25%, при цистаденомах, раке ПЖ больных без осложнений практически не было. При раке преобладали осложнения 3-4 степени(52%), при раке/ППДР осложнений 3-4 было меньше(32%). Большинство больных без осложнений(29 из 31) были из группы А(норма/ норма) и В(норма/НТГ), причём большинство (25 из 31- 80,6%) пациентов были из группы А. Больше всего осложнений, потребовавших повторных вмешательств(3-4) были из группы С(норма/ СД)- 66%, в то время как в группах А и В- 33 и 36%, в группе D( СД/СД)- 44%. У пациентов при ХП/ДР, ХП/ППДР и серозных и муцинозных цистаденомах выявлено нарастание числа осложнений от группы без выраженных нарушений углеводного обмена (А+В) к D(СД/СД) от 20 до 80% в зависимости от состояния углеводного обмена. Отмечена тенденция к нарастанию гнойных осложнений в зависимости от состояния углеводного обмена от 5% к 87% при цистаденомах, при ХП от 12 до 54%. У пациентов при раке ПЖ не наблюдается зависимости осложнений от состояния углеводного обмена, как в группах при ХП и цистаденомах. Распределение числа осложнений по классификации Dindo-Clavien в зависимости от состояния углеводного обмена во всех группах при раке ПЖ практически одинаковое: 1-2 степени 50-70%, 3-4 степени-26-50%. Несколько больше частота осложнений при раке ПЖ 3-4 степени в группе С (норма/ СД)-50%. Все гнойные осложнения отмечены в 35,6% случаев. Наблюдается чёткая зависимость между степенью и характером осложнений: осложнения 1-2 степени в 93% негнойные, 3-4 степени в 75% являются гнойными. Значимой зависимости числа гнойных осложнений от диагноза и вида операции не наблюдается. Гнойные осложнения в группах А и В наблюдались в 23- 29,5%, в группе С (норма/СД)- 41-52%. Отмечена зависимость развития гнойных осложнений в группах по нозологиям в зависимости от состояния углеводного обмена до и после операции. Выводы: 1. Без осложнений было всего 9,4%(31 пациент), причём 87% из них относились к ХП. При остальных диагнозах больных без осложнений практически не было. Осложнений 1-2 и 3-4 степени было поровну (47% и 43%). 2.Отмечено нарастание числа осложнений при ХП и цистаденомах в группах в зависимости от состояния углеводного обмена до и после операции от 33 до 36 % без выраженных нарушений углеводного обмена до 40-66% у пациентов с сахарным диабетом. 80% без осложнений из группы с нормальным углеводным обменом до и после операции. 3.В группах при раке ПЖ нет зависимости осложнений от состояния углеводного обмена. Распределение во всех группах одинаковое- 48-49%. 4.Гнойные осложнения развиваются в 35,6% случаев. Отмечается чёткая зависимость между степенью и характером осложнений: осложнения 1-2 степени почти все негнойные -93%.Осложнения 3-4 степени -в большинстве (75%)являются гнойными. 5.Гнойные осложнения в группах С (норма/СД) и D(СД/СД) наблюдались у 41-52% пациентов, в то время как в группах без СД-А и В-23-29%. В группе С с впервые выявленным СД после операции развитие осложнений (3-4) было самым высоким во всех группах - 66%(50-87%).

---

1377. Применение непрерывного мониторинга уровня глюкозы крови устройством Guardian Real Time в хирургическом стационаре.

Лебедева А.Н., Кубышкин В.А., Демидова В.С.

Москва

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

Материалы и методы. Исследование проведено у 56 больных хирургического профиля в течение 3-18 дней послеоперационного периода с 2011 по 2014 год. Мужчин -21, женщин-35. Возраст от 25 до 75 лет. Средний возраст пациентов (M±m): 53,6±7,25 лет. Диагноз – органический гиперинсулинизм 12, протоковая аденокарцинома поджелудочной железы (ПЖ) 23, серозная цистаденома 1, сахарный диабет 2 тип/ синдром

диабетической стопы- 2, нейроэндокринная карцинома/ МЭН 1 - 4, рак терминального отдела холедоха - 2, протяжённая ожоговая стриктура пищевода дисфагия 4 степени -1, СД 2 тип/гигантская послеоперационная вентральная грыжа -3, нейроэндокринная карцинома желудка -1, сахарный диабет 1 тип/синдром диабетической стопы -2, рак почки/ СД 2 типа -3, СД 2 типа/новообразование пищевода -1,СД 2 типа/полипоз желчного пузыря-1. Оперативное лечение – Энуклеация опухоли ПЖ 10,ТДПЭ 27, ампутация левой нижней конечности 4, панкреатодуоденальная резекция 3, корпорокаудальная резекция ПЖ 5, трансторакальная экстирпация пищевода 1, гастрэктомия, субтотальная колэктомия 1, тотальная адrenaлэктомия 1,эндоскопическое выделение подслизистой опухоли с/3 пищевода 1, холецистэктомия 1, нефрэктомия 1, герниопластика 1.Контроль гликемии лабораторией в раннем послеоперационном периоде на фоне мониторинга в течение первых 1-3 суток после операции ежечасно или каждые 3 часа, при переводе в отделение 1 раз в 4-6 часов центральной лабораторией института. Коридор поддерживаемой гликемии составил 6-10 ммоль/л. Полученные результаты. Общая летальность составила 5 из 56 пациентов – 9%. Осложнения возникли у 56% пациентов. После ТДПЭ у 27 пациентов поддерживался уровень гликемии 6-10 ммоль/л. Летальность составила 7,4%) (2 из 27). Суммарное внутривенное введение инсулина в первые и вторые сутки составило 86-150 ед/сутки. Кетоз был отмечен у 3 пациентов. Скорость введения инсулина корректировалась ежечасно путём введения инсулина через перфузор, была неравномерной и составила от 0-14 ед/час. У пациентов с органическим гиперинсулинизмом осуществляли мониторинг уровня гликемии с момента поступления пациента в стационар, во время операции, в раннем послеоперационном периоде до стабилизации общего состояния. Осложнений после операции у 2 (16%)из 12 пациентов, летальность 0%.Ведение пациентов в отделении реанимации осуществляли у 29 пациентов. Использование прибора позволило проведение многосуточной безопасной внутривенной инсулинотерапии у пациентов на ИВЛ, у пациентов с риском развития инсулиногенной гипогликемии. Выводы. Использование непрерывного мониторинга уровня глюкозы крови Guardian Real Time улучшает гликемический контроль в периоперационном периоде, уменьшая % осложнений и улучшая выживаемость пациентов после обширных хирургических вмешательств. Для коррекции нарушений углеводного обмена основными являются показатели глюкозы крови центральной лаборатории, которые могут иметь расхождение в течение первых 1-2 суток с данными Guardian Real Time в отделении реанимации на 20-30%, в дальнейшем – 5-10%. Непрерывное мониторинг уровня глюкозы крови обеспечивает безопасный коридор гликемии пациентов на инсулинотерапии у пациентов хирургического профиля, получающих парентеральное и энтеральное питание в раннем послеоперационном периоде

---

1378.Разработка послеоперационной обуви нового поколения.

Суздальцев И.В., Печенкин Е.В., Полапин И.А., Полапина Н.Г., Королев А.В.

Ставрополь

Ставропольский государственный медицинский университет.

Актуальность проблемы. Современная послеоперационная обувь имеет большое значение для пациентов как с медицинской, так и с эстетической точки зрения и имеет ряд недостатков которые препятствуют ее активному использованию. Она визуально сильно отличается от обуви, которую мы используем в повседневной жизни, что не позволяет больному чувствовать себя комфортно в обществе. К недостаткам также можно отнести: форму и высоту подошвы, однообразие моделей и отсутствие их выбора, отсутствие выбора материала для обуви, невозможность плотной фиксации обуви, невозможность купить пару, так как все модели продаются в единичном экземпляре, и как следствие, ношение одного ботинка приводит к изменению походки и появлению хроматы (что обусловлено формой подошвы), в то время как ношение пары ботинок не решает проблемы и может привести к патологии здоровой стопы. Также недостатками являются отсутствие целостности модели, что может привести к попаданию внутрь грязи и влаги и делает невозможным использование обуви в дождливую погоду, так как на стопе возможно наличие раны и повязки, отсутствие зимних вариантов обуви, что значительно ограничивает активность в зимнее время, отсутствие специальной стельки необходимой после операции, высокая цена от 1 500 до 4 000 за 1 ботинок.

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

Цель исследования: создание новых моделей функциональной, эстетичной и доступной любому покупателю послеоперационной обуви. Объект исследования: Нами разработана принципиально новая, не имеющая аналогов подошвенная часть повторяющая движение стопы за счет встроенного в нее пружинного механизма, что позволит обойтись без высокой и неудобной подошвы предлагаемой в настоящее время и полностью разгрузить стопу. Одним из самых весомых преимуществ над конкурентами, помимо пружинного механизма, является самозаполняющаяся внутренняя стелька, также не имеющая аналогов. Заполнение стельки силиконом возможно благодаря отверстию с клапаном для введения силикона. Такая конструкция стельки позволит восполнить послеоперационные дефекты стопы и более плотно фиксировать обувь на ноге. Результаты исследования. Преимуществами использования пружинного механизма являются: полная разгрузка стопы без потери ее функции, замещение функции передней части стопы после ее резекции, сохранение привычного вида обуви, возможность замены пружинного механизма без замены обуви и наоборот (что значительно снижает стоимость обуви) и возможность регулировки механизма в зависимости от веса человека. Преимуществами самозаполняющейся стельки являются: дополнительная система фиксации обуви на ноге, возможность самостоятельной регулировки наполнения (что позволяет использовать обувь при повторном оперативном вмешательстве) и защита всей стопы от механических повреждений (что препятствует появлению трофических нарушений). Выводы. Послеоперационная обувь нового поколения будет востребована во всех структурах, деятельность которых связана с изготовлением и продажей данного вида обуви. Не только из-за своей функциональности и универсальности, но и из-за внешнего вида и низкой стоимости. Вследствие этого ожидается высокий рыночный спрос.

---

#### 1379.ЛЕЧЕБНО-ТРАНСПОРТНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ганин Е.В., Самохвалов И.М., Борисов М.Б.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия

Одной из основных проблем при лечении раненых и пострадавших с огнестрельными переломами длинных костей конечностей является выбор рационального метода лечебно-транспортной иммобилизации переломов. Внеочаговый остеосинтез аппаратами Г.А. Илизарова соответствует требованиям, предъявляемым при лечении огнестрельных переломов. Однако сложность конструкции, длительность монтажа, и, как следствие этого, продолжительность операции, так же как и необходимость специальной подготовки хирурга ограничивают использование существующих спицевых аппаратов. На кафедре военно-полевой хирургии ВМедА в 90 годы были разработаны универсальные стержневые аппараты. Конструктивные особенности стержневых аппаратов комплекта КСТ ориентированы на идеологию этапности в лечении раненых и пострадавших с сочетанными ранениями и травмами. На первом этапе осуществляется лечебно-транспортная иммобилизация переломов длинных костей конечностей для обеспечения благоприятных условий лечения раневого процесса, устранения источников ферментативной агрессии и мобилизации раненых. Репозиция открытых переломов осуществляется открытым путем, при закрытых переломах можно ограничиться восстановлением длины и правильной оси конечности. В системе современного эшелонирования медицинской помощи раненым лечебно-транспортная иммобилизация выполняется на этапе оказания квалифицированной медицинской помощи. На втором этапе лечения стержневые аппараты как средства лечебно-транспортной иммобилизации сохраняются до заживления раны и восстановления общего состояния до реабилитации. В том же периоде для обеспечения осевой нагрузки на поврежденную конечность односторонние одноплоскостные системы стержневого аппарата усиливаются путем наращивания до объемной конструкции либо укрепляются дополнительно гипсовой повязкой. При неудовлетворительном стоянии костных отломков необходима повторная репозиция и переход на другие способы фиксации (погружные конструкции). Проведен анализ использования стержневых аппаратов комплекта КСТ для лечебно-транспортной иммобилизации при лечении 34 раненых с огнестрельными переломами длинных костей, получивших ранения различной локализации в локальных вооруженных

933

конфликтах на территории Северо-Кавказского региона Российской Федерации: бедренной кости - 15, костей голени - 12, плечевой кости - 7 случаев. При обширных повреждениях мягких тканей, а также при ранениях сосудов и нервов, фиксация переломов осуществлялась в ходе первичной хирургической обработки раны. В тех случаях, когда имелись точечные входное и выходное отверстия, осуществлялась только закрытая репозиция, фиксация костных отломков стержневым аппаратом, местное введение антибиотиков и дренирование ран. Воспаление мягких тканей в области проведения стержней отмечено в 4 случаях (12%). В трех наблюдениях имело место вторичное смещение костных отломков, потребовавшее повторной репозиции. Летальных исходов в анализируемой группе не было. Внеочаговый остеосинтез стержневыми аппаратами комплекта КСТ, применяемый для лечебно-транспортной иммобилизации прост, мало травматичен, обеспечивает хороший доступ к ране в процессе ее лечения. Использование простых одноплоскостных систем стержневых аппаратов комплекта КСТ не требует специальной подготовки хирургов, устройств для подвешивания конечностей. Проведение стержней полностью безопасно, а наложение аппарата осуществляется в течение 20-30 минут. Эти характеристики позволяют рекомендовать фиксацию переломов стержневыми аппаратами комплекта КСТ в полевых условиях при массовом поступлении раненых.

---

1380. Тактика контроля повреждений при тяжелых сочетанных травмах поджелудочной железы

Шнейдер В.Э., Махнев А.В.

Тюмень

ГБОУ ВПО Тюменский государственный медицинский университет

Из-за особенностей анатомического расположения поджелудочной железы (ПЖ) подавляющее большинство травматических повреждений этого органа сопровождаются травмой окружающих органов (желудок, толстая и двенадцатиперстная кишка, селезенка и печень) и магистральных сосудов (верхние брыжеечные сосуды, полая вена, селезеночные сосуды). Частота сочетанных повреждений ПЖ по данным литературы составляет до 75-90%. Результаты лечения тяжелых сочетанных повреждений ПЖ (с нарушением целостности главного панкреатического протока) остаются неудовлетворительными. Остается высокий процент послеоперационной летальности, в основном за счет ранней смертности (первые 48 часов), связанной с травматическим шоком и кровопотерей. Не имеет тенденции к уменьшению количество специфических послеоперационных осложнений. Основными причинами этого является отсутствие единой тактики лечения тяжелых повреждений ПЖ. Для того чтобы повлиять на раннюю послеоперационную летальность в мире используется тактика «damage control». При повреждениях ПЖ она активно стала применяться только последние 10 лет. В нашей клинике мы с 2007 года придерживаемся дифференцированного алгоритма хирургического лечения травматических повреждений ПЖ, основанного на определении степени тяжести состояния пострадавшего при поступлении по шкале ВПХ-СП и тяжести повреждений во время операции по шкале ВПХ-ХТ. Если по шкале ВПХ-СП более 25 баллов, а по шкале ВПХ-ХТ более 12 баллов, то выполняется тактика контроля повреждений и сокращенный объем вмешательства на поджелудочной железе и других органах живота. Мы провели сравнительный анализ результатов хирургического лечения пациентов до и после внедрения дифференцированного алгоритма. В первую группу вошло 33 (18,5%) пострадавших с тяжелыми повреждениями ПЖ из 178, находившихся на лечении с 1999 по 2006 годы. Вторую группу составили 37 (20,1%) пациентов из 184, находившихся на лечении с 2007 по 2014 годы после внедрения алгоритма. В первой группе после операции умерло 18 пациентов. Ранняя и поздняя послеоперационная летальность составила 27,3%. Во второй группе 21 пострадавшему из 37 с тяжелыми сочетанными повреждениями ПЖ была показана тактика контроля повреждений. У 14 пациентов ограничили дренированием, у 4 больных вторым этапом на программированной релапаротомии выполнена дистальная резекция ПЖ, у двух – панкреатоюностомия и одному пациенту выполнена панкреатодуоденальная резекция. Благодаря использованию тактики контроля повреждений удалось сократить раннюю послеоперационную летальность до 16,2%, а позднюю до 10,8% (p=0,036).



1381. Особенности лечения неотложных хирургических состояний у больных осложненным раком толстой кишки

Маслов А.А., Тищенко И.С., Каминский Г.В., Чалхажян Л.Х., Малинин С.А.

Ростов-на-Дону

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» МЗ РФ

Задачи исследования: Изучить структуру осложнений рака толстой кишки по данным клиники РНИОИ за 2012 – 2014 гг. Изучить непосредственные результаты хирургического лечения больных с осложненным раком толстой кишки. Разработать оптимальную тактику хирургического лечения данного контингента больных. Определить возможность и целесообразность одноэтапной первичной резекции кишки с опухолью у больных с осложненным раком толстой кишки. Материал и методы. В исследование вошли 164 больных с осложненным раком толстой кишки, находившихся на лечении в клинике РНИОИ в 2012 – 2014 гг. Структура осложнений рака толстой кишки: кишечная непроходимость – у 129 больных (78,6%), паратуморальное воспаление – у 22 больных (13,4%), перфорация опухоли – в 3 случаях (1,8%), прорастание опухоли в соседние органы и ткани – у 10 больных (6%). Результаты. Радикальные операции по поводу осложненного раком толстой кишки выполнены 115 больным (70,1%). Одноэтапная первичная резекция кишки с расширенной лимфодиссекцией выполнена у 66% пациентов. Паллиативные операции выполнены в 49 случаях (29,9%). Целью вмешательства являлось не только устранение осложнения, но и удаление опухоли кишки. Всем пациентам выполнен анализ мутаций гена KRAS для определения чувствительности к таргетной терапии препаратами на основе моноклональных антител к EGFR. Послеоперационная летальность составила 4,3%. Послеоперационные осложнения наблюдались у 28 больных (17%), преобладали гнойно-воспалительные процессы со стороны послеоперационной раны (39,3%). У 3 больных (1,8%) диагностировали недостаточность швов анастомоза. Выводы. При опухолевом поражении правой половины ободочной кишки при любой форме кишечной непроходимости показано выполнение правосторонней гемиколэктомии с первичным швом анастомоза. При опухолевом поражении левой половины ободочной кишки хирургическое вмешательство в объеме левосторонней гемиколэктомии или резекции сигмовидной кишки с формированием первичного толстокишечного анастомоза возможно при компенсированной и субкомпенсированной формах обтурационной кишечной непроходимости, при перифокальном и внутриопухолевом воспалительном процессе, при перфорации опухоли толстой кишки. Расширение показаний к формированию первичного анастомоза при декомпенсированной форме кишечной непроходимости возможно за счет адекватной декомпрессии приводящей кишки. Противопоказанием к формированию первичного кишечного анастомоза является разлитой перитонит, абдоминальный сепсис. Оптимальный срок восстановления кишечной непрерывности составляет 3-4 недели после обструктивной резекции толстой кишки. Лечение больных с осложненным течением рака толстой кишки в специализированных онкологических учреждениях, с соблюдением принципов онкологического радикализма, с возможностью поэтапного лечения, позволяет улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения данной категории больных.

---

1382. КОМБИНАЦИЯ БИОМАТЕРИАЛА КОЛЛОСТ И АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Аралова М.В. (1), Остроушко А.П. (2), Алимкина Ю.Н. (2)

Воронеж

1) ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России 2) БУЗ ВО ВОКБ № 1

Закрывание раневых дефектов большой площади у пациентов с длительно незаживающими ранами венозной этиологии нижних конечностей является трудной задачей. Традиционные методы, в том числе и искусственные раневые покрытия, в ряде случаев, малоэффективны, лечение затягивается на месяцы, часто развиваются рецидивы, а в случае обширных ран (более 50 см<sup>2</sup>) успешное заживление возможно только при использовании кожно-пластических операций. При этом подготовка раневой поверхности к пересадке кожи является длительным и трудоемким процессом. Цель исследования: оценить эффективность применения препаратов коллагена в комплексе подготовительных мероприятий для аутодермопластики. Материалы и методы. У 13 пациентов, страдающих венозными трофическими язвами, после хирургического удаления некротических тканей, фибрина, на поверхность раны имплантирован биоматериал Коллост в виде мембраны. Далее производилось лечение во влажной среде с использованием современных перевязочных средств до окончательного очищения раны, появления грануляционной ткани и признаков краевой эпителизации. 16 пациентам производилась только некрэктомия и топическое лечение интерактивными раневыми покрытиями также до появления регенеративного типа цитограмм. Вторым этапом производилась свободная аутодермопластика расщепленным кожным лоскутом. Для оценки эффективности применения материала коллост в комплексном лечении трофических язв сравнивали сроки достижения регенеративных цитограмм и полного закрытия раневой поверхности после пересадки расщепленного кожного лоскута, наличие лизиса трансплантата, особенности формирования рубцов. Результаты. Снижение микробной обсемененности, исчезновение налета фибрина у пациентов, которым накладывалась мембрана Коллост во всех случаях отмечено к 5-м суткам, при традиционном ведении ран очищение поверхности наблюдалось в среднем к 8-м суткам. У пациентов первой группы уже через 10-14 дней рана имела вид активно гранулирующей без признаков перифокального воспаления, у второй – через 18-25 дней. В результате аутодермопластики перфорированным кожным лоскутом у пациентов на фоне применения биопрепарата Коллост полная эпителизация достигнута в сроки от 7 до 15 дней в зависимости от площади раны, у одного пациента произошел лизис трансплантата. У 10 пациентов спустя 2 месяца после операции рубцы имеют обычное строение и не вызывают негативных ощущений. В 3 случаях спустя 2 месяца рубцы имели вид трофических и сопровождался небольшим зудом. Аллергических реакций не наблюдалось. Во второй группе пациентов полная эпителизация ран произошла у 11 пациентов в сроки от 12 до 25 дней, в трех случаях наступил лизис трансплантата, у 1 пациента потребовалась повторная аутодермопластика в виду травматизации раневой поверхности, у 1 больного удалось добиться эпителизации более 80% площади раны, но через месяц отмечен рецидив заболевания. У 5 пациентов спустя 2 месяца поверхность рубцов имела вид тонкой розовой кожи, периодически возникают тянущие ощущения, в 7 случаях рубцы обычной окраски, малозаметны, не вызывают неприятных ощущений. Выводы. Применение биоматериала Коллост приводит к сокращению сроков подготовки раневого ложа к аутодермопластике, уменьшает вероятность лизиса трансплантата, способствует формированию нормотрофического рубца.

---

1383. Сравнительный анализ лапароскопической трансперитонеальной предбрюшинной герниопластики (ТАПП) в лечении паховых грыж с фиксацией сетчатого протеза и без фиксации.

Панюшкин А.В., Кукош М.В., Трухалев В.А.

Нижний Новгород

ГБОУ ВПО НижГМА МЗ РФ, ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №7 имени Е.Л. Березова».

Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать! В работе представлен опыт применения лапароскопической трансперитонеальной предбрюшинной герниопластики (ТАПП) у 174 пациентов с диагнозом паховая грыжа за период 2012-2015 гг. Проведена оценка результатов пластики с

фиксацией сетчатого протеза и без фиксации в лечении паховых грыж. Цель: оценка результатов применения лапароскопической трансабдоминальной предбрюшинной герниопластики без фиксации сетчатого протеза в лечении паховых грыж. Материалы и методы: Трансабдоминальная предбрюшинная лапароскопическая герниопластика (ТАПП) использована за период 2012-2015 гг. у 174 больных. Гендерная структура: мужчин 156 (89,7%), женщин – 18(10,3%). Средний возраст пациентов составил  $39,77 \pm 11,78$  лет. Первичная односторонняя грыжа наблюдалась в 146 (83,90%) случаях, рецидивная паховая грыжа наблюдалась в 10 (5,75%) случаях, двухсторонняя в 16(9,20%), случаях, у 1(1, 15%) больного отмечена первичная грыжа ассоциированная с рецидивной контрлатеральной грыжей. Оперативное вмешательство выполнялись под общей анестезией в положении Тренделенбурга. Троякары устанавливались в типичных точках: в параумбиликальной области, куда вводился лапароскоп и два рабочих инструмента вводились в правой (10мм) и левой боковой (5мм) областях по краю прямой мышцы живота. Выполнялись этапы лапароскопической трансперитонеальной предбрюшинной герниопластики - вскрытие брюшины, выделение грыжевого мешка, идентификация куперовой связки, мышечных и апоневротических структур передней брюшной стенки, париеализация элементов семенного канатика. Полипропиленовый сетчатый протез размером 10x15 см. устанавливали предбрюшинно без выкраивания окна для элементов семенного канатика. Фиксация сетчатого эндопротеза с помощью спирального герниостеплера ProTask с титановыми скобками в количестве 3шт. проводилась у 75(43,10%) пациентов, у 30(17,24%) пациентов с использованием двух «воздушных швов» по верхнему краю сетчатого протеза. У (39,65%) пациентов сетку не фиксировали. Целостность брюшины восстанавливали непрерывным интракорпоральным двухрядным швом нитью «моносин 2-0». В 8 случаях выполнялись симультанные операции: в 4 случаях – лапароскопическая холецистэктомия, в 3 случаях лапароскопическая фундопликация, в 1 - видеолапароскопическое клипирование вен семенного канатика. Критерием оценки результатов оперативного вмешательства являлись частота и структура наблюдаемых осложнений и степень выраженности болевого синдрома. Выраженность болевого синдрома оценивалась по визуальной аналоговой шкале боли в первые сутки, через неделю, через месяц и через год после операции. Результаты: Медиана периода наблюдения составила 24 месяца (диапазон 3-48 месяцев). Средняя продолжительность операции составила  $73,17 \pm 22,18$  минут в группе с фиксацией герниостеплером –  $62,14 \pm 16,25$  минут в группе с фиксацией «воздушными швами» и  $55,29 \pm 11,07$  минут в группе без фиксации. Интраоперационно были отмечены кровотечения из нижних надчревных сосудов и предпузырного клетчаточного пространства в 6 случаях, все они были устранены из лапароскопического доступа.  $4,15 \pm 0,99$  койко-дня. Из послеоперационных осложнений были отмечены 3 случая образования сером в предбрюшинном пространстве и в ложе бывшего грыжевого мешка (все серомы отмечены в группе фиксации герниостеплером на этапе освоения методики ТАПП). Во всех случаях удалось устранить развившееся осложнение при помощи чрескожной пункции под УЗ контролем. Персистирующая невралгия полово-бедренного нерва была отмечена в послеоперационном периоде у 1-го пациента из группы с фиксацией герниостеплером, что потребовало удаления фиксатора. Выраженность болевого синдрома в первые сутки была сравнима (герниостеплер –  $1,31 \pm 0,4$ , «воздушные швы» –  $1,37 \pm 0,6$ , без фиксации –  $1,42 \pm 0,5$   $P = 0,23$ ). Средний срок госпитализации составил в группе с фиксацией герниостеплером  $2,14 \pm 0,3$  дня,  $2,17 \pm 0,2$  дня в группе с фиксацией «воздушными швами» и  $2,15 \pm 0,3$  дня в группе без фиксации ( $P = 0,7$ ). Выраженность болевого синдрома через неделю (герниостеплер –  $1,25 \pm 0,5$ , «воздушные швы» –  $1,27 \pm 0,2$ , без фиксации –  $1,34 \pm 0,6$   $P = 0,42$ ), через месяц (герниостеплер –  $1,06 \pm 0,2$ , «воздушные швы» –  $1,10 \pm 0,2$ , без фиксации –  $1,17 \pm 0,4$   $P = 0,12$ ), через год (герниостеплер –  $1,04 \pm 0,2$ , «воздушные швы» –  $1,09 \pm 0,3$ , без фиксации –  $1,13 \pm 0,4$   $P = 0,11$ ) были сравнимы во всех группах. Рецидив возник у одного пациента в сроке 6 мес. после первичной операции с фиксацией протеза герниостеплером, был устранен лапароскопически. Возникновение рецидива было обусловлено недостаточными размерами установленного сетчатого протеза и отмечено на этапе освоения техники данного оперативного вмешательства. Выводы: ТАПП является технически сложным оперативным вмешательством и требует длительного периода обучения. Тем не менее, при наличии достаточного опыта, данная операция может представлять весомую альтернативу традиционным методам герниопластики при паховых грыжах. Применение ТАПП без фиксации сетчатого протеза в лечении паховых грыж не увеличивает риск развития рецидива, но существенно снижает стоимость операции.

Жданов А.И. (1), Алимкина Ю.Н. (1), Аралова М.В. (2)

Воронеж

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

Лечение трофических язв стопы у пациентов, страдающих сахарным диабетом, является сложной задачей. Трудности заключаются в снижении репаративных процессов вследствие нарушения кровоснабжения в конечности и наличия нейропатии. Одним из направлений в комплексном лечении больных с синдромом диабетической стопы (СДС) с трофическими язвами стоп является поиск путей улучшения местных процессов, протекающих в ране. Цель: улучшение результатов лечения пациентов с трофическими язвами стопы на фоне сахарного диабета путём применения биопластического материала - мембраны «Коллост». Материалы и методы: анализированы результаты лечения 33 больных с трофическими язвами стоп на фоне сахарного диабета, находившихся на лечении в отделении гнойной хирургии и отделении амбулаторно-поликлинической хирургии Воронежской областной клинической больницы №1. По данным проведённых исследований нейропатическая форма СДС выявлена у 8 (24%) больных, ишемическая – у 6 (18%) больных, смешанная форма – у 19 (58%) больных. Язвы дистальных отделов стопы выявлены у 9 (27%) пациентов, среднего отдела стопы – у 21 (21%) пациентов, язвы в пяточной области выявлены у 17 (52%) пациентов. Длительность существования язвенного дефекта стопы составила от 2 до 12 месяцев. До проведения хирургической операции площадь язвенного дефекта варьировала от 6 до 20 см<sup>2</sup>. Степень бактериальной обсеменённости при поступлении была 106-108 КОЕ/г. Цитологическое исследование соскоба из язвы выявило преобладание дегенеративно-воспалительного типа цитогаммы. У 4 (12%) больных было выявлено гемодинамически значимое поражение артерий нижней конечности. Первым этапом у этих пациентов проведена эндоваскулярная коррекция кровотока. Медикаментозное лечение включало антибактериальную, нейро- и ангиопротекторную терапию, коррекцию углеводного обмена, симптоматическую терапию. Результаты: для закрытия язвенного дефекта стопы после хирургической обработки использовали мембрану «Коллост», которую моделировали по форме раны и фиксировали к краям. Ведение раны осуществлялось во влажной среде. Первую перевязку проводили на 3 сутки с последующими сменами повязки через день. Ближайшие послеоперационные результаты были следующие: полное рассасывание мембраны отмечено на 10-14 день у 7 (21%) больных, частичное рассасывание – у 21 (64%) больных, нарушение фиксации мембраны к поверхности раны отмечено у 2 (6%) больных (вследствие несоблюдения пациентом рекомендаций), нагноение послеоперационной раны с отторжением мембраны – у 3 (9%) больных. В группе больных с частичным рассасыванием мембраны полное рассасывание было достигнуто в более поздние сроки у 15 пациентов, у 7 пациентов нефиксированная к ране часть мембраны была удалена. На 10 сутки применения мембраны «Коллост» цитогаммы раневого отделяемого соответствовали регенераторному типу у 75% больных. Проявлений аллергической реакции в виде местных и общих симптомов не отмечено. После госпитализации за больными вели амбулаторное наблюдение. Полное заживление трофической язвы после применения мембраны «Коллост» у всех больных достигнуто в сроки 1-3 месяца. При спонтанном заживлении трофической язвы в контрольной группе сокращение площади раны в 2 раза достигнуто, в среднем, к 2 месяцам. Выводы: 1. Использование мембраны «Коллост» позволяет инициировать процесс перехода трофической язвы у пациентов с синдромом диабетической стопы к фазе активной репарации. 2. Увеличение скорости репаративных процессов по сравнению со спонтанным заживлением составило около 30%. 3. Ускорение процессов заживления позволяет сократить сроки лечения пациентов на 1,5-2 месяца и сократить число осложнений.

---

1385. Применение зондового питания препаратом «Интестамин» и гепатопротекции КВЧ лучами миллиметрового диапазона при лечении больных с перитонитом на фоне хронической алкогольной интоксикации

Дибиров М.Д., Халидов О.Х., Акопян В.С.

Москва

МГМСУ

Целью исследования являлась оценка эффективности комплексной терапии с использованием препарата «Интестамин» для проведения зондового питания и гепатопротекции КВЧ лучами миллиметрового диапазона при лечении больных с перитонитом на фоне хронической алкогольной интоксикации. Под нашим наблюдением находились 42 больных с картиной распространенного перитонита на фоне хронической алкогольной интоксикации в возрасте от 25 до 70 лет. Среди них 16 пациентов с картиной острого аппендицита, 16- с прободной гастродуоденальной язвы, 10- с картиной перфорации дивертикула толстой кишки. Для проведения сравнительного анализа результатов обследования и лечения были сформированы 2 группы случайной выборки, среди которых I группу сравнения составили 21 больной с картиной перитонита, которым проводилось лечение по всем стандартным методам включая оперативные методы с санацией и дренированием брюшной полости, назо-гастральной и назоинтестинальной интубацией тонкой кишки, II группу (основную)–из 21 больной составили лица с аналогичной патологией поступившие в клинику на фоне хронической алкогольной интоксикации, которым проводили комплексное лечение - с применением хирургических методов лечения с использованием в послеоперационном периоде зондового питания препаратом «Интестамин», и гепатопротекцию КВЧ воздействием на печень волнами миллиметрового диапазона. Комплекс обследования больных включал: клинико–лабораторную диагностику заболеваний по современным стандартам с определением концентрации алкоголя в крови принятым по МКБ-10. У всех больных алкогольный анамнез более 5 лет. Концентрация алкоголя в крови составила при поступлении 1,6 мг/ % +/- 0,4. Состояние больных при поступлении оценивалась тяжелое, что соответствовал по шкале SAPS 8,6 +/- 0,54 баллам. По ходу хирургического лечения и обследования оценивали клинико-морфологическое состояние печени. Наиболее информативным при диагностике заболеваний печени являлись методы УЗИ, УЗ доплерографии, КТ. Метод УЗ и доплерографии воротной вены позволяли выявить нарушения печени и воротного кровообращения и являлся основанием для проведения гепатопротекции КВЧ лучами миллиметрового диапазона, кроме того при УЗИ можно было диагностировать парез кишечника и назначать терапию я целью стимуляции кишечника. При поступлении больных обращали внимание запущенность сроков заболевания (от 3 до 7 суток от начала заболевания) и отягощённый алкогольный анамнез. У всех больных имелись жалобы на боли в животе. Боли сопровождались рвотой, тошнотой, вздутием живота, отсутствием газов и стула. Перистальтика кишечника была ослаблена, отмечали наличие симптома «шум плеска». Таким образом, клиническая картина перитонита сопровождалась тяжелой интоксикацией с выраженным парезом кишечника, а также симптомами поражений печени и энцефалопатии. При рентгенологическом исследовании органов брюшной полости наблюдали наличие тонкокишечных уровней. Пациенты были доставлены в тяжёлом состоянии с полиорганными нарушениями, что потребовало предварительной подготовки к предстоящей операции. Всем больным выполняли лапаротомию, устранение причины перитонита ( в зависимости от патологии), санацию и дренирование брюшной полости, назо-гастральную и назо-энтеральную интубацию кишечника. Для разрешения послеоперационного пареза и с целью стимуляции кишечника и больным I группы сравнения использовали вазелиновое масло и спазмолитики, для улучшения функциональных нарушений печени в качестве гепатопротектора использовали «фосфоглив» по 5.0 мл x 2 раза в сутки. В послеоперационном периоде у всех больных I группы сравнения, несмотря на проведенную интраоперационную декомпрессию кишечника, длительно сохранялся парез кишечника, в связи с чем 6(28,57 %) больных были повторно оперированы. Им проводили программные санации от 2 до 6 раз. Изменения показателей клинического и биохимического исследования крови сопровождались повышением уровня мочевины и креатинина, гипопропротеинемией, умеренной билирубинемией и повышением трансаминаз. Всем больным основной II группы с вторых суток послеоперационного периода проводили зондовое питание препаратом «Интестамин» наряду с использованием вазелинового масла и спазмолитиков. К преимуществам энтерального питания относится физиологичность пути введения, содействие восстановлению функции тонкой кишки, предотвращение бактериальной транслокации. А также в виде гепатопротекции -применяли КВЧ воздействие на печень волнами миллиметрового диапазона. Задачей КВЧ воздействия являлась устранение функциональных нарушений печени при алкогольных её поражениях в комплексе проводимых мероприятий. Методика КВЧ терапии на печень была осуществлена следующим способом: На зону Захарьина – Геда воздействовали КВЧ лучами с длиной волны 7,1 мм в дробном режиме с посылкой 5мин. и паузой 5мин. с плотностью потока мощности 6 МВт / см 2 по 20 минут ежедневно курсом 5-10 процедур. Зона Захарьина –Геда является зоной кожной гиперестезии для печени, поэтому воздействие применяли именно с этой зоны. КВЧ- воздействие длиной волны 7,1 мм было выбрано в связи с тем, что микроволновые волны этого диапазона улучшают кровоток в органе и обладают иммуностимулирующим эффектом. Дробный режим использовали, поскольку он легче переносится больными с тяжёлыми поражениями печени. Такие параметры КВЧ- воздействия, как посылка импульсов 5

мин. с паузой 5 мин., мощность потока 6 МВт на 1см 2 были отработаны на практике и обеспечивали необходимый клинический эффект ( патент №2337730 Способ лечения функциональных нарушений печени алкогольного генеза с помощью КВЧ- терапии. «Изобретения, полезные модели» 10.11.2008. Бюл. № 31. С. 567). Результаты лечения. Результаты проведенных исследований свидетельствуют об эффективности проводимой терапии с использованием нутритивной поддержки препаратом «Интестамин» и применения КВЧ терапии в качестве гепатопротекции. При лечении больных с перитонитом на фоне хронической алкогольной интоксикации в основной II группе на 3-е сутки при использовании препарата «Интестамин» наблюдали восстановление кишечной перистальтики, что позволило нам провести удаление назо-огастральной и назо-энтеральных зондов на 4-ые сутки после перенесенной операции. Воздействие на печень КВЧ лучами способствовало улучшению функциональных нарушений печени и устранению метаболических нарушений организма. Наблюдали снижение уровня билирубина и трансаминаз от 260 до 55 ед.л. Среди больных основной II группы повторные операции выполняли 2(9.5%)больным, 1 (4.7%) из которых умер. Он был доставлен в крайне тяжелом состоянии, через 7 суток от начала заболевания с запущенным распространенным перитонитом и полиорганными нарушениями на фоне гепатомегалии и поливисцеропатии обусловленной прободной язвой антрального отдела желудка. В I группе сравнения, где в послеоперационном периоде с целью стимуляции кишечника применяли вазелиновое масло и спазмолитики, и проводили гепатопротекцию «фосфогливом» повторно были оперированы 6 (28,6%)больных, умерли- 3(14.2%), из них 1- с острым аппендицитом, 1- с перфорацией язвы 12- перстной кишки, 1- с перфорацией дивертикула сигмовидной кишки. Заключение: Использование в послеоперационном периоде зондового питания препаратом «Интестамин», КВЧ воздействием на печень волнами миллиметрового диапазона, является эффективным способом при лечении больных с перитонитом на фоне хронической алкогольной интоксикации

---

#### 1386.ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПЕРИТОНИТА МЕТОДОМ ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ НА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННУЮ РАНУ И БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ

Зинец С.И., Бусырев Ю.Б., Зигта Д.В.

Пермь

ГБУЗ " ГКБ № 2 им. Ф.Х. Граля"

До настоящее время перитонит является наиболее тяжелым хирургическим заболеванием. Не смотря на развитие хирургии и внедрение новых методов лечения, отмечается высокая летальность при осложненных формах перитонита. В настоящее время летальность от различных форм перитонита составляет 20-25%. Одним из наиболее эффективных методов, используемых в комплексном лечении ран, является местное воздействие вакуумных повязок. С 2014 года в ГБУЗ ГКБ №2 для вакуумной терапии ран используется аппарат S 042 NPWT «VivanoTec», в сочетании с перевязочными материалами серии «VivanoMed». Данное устройство позволяет в автоматическом режиме осуществлять высокоэффективное продолжительное лечебное воздействие на раны различной этиологии. С 2014 года пол 2015 год в отделении гнойной хирургии пролечено 2 пациентов по поводу тяжелых форм перитонита с формированием флегмоны передней брюшной стенки с использованием аппарата «VivanoTec» и материалами серии «VivanoMed®» - Abdominal Kit. Больные были оперированы по поводу разлитого калового перитонита, на фоне перфорации кишки при дивертикулярной болезни. Не смотря на проводимую интенсивную терапию, в условиях реанимационного отделения, послеоперационный период осложнился флегмоной передней брюшной стенки, с прогрессирующим послеоперационным перитонитом с формированием синдрома интраабдоминальной гипертензии. Больным выполнялись программированное санационные лапаротомии с декомпрессией желудочно-кишечного тракта. Несмотря на интенсивную терапию состояние пациентов сохранялось крайне тяжелым. После наложения аппарата «VivanoTec» на лапаротомную рану послеоперационный перитонит и нагноение брюшной стенки было купировано. В течении 10-16 суток, перевязки выполнялись через 1-2 дня. Уровень вакуума использовался 60 – 115 мм рт.ст. После прекарщения гнойного процесса брюшной полости и стенки, наложены вторичные швы на

послеоперационную рану, которая полностью эпителизовалась. Оба больных выписаны с выздоровлением. Вывод: Таким образом способ терапии отрицательным давлением (Negative Pressure Wound Treatment — NPWT) позволяет улучшить качество жизни пациентов в раннем послеоперационном периоде, существенно уменьшить сроки лечения тяжелых форм послеоперационного перитонита, осложненного флегмоной брюшной стенки.

---

1387. Протезирующая пластика при множественных дефектах брюшной стенки: техника одного доступа.

Паршиков В.В. (1,2), Самсонов А.А. (2), Ходак В.А. (2), Градусов В.П. (2)

Нижний Новгород

Нижегородская государственная медицинская академия (1), Городская больница №35 (2).

Введение. Среди пациентов герниологического профиля встречаются лица с множественными дефектами брюшной стенки. Современный подход к лечению таких больных предусматривает выполнение реконструкции брюшной стенки с помощью синтетических эндопротезов. Методика оперативного вмешательства при множественных дефектах в зоне послеоперационного рубца известна и освоена в ряде клиник, ненапряжные способы пластики пахового канала также известны и внедрены в практику. Предпосылки к выполнению тотального протезирования брюшной стенки основаны на идеях Rene Stoppa и более поздних зарубежных работах [Stoppa R., 1975; Wantz G., 1989; Maghsoudi H., Pourzand A., 2005]. Вариант одномоментной реконструкции медиального сегмента брюшной стенки с билатеральной протезирующей пластикой паховых каналов до настоящего времени четко не определен. С учетом накопленного опыта и с технической точки зрения представляется вполне возможным выполнить такое вмешательство с использованием одного доступа и только одного эндопротеза. Цель - разработать и обосновать способ протезирующей пластики брюшной стенки при множественных её дефектах с использованием одного доступа и эндопротеза. Материал и методы. В хирургическом отделении больницы 35 Нижнего Новгорода оперирован ряд пациентов с множественными дефектами брюшной стенки. В исследование включены больные, имеющие послеоперационные грыжи, паховые и бедренные. В основную группу отнесены лица, которым произведена одномоментная протезирующая пластика брюшной стенки с закрытием больших медиально расположенных послеоперационных дефектов и паховых промежутков билатерально из одного доступа с имплантацией только одной сетки. В контрольную отнесены лица с такой же патологией, но оперированные поэтапно. Результаты. Всем пациентам основной группы удалось успешно выполнить одномоментную реконструкцию брюшной стенки, включая зоны паховых каналов. Осложнений не отмечено. Технические аспекты операции имели ряд существенных отличий от типичных манипуляций хирургов и требовали освоения ряда приемов и навыков. В контрольной группе также не было осложнений и летальности, однако суммарная длительность пребывания пациентов в стационаре была несоизмеримо больше. Некоторые больные не прибыли на операции второго этапа в рекомендованные сроки и продолжают оставаться грыженосителями. Одна больная была доставлена с ущемлением паховой грыжи и оперирована экстренно. Обсуждение. Полученные результаты не противоречат существующим подходам герниологической науки и принципам хирургии Fast Track. Следует признать, что существуют некоторые сложности, связанные с внедрением рассматриваемой операции. Они связаны с рядом технических, организационных и финансовых моментов. Однако в целом для пациента указанная тактика не включает дополнительных рисков и приносит определенные удобства и преимущества. Адекватная и своевременная санация населения в отношении грыженосительства может способствовать уменьшению количества экстренных вмешательств. Заключение. Техника одномоментного тотального протезирования брюшной стенки позволяет закрыть все имеющиеся дефекты одним эндопротезом. Рассматриваемый вариант операции требует определенного опыта и навыков поэтапной работы в различных анатомических пространствах. Методика позволяет осуществить полную реконструкцию брюшной стенки через один доступ. Представленная операция выполняется без какого-либо контакта с брюшной полостью.

---

1388. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ

Решетников М.Н., Скопин М.С., Плоткин Д.В., Сеницын М.В., Зубань О.Н.

Москва

ГКУЗ Московский Городской Научно-практический Центр Борьбы с Туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы

Ввиду широкой распространённости ВИЧ-инфекции становится актуальной проблема лечения вторичных заболеваний, в том числе генерализованного туберкулёза. При этом одной из его наиболее распространённых внелегочных локализаций является туберкулёз брюшины, кишечника и мезентериальных лимфатических узлов. Острая кишечная непроходимость (ОКН) встречается в 12,1-36,5% наблюдений среди прочих осложнений абдоминального туберкулёза (АТ). Одной из её особенностей является медленное развитие клинической картины, волнообразный характер течения. Разнообразие непосредственных причин, её вызвавших, диктует индивидуальный подход к хирургическому её лечению. Субстратом возникновения ОКН при АТ могут являться: стенозирующие туберкулёзные язвы кишечника, спаечный процесс в брюшной полости и плотные воспалительные конгломераты, вовлекающие в себя забрюшинные лимфатические узлы, сальник и петли кишечника. Стенозирующие язвы встречаются в 60% наблюдений. Чаще всего они носят множественный характер, поражая тонкую кишку на всем протяжении или преимущественно дистальные её отделы. Плотные воспалительные конгломераты брюшной полости встречаются в 32,7% наблюдений. При лапаротомии выявляют наличие плотного воспалительного конгломерата, который нередко занимает всю брюшную полость, при этом органы, в него входящие, с трудом поддаются дифференцировке из-за выраженного воспалительного и слипчивого процесса, попытка их разделения сопровождается повреждением серозной оболочки вплоть до вскрытия просвета кишечника. В генезе подобного вида кишечной непроходимости значительную роль играет динамический компонент, связанный с вовлечением в воспалительный процесс нервного аппарата брыжейки. Спаечный процесс в брюшной полости обуславливает ОКН при АТ довольно редко – в 7,3% наблюдений. Спайки как субстрат ОКН, как правило, встречаются у пациентов, перенесших ранее АТ. При стенозирующих язвах выполняем резекцию участка кишки, несущей язву, в пределах видимых здоровых тканей. В зависимости от локализации язв объём операции может заключаться в резекции тонкой кишки или правосторонней гемиколэктомии. Операцию завершаем наложением двухрядного межкишечного анастомоза «бок в бок», назоинтестинальной интубацией (НИИ). Осложнений после подобных операций мы не наблюдали. При спаечной ОКН объём операции заключается в рассечении спаек, НИИ. При кишечных конгломератах наиболее оправдана щадящая тактика. Подобный вид кишечной непроходимости следует вести максимально консервативно. После выполнения лапаротомии производится установка назогастрального зонда (НИИ очень часто технически невыполнима), после чего пациент переводится на полное парентеральное питание. Одновременно проводится интенсивная противотуберкулёзная терапия. На фоне декомпрессии пищеварительного тракта, полного парентерального питания и противотуберкулёзной терапии за несколько дней можно добиться восстановления моторно-эвакуаторной функции кишечника. При стойком сохранении явлений ОКН после проведенного лечения допускается наложение илеостомы

---

1389. 3-х летние результаты лапароскопического минигастрошунтирования у больных сахарным диабетом 2 типа

Цветков Б.Ю., Иванов С.А., Мешков С.В., Кричмар А.М.



Самара

СОКБ им.Середавина В.Д.

С 2012 по 2015 год 86 больным выполнены лапароскопические вмешательства мини га-строшунтирования по поводу сахарного диабета 2 типа. Из них 68 пациентов наблюдаются более 1 года. Проведен анализ клинических и лабораторных данных этих пациентов, показатели, связанные с диабетом были изучены до операции и через 3 года после хирургического лечения. Результаты. Средний ИМТ уменьшился на 30-60% от исходного в течение первого года после операции и далее остался на одном уровне. Средний уровень гликированного гемоглобина в 96% наблюдений составил менее 6 ммоль/л, С-пептида – 1,2 ммоль/л. Отмечена нормализация уровня глюкозы плазмы крови натощак и снижение уровня глюкозы менее 10 ммоль/л при сахарной нагрузке. Мы применяем методику минигастрошунтирования, разработанную доктором Ратледжем. Методика предусматривает сохранение большей части малой кривизны желудка, по сравнению с классическим желудочным шунтированием, что дает большую возможность для реконструктивных вмешательств, при необходимости. Накладывается один анастомоз между желудком и тонкой кишкой, на расстоянии от 120 до 200 см дистальнее связки Трейтца, выключается на-чальный отдел тонкой кишки из пассажа пищи и питательных веществ, что приводит к уско-ренному пассажу пищи в дистальный отдел тонкой кишки. Предполагается, что такое изменение пассажа пищи, исключение из пассажа двенадцатиперстной кишки и проксимального отдела тощей кишки, с быстрым поступлением пищи в дистальную часть тонкой кишки, может повлиять на метаболизм глюкозы и снизить уровень гликемии у пациентов, не страдающих морбидным ожирением. Критерии включения пациентов в это исследование были следующие: возраст 30-65 лет, ИМТ от 27,7 до 62,9 кг/м<sup>2</sup>, С-пептид натощак не менее 1,0 нг/мл и уровень гликированного гемоглобина более 7,0%. Длительность анамнеза диабета нами не учитывалась. Критериями исключения были сахарный диабет 1 типа и невозможность для пациентов соблюдать протокол исследования или регулярные последующие обследования. Все пациенты дали письменное информированное согласие на операцию и понимали, что она не является официально установленным методом лечения их диабета. Больные в предоперационном периоде прошли обследование в эндокринологических отделениях и в амбулаторных условиях, кроме критериев диабета у них был изучен липидный обмен. Всем пациентам через 2-3 часа после операции удаляли желудочный зонд, в раннем послеоперационном периоде выполняли стандартное исследование - обзорную рентгенографию брюшной полости с водорастворимым контрастом. Пациентам со вторых суток разрешали пить небольшими глотками воду, а с четвертых суток назначали жидкое питание по специально разработанной диете. Уровень гликемии у некоторых больных в ранние сроки после операции был повышен. В этом случае пациенты получали инсулин до нормализации уровня глюкозы. После выписки пациенты регулярно обследовались в течение первого месяца, третьего месяца, шестого месяца, через год и через два года с дальнейшей оценкой лабораторных исследований. Целью лечения являлось достижение уровня гликированного гемоглобина ниже 6%. Техника минигастрошунтирования Всем пациентам было выполнено минигастрошунтирование с помощью пятитроакарного ме-тода: применяли два 12-мм троакара, два 5 мм троакара, один 10 мм троакар. Желудочную трубку формировали на желудочном зонде диаметром 34Fr с помощью эндостеплера вдоль малой кри-визны, отступя 4 см проксимальнее привратника, в направлении левой ножки диафрагмы. Объем желудка был всегда постоянным, около 40 мл. Длину начального отдела тонкой кишки подбирали индивидуально, в зависимости от ИМТ пациента – при ИМТ от 28 до 32 кг/м<sup>2</sup> – 120 см, от 32 до 35 кг/м<sup>2</sup> – 160 см, свыше 35 кг/м<sup>2</sup> – 200 см. Формировали желудочную шпору, за счет которой обеспечивали антирефлюксный механизм. Для этого накладывали шов между сформированной желудочной трубкой и приводящей тонкой кишкой на расстоянии 10 см от желудочно-кишечного анастомоза. Анастомоз накладывали с помощью линейного сшивающего аппарата, место введения бранш аппарата ушивали однорядным способом, ширина анастомоза варьировала от 3 до 4 см. Анастомоз накладывали как с задней, так и с передней стенкой желудка, в зависимости от операционной ситуации. Интраоперационный контроль состоятельности швов проводили с помощью метилен-блю теста, брюшную полость дренировали на 2-3 суток. Средний возраст больных составил 47,5±10,9 лет. Всего в исследовании приняли участие 19 женщин и 7 мужчин с сахарным диабетом 2 типа. Длительность заболевания составила 9,2±2,4 года. Средний предоперационный ИМТ был 45,3±10,5 кг/м<sup>2</sup>. Средний гликированный гемогло-бин составил 9,2±2,3%. Средний уровень глюкозы плазмы натощак составил 14,6±2,9 ммоль/л. Тест на толерантность к глюкозе (через 2 часа после приема 75 граммов глюкозы) - уровень глюкозы плазмы составил 21,5±4,3 ммоль/л. Средний уровень С-пептида был 2,6±1,2 нг/мл. Инсулинотерапию до операции получали 58 пациентов, остальные - принимали пероральные сахароснижающие препараты. 12 пациентов получали как инсулин, так и пероральные сахарос-нижающие препараты. Среднее операционное время составило 86±16 мин. Средний послеоперационный койко-день был 6±1 суток (от 5 до 7 дней). Послеоперационных осложнений и

летальных исходов в раннем послеоперационном периоде не было. 1. Изменения индекса массы тела. ИМТ пациентов уменьшался в течение первого года после операции. Среднее значение ИМТ в период пред операцией и через 1 год после операции составил 31,7 кг/м<sup>2</sup>, в период между 1 и 2 годом наблюдения 27,9 кг/м<sup>2</sup>. Только в период первого года после операции различия ИМТ были статистически значимыми. После этого индекс массы тела практически не изменялся. Не было пациентов, увеличивших вес после операции. 2. Изменения уровня гликированного гемоглобина, тест на толерантность к глюкозе натощак. Показатели гликированного гемоглобина изучали каждые 3 месяца в течение 1 года после операции и далее 1 раз в год. Средний его уровень снижался непрерывно. Его значения составили 9,4, 6,3 и 5,8%, соответственно, до операции, через полгода и через 1 год после вмешательства. Между первым и третьим годом наблюдения уменьшение среднего уровня гликированного гемоглобина было статистически незначимо (с 5,8 до 5,6%,  $p = 0,652$ ). Количество больных, которые достигли целевых показателей после операции (уровень гликированного гемоглобина менее 6%), составило 96%. Средний уровень глюкозы натощак у всех больных также непрерывно снижался. Значение глюкозы плазмы крови у 82,7% обследованных больных через 2 часа после нагрузки 75 г глюкозы к исходу 1 года составило не более 10 ммоль/л. Различия показателей теста толерантности к глюкозе между 1 и 2 годом наблюдения были статистически незначимыми ( $p = 0,613$ ), в то же время наблюдалось уменьшение числа пациентов с уровнем гипергликемии более 10 ммоль/л. При сравнении уровня гликированного гемоглобина через год после минигастрошунтирования у тех пациентов, которые получали инсулин до операции и тех, кто не получал инсулин, не выявило различий. 3. Изменения С-пептида Средние показатели С-пептида несколько снизились, однако статистически значимых различий в снижении уровня не отмечалось. Поздние осложнения, через 3 месяца после операции, были отмечены у 2 больных – в виде рефлюкса желчи, сопровождавшегося явлениями катарального гастрита. Этим пациентам был назначен курс лечения препаратами висмута и ингибиторы протонной помпы, в результате не-гативные последствия рефлюкса купировались консервативными мероприятиями, на контроль-ной фиброгастроскопии катаральных изменений со стороны слизистой желудка, зоны анастомоза не выявлено. У одной пациентки через полгода после операции отмечалась гипохромная железodefицитная анемия легкой степени, которая была успешно купирована назначением препаратов железа, витаминотерапией в течение 2 месяцев. Заключение: минигастрошунтирование при сахарном диабете 2 типа является эффективной и безопасной операцией. Для достижения хороших результатов необходим более тщательный отбор пациентов на операцию исходя из индекса массы тела, уровня гликированного гемоглобина, с-пептида, инсулина, уровня глюкозы натощак.

---

1390. Оценка патогенеза, прогноза, клинко-иммунологического статуса и гемостаза в диагностике и лечении перитонита

Гамзатов Х.А., Земляной В.П., Лазарев С.М., Гуржий Д.В.

Санкт-Петербург

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Перитонит остается одной из важнейших проблем абдоминальной хирургии. Остаются недостаточно изученными вопросы патогенеза распространения инфекции и токсинов, а также клинического течения воспалительного процесса. С 1989 по 2015 год наблюдались более 1000 больных с распространенным перитонитом. Изучена гистологическая картина брюшины в разных стадиях течения перитонита. Исследованы показатели системы гемостаза, подтверждающие целесообразность активного применения антикоагулянтов под контролем теста генерации тромбина, а также показателей иммунного статуса больных, указывающих на необходимость включения в комплекс лечения иммуномодуляторов. Для раннего выбора антибактериальной терапии использовалась экспресс-бактериоскопия крови и мазки экссудата. Для предупреждения гематогенного и лимфогенного распространения инфекции и токсинов предложены методы санации брюшной полости гиперосмолярными растворами, высокочастотной инсуффляции лекарственного аэрозоля в брюшную полость, а также гипертермической обработки брюшины в послеоперационном периоде. Эти растворы и аэрозоли могут вводиться в брюшную полость путем лапароцентеза, лапароскопии,

лапаротомии. Для оценки течения раневого процесса в брюшной стенке использовалось УЗИ в до- и послеоперационном периоде. Прогнозирование исхода перитонита с учетом общеклинических факторов риска, показателей системы иммунитета и гемостаза позволило выделить группы больных для адекватного выбора доступа: лапароскопии, лапаротомии, применения метода damage control. Комплексное применение указанных методов диагностики и лечения позволило значительно улучшить результаты лечения в группах больных с распространенным перитонитом, осложненным абдоминальным сепсисом.

---

1391. Новый способ лечения вторичных лимфедем нижних конечностей II-III стадии

Рожков А.Г., Карандин В.И., Шкловский Б.Л., Долгих Р.Н.

Красногорск, Московская область

ФГБУ "ЗЦВКГ им. А.А.Вишневого" МО РФ

Цель исследования. В настоящее время методом выбора лечения вторичных лимфедем нижних конечностей является тактика, предложенная Международным обществом лимфологов на XXIII Конгрессе ICL в Мальме, Швеция, в 2011 году, основу которой составляют лечебная физкультура, мануальный лимфодренаж и компрессионная терапия. Отдельные хирурги продолжают использовать при лечении лимфедем хирургические методы, среди которых наиболее часто практикуется наложение лимфовенозных и лимфонодуло-венозных анастомозов, а также выполнение дренирующих операции путем перемещения мышечной фасции или пряди сальника. Однако как консервативная терапия, так и используемые хирургические методы лечения у таких больных не позволяют добиться удовлетворительного качества жизни, что диктует необходимость дальнейшего поиска более эффективных методов лечения. Нами предложен новый способ комбинированного лечения вторичных лимфедем нижних конечностей, в основе которого лежит активация оттока лимфы по глубокой сети лимфатических сосудов. Материал и методы. Под нашим наблюдением находятся 26 больных, которые проходили лечение в госпитале по поводу лимфедем нижних конечностей II-III стадии с января 2005 года по настоящее время. Среди них 15 (57,7%) женщин и 11 (42,3%) мужчин. Средний возраст всех больных составил 33,1±5,8 лет. У 24 больных (92,3%) была поражена одна конечность, у 2 больных (7,7%) поражены обе конечности с разной степенью выраженности патологических изменений. У 24 больных в анамнезе травма одной конечности с последующим развитием хронического рожистого воспаления. У 2 больных с поражением обеих конечностей, страдающих ожирением IIIст и сахарным диабетом, лимфедемы возникли в результате инфицирования тканей через раневые повреждения кожных покровов. Консервативное лечение в полном объеме с ранних стадий развития заболевания получали 9 (34,6%) больных, остальным оно проводилось непостоянно или не проводилось вовсе. Существенного эффекта от проводимого лечения лимфедемы не наблюдалось ни в одном случае. У одного больного, получавшего консервативное лечение, после неосторожно проведенной лимфокомпрессионной терапии развился сепсис. У 11 (42,3%) больных рецидивы рожистого воспаления наблюдались в течение последнего года, предшествующего проводимому нами лечению. Основная цель диагностических исследований заключалась в уточнении наиболее значимых причин затруднения оттока лимфы из тканей пораженной конечности и визуализации сохранившихся путей оттока лимфы, обнаружении путей коллатерального лимфооттока, исключении патологии со стороны кровеносных сосудов по данным лимфангиографии, лимфосцинтиграфии, дуплексного ультразвукового сканирования и МРТ. Суть предложенного нами способа лечения состоит из следующих компонентов: 1) канюлирование грудного протока (ГП) с постоянным наружным выведением лимфы; 2) оценка токсичности выводимой лимфы; 3) дозированная аппаратная лимфокомпрессионная терапия; 4) иссечение образовавшихся избытков кожи и подкожной клетчатки до мышечной фасции; 5) временная консервация канюли ГП. Курсовое лечение лимфедемы осуществлялось со следующим порядком использования перечисленных компонентов лечения. Перед проведением операции на конечности производили хроническое канюлирование ГП с налаживанием постоянного наружного выведения лимфы. При высоком и очень высоком уровне токсичности (содержание МСМ больше 0,420 у.е.) лимфу в течение 1-2 суток утилизировали. В дальнейшем по мере снижения ее токсичности производили лимфоплазмаферез с

лимфоплазмозом и реинфузией очищенной лимфы в вену больного. При отсутствии токсичности лимфы ее сразу же реинфузировали в организм больного. Через 3 дня на фоне продолжающегося лимфовыведения ежедневно по 3-4 раза проводили дозированную аппаратную лимфокомпрессионную терапию на конечность с последующим использованием в течение дня специально моделированного профильного бандажа. Через 10-12 дней после активной дренирующей терапии на голени и стопе образовывались легкоподвижные кожно-жировые складки. Избытки кожи и подкожной клетчатки на голени иссекали до фасции только с внутренней и передне-наружной поверхностям, а на стопе - по наружной боковой с переходом на тыльную поверхность и по внутренней поверхности ниже лодыжек. Лимфовыведение осуществляли еще 3-4 дня в послеоперационном периоде, после чего канюлю на ГП консервировали с формированием временного лимфо-венозного шунта. В амбулаторных условиях после снятия швов больным рекомендовалось проведение компрессионной терапии 2-3 раза в неделю и ношение компрессионного белья. Очередной курс подобного лечения проводился через 2-4 месяца в зависимости от выраженности отека на конечности. Среди наблюдаемых больных 3 курса лечения проведено 22 больным, 4 курса - 4 больным. Только у 1 больной произведено иссечение кожно-жирового лоскута на бедре. Результаты и обсуждения. У всех наблюдаемых больных уже после проведения одного курса лечения рецидивов рожистого воспаления не наблюдалось. Семнадцать больных (73,9%) наблюдаются нами от 3 до 6 лет после окончания лечения. Ни у кого из них прогрессирования лимфедемы не наблюдалось. Разница в окружности на уровне средней трети голени на оперированной конечности не превышала таковую на здоровой конечности к концу дня у всех больных 1,0-1,5см. Из них 12 носят компрессионное белье, 5 – компрессионным бельем не пользуются. Полученные результаты расценены нами как хорошие. Выбор такого метода лечения обусловлен следующими обстоятельствами. Ранее, длительное время занимаясь хирургическим лечением лимфедем нижних конечностей, мы обратили внимание на то, что при II-III стадии заболевания основной отток лимфы из пораженной конечности осуществляется по сосудам глубокой лимфатической сети. При этом всегда происходит блокада лимфооттока на уровне паховых или подвздошных лимфоузлов. Среди анализируемых нами больных при выполнении лимфографии в 9 (34,6%) случаях продвижение контрастного вещества в проксимальном направлении происходило до уровня паховых лимфатических узлов, в 17 (65,4%) – до уровня подвздошных лимфатических узлов. Ни в одном случае четкого изображения коллатеральных сосудов обнаружено не было. Другим аргументом в пользу предлагаемого нами хирургического метода лечения лимфедем является тот факт, что длительное непрерывное наружное выведение лимфы способствует более быстрому развитию коллатерального лимфообращения и стимулирует лимфангиогенез. У всех анализируемых больных по окончании лечения выявлялось хорошо развитая сеть коллатеральных сосудов вокруг паховых, подвздошных и поясничных лимфатических стволов на стороне поражения. Заключение: Таким образом, в основе предлагаемого лечения лимфедем II-III стадии лежат следующие патогенетические механизмы воздействия: переориентация преимущественного оттока лимфы из пораженной конечности на сосуды глубокой сети лимфообращения; возможно полное иссечение большей части необратимо измененных тканей (кожи и подкожной клетчатки), препятствующих восстановлению интерстициального массопереноса, и как источника рецидивов рожистого воспаления; проведение детоксикации организма; стимуляция развития коллатерального лимфообращения и лимфангиогенеза. Надеемся на широкое внедрение предложенного метода лечения гигантских лимфедем нижних конечностей в клиническую практику.

---

1392. Первично-восстановительная хирургия рака ободочной и прямой кишки

Яковец Ю.И., В.Х.Башеев, Н.Г.Семикоз, С.Э.Золотухин, И.В.Совпель, М.Г.Мутык

Донецк

Республиканский онкологический центр им.проф.Г.В.Бондаря МЗ ДНР

Клиника проктологии РОЦ им. Проф.Г.В.Бондаря располагает опытом лечения более 16 тыс первичных больных злокачественными новообразованиями толстой кишки на протяжении 1967-2014гг. Большинство научных исследований клиники были посвящены сокращению многоэтапности хирургического лечения

рака толстой кишки, даже при осложненном его течении, повышению надежности толстокишечных анастомозов, развеянию мифа о нерадикальности сфинктерсохраняющих операций при раке нижеампулярного отдела прямой кишки и анального канала, разработке новых функционально выгодных органосохраняющих вмешательств (чрезбрюшные резекции, операции типа Дюамеля, наданальные и брюшно-анальные резекции), пропаганде эндолимфатического метода введения лекарственных средств, как при осложнениях рака толстой кишки, так и для химиотерапии, разработке новых методов комбинированного и комплексного лечения. Надежность дубликатурного анастомоза (несостоятельность швов не превышает 0,9%, на фоне резектабельности 82,6%), позволяет при раке ободочной кишки в 95,7% случаев выполнять первично-восстановительные операции, даже при осложненном течении. Расширение показаний к сфинктерсохраняющим операциям при раке нижеампулярного отдела прямой кишки и анального канала, не в ущерб радикализму, позволили увеличить долю органосохраняющих вмешательств при раке прямой кишки до 96,7% при резектабельности 83,1%. Комплексные методы лечения рака толстой кишки с использованием неoadьювантной химио-лучевой терапии значительно повышают эффективность лечения больных, позволяют в отдельных исследованиях достичь полной резорбции опухоли у 30% пациентов и повысить 5-летнюю выживаемость на 13,3%.

---

### 1393.ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ

Коссович М.А. (1,2)

Москва

1) ГБУЗ ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова ДЗМ, 2) ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ.

Развитие современной хирургии диктует необходимость максимальной объективизации оценки результатов практической подготовленности хирургов. В свете этого целесообразно определение уровня компетентности потенциальных лапароскопических хирургов с целью получения допуска для самостоятельной работы в операционной. Мы полностью разделяем позицию Председателя Президиума Правления РОСОМЕД М.Д. Горшкова и Генерального секретаря РОХ А.В. Федорова, отраженную ими в статье «Лишь только то, что можно измерить – можно улучшить...», размещенной на Странице правления сайта РОХ в разделе Повышение квалификации. Авторы справедливо замечают, что необходимо всесторонне оценить и максимально учесть имеющийся в этом вопросе зарубежный опыт, но при этом адаптировать его для нужд отечественной лапароскопической хирургии. Задачей-минимум российской хирургии на современном этапе ее развития является подготовка достаточного количества врачей, которые смогут гарантированно качественно выполнять наиболее востребованные плановые и экстренные лапароскопические операции, а именно лапароскопическую холецистэктомию и лапароскопическую аппендэктомию с учетом возможных нестандартных ситуаций и осложнений. Необходимо добиться того, чтобы в России в ближайшее время подавляющее большинство вмешательств по поводу хирургической патологии желчного пузыря и червеобразного отростка выполнялись именно лапароскопическим способом. И только потом двигаться дальше, решая более серьезные задачи. В связи с этим предлагаем взять за основу систему оценочных упражнений MISTELS, предназначенную для тренинга и оценки лапароскопических навыков и включающую 7 заданий: перемещение колечек, иссечение круга, клипирование, наложение лигатурной петли, размещение сетки, выполнение экстракорпорального и интракорпорального эндоскопических швов. Перечисленные задания позволяют максимально полно и объективно оценить уровень практических навыков лапароскопического хирурга. При этом крайне важно, чтобы описанные упражнения были максимально ясно и детально описаны, однозначно трактованы, имели возможность многократного и однообразного воспроизведения практически в любом лечебном или учебном заведении, а также содержали четкие и понятные оценочные критерии. В качестве последних необходимо использовать только объективные величины – например, время правильного выполнения задания, количество перемещенных предметов, расстояние пройденное инструментом и другие, но в любом случае только те, которые можно измерить или посчитать. Для определения значений объективных критериев качества выполнения тестовых

заданий возможно привлечение для проведения упражнений опытных лапароскопических хирургов экспертного уровня, которые оперируют достаточно давно, много и с хорошими результатами. По результатам выполнения этими хирургами представленных заданий целесообразно определить проходных параметров для претендентов. Кроме того, необходимо отметить, что поскольку речь идет о допуске к самостоятельному выполнению основных лапароскопических операций – лапароскопической холецистэктомии и лапароскопической аппендэктомии, целесообразно введение для претендентов 3 дополнительных тестовых заданий по 7–10 вопросов каждое – по теории лапароскопических операций, оборудованию и инструментарию; по топографической анатомии внепеченочных желчных путей, этапам выполнения лапароскопической холецистэктомии, алгоритму действий при возможных нештатных ситуациях и осложнениях; по топографической анатомии илеоцекальной зоны, этапам выполнения лапароскопической аппендэктомии, алгоритму действий при возможных нештатных ситуациях и осложнениях. В итоге получаем 10 тестовых заданий – 7 практических и 3 теоретических. При этом необходимо определить объективные критерии проходных баллов в качестве допуска для самостоятельного выполнения основных лапароскопических операций. Вполне вероятно, что при проведении оценки подготовленности хирургов можно использовать и какие-либо другие задания и тесты. Необходимо создать реальную простую и жизнеспособную систему, которую можно было бы быстро внедрить в России и получить от этого определенные положительные результаты. Предстоящая работа чрезвычайно актуальна и крайне важна для отечественной хирургии. Предложенная в конечном итоге система определения качества подготовки лапароскопических хирургов и допуска их для самостоятельного выполнения основных лапароскопических вмешательств позволит навести определенный порядок в наших рядах, мотивировать хирургов для обучения и дополнительного тренинга, повысить качество выполнения лапароскопических операций начинающими хирургами, а также защитить пациентов от непреднамеренных врачебных ошибок и возможных осложнений.

---

1394. Двухэтапное вмешательство по поводу осложненного рака ободочной кишки

В. Х. Башеев, А. О. Понсе Прадо, А. И. Бондаренко, С. Э. Золотухин

Донецк

Республиканский онкологический центр им. проф. Г. В. Бондаря МЗ ДНР

Анализ оперативной активности лечебных учреждений свидетельствует о крайне низкой частоте выполнения операции Микулича (1-2%) или его полном отсутствии в арсенале хирургов. Причиной является сложность восстановительного этапа. Создаваемая жесткая шпора между двумя стомированными отрезками ободочной кишки не позволяет надежно восстановить непрерывность кишечника, что обуславливает необходимость выполнения релапаротомии, широкой мобилизации отрезков кишки, резекции области стомы, создания внутрибрюшинного анастомоза с высоким риском возникновения послеоперационных осложнений и повторного оперативного вмешательства. Такое положение дел свидетельствует о необходимости создания надежного и технически доступного способа восстановления непрерывности кишечника после обструктивной резекции Микулича по поводу рака ободочной кишки, обеспечивающих удовлетворительные непосредственные и функциональные результаты лечения, что и явилось целью исследования. В основу разработанного способа двухэтапной (обструктивной и восстановительной) операции по поводу осложненного рака ободочной кишки положен принцип отсроченного формирования дубликатурного анастомоза, который накладывают, как на этапах обструктивной резекции, так и восстановительной операции, что решает задачу эффективной медицинской реабилитации больных. Разработанный способ представляет собой модификацию способа двухэтапной операции Микулича. Материал и методы исследования. Обследованы 158 больных по поводу осложненного резектабельного рака ободочной кишки после обструктивной резекции по Микуличу. Наиболее частой причиной выполнения обструктивной резекции была непроходимость кишечника — у 103 (65,2%) больных, у 19 (12%) - перитонит, обусловленный перфорацией опухоли или параколический абсцесс. Наиболее частой локализацией поражения была левая половина ободочной кишки — у 140 (88,6%) больных, в частности,

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

сигмовидная ободочная кишка — у 101 (63,9%). Мужчин бы Ло 82 (51,9%), женщин — 76 (48,1%). Возраст больных от 21,7 до 79,2 года, в том числе пожилого и старческого возраста — мужчин 59 (71,9%), женщин — 45(67,1%). ц 142 (89,9%) пациентов диагностированы различные сопутствующие заболевания, в том числе сердечно—сосудистые — у 55 (38,7%). По данным морфологических исследований удаленных опухолей аденокарцинома отмечена у 144 (91,1%) больных. Радикальное оперативное вмешательство выполнено у 142 (89,8%) больных, паллиативное - у 16 (10,1%) . Результаты и их обсуждение. Восстановительный этап оперативного вмешательства применен у 92 (61,4%) пациентов, у 3 из них — операция выполнена после нерадикальной обструктивной резекции ободочной кишки. Как и при выполнении обструктивной резекции, мужчин было 53(57,6%), женщин — 39 (42,4%). Пожилого и старческого возраста были 34 (64,1%) мужчин и 24 (61,5%) женщины. Сопутствующие заболевания отмечены у 48 (52,1%) пациентов, наиболее часто — сердечно—сосудистые — у 49,3%. В нашем исследовании период между двумя этапами операции составил в среднем 3,6 мес. Послеоперационные осложнения возникли у 10 (10,9%) больных, из них 4 (4,3%) случая анастомозита, который в 2 (2,2%)случаях устранен консервативными методами. В 2 (2,2%) наблюдениях возникла необходимость формирования разгрузочной цекостомы. У 2 (2,2%) больных несостоятельность швов просвета кишечника трансформировалась в наружный кишечный свищ, что потребовало повторного иссечения. Таким образом, ни одно послеоперационное осложнение не было тяжелым и не потребовало выполнения лапаротомного вмешательства. Детальная оценка функциональных результатов проведена у 62 (67,4%) пациентов, удовлетворительные результаты отмечены в 61(98,4%) наблюдениях.

---

#### 1395.ОПЫТ ИНЪЕКЦИОННОГО ВВЕДЕНИЯ АУТОПЛАЗМЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ ОЖОГОВЫХ РАН

Борисов В.С., Пидченко Н.Е., Каплунова М.Ю., Смирнов К.С.

Москва

ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ г.Москвы

Введение: До настоящего времени остается нерешенным вопрос лечения остаточных ран после проведенного лечения обширных ожогов IIIАБ степени, особенно на участках расплавления уже заживших ожоговых ран, как правило IIIА степени, а также донорских участков. Как правило, это происходит у пациентов с ожоговыми ранами свыше 50% поверхности тела, когда на фоне ожоговой болезни и истощения организма пострадавшего активная эпителизация поверхностных ожогов постепенно замедляется, уступая место массивному регрессу эпидермиса уже заживших ран. Существующие методики стимуляции раневого процесса у этой категории пострадавших не всегда дают желаемый результат. Нами предложена методика инъекционного введения аутоплазмы, содержащей тромбоциты, с помощью безыгольного инъектора MED JET в область длительно существующих ожоговых ран с целью стимуляции регенерации остаточных ран. Цель работы – оценить эффективность введения аутоплазмы в область остаточных ожоговых ран больным с тяжелой ожоговой болезнью при помощи безыгольного инъектора MED JET . Материалы и методы: аппарат MED JET (регистрационное удостоверение №ФСЗ 2011/09031), предназначенный для введения жидких лекарственных препаратов, использовали у 3 пострадавших. Инъекции, выполненные с применением MED JET, носили безболезненный характер в отличие от игольной техники в связи с использованием новой технологии переменного давления, что позволило избежать применения наркоза и выполнять процедуру в условиях перевязочной. Все пациенты находились на лечении в ожоговом стационаре более 100 суток, и раневой процесс у них отличался вялым репаративным течением на фоне обширной ожоговой травмы (площадь поражения более 50% поверхности тела). С помощью аппарата MED JET в ожоговую рану вводили аутоплазму. При мягком центрифугировании крови получали плазму, богатую тромбоцитами. Аутоплазма вводили как через саму раневую поверхность, так и по её периферии через восстановленные кожные покровы. Устройство аппарата позволяет регулировать объем вводимого препарата и глубину его проникновения, благодаря этому вводимая аутоплазма имеет большую биодоступность и площадь распространения, чем при использовании стандартной игольной техники. Работа аппарата производилась

949

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

при давлении от 130 до 140 psi (фунт на квадратный дюйм). За одну инъекцию вводилось от 0,3 до 0,5 мл аутоплазмы. При заборе у пациента 40 мл цельной крови нами было получено 15 мл обогащенной аутоплазмы. За один курс использовались все 15 мл аутоплазмы. Каждому больному выполнено от 3 до 5 курсов. Результаты: У всех пациентов после введения аутоплазмы, богатой тромбоцитами, в область раны отмечена стимуляция ауторегенерации, что привело к восстановлению кожного покрова у обожженных в сроки от 3 до 7 суток, укреплению вновь образованного эпидермиса, отсутствию повторного регресса. Следует отметить, что введение аутоплазмы с помощью иглы в раневое ложе возможно лишь после введения больных в наркоз. Вывод: целесообразно использование безыгольных инъекторов для введения аутоплазмы при лечении остаточных ожоговых ран у пациентов с вялым течением раневого процесса на фоне тяжелой ожоговой болезни.

---

## 1396. АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ

Грошилин В.С., Швецов В.К., Узунян Л.В.

Ростов-на-Дону

РостГМУ

Актуальность исследования: В настоящее время, в индустриально развитых странах отмечается стойкая тенденция к росту заболеваемости ректоцеле [1,2]. По литературным данным, клинически выраженные нарушения эвакуаторной функции прямой кишки у женщин в 56 % случаев связаны именно с наличием ректоцеле [1, 3, 4]. Авторы отмечают, что данная патология в общем пуле встречается у 15–43% женщин, трудно поддается лечению, а результаты хирургической коррекции далеки от оптимальных, причем более 25% оперированных пациенток подвергаются повторным хирургическим вмешательствам по причине неадекватного эффекта, либо рецидива заболевания [2, 3]. Из данных литературы следует, что основная роль в патогенезе развития ректоцеле отводится расхождению передних порций мышц леваторов, истончению и перерастяжению ректовагинальной перегородки с формированием дивертикулообразного выпячивания передней стенки прямой кишки [1, 2]. В 66,7% наблюдений рассматриваемая патология возникает у женщин, которые в анамнезе перенесли избыточные физические нагрузки, тяжелые многократные роды, а также роды крупным плодом, что зачастую является пусковым механизмом в развитии рассматриваемой патологии. В последние годы находят всё более широкое применение новые методики оперативного лечения ректоцеле, которые заключаются в использовании аппаратных технологий. Одной из них является слизисто - подслизистая резекция прямой кишки с помощью циркулярного сшивающего аппарата (операция Лонго). Предложенная для лечения геморроя, модифицированная операция Лонго нашла применение, в том числе у пациенток с сочетанием хронического геморроя и ректоцеле. Это вмешательство позволяет менее травматично, по сравнению с другими методами, корректировать избыток ткани по передней стенке прямой кишки [2, 4]. Однако, изолированное применение только этой методики, далеко не всегда обеспечивает стойкий положительный эффект, так как одним из ведущих известных факторов патогенеза является расхождение передних порций леваторов. В связи с вышеизложенным, специалистами высказываются предложения [1, 4] дополнять операцию Лонго различными модификациями сфинктеропластики. Цель: повышение эффективности хирургического лечения путем внедрения разработанной методики направленной на укрепление ректовагинальной перегородки, восстановление ее анатомии и создание удерживающего фасциально – мышечного каркаса. Методика исследования: Проведен анализ результатов оперативного лечения 42 пациенток с ректоцеле за период с 2009 по 2015 гг. на базе хирургического отделения клиники РостГМУ. На основании полученных данных нами разработан оригинальный способ операции по устранению ректоцеле с использованием аппаратной механической циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя, дополненной модифицированной методикой передней леваторопластики (патент РФ № 2526971). Способ апробирован у 20 больных с ректоцеле II и III степени в хирургическом отделении клиники ГБОУ ВПО РостГМУ. Средний возраст пациенток составил 51,4 года. В предоперационном периоде все пациентки консультированы урологом, гинекологом. Сроки

950



послеоперационного мониторинга составили не менее 3-х месяцев. При контрольных осмотрах, проводимых спустя 1 и 3 месяца после операции, помимо общеклинических методов исследования применялись комплексная аноректальная манометрия, ано- и ректоскопия, эндоректальное УЗИ. Результаты исследования: Средняя продолжительность оперативного вмешательства разработанным способом не превышала длительность традиционных операций. В послеоперационном периоде применялись антибактериальные препараты, анальгетики, пребиотики, слабительные средства по общепринятым схемам. В раннем послеоперационном периоде интенсивный болевой синдром, потребовавший назначения наркотических анальгетиков, отмечался у 7 (35%) пациенток. Чувство неполного опорожнения кишечника после акта дефекации было отмечено у 3 (15%) больных. Данные жалобы купированы в течение 10 суток на фоне проводимой комплексной терапии. После хирургического вмешательства у 18 (90%) больных не наблюдалось ранее выявленного выпячивания стенки прямой кишки во влагалище, у 2 (10%) пациенток, ранее имевших ректоцеле размером более 7 см, в послеоперационном периоде сохранялись тенезмы. Резистентных к послеоперационной корректирующей терапии эвакуаторных расстройств не отмечено. Сроки послеоперационного пребывания в стационаре составили от 7 до 9 суток. Гнойно-воспалительных, геморрагических осложнений не отмечено. При амбулаторном контрольном обследовании спустя 3 месяца после операции рецидива заболевания не отмечено, констатирована компенсация синхронной рефлекторной деятельности запирающего аппарата. Дальнейшее проведение мониторинга оперированных больных рецидивов заболевания и появления новых функциональных расстройств не выявило. Выводы: При использовании разработанного оригинального способа комбинированного хирургического вмешательства у 20 больных с ректоцеле II и III степени неудовлетворительных результатов отмечено не было. Таким образом, полученные результаты показали, что применение разработанной методики лечения ректоцеле, позволяет: - получать стабильные функциональные результаты, - достичь купирования обструктивной дефекации, - снизить вероятность послеоперационных рецидивов, - сократить сроки послеоперационного пребывания в стационаре за счет одномоментного выполнения циркулярной слизисто-подслизистой резекции нижнеампулярного отдела прямой кишки и создания удерживающего фасциально-мышечного каркаса (путем выполнения сфинктеро-леваторопластики).

---

#### 1397.ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У РАНЕННЫХ С СОВРЕМЕННОЙ БОЕВОЙ ТРАВМОЙ

Петров А.Н., Завражнов А.А., Рева В.А

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова, клиника военно-полевой хирургии

Острые венозные тромбозы (ОВТ) и тромбозомболия легочной артерии (ТЭЛА) являются серьезной проблемой военно-полевой хирургии и хирургии повреждений, а летальность при нелеченной ТЭЛА достигает 40-75%, тогда как при проведении своевременной профилактики, диагностики и комплексной терапии не превышает 8-10% (Кириенко А.И. с соавт 2014; Tapson V.F. 2008). На основании различных баз данных нами проанализирована частота тяжелых сочетанных ранений, сопровождающихся развитием острых венозных тромбозомболических осложнений (ВТЭО) в современных вооруженных конфликтах, при этом частота ОВТ при тяжелых ранениях на разных этапах медицинской эвакуации колебалась от 3,1% до 11,6% (Войновский Е.А. с соавт., 2008). Наше исследование основано на анализе историй болезни 141 раненого с развившимися ВТЭО: 111 наблюдений раненых из зоны вооруженных конфликтов на Северном Кавказе в 1994-1996 и 1999-2003 гг. (ретроспективный массив №1), и 30 наблюдений раненых контртеррористической операции на Северном Кавказе в 2009-2014 гг. (проспективный массив №2). Основными причинами повреждений военного времени в изученных массивах раненых были тяжелые травмы - 58,6% и 63,3% и ранения с сочетанным характером - 41,4% и 46,7%, соответственно. Наиболее часто ранения военного времени обоих массивов сочетались со скелетной травмой (повреждения костей таза, повреждения костей конечностей или сочетание повреждения таза и конечностей), при этом в обоих массивах отмечены сочетания с повреждениями двух анатомических областей тела (17,1% и 10,0%), трех

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

областей (36,0% и 33,3%), четырех и более областей (46,9% и 56,7%). В обоих массивах преобладали тяжелые (64,0% - 56,7%) и крайне тяжелые повреждения в (29,7%-33,3%). В ретроспективном исследовании отмечено развитие ВТЭО у 6,3%, в проспективном - 9,6%, что связано с возросшим вниманием к данной проблеме и увеличением выявляемости ОВТ у раненых. В ретроспективном массиве отмечены недостатки в профилактике и диагностике ВТЭО у раненых в 80% наблюдений. Применение многих мероприятий по профилактике ВТЭО было ограничено возможностями лечебных учреждений, особенностями этапного лечения и массовым поступлением раненых. Наиболее часто ВТЭО выявлялись (и проводилось соответствующее лечение) в военных госпиталях 2-го эшелона (80,2% и 64,3%); в госпиталях 3-го эшелона проводилось лечение только в 19,8% и 35,7%, соответственно. Отличительной особенностью проспективного массива являлось применение комплексного подхода к лечебной тактике, включающей использование шкалы прогноза риска развития венозных тромбозных осложнений «ВПХ-ПТ». Разработанная шкала применялась у раненых массива №2 во всех периодах травматической болезни, с подбором антикоагулянтов и методов наружной компрессии (госпитальный трикотаж, прерывистая пневмокомпрессия нижних конечностей), методов хирургической профилактики, с лабораторным контролем эффективности антикоагулянтной терапии. У всех раненых массива №2 также проводилась комплексная профилактика венозных тромбозов, с обязательным УЗ контролем венозной системы нижних конечностей и вен таза. Среди методов хирургической профилактики ТЭЛА (45,0%) использовались удаление тромботических масс (9,9%), перевязка тромбированных вен (28,6%), постановка кавафилтра (2,1%), экстравазальное клипирование подвздошных вен или НПВ (4,4%). Осложнений после выполнения операций не отмечалось. При объективном прогнозировании риска развития ТЭЛА у раненых во всех периодах травматической болезни, своевременной диагностике, включающей обязательное доплеровское и дуплексное сканирование и хирургической профилактики, удалось предотвратить развернутую картину ТЭЛА и снизить частоту летальных исходов на 4,2%.

---

#### 1398.ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АТРАВМАТИЧНОЙ ГЕЛЕВОЙ ПОВЯЗКИ «АППОЛО»В ПРАКТИКЕ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВЫХ РАН

Штремплер Н.Г.(1), Борисов В.С.(2)

Москва

1 ООО «ТД» «АППОЛО», г. Москва, Россия 2 ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ, г. Москва, Россия

Актуальность: в последнее время, в связи с высокими ценами на зарубежные раневые покрытия, у отечественного производителя, не всегда имевшего возможность проводить агрессивную маркетинговую политику на рынке медицинских изделий, появился шанс донести до практического здравоохранения свои лечебные перевязочные средства, используемые в местном лечении ожоговых ран. Как известно, перевязочные средства должны обладать разнонаправленным действием: обеспечивать отток раневого экссудата, подавлять патогенную флору, оказывать противоотечное, противовоспалительное и обезболивающее действие, создавать условия для оптимального заживления ран, быть атравматичными и комфортными для больного. Цель: оценить возможность применения гидрогелевых повязок «АППОЛО» в качестве средства для местного лечения ожоговых ран (сертификат соответствия № 4992757, регистрационное удостоверение № 290105-05011564-01 от 31.07.2001 года). Материалы и методы: В отделении острых термических поражений НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского с 2004 года применялись гидрогелевые повязки «АППОЛО» у пациентов с ожоговыми ранами I-II-IIIАБ ст. Под наблюдением находилось 30 больных в возрасте от 16 до 70 лет. Мужчин было 18, женщин 12. По глубине ожогового поражения больные распределялись следующим образом: ожоги I-II-IIIА ст. - 21, ожоги II-IIIАБ ст. - 9 больных. В контрольную группу были включены больные с аналогичными по тяжести ожогами, соотносимые по возрасту и полу и получавшие адекватное с исследуемой группой общее лечение. Местное лечение у них проводилось с использованием мазей, растворов антисептиков, других средств местного лечения, традиционно применяемых в ожоговом отделении. Результаты: наши наблюдения показали, что

952

индивидуальная переносимость гидрогелевых повязок у больных была хорошей. Обращало на себя внимание отсутствие раздражающего действия на окружающие неповрежденные ткани. Из положительных особенностей следует отметить выраженный обезболивающий и охлаждающий эффект, который наступает в ближайшие минуты после наложения повязок «АППОЛО». Больные отмечали полное прекращение болевых ощущений в ране, что особенно важно при поверхностных ожогах. Кроме того, повязка легко моделировалась на различных участках тела, хорошо прилегала к раневой поверхности. При использовании гидрогелевых салфеток с первых дней после травмы не отмечалось развитие перифокального воспаления, которое связано в первую очередь с присутствием в составе геля препарата иодовидона. В ране, с уже существующими признаками инфекции (выраженный отек, гиперемия кожных покровов вокруг ожоговой раны, гнойное отделяемое, выраженные боли в ране), достоверно отмечено уменьшение признаков местной воспалительной реакции. Сроки эпителизации при лечении поверхностных ожогов наступала в оптимальные сроки: ожоги I-II степени заживали в среднем на 7-8 сутки, ожоги IIIа степени заживали на 15-17 сутки с момента травмы. При лечении неинфицированных поверхностных ожогов с гладким течением раневого процесса смены салфеток не потребовалось, ожоги зажили под салфеткой и были легко удалены после эпителизации раны. У 2 больных на фоне обильного раневого отделяемого потребовалась 2-х кратная смена гелевых повязок. При глубоких ожогах IIIБ степени так же были применены гидрогелевые повязки «АППОЛО» в разные сроки после травмы. При наложении салфеток на участки ожогового струпа, за счет гидрогеля происходило сохранение жизнеспособности тканей паранекротической зоны. Гидрогелевые повязки «АППОЛО» использовались при лечении гранулирующих ран перед выполнением операции: аутодермопластика. Они не травмировали грануляции, уменьшали бактериальную обсемененность раны (по результатам посевов). Применение данных повязок особенно эффективно для оказания первой помощи пациентам с термической травмы. Именно используя испарение жидкого гидрогеля, мы получаем охлаждающий и обезболивающий эффект. Однако быстрое испарение гидрогеля приводит к высыханию повязки. Препятствованию к высыханию повязок «АППОЛО» может служить применение салфеток с мазями на жирорастворимой основе и тем самым пролонгировать его лечебное действие. Выводы: Проведенные исследования позволяют сделать вывод, что гидрогелевая повязка «АППОЛО» является эффективным современным перевязочным средством местного лечения больных с поверхностными и глубокими ожогами во всех фазах раневого процесса. Повязки удобны в обращении, купируют болезненные явления, не обладает аллергическим действием, оказывает выраженное антимикробное действие., что позволяет использовать их при массовом поступлении больных как в амбулаторной практике (на периоде оказания первой до врачебной помощи), так и в ожоговом стационаре.

---

1399. Применение легких и ультралегких материалов для пластики брюшной стенки в условиях экспериментальной высокой контаминации.

Паршиков В.В. (1), Миронов А.А. (2), Аникина Е.А. (1), Заславская М.И. (1), Казанцев А.А. (3), Алехин А.И. (3).

Нижний Новгород (1,2), Москва (3).

Нижегородская государственная медицинская академия (1), Нижегородский государственный университет им. Н.И.Лобачевского (2), Центральная клиническая больница Российской академии наук (3).

Введение. Протезирующая пластика брюшной стенки представляет собой базовую методику хирургического пособия при больших послеоперационных грыжах. До настоящего времени остаются предметами дискуссий вопросы применения синтетических материалов в условиях компрометированной области вмешательства. Экспериментальных исследований по данной теме проведено относительно немного, а результаты их неоднозначны. Использование новой группы ультралегких эндопротезов в такой ситуации не изучено. Материалы и методы. В ЦНИЛ НижГМА на лабораторных животных моделирована протезирующая пластика брюшной стенки легкими/ультралегкими сетками при контаминации *St. aureus* и *E. coli* в высоких титрах. В динамике оценено течение ближайшего послеоперационного периода, рассмотрены особенности воспалительного процесса в зависимости от культуры микроорганизмов и материала. Данные

обработаны с помощью тестов непараметрической статистики инструментами Origin Pro. Результаты. Локальная воспалительная реакция была наиболее выраженной в группе E. coli на всех сроках наблюдения, достоверные отличия от группы St. aureus зафиксированы на 3 ( $p=0.0005$ ), 5 ( $p=0.0002$ ) и 7 сутки ( $p=0.0006$ ). Пик изменений отмечали на 3 сутки при контаминации St. aureus, в отличие от группы E. coli, где максимум соответствовал 5 суткам послеоперационного периода. В группе E. coli наблюдаемые воспалительные изменения на 3, 5 и 7 сутки были больше при использовании ультралегкой сетки, на 14 сутки наблюдалась обратная ситуация. В группе St. aureus количество баллов по шкале было больше при имплантации легкой сетки в сроки 3, 5 и 7 сутки, на 14 сутки соотношение было противоположным. Обсуждение. Полученные в ходе исследования результаты не противоречат клиническим данным и сведениям предыдущих публикаций авторов, а также других литературных источников. Они также согласуются с основными постулатами современной концепции течения инфекционного процесса в области операции. Интенсивная бактериальная нагрузка поверхности эндопротеза является основой для образования биопленки. In vitro это было убедительно показано в ряде отечественных и зарубежных работ. Выявленные прежде отличия в контаминации сеток в зависимости от материала и штамма согласуются с результатами данного исследования. Обнаруженные особенности следует принимать во внимание при использовании сетки в компрометированной ране. Заключение. Протезирующая пластика в условиях бактериальной контаминации в эксперименте сопровождается выраженной воспалительной реакцией. Указанные изменения достоверно более выражены после инфицирования культурой E. coli. Максимальное воспаление наблюдается на 3 (St. aureus) и 5 (E. coli) сутки после вмешательства, процесс регрессирует к 14 суткам. Применение эндопротезов в компрометированной области вмешательства возможно по только строгим показаниям. Следует тщательно оценить возможную пользу для пациента и существующий риск. Операционно - анестезиологическая бригада должна обладать соответствующим опытом и неукоснительно соблюдать ряд условий. При выборе метода имплантации необходимо исключить контакт сетки с зоной наибольшей контаминации.

---

#### 1400.РЕКОНСТРУКЦИЯ И СОХРАНЕНИЕ УДЕРЖИВАЮЩИХ СТРУКТУР ДИАФРАГМЫ ТАЗА В ХИРУРГИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Башеев В.Х., Совпель О.В., Башеева Л.А.

Донецк

Донецкий противоопухолевый центр

Цель работы – повышение эффективности хирургического лечения и качества жизни больных раком прямой кишки путем выполнения сфинктеросохраняющих резекций с реконструкцией и восстановлением удерживающих структур тазового дна. В исследование включено 2803 больных с опухолями ПК, которым выполнены хирургические вмешательства в объеме. Брюшноанальная резекция – 1907 и 69,0±0,3% - наиболее часто выполняемая в клинике операция. Внутривентральная резекция – 552 – 19,7±0,6% Наданальная резекция – 228 – 8,1±0,8%, Операция Дюамеля – 16 случаев – 0,5±0,2%, Обструктивные резекции – Экстирпации, операции Гартмана – 100 больных 3,6±0,6% Сфинктеросохраняющие вмешательства были произведены 96,3±1,1% больным исследуемой группы, даже с учетом запущенных и осложненных вариантов течения заболевания. С 2001 года в клинике проводился анализ повреждений удерживающих структур малого таза при выполнении сфинктеросохраняющих резекций, основываясь на данных интраоперационного анализа, тщательном изучении пересеченных мышечных элементов диафрагмы таза в удаленных препаратах, а также на основании МРТ исследований как на дооперационном этапе – для уточнения стадии опухолевого процесса и инвазии в запирающие структуры, так и после операции – для визуализации их повреждений. В результате была предложена классификация повреждений удерживающих структура аноректума после выполнения сфинктеросохраняющих резекций при раке прямой кишки. С 2006 года в клинике выполнение реконструктивных приемов, направленных на улучшение качества жизни после операции, используется по индивидуальной для каждого пациента программе, основываясь на данных дооперационного МРТ исследования, прецизионной техники работы с каждой удерживающей структурой в

зависимости от разработанной классификации повреждений диафрагмы таза, что послужило основанием для разделения больных на исследуемую и контрольную группы. При проведении анализа результатов лечения исследуемой группы были использованы данные метода мета-анализа, в результате которого не выявлено отличия 5-летней выживаемости приведенной в данной работе и обобщенных результатов, приведенных в литературных источниках ( $p > 0,05$ ),  $OR = 0,99$  (95% ДИ  $0,74 \div 1,33$ ). 5 летняя выживаемость составила  $72,2 \pm 1,7\%$ . Разработанный эффективный арсенал восстановительно-пластичных методик, направленных на реконструкцию и сохранение удерживающих структур диафрагмы таза предусматривает прецизионную работу с каждым компонентом анатомического комплекса, который обеспечивает континенцию, позволяет избрать для каждого больного индивидуальную последовательность приемов в зависимости от степени повреждения мышц тазового дна, основываясь на разработанной классификации повреждений; при оценке результатов по шкале Wexner у больных исследуемой группы с 2 степенью повреждения отмечено значение показателя  $2,16 \pm 0,8$ , при 3 степени показатель находится в социальноприемлемой зоне и составляет  $6,57 \pm 1,4$ , при 4 степени –  $10,1 \pm 1,6$ , что незначительно превышает социально допустимый порог, но может быть расценен как удовлетворительный. При проведении анализа результатов лечения исследуемой группы были использованы методы мета-анализа при проведении сравнения оценки эффективности по шкале Wexner с данными литературы. Установлено, что среднее значение показателя шкалы Wexner –  $10,1 \pm 1,6$  балла у больных исследуемой группы статистически значимо ниже обобщенных результатов, приведенных в литературных источниках ( $SMD = -0,5$ , 95% ДИ  $-0,8 \div -0,1$ ) (р

---

#### 1401. КЛАССИФИКАЦИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ УДЕРЖИВАЮЩЕГО АППАРАТА АНОРЕКТУМА В ХИРУРГИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Башеев В.Х., Совпель О.В., Мельникова И.В.

Донецк

Донецкий противоопухолевый центр

Цель работы: На основании МР исследований диафрагмы таза разработать эффективную классификацию повреждений запирающего аппарата аноректума после хирургических операций по поводу рака прямой кишки. Материал и методы. У 37 больных раком прямой кишки после выполнения хирургических операций выполнялась магнитно-резонансная томография области малого таза с использованием МР-томографа «Siemens magnitol concerto», напряженность магнитного поля 0,1 Тл. Визуализированы основные варианты повреждений диафрагмы таза. Для изучения функциональных результатов исследуемой группе больных производилась сфинктерометрия. Полученные результаты сравнивались со значениями показателей здоровых лиц, полученными в предыдущих исследованиях. Исследования проводились через год после операции. Обсуждение полученных результатов. Первая степень повреждения утрата резервуарной функции ампулы ПК, пересечения анальнокопчиковой связки, и низведение на промежность ободочной кишки с перерастяжением запирающего аппарата, связанным с нахождением в анальном канале низведенной кишки с брыжейкой (Передняя резекция прямой кишки, наданальная резекция). Вторая степень повреждения. Подразумевает собой частичное пересечение внутреннего сфинктера, частичное пересечение волокон лобковопрямокишечной мышцы и леваторной пластины (Брюшноанальная резекция). Третья степень повреждения. Характеризуется полным удалением всех мышечных элементов внутреннего сфинктера, пересечением глубокой порции наружного сфинктера и пересечением лобково-прямокишечной мышцы. По такому протоколу выполняется ИСР по поводу опухолей ПК с локализацией в нижеампулярном отделе. Четвертая степень повреждения. В эту группу повреждений тазовой диафрагмы относят повреждения после операций по поводу рака нижеампулярного отдела ПК и анального канала. Демуккозация анального канала с сохранением только подкожной порции внутреннего сфинктера и требует от хирурга пересечения практически всех мышечных элементов диафрагмы таза. Данный тип повреждения является наиболее травматичным. Через год после выполненного оперативного вмешательства у больных с первой степенью повреждения показатели сфинктерометрии существенно не отличались от таковых в

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

группе здоровых лиц. При второй степени повреждения частичный характер пересечения внутреннего сфинктера и леваторов, отсутствие тотального повреждения мышечных элементов обеспечивающих анальное держание делают данный тип оперативного вмешательства функционально-приемлимым, обеспечивающим удовлетворительное качество жизни. Третья степень повреждения характеризуется значительным снижением как показателей тонуса так и мышечного сокращения, поскольку в той или иной мере снижает эффективность работы всех мышечных групп. Четвертая степень характеризуется практически тотальным разрушением удерживающих структур. Функциональные результаты подобных вмешательств и степень социальной адаптации больных сопоставимы с таковыми после промежностных колостом. Выводы. Предложена классификация повреждений запирающего аппарата аноректума на основе данных МРТ исследования после того или иного вида операции при раке прямой кишки позволит разработать комплекс восстановительно-пластических методик в каждом конкретном случае с учетом индивидуальных особенностей, локализации опухоли и функционального состояния мышц диафрагмы таза.

---

1402. Совершенствование оказания экстренной и неотложной медицинской помощи больным, поступающим в скорую помощь стационара.

Иванов М.В., Горлунов А.В., Недосекин А.Е.

Воронеж

Бюджетное учреждение здравоохранения «Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи №10»

Работа стационара в качестве городской клинической больницы скорой медицинской помощи требует совершенствования работы приёмного отделения. Старые формы работы «приемного покоя», спроектированного для плановой медико-санитарной части, негативно отражались на оказании медицинской помощи больным и показателях работы стационара. Отмечались длительное пребывание больных в приёмном отделении, задержка оказания экстренной медицинской помощи, затруднения с диагностикой неотложных состояний, снижение своевременности и качества оказания медицинской помощи, перегруженность стационара непрофильными больными. В связи с вышеизложенным, в учреждении проводилась работа по внедрению современных технологий приёма больных и созданию отделения экстренной медицинской помощи. Изменена логистика работы приёмного отделения (поступающие больные разделяются не по профилю, а по тяжести состояния). Разделены потоки больных, поступающих в удовлетворительном, средней тяжести и тяжёлом состоянии. Выполнена реконструкция пандуса для подъезда машин скорой помощи. Построен и введён в эксплуатацию крытый тёплый пандус для приёма носилочных больных и больных в тяжёлом состоянии. На территории приемного отделения создан противошоковый блок, оснащён современным оборудованием операционный зал и противошоковая плата. Значительно расширены возможности диагностики в приемном отделении (рентгенологический кабинет в приёмном отделении оснащён новым рентгенологическим цифровым аппаратом на 2 рабочих места, открыт круглосуточно функционирующий кабинет ультразвуковых исследований, дооснащена экспресс-лаборатория). Кроме того, для экстренной диагностики круглосуточно работает кабинет компьютерной томографии, оснащённый 64-срезовым томографом. На основании Приказа МЗ и СР от 2004 г. № 179, дополнений и изменений к нему, во исполнение Приказа МУЗ ГО г. Воронеж «ГКБСМП № 10» от 2011 г. № 1/03-723 в 2011 году на базе старого приёмного отделения открыто отделение экстренной медицинской помощи. Сравнительный анализ показателей работы по реорганизации приёмного отделения в отделение экстренной медицинской помощи с 2011 по 2014 г.г. показал следующие результаты: - Количество принятых больных увеличилось на 32,8%, с 29237 (2011 год) до 38824 (2014 год) - Госпитализировано больных больше на 23%, с 17774 (2011 год) до 21893 (2014 год), при этом удельный вес госпитализированных больных к обратившимся снизился на 6% - Обслужено амбулаторно больных больше на 47,7%, с 11463 (2011 год) до 16931 (2014 год) - Значительно увеличилось количество лабораторных и инструментальных исследований, выполненных в приёмном отделении (количество ЭКГ увеличилось на 15,6%, выполнено больше лабораторных исследований на 47,6%, проведено ультразвуковых исследований

956

больше на 24,2%, количество рентгенологических исследований увеличилось на 30 %, увеличилось на 10 % количество проведенных КТ-исследований). Ввод в эксплуатацию нового рентгенологического аппарата на 2 рабочих места для обслуживания пациентов, поступающих в отделение экстренной медицинской помощи, позволили проводить цифровые исследования с возможностью оценки результатов из удаленного доступа (ординаторских клинических отделений). Это ускорило диагностику и увеличило пропускную способность.

- Отмечается ежегодный рост количества пациентов, помощь которым оказано в кратчайшие сроки от момента поступления в протившоковую палату отделения экстренной медицинской помощи: 2011 год-178, 2012г. -191, 2013г. -212, 2014 г. -240. При этом отмечается ежегодное уменьшение количества пациентов, умерших в приёмном отделении (2011г.-32, 2012г.-24, 2013г. -22, 2014 г. -19) С 2011года постоянно увеличивается количество операций и хирургических манипуляций скоропомощным больным, выполняемых в отделении экстренной медицинской помощи. В 2014 году выполнено: - операций - 1982 (увеличение в сравнении с 2011 г. составило 14 %) - перевязок, блокад, пункций, наложений гипсовых повязок и прочих хирургических манипуляций - 2687 (увеличение в сравнении с 2011 г. составило 33%) . Свою лепту в результаты работы больницы внесло и наличие в структуре отделения экстренной медицинской помощи десяти коек краткосрочного пребывания. За три года на них пролечено 1934 пациента с различной патологией, требовавшей оказания неотложной помощи или срочной диагностики. Длительность нахождения больного в приёмном отделении до решения вопроса его госпитализации в специализированное отделение или оказания ему квалифицированной помощи в отделении экстренной медицинской помощи реально сокращено и составляет в настоящее время не более 1 часа. Таким образом, удалось снизить удельный вес госпитализированных больных, уменьшить непрофильную госпитализацию в специализированные отделения больницы, повысить качество оказания неотложной помощи, снизить нагрузку на стационар за счёт улучшения диагностики и лечения в приёмном отделении. Работа по созданию отделения экстренной медицинской помощи позволила значительно улучшить качество повысить доступность оказания медицинской помощи.

---

#### 1403.КОНВЕРСИЯ ДОСТУПА В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Коссович М.А. (1,2)

Москва

1) ГБУЗ ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова ДЗМ,2) ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ.

Вопросы, связанные с конверсией доступа, появились одновременно с лапароскопической хирургией. Трансформация лапароскопического доступа в традиционный была связана либо с благоразумием хирурга в связи со сложностями, возникшими в ходе операции, либо с необходимостью коррекции некоторых интраоперационных осложнений. Были даже выработаны временные интервалы определенных этапов оперативных вмешательств, которые должны были служить объективными критериями при определении показаний к конверсии доступа. Тем не менее, вопросы о показаниях и способах конверсии лапароскопического доступа окончательно не решены до настоящего времени. Более того, появление довольно большого числа хирургов, успешно выполняющих лапароскопические вмешательства разнообразного спектра и различного объема, но плохо знакомых с традиционной хирургической техникой, привело к тому, что вопрос о конверсии в настоящее время стал даже более актуальным, чем на заре лапароскопической хирургии, когда любое отклонение от стандартного хода хирургического вмешательства трактовалось в пользу выполнения конверсии во благо пациента. Проблема отсутствия или недостаточного опыта выполнения традиционных открытых операций является причиной неосознанного затягивания решения о выполнении конверсии доступа. При этом получить необходимый опыт для уверенного выполнения традиционных открытых вмешательств в настоящее время достаточно сложно, особенно если хирург работает в современной хорошо оснащенной клинике, в которой преимущественно выполняются именно лапароскопические вмешательства. Определенным вариантом решения создавшейся проблемы является целенаправленное изучение хода и техники выполнения традиционных открытых операций, в том числе с использованием видеоресурсов интернета, но главное – овладение коллективным опытом в составе

хирургической бригады. В настоящее время у молодого хирурга нет условий и времени для того, чтобы самому проходить долгий и трудный путь освоения традиционной открытой хирургии, но он может и должен достаточно быстро и максимально эффективно пользоваться накопленным опытом старших коллег. Также необходим целенаправленный тренинг выполнения традиционных открытых операций на адекватных тренажерах или биоманекенах (кадаверная хирургия). В последнее время появилось мнение, что в ходе выполнения лапароскопических операций можно и нужно справиться с любой сложной ситуацией, связанной как с топографо-анатомическими особенностями в зоне хирургического вмешательства, так и с возникшими интраоперационными осложнениями без конверсии доступа. Возможно подобная тактика может быть оправдана при выполнении вмешательств хирургами экспертного уровня, но она не должна приветствоваться у большинства хирургов, выполняющих наиболее распространенные лапароскопические операции без необходимости наложения интракорпорального шва и лимфодиссекции. При определении показаний к выполнению конверсии лапароскопического доступа необходимо прежде всего исходить из уровня подготовленности хирурга. Так, хирурги, выполняющие лапароскопические вмешательства, не требующие наложения интракорпорального шва, должны придерживаться конверсии по благоразумию, то есть до развития каких-либо осложнений. Хирурги, выполняющие лапароскопические вмешательства, требующие наложения интракорпорального шва, могут позволить себе конверсию по необходимости для коррекции интраоперационных осложнений. И лишь хирурги экстра-класса, выполняющие серьезные и объемные резекционные вмешательства с адекватной лимфодиссекцией, в подавляющем большинстве случаев могут справиться с возможными интраоперационными осложнениями вообще без конверсии. Показания к конверсии должны быть связаны не только с опытом оперирующего хирурга, но и с освоенностью конкретного оперативного вмешательства, уровнем оснащения операционной и наличием квалифицированных помощников. При этом интересы пациента должны превалировать над желанием хирурга любой ценой закончить вмешательство заранее намеченным лапароскопическим способом. Довольно важным является вопрос о том, кто принимает решение о конверсии, на каком этапе вмешательства и в какой доступ. По всей видимости, оптимальным алгоритмом действий можно признать следующий вариант. При выполнении лапароскопической операции по методике SILS или технологии NOTES необходимо обеспечить дополнительную троакарную поддержку путем введения одного-двух троакаров, вплоть до перехода в традиционный лапароскопический доступ. Далее целесообразно прибегнуть к мини-лапаротомному доступу, и лишь затем выполнить широкую лапаротомию. Возможно, предложенные показания к конверсии лапароскопического доступа и алгоритм ее выполнения требуют некоторой коррекции, но то, что проблему конверсии в настоящее время уже на новом витке развития отечественной лапароскопической хирургии необходимо определенным образом переосмыслить и ревизовать – очевидно.

---

#### 1404.ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКИ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖИВОТА У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Эргашев О.Н. (1), Махновский А.И. (2), Яковенко Д.В. (3), Корнилов Н.А. (1)

1) Санкт-Петербург, 2) Санкт-Петербург, 3) Кировск

1) Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П.Павлова, 2) 442 Военный клинический госпиталь МО РФ, 3) Кировская межрайонная больница

Продолжает оставаться актуальной проблема своевременной диагностики закрытых повреждений живота у пострадавших с сочетанной травмой. Частота диагностических ошибок на этапе скорой медицинской помощи достигает 40%, на этапе специализированной медицинской помощи – 15%. Для предварительной диагностики закрытых повреждений живота у пострадавших с сочетанной травмой и их медицинской сортировки в приемном отделении нами использовались простые и не инвазивные диагностические критерии: -анамнестический критерий политравмы (по М.Воyle и З.Мюллер); -шоковый индекс Альговера более 1; -гематурия и (или) жидкость в полости брюшины по результатам FAST – УЗИ исследования. С использованием указанных критериев предварительная неинвазивная диагностика закрытых повреждений живота проводилась у 215 пострадавших с подозрением на наличие сочетанной травмы. Повреждения



внутренних органов брюшной полости и забрюшинного пространства были заподозрены и подтверждены у 52 (24%) пострадавших. У 26 (12%) пострадавших на основании наличия всех критериев был выставлен предварительный диагноз «тяжелая сочетанная закрытая травма живота с внутрибрюшным кровотечением» и принято сортировочное решение о направлении пациента в операционную в первую очередь. В остальных случаях сортировочное решение принималось в соответствии с характером и тяжестью повреждений других анатомических областей. В общей структуре пострадавших с сочетанной закрытой травмой живота повреждения почек были у 21 (40%), селезенки – у 18 (35%), печени – у 8 (15%), поджелудочной железы – у 4 (10%), тонкой кишки – у 3 (6%), толстой кишки – у 3 (6%), двенадцатиперстной кишки – у 2 (4%), множественная травма живота - у 8 (15%). Чувствительность предложенного метода составила 77%, специфичность – 100% (при наличии всех диагностических критериев). Таким образом, предварительная диагностика закрытых повреждений живота у пострадавших с сочетанной травмой может осуществляться в приемном отделении на основании простых и неинвазивных диагностических критериев.

---

1405. Лечение аневризм брюшного отдела аорты.

Мирошниченко П.В. (1), Реука В.П. (1), Пронин И.В. (1), Долгополов В.В. (2), Лящук А.В. (2)

Луганск, ЛНР

1) Луганская республиканская клиническая больница, 2) Луганский государственный медицинский университет

Аневризмы абдоминальной аорты (AAA) — серьезная медицинская проблема, они сопровождаются высокой летальностью. Заболеваемость этой патологией в настоящее время достигла рекордных цифр — свыше 36 случаев на 100 000 населения. Несмотря на то, что успешные операции по поводу AAA проводят более 50 лет, послеоперационная летальность является наиболее высокой в ангиохирургии. При плановых вмешательствах смертность составляет от 4,2 до 32,1%, при разрыве — от 39,8 до 100%. Цель исследования: Проанализировать наш опыт лечения хронических AAA. Материалы и методы: Мы располагаем опытом лечения 184 больных AAA за период с 2003 по 2010 годы. Возраст больных колебался от 42 до 84 лет (в среднем 68,3±1,2). Мужчин было 172, женщин – 18. Сопутствующие заболевания: ИБС – 142 – 77,2% (в том числе постинфарктный кардиосклероз – 59 – 32,1%); гипертоническая болезнь – 98 – 52,3%; хронические obstructивные заболевания легких – 62 – 33,7%; желчекаменная болезнь – 5 – 2,7%; атеросклероз сосудов головного мозга – 68 – 36,9% (из них со стенозом сонных артерий более 70% - 7 – 3,8%); грыжи передней брюшной стенки – 29 – 15,8% (из них вентральные – 6 -3,3%); язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – 9 – 4,9%; онкологические заболевания – 23 – 12,5% (из них рак поджелудочной железы – 2, рак желудка – 1, рак поперечно-ободочной кишки – 8, рак прямой кишки – 2, рак почки – 8, рак тела матки – 1, рак надгортанника -1); облитерирующий атеросклероз – 68 – 36,9%. Тип AAA (по А.В.Покровскому): I – 3; II – 91; III – 88; IV – 2. Диаметр аневризмы: 4-6см – 16; 6-10см – 154; свыше 10см – 24. По показаниям больные проходили предоперационную подготовку, состоящую в коррекции витальных функций. У 7 больных с симптомными стенозами сонных артерий первым этапом была произведена каротидная эндартерэктомия. Использовался преимущественно тотальный срединный лапаротомный доступ. В 4 случаях использовалась средняя поперечная лапаротомия. При I типе аневризмы применялась левосторонняя торакофренолюмботомия – 2 больных. При IV типе аневризмы и в случае выраженного спаечного процесса брюшной полости после перенесенных ранее внутрибрюшных интервенций – левосторонний торакофренопараректальный доступ – 7 больных. Оперативное лечение AAA состояло в резекции аневризмы с внутрисосудистым протезированием и имплантацией в протез ветвей аорты. При аневризмах I и IV типа проводится холодовая фармакологическая нефроплегия. Имплантация нижней брыжеечной артерии в протез выполнена в 64 случаях. Дистальный анастомоз формировался в зависимости от степени вовлеченности в аневризматический процесс дистальных сосудов. При I и II типах аневризмы проводится линейное протезирование с формированием внутрисосудистого терминального анастомоза с дистальным отделом аорты. При аневризмах III и IV типа в дистальный анастомоз формировался с общими или наружными подвздошными и бедренными артериями. Линейное

протезирование аорты выполнено в 83 случаях, аортодвуподвздошное протезирование в 48, аортобифеморальное в 53. Особое внимание уделяется наличию у больного грыжевой болезни. Мы считаем, что наличие дефекта брюшной стенки в случае послеоперационного пареза кишечника может привести к ущемлению, поэтому всем больным в данном случае производим герниопластику (28 паховых, из них 4 двухсторонние, и 4 вентральные). Наиболее сложную категорию представляют больные с ААА и сопутствующей онкологической патологией. На наш взгляд наличие сопутствующего курабельного онкозаболевания не является противопоказанием к выполнению восстановительной операции на аорте. Мы предпочитаем проводить одномоментное симультанное оперативное лечение. Произведено 22 симультанных операций: сочетание резекции аневризмы с гастрэктомией - 1, панкреатодуоденальной резекцией - 1, с резекцией тела поджелудочной железы - 1, с резекцией толстой кишки - 8, резекцией прямой кишки - 2, нефрэктомией - 8, экстирпацией матки - 1. Результаты. Умерло 6 больных. Послеоперационная летальность составила 3,3%. Причиной смерти были: острая сердечная недостаточность в 2 случаях; острый мезентериальный тромбоз - 1; перфорация острых язв тонкой кишки - 2; интраоперационная кровопотеря вследствие технических погрешностей - 1. Послеоперационных осложнений было 8 - 4,4%: (забрюшинное кровотечение вследствие избыточной антикоагулянтной терапии - 1; эвентерация кишечника - 2; эмболия в бедренную артерию - 1; нагноение послеоперационной раны - 4. В отдаленном периоде умерло 27 больных по причинам, не связанным с перенесенной операцией. Следует отметить, что в группе сочетанной онко-сосудистой патологии осложнений и летальности не было. Выводы: 1) Оперативное лечение ААА является эффективным методом оздоровления данной категории больных; 2) тщательное планирование операции с учетом всех операционных рисков позволяет снизить операционную летальность; 3) сопутствующие курабельные онкозаболевания не являются противопоказаниями к восстановительной операции при ААА.

---

1406. Анализ результатов хирургического лечения больных с опухолями панкреатодуоденальной зоны

Попов А.Ю., Григноров С.П., Лищенко А.Н., Петровский А.Н., Порханов В. А.

Краснодар

«НИИ-ККБ №1 им. проф. С.В. Очаповского»

Анализируются результаты хирургического лечения 154 пациентов с опухолями панкреатодуоденальной зоны. Наиболее часто опухоль локализовалась в головке поджелудочной железы. У 139 больного при поступлении была механическая желтуха. Осложнения развились у 41 пациента 29,5%. Общая летальность составила 11 %. Лечение больных со злокачественными опухолями панкреатодуоденальной зоны является одной из наиболее сложных проблем абдоминальной хирургии. Среди опухолей этой локализации рак поджелудочной железы встречается наиболее часто (60–94 %) и занимает третье место среди злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта. Панкреатодуоденальная резекция (операция Whipple) является единственным радикальным методом лечения рака головки поджелудочной железы, периапулярной части общего желчного протока и большого соска двенадцатиперстной кишки. Первая резекция была выполнена Alessandro Codivilla в 1898 году, а в практику такие операции прочно вошли в 1935 году после внедрения Whipple и Child одномоментных панкреатодуоденальных резекций. В настоящее время вмешательства с удалением проксимальной части поджелудочной железы продолжают оставаться одними из самых сложных в хирургии как с технической точки зрения, так и по течению послеоперационного периода. Госпитальная летальность после панкреатодуоденальной резекции колеблется, по данным разных авторов, от 7 до 50%. В последние годы наметилась тенденция к улучшению непосредственных результатов панкреатодуоденальных резекций и операций с тотальной дуоденопанкреатэктомией (ТДПЭ), что связано с совершенствованием анестезиологического пособия, появлением новых эффективных препаратов, способных угнетать секрецию поджелудочной железы, таких как сандостатин (октреотид). Материал и методы. С 2010г по 2015г. в Краевой клинической больнице № 1 г. Краснодара на базе хирургического отделения № 1 было прооперировано 154 пациента (86 мужчин и 68 женщин) в возрасте от 29 до 77 лет (в среднем - 56 лет) со злокачественными опухолями

панкреатодуоденальной зоны. Новообразование локализовалось в головке поджелудочной железы у 84 больных (54,5%), в большом дуоденальном сосочке – у 18 (11,6%), в дистальном отделе общего желчного протока – у 11 (7,1%) и в двенадцатиперстной кишке – у 1 (0,6%). 10 пациентов (6,4%) оперированы при наличии доброкачественной патологии. В ходе операций выявлено, что количество наблюдений по стадиям распространенности процесса было достаточно близким, причем I стадия заболевания в наших наблюдениях не встречалась (табл. 1). Результаты исследования. Все 154 пациента были оперированы. В 128 случаях ввиду наличия механической желтухи проводилось двух этапное лечение, когда на первом этапе выполнялась дооперационная декомпрессия желчевыводящих путей. Выбор способа декомпрессии зависел от локализации опухоли. При опухоли головки поджелудочной железы осуществлялась чрескожная чреспеченочная холангиостомия или холецистостомия. При опухоли большого дуоденального сосочка выполнялась эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография с транспапиллярным дренированием холедоха, при неудачном исходе ретроградного дренирования – чрескожная чреспеченочная холангиостомия или холецистостомия. Оперативное вмешательство выполнялось при уровне билирубина не выше 50 мкмоль/л. Период декомпрессии желчевыводящих путей колебался от 5 до 22 дней. Вторым этапом выполнялось радикальное оперативное вмешательство. При выборе способа оперативного вмешательства учитывался размер опухоли, степень инвазии в окружающие ткани и органы, а так же общее состояние пациента. Таким образом выполнено 17(11%) лапароскопических ПДР и 137(89%) открытых оперативных вмешательств, из которых 13(9,4%) с резекцией воротной(верхнебрыжеечной) вен. На реконструктивном этапе операции панкреатодуоденальной резекции мы использовали два вида анастомозов с культей поджелудочной железы: панкреато-энтеро(ПЭА) 68(44,1%) и панкреато-гастроанастомоз(ПГА) 82(53,2%), в 5(3,2%) случаях, виду неадаптированной культы поджелудочной железы выполнено наружное дренирование. Осложнения в послеоперационном периоде наблюдались у 41 пациента (29,9%), в том числе у 3 пациентов (1,9%) после лапароскопических ПДР. Регистрировались несостоятельность анастомозов, гнойные интраабдоминальные осложнения (абсцесс, перитонит), послеоперационный панкреонекроз, желудочно-кишечные кровотечения, печеночно-почечная недостаточность, сердечно-легочные осложнения (инфаркт миокарда и тромбоэмболия легочной артерии). Всего после радикальных вмешательств повторно прооперировано 35пациентов наиболее часто по поводу панкреонекроза, несостоятельности анастомозов и гнойных внутрибрюшных осложнений. Послеоперационная летальность составила 11% – 17 случаев: 15 – после лапаротомных ПДР (9,7 %), 2 – после лапароскопических ПДР. Причинами смерти после ПДР послужили прогрессирование полиорганной недостаточности на фоне онкологического процесса, панкреонекроза, реже инфаркт миокарда в раннем послеоперационном периоде, тромбоэмболия легочной артерии. Обсуждение полученных данных. При анализе структуры оперативных пособий по поводу опухолей панкреатобилиарной зоны с 2010г по 2015 г. отмечен закономерный рост числа радикальных вмешательств, что связано как с улучшением диагностики (что ведет к выявлению заболевания на более ранней стадии), так и с накоплением опыта. Следует отметить моменты панкреатодуоденальной резекции, которым мы уделяли особое внимание: 1) ПДР с резекцией и протезированием воротной вены, 2) использование лапароскопического оборудования в выполнении оперативных вмешательств. 3) экспресс гистологическую диагностику в верификации диагноза и степени поражения органа. В последние годы риск послеоперационного панкреатита удалось снизить благодаря использованию ингибитора внешней секреции поджелудочной железы – сандостатина. Рак головки поджелудочной железы в наших наблюдениях явился наиболее часто встречающейся опухолью (64 %) среди всех новообразований панкреатодуоденальной зоны В подавляющем большинстве наблюдений новообразования данной локализации осложнялись механической желтухой, что диктовало необходимость выбора метода адекватной предоперационной декомпрессии желчевыводящих путей. В заключение следует отметить, что полученные результаты: - доказывают целесообразность выполнения ПДР у пациентов, страдающих онкологическим процессом, даже в случаях с местно-распространенным опухолевым процессом. - лапароскопический метод позволяет качественно улучшить послеоперационный период, снизить сроки пребывания больного в стационаре и послеоперационные осложнения и летальность. - выбор между вариантами выполнения ПДР определяется размерами опухоли, личным опытом хирурга и характером осложнений со стороны близлежащих органов. - методики хирургического лечения, предложенные в 80-90-х годах прошлого столетия являются привлекательными, однако на фоне развития лапароскопической техники становятся операцией выбора среди пациентов, страдающих различными злокачественными заболеваниями панкреато-билиарной зоны.

1407. СПЛЕНЭКТОМИЯ в комплексном лечении больных с заболеваниями системы крови

Краснолуцкий Н.А., Стебеньев А.Н., Поляков В.Ю.

Липецк

ГУЗ ЛГБ №3 "Свободный сокол" г. Липецк, хирургическое отделение

Благодаря накоплению научных данных о роли селезенки в патогенезе ряда гематологических заболеваний, спленэктомия нашла широкое применение в комплексном лечении больных с заболеваниями системы крови. Однако хирургическое вмешательство у этих больных сопряжено с повышенной опасностью к развитию осложнений в силу постоянно действующих факторов риска: анемия, лейкопения, тромбоцитопения, длительная гормональная терапия, гемолиз и другое. Техника открытой спленэктомии за последние десятилетия не претерпела существенных изменений. С внедрением в практику высокотехнологичных видеолапароскопических технологий позволило значительно снизить риск геморрагических осложнений во время проведения операции, особенно у больных с выраженной тромбоцитопенией, сократить сроки стационарного лечения. В нашем сообщении мы представляем результат хирургического лечения больных с гематологическими заболеваниями, у которых в комплексном лечении показана спленэктомия, за последние 10 лет. Всего оперировано 49 пациентов, мужчин 18, женщин 31, возраст от 21 до 73 лет, по нозологии: хронический лимфолейкоз – 15, наследственная микросфероцитарная гемолитическая анемия – 31, аутоиммунная гемолитическая анемия – 3. Все больные подверглись оперативному вмешательству после лечения и подготовки в гематологическом отделении. Операцию проводили только после стабилизации клинико-гематологических показателей. Всех больных оперировали под эндотрахеальным наркозом. В 42 случаях выполнена открытая, в 7 – лапароскопическая спленэктомия. Важным моментом считаем лигирование селезеночной артерии и вены первым этапом. Последним этапом спленэктомии проводим обязательное ушивание задней брюшины, что уменьшает раневую поверхность и способствует достижению гемостаза. Дренажирование левого поддиафрагмального пространства считаем обязательным. В послеоперационном периоде проводилась интенсивная терапия и весь комплекс мероприятий по профилактике развития возможных осложнений, не связанных с техникой спленэктомии в условиях АРО (профилактика респираторных осложнений, геморрагического синдрома, острой адреналовой недостаточности и гиперкоагуляционного синдрома). Осложнение отмечено в одном случае. На этапе освоения, после первой лапароскопической спленэктомии, в раннем послеоперационном периоде развилось внутрибрюшное кровотечение, что потребовало проведения экстренной лапаротомии. На операции обнаружено кровотечение из сосудистой ножки вследствие недостаточно качественного аппаратного скрепочного шва. Летальных исходов не было. Микросфероцитарная гемолитическая анемия очень часто сочетается с желчекаменной болезнью. В дооперационном периоде, на этапе подготовки и обследования, ЖКБ диагностирована у 27 больных. В данном случае выполнялись симультанные операции: спленэктомия, холецистэктомия в открытом или лапароскопическом варианте. У одной больной с апластической анемией, осложненной постоянными маточными кровотечениями произведена спленэктомия и одновременно надвлагалищная ампутация матки. Все больные после выписки наблюдаются у гематолога, стойкая ремиссия у больных с хроническим лимфолейкозом достигнута у 15 больных, клиническое выздоровление у 34 больных с микросфероцитарной и аутоиммунной анемиями. Правильный отбор и подготовка больных, тщательная хирургическая техника, проведение мероприятий в послеоперационном периоде, направленных на профилактику возможных осложнений, позволило выполнить спленэктомию у больных с заболеваниями системы крови с минимальными осложнениями и без летальных исходов.

---

1408. Хирургическое лечение опухолевых тромбозов нижней полой вены.

Мирошниченко П.В. (1), Торба А.В. (2), Калинин Е.В. (3), Харченко В.В. (2)

Луганск, ЛНР

1) Луганская республиканская клиническая больница, 2) Луганский республиканский клинический онкологический диспансер, 3) Луганский государственный медицинский университет.

Термин венозная инвазия означает распространение опухоли по просвету сосуда, без обязательного прорастания стенки сосуда. Венозная инвазия в нижнюю полую вену при опухолях почек и забрюшинного пространства встречается у 4-10% больных, у 60% из которых тромб распространяется выше почечных вен, иногда вплоть до правого предсердия. До недавнего времени опухоли почки или забрюшинного пространства с тромботической инвазией нижней полой вены считались неудалимыми, однако полученные за последнее время указания на положительные перспективы оперативного лечения больных с данной патологией. Цель исследования: проанализировать наш опыт лечения опухолевых тромбозов нижней полой вены (ОТНПВ). Материалы и методы: В течение последних 4 лет (по апрель 2012 г.) мы располагаем опытом лечения 76 больных в возрасте от 26 до 76 лет (в среднем 58,2 года) опухолевыми инвазиями НПВ. Мужчин было 58,3%, женщин — 41,7%. В 12 случаях причиной ОТНПВ были опухоли забрюшинного пространства (тератосаркома – 1, злокачественная феохромоцитома – 2, фибросаркома – 3, лимфосаркома – 6), в 64 – опухоли почек (во всех случаях светло-клеточный вариант почечно-клеточного рака). Поражение инфраренального отдела выявлено у 14, периренального отдела у 42, НПВ ниже уровня диафрагмы у 16, на уровне диафрагмы и выше (устье НПВ) — у 4. Мы предпочитаем использовать полный лапаротомный доступ, дополняя его при необходимости диафрагмотомией по Давыдову. Тораколапаротомный доступ применён в одном случае. Выполнение стандартной нефрэктомии оказалось достаточным для 30 больных с тромбом почечной вены, не достигшим устья. В 11 случаях при распространении тромба в НПВ с плотной фиксацией к стенке вены произведена резекция фрагмента стенки НПВ с тромбэктомией, при этом в 4 случаях для ушивания образовавшегося дефекта применена заплатка из дакрона. У больных, при отсутствии плотной фиксации тромба к стенке НПВ и в области устья почечной вены выполнили только тромбэктомию и резекцию устья почечной вены с ушиванием дефекта НПВ - 4 больных. Произвели два протезирования НПВ при расположении тромба в инфраренальном сегменте. Случаи имели место при фиксированных тромбах в нижней полой вене. В остальных случаях инфраренальной инвазии выполнена тромбэктомия из НПВ. Тромбэктомию проводили в условиях гепаринизации после пережатия НПВ выше и ниже тромба, контралатеральной почечной вены («правило трех турникетов»), крупных поясничных вен. В ряде случаев, после мобилизации НПВ, оказывалось возможным сместить пальцами верхушку тромба дистально, что позволяло накладывать зажим на более низком уровне. Наиболее сложным этапом является визуализация ретропеченочного отдела НПВ. При распространении тромба в ретропеченочный сегмент и выше мы мобилизовали печень с ее медалльной ротацией (по классической методике en bloc – в 2 случаях, с использованием методики piggyback - 2). Сосудистая изоляция, включающая пережатие гепатодуоденальной связки (прием Прингла) использована у 1 случая. Если тромбоз достигал входа в предсердие, проводили порциальную диафрагмотомию по Давыдову, что позволяло проводить манипуляции проксимальнее верхушки тромба – 2 случая. Попытки «слепого» удаления тромба (например, баллонным зондом) несут дополнительную опасность оставления на стенке вены резидуальных тромботических масс, которые могут содержать опухолевые клетки. В случаях плотной (в том числе и частичной) фиксации тромба считаем необходимой широкое вскрытие и ревизию НПВ с целью выявления остаточных фрагментов тромба с последующим кюретажем или резекцией стенки НПВ. В 1 случаев при местно-распространенной форме почечно-клеточного рака помимо тромбэктомии из подпеченочного отдела НПВ произведено удаление левой почки и надпочечника, правосторонняя гемиколэктомия, спленэктомия, резекция диафрагмы. Еще в одном случае при первично-множественной форме рака были выполнены правосторонняя адrenaлуретернефрэктомия (гистологически светло-клеточный вариант почечно-клеточного рака), тромбэктомия из НПВ с пластикой дакроновой заплатой, левосторонняя гемиколэктомия (аденокарциона слепой кишки). Методов вспомогательного и искусственного кровообращения, вено-венозного шунтирования мы не применяли. Результаты: Среднее время операции в настоящем исследовании составило 156 мин. Кровопотеря во время операции составляла 300—1500 мл (в среднем 450 мл). Интраоперационной и ранней послеоперационной летальности не было. При среднем сроке наблюдения 54 мес 2 пациента умерло от генерализации опухолевого заболевания (через 16 и 18 месяцев), все остальные были живы без признаков тромбоза. У четверых больных отмечались явления пролонгации болезни. Выводы: 1) Наиболее эффективный метод лечения ОТНПВ хирургический. 2) Радикальные операции при местно-распространенном раке почки, особенно ОТНПВ, как правило, можно производить только в специализированных лечебных учреждениях. 3) Лечение больных со злокачественными опухолями почек, осложнённых ОТНПВ, требует мультидисциплинарного подхода, с привлечением онкологов, ангиохирургов, анестезиологов, радиологов.

#### 1409. БЕЗОАР ЖЕЛУДКА КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН ПЕРИТОНИТА

Зигинова Т.М.(1), Лаврукова О.С.(1), Антропова Е.С.(1), Ванюков А.В.(2), Канидьева И.В.(2)

Петрозаводск

1) Петрозаводский государственный университет 2) НУЗ ОКБ ОАО РЖД ст. Петрозаводск

В 30-65% случаев патология червеобразного отростка (аппендициты: перфоративный, флегмонозный, гангренозный) является причиной развития перитонита, от 7-14% приходится на патологию желудка и двенадцатиперстной кишки (прободная язва, перфорация рака, флегмона желудка, инородные тела и др.). В медицинской литературе при описании инородных тел желудочно-кишечного тракта встречается понятие «безоар». Безоар – это редкий вид инородного тела, формирующийся в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ), чаще всего в желудке. Инородные тела различного происхождения, попадая в организм с пищей или в результате вредных привычек, не перевариваются, а накапливаются, и, уплотняясь, со временем превращаются в комки, увеличиваясь в размерах. По классификации Ш.А. Голурдавы, А.С. Кофкина (1969) безоары ЖКТ подразделяют на трихебезоар (или волосяной шар), фитобезоар, стибо безоары, безоары органического происхождения, полибезоары. Длительное нахождение безоара в желудочно-кишечном тракте может приводить к различным осложнениям. Наиболее частое из них – изъязвление слизистой желудка с развитием кровотечения. Образование пролежня и последующая перфорация стенки желудка или кишки с развитием перитонита является редким осложнением безоара, в связи с чем возможны ошибки при диагностике и лечении таких больных. Клинический случай: больная Р., 26 лет находилась в доме интернате с диагнозом «Болезнь Дауна. Грубая задержка психического развития. Дистрофия по типу гипотрофии центрального генеза. Сходящееся косоглазие. Двусторонняя паховая грыжа». У пациентки отмечалась дважды рвота съеденной пищей, появились выраженная слабость, бледность кожи, упала на пол. При осмотре живот напряженный, на пальпацию реагировала криком. Был выставлен диагноз: Функциональное раздражение желудка? Коллаптоидное состояние. Через три часа после осмотра повышение температуры тела до 37,8 С, выраженное беспокойство больной, состояние тяжелое. При осмотре находилась в вынужденном положении (поза эмбриона), язык сухой, обложен коричневым налетом у корня, живот подвздут, напряжен, резкая болезненность при пальпации во всех отделах. С подозрением на острый аппендицит больная отправлена в стационар. При транспортировке в машине скорой помощи остановка дыхания, артериальное давление не определялось, начата сердечно-легочная реанимация, из ротовой полости появилось содержимое желудка темного цвета. В палату ИТАР пациентка была доставлена без сознания, пульсация на сонных артериях и спонтанное дыхание отсутствовали. С техническими сложностями (в ротовой полости большое количество желудочного содержимого) выполнена интубация трахеи, продолжены реанимационные мероприятия в течение 30 минут без эффекта. Констатирована смерть пациентки. При судебно-медицинском исследовании трупа в брюшной полости около 700 мл мутного содержимого желто-зеленого цвета с хлопьями фибрина желтого цвета, брюшина тусклая с расширенными сосудами с наложениями фибрина желтого цвета. В просвете пищевода буроватая жидкость, в его нижнем отделе просвет плотно забит содержимым, в котором различимы травинки, веточки в виде плотного конгломерата цилиндрической формы. В просвете трахеи и бронхов выявлено содержимое аналогичного характера. Желудок переполнен содержимым темно-коричневого цвета, которое образует плотный конгломерат размерами 16x10x5 см, как слепок повторяющий форму желудка. В составе конгломерата различимы кусочки пищи (моркови, макаронных изделий), травинки, стебли, множество ниток разного цвета. В просвете двенадцатиперстной кишки также большое количество содержимого в виде конгломерата цилиндрической формы, полностью выполняющих просвет кишки. На задней стенке тощей кишки у брыжеечного края в 5 см от ее начала сквозной дефект стенки овальной формы размерами 0,6 x 0,4 см, края дефекта относительно ровные, гладкие, не утолщены. По наружной поверхности в окружности дефекта наложения фибрина желтого цвета. В просвете кишки на этом уровне и еще на протяжении 35 см аналогичное вышеописанному содержимое, состоящее из множества спутанных между собой ниток и пищевых масс. Таким образом, у больной имел место длительно существующий, не диагностированный гигантский фитобезоар ЖКТ, осложненный пролежнем и перфорацией тощей кишки с развитием перитонита. Фрагменты безоара при рвоте стали причиной механической асфиксии и дальнейшей смерти больной еще на догоспитальном этапе. Безоары ЖКТ и их осложнения представляют собой редкие виды

хирургической патологии. Поздняя диагностика данного заболевания может приводить к тяжелым осложнениям, таким как перфорация стенок желудочно-кишечного тракта и, как следствие, к перитониту.

---

1410.Безопасность различных вариантов холецистэктомии у больных с острым калькулезным холециститом и высоким операционно-анестезиологическим риском.

Натрошвили И.Г.

Кисловодск

ГБУЗ СК "Кисловодская ЦГБ"

При отсутствии выраженной сопутствующей патологии выбор варианта холецистэктомии зависит, в основном, от предпочтений и навыков хирурга и имеющихся технических возможностей. У пациентов высокого операционно-анестезиологического риска, особенно при наличии тяжелых деструктивных форм острого калькулезного холецистита, хирургическая тактика не однозначна. Проведен ретроспективный анализ результатов «радикального» оперативного лечения 176 пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском (ASA III и IV) и острым калькулезным холециститом различной тяжести без патологии желчных протоков в клинике г. Екатеринбурга, двух клиниках г. Москвы, четырех — г. Волгограда и в ЦГБ г. Кисловодска. Возраст пациентов был от 25 до 89 лет (в среднем  $65,3 \pm 12,1$  г). Различные сердечно-сосудистые заболевания были у 168 больных, легочная патология — у 32, неврологическая — у 40. 31 пациент страдал диабетом II типа. Острый холецистит легкой тяжести (согласно Токийской классификации) был у 78 больных, средней — у 90, тяжелый — у 8. 62 (35,2%) пациентам была выполнена холецистэктомия из минилапаротомного доступа, 55 (31,3%) - «традиционная», а 59 (33,5%) — лапароскопическая холецистэктомия (включая 6 операций SILS+). Умерли два пациента (1,1%). Им были выполнены лапаротомные холецистэктомии. Смерть больного 53 лет наступила от острого инфаркта миокарда на 24 сутки после вмешательства. Пациент 78 лет, страдавший острым флегмонозным калькулезным холециститом на фоне двусторонней внебольничной пневмонии, сахарного диабета II типа, диабетической нефропатии, хронической почечной недостаточности умер на 14-е сутки после операции от прогрессирующей почечной недостаточности. Индекс ятрогенности лапароскопической холецистэктомии у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском составил 0,37 балла, холецистэктомии из минилапаротомного доступа — 0,53 балла, а лапаротомной — 1,00 балл. Таким образом, у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском, более безопасно выполнение малоинвазивной холецистэктомии, предпочтительно — лапароскопической.

---

1411. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОЙ ЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Немирова С.В.

Нижний Новгород

Нижегородская государственная медицинская академия

В настоящее время эмболия легочных артерий является одним из самых распространенных острых потенциально жизнеугрожающих и инвалидизирующих состояний, стойко доминируя в структуре сердечно-сосудистой заболеваемости и причин смертности населения развитых стран мира, несмотря на достижения в ее профилактике, диагностике и лечении. Легочно-плевральные осложнения утяжеляют течение ЭЛА, маскируют эмболический характер поражения легочной ткани и приводят к позднему началу специфического лечения. Цель работы: представить опыт комплексной диагностики и лечения эмбологенных легочно-плевральных осложнений. Материалы и методы. Обследовано 378 пациентов, находившихся на клинических базах кафедры госпитальной хирургии им. Б.А. Королева НижГМА с подозрением на легочно-плевральные осложнения тромбэмболии легочных артерий. Мужчин в группе было 186 (49,21%), женщин – 192 (50,79%), средний возраст составил 65,13±7,52 года. Обследование пациентов включало сбор анамнестических данных, осмотр, лабораторные исследования крови и мочи, ЭКГ, традиционную полипозиционную рентгенографию органов грудной клетки, нативную и контрастную спиральную компьютерную томографию, УЗИ легких и плевры, вен большого круга кровообращения эхокардиографию. Комплекс лечебных мероприятий включал дезобструкцию ЛА (тромболитическая терапия или тромбэмболэктомия), применение антикоагулянтов, противовоспалительную, дезинтоксикационную и антибиотикотерапию. До получения результатов бактериологического исследования проводили эмпирическую антибиотикотерапию, затем ориентировались на чувствительность микроорганизмов. При выявлении абсцесса легкого выполняли его закрытое дренирование, инструментальную резекцию пораженных сегментов. При поражении плевры проводили пункции и дренирования плевральной полости, плевропневмонэктомию, видеоторакоскопическое удаление нагноившегося гемофибриноторакса. Результаты. На рентгенограммах при эмболии легочных артерий определяли дисковидные ателектазы и инфильтрация легочной ткани, как характерной клиновидной формы с широким основанием, обращенным к плевре (3,27%), так и округлой формы (19,84%), с зонами деструкции легочной ткани. В 114 (30,16%) верифицировали гидроторакс разной этиологии и степени выраженности. При УЗИ обращали внимание на признаки инфаркта легкого и ателектаза, воспалительно-деструктивные изменения легочной ткани, утолщение листков плевры, наличие воздуха и/или жидкостного содержимого в плевральной полости – однородного без включений или с неоднородной экзогенной взвесью. УЗ-симптомом признаком инфаркта лёгкого был субплевральный участок треугольной формы с однородной аваскулярной структурой и неровным контуром или полиморфные очаги с зонами деструкции – абсцессы и гангрена легкого. Следует отметить, что у 35 обследованных имелись несколько фокусов геморрагического пропитывания легочной ткани, пневмонии и/или инфаркта легких, что является одной из особенностей эмбологенного поражения. Эхокардиография, дополняемая УЗИ вен большого круга кровообращения позволяла выявить стеноз характер кровотока в ЛА, визуализировать эмбол, оценить уровень ЛГ, дисфункцию миокарда и риск рецидива ЭЛА. Сочетание нативной КТ с КТ-АПГ дало точное подтверждение диагноза легочной эмболии, способствовало топической диагностике, оценке характера эмболов по плотности тканей, а также поиску источника эмболии у всех больных, направленных на это исследование. Ангиопульмонография была выполнена 39 пациентам и в большинстве случаев сочеталась с венокаваграфией, показанной при подозрении на флотирующий характер тромба и необходимости имплантации кава-фильтра. У 48 пациентов был выявлен инфаркт легкого, из них у 35 больных ЭЛА была массивной и высокого риска ранней смерти, у половины обследованных носила рецидивирующий характер. Инфаркт легкого осложнился пневмонией у 44 больных, в том числе с развитием абсцесса легкого – у 7, экссудативный плеврит наблюдался у 7 пациентов, гемофибриноторакс, пиопневмоторакс и эмпиема плевры встречались в 1 случае каждый. У всех пациентов имела место полиорганная недостаточность, включающая сердечную (III-IV ФК по NYHA) и дыхательную (II-III ст.) недостаточность. В большинстве случаев при дезоблитерации ЛА происходило купирование легочной гипертензии и положительная динамика других легочно-плевральных осложнений. Неосложненное течение неинфицированного геморрагического инфаркта легких на фоне проводимой терапии и восстановления легочной гемодинамики имело место 4 пациентов. При его инфицировании купирование воспалительного процесса и восстановление проходимости ЛА приводило к уменьшению степени легочной гипертензии, стабилизации и улучшению состояния больных. При неадекватном легочном кровотоке или сохранении гнойно-деструктивного процесса быстро прогрессировала полиорганная недостаточность, что, несмотря на интенсивную терапию, приводило к летальному исходу. Выводы. Легочно-плевральный синдром сопровождает ЭЛА субсегментарных и более мелких ветвей ЛА, осложненную либо формированием воспалительного и деструктивного процесса в легких и плевре, либо хронической постэмболической легочной гипертензией. При этом зачастую у пациента имеется рецидивирующий характер заболевания с последующей массивной эмболией. Комплексная диагностика позволяет заподозрить визуализировать легочно-плевральные проявления ЭЛА, заподозрить и верифицировать их эмбологенный характер, выявить источник и оценить риск рецидива эмболии, что способствует выбору оптимальной тактики ведения пациента в каждом конкретном случае.



При восстановлении легочного кровотока неинфицированный геморрагический инфаркт легкого имеет неосложненное течение. При гнойно-деструктивных осложнениях ЭЛА их своевременное хирургическое лечение определяет благоприятный прогноз наравне с адекватной дезобструкцией ЛА.

---

1412. Комбинированное использование оксида азота и низкочастотного ультразвука в лечении гнойных заболеваний мягких тканей

Киршина О.В., Ялаева И.Г., Лобанов А.Н., Григорьев Н.Н.

Екатеринбург

ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург. ФГКУ «354 Военный клинический госпиталь» Минобороны России, г. Екатеринбург.

Актуальность Несмотря на достаточно широкий спектр физических методов обработки гнойной раны, проблема лечения гнойных заболеваний мягких тканей остается весьма актуальной. Применение относительно нового метода – NO-терапии также окончательно не решает данную проблему. Использование NO-терапии во все фазы раневого процесса, благодаря стимулирующему действию на репарацию, ускоряет его течение, однако не позволяет быстро и эффективно очистить рану от некротических тканей и фибрина, что приводит к необходимости дополнительной механической обработки. Одним из физических методов, обладающий такими свойствами, является низкочастотный ультразвук. Цель исследования - улучшить результаты лечения пациентов с гнойными заболеваниями мягких тканей с помощью комбинированного применения NO-терапии и низкочастотного ультразвука. Материалы и методы исследования Основа работы - результаты комплексного лечения 196 военнослужащих с гнойными заболеваниями мягких тканей (ГЗМТ) без признаков синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) и сопутствующей патологии. Все пациенты - мужчины, средний возраст - 20,6±0,2 лет. Преимущественной локализацией гнойного очага явились нижние конечности - 131 (66,8%) пациента. В структуре ГЗМТ преобладали флегмоны (30,1%) и абсцессы (29,6%). Средняя площадь раневой поверхности после операции составила 5,4±0,5 см<sup>2</sup>, глубина поражения мягких тканей у 135 (91,9%) пациентов соответствовала II уровню - подкожная клетчатка (D. N. Ahrenholz, 1991). Доминирующей раневой флорой после операции в 125 (63,8%) случаях явился золотистый стафилококк. Начальным этапом лечения всех больных было оперативное вмешательство. В дальнейшем все пациенты были разделены на основную и контрольную группы. В основную группу включены 147 пациентов, в местном лечении которых использовали физические методы в комплексе с традиционным лечением, контрольную группу составили 49 пациентов, лечившихся по традиционной схеме. В свою очередь, основная группа в зависимости от выбора физического метода, была разделена на три: 1-я группа - 49 пациентов, получавших NO-терапию; 2-я группа - 49 пациентов, раневую поверхность которых обрабатывали НЧУЗ; 3-я группа - 49 пациентов с комбинированным применением NO-терапии и НЧУЗ. NO-терапию послеоперационных ран выполняли плазменным потоком оксида азота (аппарат «Плазон») после операции и через сутки во время перевязок с экспозицией 15-20 сек на 10 см<sup>2</sup> раневой поверхности в I фазу раневого процесса и 5-10 сек - во II фазу (от 1 до 5 процедур). Обработку раневой поверхности НЧУЗ (аппарат «УРСК-7Н-22»), осуществляли в течение 1-3 мин после операции и через день во время перевязок только в I фазу раневого процесса до полного очищения раны от фибрина и некротических тканей (всего 1-3 процедуры). Во II фазу НЧУЗ из-за травмирующего действия на грануляции не применяли. Комбинированное применение NO-терапии и НЧУЗ заключалось в следующем: в I фазу раневого процесса после операции и во время перевязок патологический очаг обрабатывали НЧУЗ с последующим сеансом NO-терапии до момента появления грануляций и очищения раны от гнойного отделяемого и фибрина (1-3 процедуры). Во II фазу в местном лечении ран использовали только NO-терапию (всего 1-2 процедуры). Традиционная схема включала обработку раневой поверхности антисептиками и применение мазей в соответствии с фазой раневого процесса. Для оценки эффективности проводимого лечения учитывали сроки регрессии экссудации гнойного очага, очищения раневой поверхности от гнойного отделяемого и фибрина, а также сроки появления грануляций, краевой эпителизации и заживления раны. Планиметрические исследования динамики раневого процесса проводили на 5-е и 10-е сут. по методу Поповой Л. Н. и

Песчанского В.С. Цитологическое исследование ран выполняли методом поверхностной биопсии по Покровской М. П. у всех пациентов на 1, 3, 5, 7-е и 10-е сут. после операции. Результаты и их обсуждение В ходе изучения динамики местных признаков воспаления в I фазу раневого процесса установлено, что NO-терапия, НЧУЗ и их комбинация обладают разной степени выраженности противовоспалительным эффектом. Достаточно быстро регрессия представленных параметров происходит на фоне NO-терапии и ее комбинации с НЧУЗ, в то время как влияние только НЧУЗ на местные признаки воспаления выражено в меньшей степени. NO-терапия в комбинации с НЧУЗ позволяет в 1,2–1,4 раза быстрее купировать местные признаки воспаления (боль, перифокальный отек, гиперемия кожи) по сравнению с монотерапией НЧУЗ, ( $p \leq 0,05$ ). Напротив, процессы очищения раны от гнойного отделяемого и фибрина протекали достоверно быстрее на фоне НЧУЗ или его комбинации с NO-терапией, чем при монотерапии экзогенным оксидом азота (в 1,4–1,6 раза,  $p$

---

### 1413. NO-ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН

Ялаева И.Г., Киршина О.В., Лобанов А.Н., Горынин.А.Г.

Екатеринбург

ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург. ФГКУ «354 Военный клинический госпиталь» Минобороны России, г. Екатеринбург.

Актуальность Раневой процесс представляет собой совокупность стадий или фаз, последовательно сменяющих друг друга, а также связанных с ними реакциями всего организма. В настоящее время используется широкий спектр физических и физико-химических методов местного лечения гнойных ран, среди них особое место занимает активно развивающееся направление - NO-терапия, основанное на использовании экзогенного оксида азота (NO), полученного при помощи воздушно-плазменного аппарата «Плазон». NO-терапия является мощным стимулятором раневого процесса, особенно в осложненных ранах. Важным преимуществом NO-терапии является воздействие полифункционального оксида азота на все фазы единого воспалительно-регенераторного процесса. Цель исследования - оценка эффективности NO-терапии в лечении гнойных заболеваний мягких тканей. Материалы и методы исследования Основу работы составили результаты комплексного лечения 98 пациентов с гнойными заболеваниями мягких тканей без признаков синдрома системной воспалительной реакции. У 65(66,3%) пациентов гнойный очаг локализовался на нижних конечностях. Все пациенты были разделены на две группы: основная - 49 пациентов, в местном лечении которых использовали NO-терапию в комплексе с традиционным лечением, контрольная - 49 пациентов, лечившихся по традиционной схеме. NO-терапию выполняли плазменным потоком оксида азота (аппарат «Плазон») после операции и во время перевязок с экспозицией 15-20 сек на 10 см<sup>2</sup> раневой поверхности в I фазу раневого процесса и 5-10 сек - во II фазу. Результаты и их обсуждение NO-терапия позволяет в 1,4-1,8 раза быстрее купировать местные признаки воспаления, в 1,5-1,7 раза – сократить сроки очищения раны от гнойного отделяемого и фибрина, тем самым, обеспечивая переход раневого процесса во II фазу уже на 4-5-е сут после операции, в то время как при традиционном лечении этот переход происходит только на 7-8-е сут. Метод NO-терапии способствует ускорению течения II и III фаз раневого процесса по сравнению с традиционным лечением, сокращая в 1,6 раза сроки появления грануляций, в 1,8 раза – эпителизации и в 1,5 раза – сроки заживления гнойных ран. Ускорение течения фаз раневого процесса под влиянием NO-терапии подтверждают и планиметрические исследования: показатель Поповой (ПП) и индекс Песчанского на 10-е сут после операции в 1,4–1,6 раза превышали аналогичные показатели при традиционном методе лечения. Преимущества NO-терапии в лечении гнойных заболеваний мягких тканей подтверждают результаты микробиологического мониторинга ран. Уже на 3-и сут удельный вес контаминированных ран был в 1,7 раза ниже, чем при традиционном лечении. Цитологическое исследование ран убедительно закрепляет представленные результаты. Регрессия высокой степени нейтрофилии, смещение фагоцитоза в сторону заверченного типа происходит в 1,6 – 2,6 раза быстрее под влиянием NO-терапии, а переход цитограмм в сторону регенераторных типов – в 2 раза быстрее, что свидетельствует об интенсификации заживления на фоне NO-терапии по сравнению с традиционным

методом. Выраженный противовоспалительный эффект NO-терапии находит отражение и в динамике цитокинов раневого отделяемого. На 10-е сут уровень TNF $\alpha$  в 1,4 раза ниже, а ИЛ-4 в 1,3 раза выше по сравнению с традиционным лечением, что еще раз доказывает преимущества предлагаемого метода. Заключение Таким образом, комплексное исследование течения раневого процесса показало, что NO-терапия позволяет ускорить регрессию местных признаков воспаления, сократить сроки очищения раны от гнойного отделяемого и фибрина, добиться быстрой и полноценной элиминации микрофлоры из патологического очага, улучшить течение раневого процесса и сократить сроки заживления раны.

---

1414. Лапаротомная холецистэктомия при остром калькулезном холецистите в эру малоинвазивной хирургии.

Натрошвили И.Г.

Кисловодск

ГБУЗ СК "Кисловодская ЦГБ"

При проведении ретроспективного мультицентрового исследования (клиника г. Екатеринбурга, две клиники г. Москвы, четыре — г. Волгограда и ЦГБ г. Кисловодска), были изучены результаты лечения острого калькулезного холецистита без протоковой патологии у 144 больных, которым была выполнена лапаротомная холецистэктомия (23,6% всех холецистэктомий). Возраст пациентов был от 33 до 86 лет (в среднем 62,4 $\pm$ 12,0 лет). Группы тяжести острого холецистита выделяли согласно Токийскому соглашению. У 40 больных был легкий острый калькулезный холецистит, у 97 — средней тяжести, у 7 — тяжелый. У 3 пациентов лапаротомная холецистэктомия была вторым этапом лечения острого калькулезного холецистита после безуспешной попытки купирования воспалительных явлений дренированием желчного пузыря под контролем УЗИ. При невозможности выполнения лапароскопической холецистэктомии переход на лапаротомный доступ был осуществлен у 10 больных: у 9 - «по благоразумию», у 1 — при краевом повреждении холедоха. Для определения сложности операций применяли шкалу Cuschieri: «легких» холецистэктомий было 17, средней сложности — 57, сложных — 70. Тяжесть развившихся интра- и послеоперационных осложнений оценивали по шкале Accordion, для оценки безопасности вмешательств использовали индекс ятрогенности — суммарную тяжесть осложнений в баллах, приходящуюся на одного больного. Интраоперационных осложнений было 16: 14 кровотечений из ложа желчного пузыря или окружающих тканей, 1 кровотечение из пузырной артерии и 1 десерозация двенадцатиперстной кишки. После операции в сроки от 1 до 25 суток развилось 50 осложнений: 23 легких, 20 средней тяжести, 7 тяжелых. Умерли два пациента (1,4%). Смерть больного 53 лет наступила от острого инфаркта миокарда на 24 сутки после вмешательства. Пациент 78 лет, страдавший острым флегмонозным калькулезным холециститом на фоне двусторонней внебольничной пневмонии, сахарного диабета II типа, диабетической нефропатии, хронической почечной недостаточности умер на 14-е сутки после операции от прогрессирующей почечной недостаточности. Индекс ятрогенности лапаротомной холецистэктомии составил 0,87 балла: при остром холецистите легкой тяжести — 0,53, средней тяжести — 1,00, тяжелом — 1,14. Следует отметить, что в клиниках, где используются все три варианта холецистэктомии, количество операций из лапаротомного доступа значительно меньше (9,8% всех холецистэктомий), по сравнению с теми, где холецистэктомии из минилапаротомного доступа не производятся (50,0%). Таким образом, необходимость выполнения холецистэктомии из широкой лапаротомии возникает у десятой части пациентов. На современном этапе развития хирургии пациентам с острым калькулезным холециститом в большинстве случаев возможно производить малоинвазивные вмешательства с большей степенью безопасности.

---

#### 1415. ПОВРЕЖДЕНИЯ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

САМОХВАЛОВ И.М., ПЕТРОВ А.Н., РЕВА В.А., КОРНИЛОВ Е.А.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова, клиника военно-полевой хирургии

Закрытые повреждения грудного отдела аорты в 75% случаев являются следствием дорожно-транспортных происшествий и в 90% случаев приводят к смерти пострадавших, как правило, на месте травмы (Steenburg S.D. et al., 2008). Сочетанные повреждения, тяжелое состояние пациентов, травматичность открытой операции и частое отсутствие в наличии подходящих стент-графтов обуславливают трудности диагностики и лечения, а также увеличение числа летальных исходов среди пострадавших, доставленных в стационар. Цель: проанализировать различные подходы в лечении тяжелопострадавших с закрытым повреждением грудного отдела аорты, поступивших в клинику военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Материал и методы: В период с 2013 по 2015 гг. в клинику военно-полевой хирургии было доставлено 472 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой, из них 279 имели травму груди. В исследование включены только 4 пациента с выявленными у них повреждениями нисходящего отдела грудной аорты. Диагностический алгоритм заключался в выполнении рентгенографии груди в передне-задней проекции и компьютерной томографии с ангиоконтрастированием (КТА) при выявлении расширения тени средостения. Все повреждения аорты были подтверждены при КТА. Результаты: возраст пострадавших варьировал от 25 до 30 лет, все были мужчинами. Основной причиной травмы являлась автомобильная/мотоциклетная травма (3 пациента). Один пациент упал с высоты 4 этажа. Срок доставки в стационар  $57,5 \pm 5$  минут. Все пострадавшие были гемодинамически стабильны на месте травмы и при поступлении в клинику (систолическое АД не опускалось ниже 100 мм рт.ст.). Все пациенты имели сочетанные повреждения головы, живота и таза. Сочетанная травма конечностей имелась у одного из них. Травма груди, помимо повреждения аорты, заключалась в множественных переломах ребер, повреждении легкого с формированием гемопневмоторакса. Все пациенты поступали в тяжелом и крайне тяжелом состоянии: тяжесть травмы по шкале ВПХ-П(МТ)  $30,1 \pm 11,8$  баллов (ISS  $57 \pm 30$  баллов), тяжесть состояния по шкале ВПХ-П  $33 \pm 12$  баллов. Уровень гемоглобина при поступлении не опускался ниже 110 г/л. У всех пациентов при рентгенографии выявлено расширение тени средостения более 8 см, что послужило показанием к выполнению КТА, при которой выявлено повреждение истмической части грудной аорты IIIa-IIIb степени по классификации Presley Trauma Center (разрыв интимы с формированием псевдоаневризмы размерами более 1 см, наличием гематомы средостения с вовлечением и без вовлечения ветвей дуги аорты). Лечение пострадавших, помимо операций, направленных на устранение повреждений других областей (лапаротомия, внешняя фиксация переломов костей таза и конечностей), заключалось в устранении повреждения грудной аорты. Один пострадавший, которому выполнена неотложная левосторонняя передне-боковая торакотомия по поводу разрыва псевдоаневризмы и временное протезирование грудного отдела аорты полихлорвиниловой трубкой 30 Fr, умер на операционном столе от кровопотери. Двум пострадавшим выполнена имплантация стент-графта в грудной отдел аорты спустя 4 и 42 часа после поступления (среднее время операции 120 минут). У одного из них интраоперационно развилась тампонада сердца, потребовавшая выполнения стерно-торакотомии во 2 межреберье слева, перикардотомии. Другому пациенту, ввиду IIIb степени повреждения, стент-графт вынужденно имплантирован с закрытием устья левой подключичной артерии (без каких-либо ишемических и неврологических нарушений в послеоперационном периоде). Оба пострадавших выжили со сроком наблюдения 8 и 1 месяц, соответственно. Четвертому пострадавшему через 16 часов после травмы выполнено линейное протезирование перешейки и нисходящей грудной аорты в условиях левопредсердно-аортального обхода (время операции 240 минут) без неврологических осложнений в послеоперационном периоде со сроком наблюдения 1 месяц. Обсуждение: при тяжелой сочетанной травме груди одним из наиболее тяжелых повреждений является децелерационный разрыв грудной аорты. Правильная интерпретация рентгенограмм, дополненная данными КТА, во всех случаях позволяет выявить и оценить степень повреждения сосудов. Повреждение грудного отдела аорты требует срочного реконструктивного вмешательства в объеме имплантации стент-графта или открытой операции. В наших наблюдениях все пациенты, которым была выполнена реконструкция, выжили. Эндпротезирование грудной аорты сопровождалось меньшей травматичностью и длительностью операции, быстрой

реабилитацией по сравнению с открытой операцией. Выводы: своевременное и правильное реконструктивное вмешательство при повреждении грудного отдела аорты позволяет спасти жизнь пострадавшим с политравмой. Наиболее целесообразным методом операции является имплантация стент-графта.

---

#### 1416.СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ПЕРИТОНИТА

Гончаров А.В., Суворов В.В., Маркевич В.Ю., Пичугин А.А., Халаф Ж.М.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова, клиника военно-полевой хирургии

Посттравматический перитонит – осложнение травм и ранений, проявляющееся воспалением брюшины, развивающееся в результате повреждения органов (преимущественно полых) брюшной полости (Савельев В.С. с соавт., 2000). Причинами посттравматического перитонита являются: 1) проникающие повреждения полых органов вследствие ранения или травмы, которые не были своевременно распознаны и устранены; 2) отсроченный трансмуральный некроз и перфорация полых органов при их непроникающем повреждении; 3) несостоятельность анастомозов, швов полых органов; 4) тяжелые повреждения паренхиматозных органов. Развитие воспалительного процесса в брюшной полости происходит на фоне перенесенной массивной кровопотери, наличия тяжелых сочетанных повреждений, раннего развития инфекционных осложнений других локализаций, выраженной иммуносупрессии в остром периоде травматической болезни, что может служить причиной поздней диагностики и более тяжелого течения перитонита. Материал исследования: истории болезни 923 пациентов с травмами и ранениями живота, находившихся на лечении в клинике военно-полевой хирургии с 2003 по 2013гг. Диагноз перитонита установлен у 157 (17,0%) из них, местный перитонит имел место у 108 (68,8%) пострадавших, распространенный – у 49 пациентов (31,2%). Тяжесть повреждений у всех пострадавших в последней группе превышала 9 баллов (ВПХ-II) и 17 баллов (ISS). В лечении пострадавших с распространенным перитонитом применялась тактика многоэтапного хирургического лечения. Показанием к ее применению считали крайне тяжелое состояние пострадавшего, необходимость тампонады поврежденных областей, сомнительную жизнеспособность оставляемой кишки, препятствующий ненапряжному закрытию лапаротомной раны, наконец - массивное разрушение передней брюшной стенки. Традиционное ведение лапаростомы с программируемыми санационными релапаротомиями (контрольная группа) имело место у 36 пациентов (73,4%), у 13 пострадавших (26,6%) проводилось вакуумассистированное закрытие лапаростомы (основная группа). Среднее количество релапаротомий в контрольной группе составило 7,2 (от 4 до 11), в основной группе – 3,8 (от 3 до 7). Летальность в контрольной группе составила 47,2%, в основной группе летальный исход констатирован у 4 пострадавших (30,8%), Таким образом, частота распространенного посттравматического перитонита у пострадавших с повреждениями живота составила 17,0%, из них в 31,2% наблюдений имели место показания к применению многоэтапного хирургического лечения. Применение вакуумассистированного лечения распространенного перитонита позволило снизить летальность на 16,4%. В лечении пациентов, которым применялось вакуумассистированное закрытие лапаростомы, для купирования явлений перитонита потребовалось в среднем в 2 раза меньшее количество релапаротомий по сравнению с традиционной хирургической тактикой.

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

#### 1417. СРАВНЕНИЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ И ОТКРЫТЫХ ДОСТУПОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА.

Антонов Г.И., Мануковский В.А., Иванов И.И., Кинякин В.Н, Удалов А.М., Смирнов Р.А.

Красногорск, Московская область.

ФГБУ 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны России

Актуальность и цель исследования. Актуальность выполнения данного исследования объясняется недостаточностью сравнительных данных между результатами хирургического лечения пациентов с патологией поясничного отдела позвоночника с использованием минимально инвазивных техник и открытой хирургии. Целью исследования стало сравнение безопасности и эффективности двух хирургических методик: трансфораминальной установки кейджа (TLIF) с транспедикулярной фиксацией при выполнении минимально-инвазивных и «традиционных» доступов – открытой хирургии. Материалы и методы. Минимально инвазивные (пациенты группы I) или открытые (пациенты группы II) операции были выполнены 90 и 30 пациентам, соответственно. Результаты оценены ретроспективно в группах с учетом диагноза, клинических данных, количества прооперированных уровней. Основными нозологическими формами являлись: дегенеративные изменения в дисках с или без наличия грыжевого выпячивания, сопровождающиеся болевым синдромом, спондилолистез, стеноз позвоночного канала. Клинический результат оценен по визуальной аналоговой шкале боли, «удовлетворенности пациента результатом», шкале MacNab. Так же оценены продолжительность операции, госпитализации, интра- и послеоперационные осложнения. Средняя продолжительность наблюдения после операции составила 12 месяцев. Результаты. Изменения по визуальной аналоговой шкале по сравнению с дооперационным уровнем составили 4,7 в минимальноинвазивной группе и 4,5 у пациентов после открытых операций. Отличные и хорошие результаты по шкале MacNab составили 78% и 82%, соответственно. Продолжительность госпитализации пациентов после минимально инвазивных вмешательств была достоверно меньше и составила 6,3 дня по сравнению с 10,9 в группе II. Такая же закономерность отмечена в отношении интраоперационной кровопотери. В трех случаях при комбинированном стенозе позвоночного канала выполнялась двухсторонняя декомпрессия из унилатерального доступа, что позволило сократить травматичность доступа и продолжительность операции у пациентов старшей возрастной группы, получив положительный клинический результат. В группе I было два случая возникновения в ближайшем послеоперационном периоде болевого синдрома на контралатеральной стороне у пациентов со спондилолистезами при их интраоперационной редукции более чем на одну степень, что потребовало выполнения дополнительной операции – декомпрессии, с положительным клиническим результатом. В минимально инвазивной группе отмечен один случай интраоперационной ликвореи, в группе II – два. Во всех случаях дефекты ТМО имели краевой характер и ликворея купирована применением тахокомба. Вывод: минимально инвазивные операции при лечении дегенеративных заболеваний поясничного отдела позвоночника, спондилолистезах являются сопоставимыми по эффективности с открытыми вмешательствами. При этом за счет меньшей кровопотери и сокращения продолжительности госпитализации, быстрой активизации больных могут давать лучший клинический и экономический результат.

---

#### 1418. ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Самарцев В.А., Бусырев Ю.Б., Гаврилов В.А., Паршаков А.А.

Пермь

ГБОУ ВПО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава РФ ГАУЗ ПК ГКБ №4

Т Цель исследования – улучшить результаты лечения больных вентральными грыжами путем разработки критериев выбора оптимального способа герниопластики. Материал и методы исследования. Проведен ретроспективно-проспективный анализ результатов хирургического лечения 1872 человек, оперированных за период с 2008-2014 гг. на базе хирургического отделения ГКБ №4, г. Пермь. Первичные вентральные грыжи встретились в 1347 (47,2%) случаях, послеоперационные – в 525 (28,0%). Мужчин составило 1144 (61,1%) человек, женщин – 723 (38,6%). Средний возраст больных составил 55,6±12,8 лет. Паховые грыжи составляли 760 (40,6%), ПОВГ – 525 (28,0%), пупочные – 166 (8,9%), белой линии живота – 176 (9,4%), бедренные – 156 (8,3%), параумбиликальные – 89 (4,8%). У 116 (6,2%) грыжи были рецидивирующими. Нами активно используются классификации вентральных грыж по Chevrel J.P.- Rath A.M. (1999 г.), паховых грыж по Nyhus (1993 г.), а также меньшее распространение имеют классификации грыж Европейского общества герниологов 2009 года. Средний срок госпитализации составил 7±3,6 дней. 1363 (72,8%) человека госпитализированы в плановом порядке, 509 (27,2%) человек - в экстренном порядке, среди них у 62 (3,3%) пациентов наблюдалась острая странгуляционная кишечная непроходимость; у 62 (3,3%) пациентов грыжа осложнилась перфорацией полового органа и распространенным перитонитом. У 15(0,8%) пациентов развился абдоминальный сепсис и полиорганная недостаточность с дальнейшим летальным исходом. В предоперационном, интраоперационном и послеоперационном периодах пациентам с ПОВГ W3, W4 проводили неинвазивное измерение центральной гемодинамики и внутрибрюшного давления методом интравезикальной тензометрии. Сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы встречалась у 650 (34,7%) больных вентральными грыжами. Ожирение 1-4 степени наблюдалось у 426 (22,8%) пациентов. Птоз брюшной стенки различной степени наблюдали у 385 (20,6%) пациентов. У данной категории больных в 9 случаях симультанно выполнено билиопанкреатическое шунтирование, в 8 – лапароскопическая продольная резекция желудка. Результаты. Все пациенты были оперированы в экстренном и плановом порядке. У 1849 (98,8%) пациентов грыжесечение и пластика грыжевых ворот проводилась из широкого доступа. У 63 операции выполнены эндоскопически. Натяжные способы герниопластики с помощью установки сетчатого импланта выполнена у 1286 (68,7%) пациентов, из них чаще всего выполнялась операция Лихтенштейна – 608 (32,5%) при паховой грыже. При послеоперационных вентральных грыжах установка сетки при помощи методик onlay и sublay выполнена в равном количестве у 292 (15,6%) из каждой группы. Выводы. При выборе хирургической тактики и объема оперативного вмешательства в лечении вентральных и паховых грыж необходимо использовать индивидуальный дифференцированный подход с учетом коморбидного фона и возможности выполнения симультанных операций. аблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать!

---

1419. Принципы безопасности в бариатрической хирургии.

Неймарк А.Е., Корнюшин О.В., Иваниха Е.В.

Санкт-Петербург

Неймарк А.Е.(1,2), Корнюшин О.В.(1,2), Иваниха Е.В.(1,2)1)ФГБУ "СЗФМИЦ" Минздрава РФ)ФГБУ "СПБГМУ им.акад.И.П.Павлова"

Ежегодно количество бариатрических операций в мире растет. В 2013 году по данным регистра IFSO было выполнено около 468000 бариатрических операций. Успех современной бариатрической хирургии обусловлен низкими рисками послеоперационных осложнений и летальности. Средний уровень летальности в хирургии ожирения составляет около 0,4%. Такой уровень безопасности возможен благодаря нескольким слагаемым: применение лапароскопии, наличие специализированного инструментария, современное анестезиологическое пособие, обученный медицинский персонал, оборудование для ведения пациентов с морбидным ожирением в хирургическом отделении, принципы профилактики тромбоэмболических осложнений. Использование видеокамеры с разрешением высокой четкости, обеспечивает лучшую визуализацию. У пациентов с ожирением необходимо использовать удлиненную оптику и инструментарий, что делает все манипуляции более безопасными. Анестезиологическое пособие должно обеспечить адекватный уровень обезболивания и вентиляции, раннюю интубацию, быстрый выход из наркотического

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

сна с восстановлением полной активности пациента уже через несколько часов. Такой подход соответствует современному представлению о fast-track хирургии, позволяет снизить количество осложнений, уменьшить койко-день. Безопасная анестезия у бариатрического пациента возможна благодаря: применению современных средств для наркоза – дезфлорана, суггмадекса, оценки глубины миорелаксации и анестезии – акцелеметрия, BIS индекс, специальные инструменты при трудной интубации – видеоларингоскоп, ларингеальная маска, ПДКВ на вводном наркозе и др. Безопасность анестезии обеспечивается подготовленностью анестезиолога, рекомендовано иметь стажировку в отделении, где выполняется не менее 100 бариатрических операций в год. Важным аспектом безопасности является оборудование, которое возможно применять для пациентов с весом более 150 кг. Это в первую очередь, операционный стол, каталки, кровати, специальные матрасы для удержания и перемещения пациентов. Выполнение успешной операции у бариатрического пациента является лишь составной частью лечения и не обеспечивает гарантированный уровень безопасности. Такой уровень безопасности может обеспечить только этапное лечение, включающее в себя предоперационную подготовку, выполнение вмешательства в специализированном отделении и длительное послеоперационное наблюдение.

---

#### 1420.ВОЗМОЖНОСТИ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕГЕНЕРАТИВНОГО СКОЛИОЗА.

Антонов Г.И., Мануковский В.А., Иванов И.И., Кинякин В.Н, Удалов А.М., Смирнов Р.А.

Красногорск,Московская область.

ФГБУ 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны России

В исследовании оценены результаты хирургического лечения 15 пациентов с дегенеративным сколиозом с применением минимально инвазивных техник. Использовались дорзальные чрестубусные межмышечные, прямой боковой забрюшинный, передний забрюшинный доступы в сочетании с чрескожной транспедикулярной фиксацией с коррекцией деформаций. Данные технологии позволили достичь хороших клинических и рентгенологических результатов. Материалы и методы: ретроспективно проанализированы результаты лечения 15 пациентов с дегенеративным сколиозом. Всем больным была выполнена коррекция деформации с циркулярным спондилодезом, установкой межтеловых полиэфир-этеркетоновых кейджей, заполненных ауто- и синтетической костью. Во всех случаях вторым этапом выполнена чрескожная задняя внутренняя фиксация позвоночника системами, позволяющими выполнить трехплоскостную коррекцию. Проанализированы следующие показатели: возраст больных, интраоперационная кровопотеря, количество прооперированных сегментов, методика выполнения межтелового спондилодеза, ВАШ и индекс Освестри (до операции и в срок до 3 месяцев после нее), степень коррекции деформации, продолжительность операции. Цель: изучить возможность более эффективного лечения данной патологии с применением минимально инвазивных технологий за счет снижения кровопотери, меньшей травматизации окружающих тканей, быстрой активизации пациентов. Результаты: средний возраст составил 63 года (от 58 до 75 лет), среднее количество прооперированных двигательных-позвоночных сегментов было 2,9 (от 2 до 5). Кровопотеря при переднем забрюшинном доступе составила 120мл. При прямом боковом межтеловом спондилодезе в пересчете на один сегмент кровопотеря составила 57мл. Средняя продолжительность операции составила 5 часов 5 минут (от 2ч 40мин до 10ч 30мин). Средний показатель угла Кобба до операции был 13,7 градусов, послеоперационно – 4,1 градуса. Выраженность боли в ноге по ВАШ до операции составила 7,1, в спине – 6,9. А в срок 3 месяца после нее – 2,3 и 3,5, соответственно. Выводы: комбинация минимально инвазивных технологий позволяет эффективно корригировать дегенеративные деформации. При этом удовлетворительный результат достигается с меньшей кровопотерей и возможностью относительно быстрой активизации пациентов.



1421.Лапароскопическая трансабдоминальная преперитонеальная аллопластика пахового промежутка (ТАРР). Первые 1000 операций.

Ермаков Н.А., Зорин Е.А., Орловская Е.С.

Москва

ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России

Введение: В настоящее время «золотым стандартом» оперативного лечения паховой грыжи является открытая или эндоскопическая аллопластика пахового промежутка. По данным анализа литературы посвященной данной тематике, проведенным Р. Битнером с соавт. в 2011 году (републикация в 2014 г), могут быть рекомендованы только три вида операций по поводу паховой грыжи: пластика Шолдайса, открытая передняя пластика сетчатым протезом по Лихтенштейну и эндоскопическая (трансабдоминальная или тотальная экстраперитонеальная) пластика. При этом, рецидив грыжи в течение 5 лет наблюдается в 3,9%, 1,6% и 1,1% соответственно. Работа посвящена опыту выполнения лапароскопической трансабдоминальной преперитонеальной аллопластики (ТАРР) пахового промежутка в условиях общехирургического отделения многопрофильного стационара. Материалы и методы: с декабря 2009 года по июнь 2015 года в хирургическом отделении Лечебно-реабилитационного Центра Минздрава России (2009-2013 гг главный хирург В.Н. Егиев) выполнено 1000 операций по поводу паховой грыжи по методике ТАРР. Мы используем стандартную трех-троакарную методику (11, 11, 5 мм), с дополнительной инфильтрацией мест троакарных вколов 2% лидокаином. После создания широкой площадки, мы размещаем нераскроенный сетчатый протез, фиксируем его в стандартных точках, восстановление целостности брюшины до 2013 года производилось герниостепплером, с 2013 года применяется ушивание рассасывающимся шовным материалом (PDS 3/0). Методами контроля являлись: анализ данных историй болезни, телефонный опрос и осмотр пациентов. При этом по телефону опрошено 80% пациентов, осмотрено 51% пациентов. Оценка проводилась по следующим параметрам: наличие рецидива (+/-), наличие хронического болевого синдрома (по 5-ти балльной шкале), наличие снижения чувствительности (по 5-ти балльной шкале), ограничение занятия профессиональной деятельностью (+/-). Результаты: среди пациентов было 93% мужчин, 7% женщин. Двухсторонних грыж было 16%. Средний послеоперационный койко-день для односторонних и двухсторонних грыж достоверно не отличался и составил  $1,9 \pm 0,35$ . Среднее время операции (односторонние/двухсторонние):  $53,2 \pm 14,28 / 75,6 \pm 12,8$  мин. Симультанные операции выполнены в 99 (9,9%) случаях. Интраоперационные осложнения произошли в 4(0,4%) случаях: 1 – повреждение семявыносящего протока, 3 – повреждение нижней эпигастральной артерии. В 1 случае пациенту на 2 сутки после операции по месту жительства выполнена лапаротомия по поводу гемоперитонеума, причиной которого стало состоявшееся кровотечение из нижней эпигастральной артерии. Всем пациентам проводилось плановое обезболивание только пероральными или внутривенными НПВС в стандартных дозировках. Ранние послеоперационные осложнения развились в 25(2,5%) случаях, при этом все осложнения были местными и не потребовали длительного лечения (1 ст. по классификации Dindo-Slavien) – чаще всего – серомы семенного канатика, разрешившиеся пункционно. Рецидив грыжи выявлен в 4-х случаях (0,4%), причиной рецидива в 2-х случаях послужило «подворачивание» нижнего края сетки, в 1-м – отрыв медиального края сетки от куперовской связки, в 1-м – выраженное сморщивание сетки (на 80% площади). Хронический болевой синдром выявлен у 37(3,7%) пациентов, при этом в 1 случае потребовалась повторная операция с удалением фиксирующих элементов сетки, в 2 случаях – инъекционное ведение, в остальных случаях болевой синдром слабо выражен (1-2 балла). Только в одном случае наличие хронической послеоперационной боли привело к ограничению занятием профессиональной деятельностью – пациент был оперирован – выполнено удаление фиксирующих элементов сетки. Заключение: накопленный опыт выполнения лапароскопической трансабдоминальной преперитонеальной аллопластики по поводу паховых грыж, а также данные, полученные при проведении анализа результатов нашей работы демонстрируют безопасность и эффективность ТАРР, что, вместе с удовлетворительными статистическими показателями, позволяет рекомендовать данный вид операции как операцию выбора при лечении неосложненных паховых грыж в условиях общехирургического отделения многопрофильного стационара.

1422. Динамика пресепсина и прокальцитонина у пациентов хирургического профиля

Кулабухов В.В., Демидова В.С., Кудрявцев А.Н., Чижов А.Г., Звягин А.А., Терехова Р.П., Баранова А.А.

Москва

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

Цель. Сравнить диагностический потенциал лабораторных маркеров сепсиса – пресепсина (P-SEP) и прокальцитонина (PCT) у пациентов с инфекционными осложнениями в общехирургической практике и у больных с термическим поражением. Материалы и методы. Количественное определение P-SEP проводили иммунохемилюминесцентным методом (PATHFAST, Япония), PCT – иммунологическим методом (miniVIDAS, Франция). Проведён ретроспективный анализ диагностической значимости данных маркеров сепсиса у 134 больных хирургического профиля (45 (33,6%) пациенты с термической травмой) с признаками инфекционного процесса. Для оценки качества диагностической модели сепсиса проводили ROC-анализ исследованных маркеров, сравнение эффективности их применения проводили по значению показателя AUC. Объективную ценность маркеров определяли вычислением чувствительности и специфичности. Результаты. У пациентов имело место осложнённое инфекцией течение хирургического заболевания. Инфекционный процесс носил локальный характер у 91 пациента (67,9%), развитие сепсиса было отмечено у 43 (32,1%) больных. На данные проведённого ROC-анализа для показателей PCT у общехирургических больных в первые часы после проявления клинических симптомов сепсиса оказали влияние более низкие значения уровня маркера. При удовлетворительных значениях AUC в 0,88, чувствительности 0,81, специфичности 0,92, порог отсечения оказался в пределах 0,45 нг/мл. В период 12-24 часа от момента поступления, у пациентов с сепсисом наблюдался значительный прирост показателей PCT, что отразилось в повышении порога отсечения до уровня 1,31 нг/мл, при показателе AUC в 0,946, чувствительности 0,88, специфичности 0,87. В динамике наблюдения отмечали значительную достоверность в различиях показателей PCT между пациентами с сепсисом и локально протекающим инфекционным процессом. Была подтверждена статистически значимая разница между динамикой изменений уровня PCT у больных умерших от сепсиса и переживших заболевание. Качество диагностической модели сепсиса на основании уровней P-SEP с использованием ROC-анализа в период 6 часов от развития клинических симптомов генерализованной инфекции у пациентов общехирургического профиля так же было недостаточным, показатель AUC 0,767, порог отсечения 975 пг/мл, чувствительность 0,61, специфичность 0,99. Через 12-24 часа, отмечалось существенное повышение показателя AUC для P-SEP до уровня 0,95, при пороге отсечения 930 пг/мл, чувствительность 0,90, специфичность 0,98. У пострадавших с ожогами наблюдали значительное количество случаев неспецифического повышения уровней PCT. В данной группе пациентов значение показателя AUC для PCT составило 0,67, при этом чувствительность отмечалась на уровне 0,68, специфичность 0,67 при пороге отсечения 0,58 нг/мл. У большинства пациентов с ожогами повышение уровня P-SEP при развитии сепсиса имело место в первые сутки от момента начала заболевания. Максимальных значений маркер достигал на вторые – четвертые сутки. При проведении ROC-анализа для показателей P-SEP у ожоговых пациентов AUC составило 0,86, чувствительность – 0,84, специфичность – 0,88 при пороге отсечения 567 пг/мл. В исследовании были отмечены достоверные различия в показателях уровня исследуемых маркеров между умершими и выжившими пациентами с сепсисом, в обеих наблюдаемых группах. В дисперсионном анализе ANOVA с повторяемыми измерениями: F=9,2 при p=0,000001 для прокальцитонина; F=86,4 при p=0,00001 для пресепсина. Выводы. 1. При оценке качества диагностических моделей сепсиса у больных общехирургического профиля прокальцитонин и пресепсин показали сходные результаты – AUC (0,946 и 0,950, соответственно), при условии повторного исследования их уровней через 12-24 часа от момента развития клинических симптомов сепсиса. 2. Прокальцитонин, имеет значительно меньшие диагностические возможности в отношении постановки диагноза «сепсис» у больных с ожоговой травмой AUC (0,67). 3. Пресепсин у ожоговых пациентов с инфекционными осложнениями показал очень хорошее качество в диагностической модели сепсиса с уровнем AUC 0,86. 4. Уровни пресепсина и прокальцитонина достоверно различались у умерших и выживших пациентов с сепсисом, в обеих наблюдаемых группах.

1423. Лечение синдрома диабетической стопы методом чрескожной транслюминарной ангиопластики магистральных артерий нижних конечностей

Самарцев В.А., Каракулов О.Г., Васильев Ю.В.

Пермь

ГБОУ ВПО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава РФГАУЗ ПК ГКБ №4

Актуальность. Среди всех осложнений сахарного диабета (СД) поражения стоп встречаются у 25-80% больных, а у 15% развиваются язвенно-некротические формы, часто приводящие к ампутациям. С синдромом диабетической стопы (СДС) связано до 40 - 70% всех ампутаций нижних конечностей. Анализ частоты ампутаций нижних конечностей выявил, что хирургическое пособие больным с синдромом диабетической стопы, производится в 17-45 раз чаще, чем у населения в целом, причем отмечено, что частота окклюзионных поражений периферических артерий у пациентов с данным заболеванием превышает таковую у лиц без сахарного диабета лишь в 4 раза. Цель: улучшение результатов лечения СДС за счет более широкого применения современных рентгеноэндоваскулярных технологий. Материалы и методы. Под нашим наблюдением с января 2013 г. по декабрь 2014 года находились 383 пациента с диагнозом сахарным диабетом (СД) и СДС (гнойно-некротических изменений диабетической стопы) на базе городской клинической больницы №4 города Перми. Мужчин было 180 (47%), женщин 203 (53%), возраст больных варьировал от 35 до 87 лет. У 181 (47,2%) пациента выявлены показания к лечению эндоваскулярными методами. Оценка состояния артериального русла у больных сахарным диабетом выполнялась с помощью ангиографического комплекса GE Innova 3100 и ультразвукового исследования артерий подвздошно-бедренно-берцового сегментов и стопы. При визуализации артерий выраженных различий между ангиографическим и дуплексным исследованиями выявлено не было. У этих больных чрескожная баллонная транслюминальная ангиопластика (ЧБТА) выполнялись на сегментах следующих артерий: общей подвздошной (ОПА) – 14 (2,9%), наружной подвздошной артерии (НПА)-12 (2,5%), поверхностной бедренной (ПБА)-92 (19,4%), подколенной (ПКА)-113 (23,9%), передней и задней большеберцовых (ПББА и ЗББА) -97 (20,5%) и 87 (18,4%) , малоберцовой (МБА) – 57 (12%). При эндоваскулярных вмешательствах мы использовали как антеградный трансфеморальный, так и контрлатеральный доступ. Восстановление магистрального кровотока достигнуто в 98% случаев. У всех пациентов это доказано ангиографически. Остальным 202 (52,8%) пациентам выполнены различные варианты открытой хирургической реваскуляризации и проводилась комплексная консервативная терапия. Выводы. Таким образом, восстановление магистрального кровотока методом чрескожной транслюминарной ангиопластики при СДС даже по одной из берцовых артерий сопровождается редукцией степени ишемии и заживлением язвенно-некротических дефектов на стопе. Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать!

---

1424. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ БОЕВОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ

Рудь А.А., Петров А.Н., Коскин В.С., Самохвалов И.М.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова, клиника военно-полевой хирургии

Развитие инфекционных осложнений при травмах и ранениях является актуальной проблемой для современного гражданского и военного здравоохранения. Причина летальности при ранениях и повреждениях в первые сутки, наиболее часто, заключается в острой массивной кровопотере, либо тяжелом повреждении жизненно важных органов, но в более позднем периоде (более 48 часов) основной причиной летального исхода становятся инфекционные осложнения (Eastridge В., 2013). На данный момент частота развития инфекционных осложнений при ранениях и травмах составляет около 25 %, в период ведения боевых действий достигает 40%, а в 70% случаев они являются причиной летальных исходов (Ефименко Н.А. с соавт., 1999). Особенно часто раневая инфекция имеет место при минно-взрывных и множественных осколочных ранениях. В военно-медицинской службе Российской Федерации профилактика раневой инфекции заключается в определенной системе мероприятий, проводимых на различных этапах эвакуации. При оказании первой помощи применяется наложение асептической повязки с помощью пакета ППИ, остановка наружного кровотечения, транспортная иммобилизация подручными средствами. При оказании доврачебной помощи дополнительно проводится инфузия плазмозамещающих растворов раненым с признаками тяжелой кровопотери, внутримышечное или внутривенное введение 2,0 цефазолина, проведение транспортной иммобилизации табельными средствами. На этапе оказания первой врачебной помощи выполняют смену жгута на менее травматичный способ временной остановки кровотечения, продолжается восполнение объема циркулирующей крови, осуществляется внутривенное или внутримышечное введение 2,0 цефазолина, по показаниям выполняется паравульнарное введение раствора цефазолина с местным анестетиком. Основная составляющая профилактики – первичная хирургическая обработка (ПХО) ран, выполняется на этапе квалифицированной или специализированной помощи с обязательным отказом от первичного шва и выполнением адекватного дренирования и иммобилизации, с применением современных подходов к компонентам ПХО. Также продолжается в/в введение 2,0 цефазолина каждые 8 часов, которое при определенных условиях (загрязнение раны землей, отравляющими и высокотоксичными веществами, длительная ишемия конечности, ранения в челюстно-лицевой и периаанальной областях, повреждения кишечника) необходимо сочетать с аминогликозидами 2-го поколения и метронидазолом. На этапе специализированной помощи необходимо проведение по-вторной или отсроченной ПХО. На данном этапе эвакуации антимикробная профилактика либо завершается на 2-3 сутки, либо по факту развития инфекционных осложнений начинается проведение антибактериальной терапии. Отсутствие информации о возбудителе инфекции в первые 3-4 суток после травмы или ранения предполагает эмпирическое использование антибиотиков в зависимости от анатомической зоны повреждения с применением защищенных цефалоспоринов или полусинтетических пенициллинов. Направленная рациональная антибактериальная терапия по результатам бактериологического исследования является обязательным компонентом лечения инфекционных осложнений ранений и травм. В этом аспекте значимую роль играет система микробиологического мониторинга, позволяющая оценить динамику возбудителей в определенном стационаре и их резистентность к антибактериальным препаратам. Также, в случае развития инфекционных осложнений необходимо выполнить адекватное хирургическое лечение в объеме – вторичной хирургической обработки и адекватного дренирования зоны развития осложнения. Современный подход к профилактике и лечению раневой инфекции является многогранной и неоднозначной составляющей системы оказания помощи раненым и пострадавшим. Постоянные изменения в системе этапного лечения, в характере повреждений, ранящих агентах, особенностях раневой микрофлоры и подходах к хирургическому и терапевтическому оказанию помощи требуют постоянного контроля существующего алгоритма и его динамического совершенствования.

---

1425. Задняя сепарационная аллопластика (TAR-technique) и её модификации в лечении больших послеоперационных грыж брюшной стенки: опыт одного центра.

Ермаков Н.А., Зорин Е.А., Орловская Е.С.

Москва

ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России, Москва

Введение: Послеоперационные грыжи больших размеров являются актуальной проблемой современной герниологии из-за большого числа послеоперационных осложнений и высокой частоты рецидивов, что связано с отсутствием стандартов лечения этой тяжелой категории пациентов. Материалы и методы. С марта 2013 года по настоящее время в ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России выполнено 19 оперативных вмешательств с применением технологии TAR-technique при проведении задней сепарационной аллопластики у больных с послеоперационными вентральными грыжами. У 14 пациентов грыжи были первичными, 5 больных страдали рецидивными послеоперационными вентральными грыжами. По размеру грыжевых ворот все больные относились к группе W3 по классификации EHS. Оперативное вмешательство выполнялось под эндотрахеальным наркозом. После выделения грыжевого мешка и грыжевых ворот производили сепарацию слоев брюшной стенки в соответствии с методикой TAR-technique (Y.Novitsky, et al., 2012). У большинства больных применен некомпозитный протез SoftMesh 30,5x30,5 см, который располагался в виде ромба над ушитой поперечной фасцией и брюшиной. Фиксация протеза проводилась с помощью трансдиафрагмальных швов в четырех точках: под мечевидным отростком, над лобком и латерально с обеих сторон по средне-подмышечной линии. После установки протеза и дренирования созданной полости, белая линия восстанавливалась непрерывным швом полипропиленом. Результаты. Средняя продолжительность операции 228±22 мин. Интраоперационных осложнений не было. Послеоперационные осложнения отмечены у 6 пациентов. В соответствии с классификацией осложнений Dindo-Clavien осложнения 1 степени выявлены у 5 больных. Осложнений II степени не отмечено. Осложнение IIIa степени (ТЭЛА) в 1 случае. Осложнение IIIb степени выявлено у 1 больной - на вторые сутки после операции возникла «острая» грыжа в зоне спигелевой линии, наиболее вероятно из-за непреднамеренного повреждения апоневроза наружной косой мышцы во время сепарации. Это осложнение потребовало повторной операции. Осложнения 4 степени не отмечены. Оценивая частоту и степень развития внутрибрюшной гипертензии в послеоперационном периоде нужно отметить, что после операции по методике TAR technique это осложнение возникло у 2 из 19 больных (I и II степени). Важно отметить, что после проведения сепарации восстановить белую линию живота удалось у большинства пациентов. Использование «bridge» методики было только в 1 случае. У одной пациентки 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. Одному пациенту в связи с классической методикой задней сепарации дополнена частичным релизингом прямых мышц живота, что позволило избежать послеоперационной интраабдоминальной гипертензии. Продолжительность стационарного лечения 5-14 суток. Рецидивов за изученный период времени не выявлено. Выводы. Задняя сепарационная аллопластика по методике TAR-technique является эффективным способом хирургического лечения вентральных грыж больших размеров. Эта операция дает небольшое число осложнений. Она позволяет выполнить аллопластику брюшной стенки без выраженной внутрибрюшной гипертензии и при этом восстановить белую линию живота, что важно в функциональном и косметическом отношении. В ряде случаев она может выполняться в модифицированном виде. Отдаленные, в том числе функциональные результаты применения этой методики требуют дальнейшего изучения.

---

#### 1426.ВЗРЫВНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЗВУКОВОГО АНАЛИЗАТОРА, ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ.

Егоров С. В., Козаренко А. В.

Красногорск, Московская область.

ФГБУ 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны России

За последние годы в локальных военных конфликтах и при совершении террористических актов широко используются боеприпасы взрывного действия, отличающиеся высокой поражающей способностью и вызывающие санитарные потери. При минно-взрывной травме происходит сотрясение ушного лабиринта, сопровождающееся расстройством микроциркуляции, кровоизлияниями в лабиринт, нарушением продукции и состава лабиринтной жидкости и затруднением ее оттока, что в совокупности приводит к

водянке лабиринта, при которой нарушаются обменные процессы в перепончатом лабиринте, следствием чего является, функциональное поражение рецепторов слуховой системы с последующей дистрофией и некрозом нейроэпителия спирального органа и отолитового аппарата. Диагностика повреждений слуховой системы при минно-взрывной травме должна осуществляться как можно раньше и включать оптимальный набор методов. Исследованию слуха предшествует тщательно собранный анамнез, наружный осмотр, отоскопия. Изучается слуховая функция с помощью шепотной и разговорной речи, проводится камертональное исследование, составляется слуховой паспорт. Проводится тональная пороговая аудиометрия, определяются слуховые вызванные потенциалы. Проведенные исследования позволили условно выделить три группы тугоухости взрывного генеза: 1. Кондуктивная и смешанная тугоухость, обусловленная механическим и баротравматическими повреждениями структур наружного среднего и внутреннего уха; 2. Острая лабиринтная сенсоневральная тугоухость, сопровождающаяся нередко необратимыми патологическими изменениями в специфическом нейроэпителии спирального органа (острая акутравма); 3. Сенсоневральная центральная тугоухость или глухота, при которой изменения иногда носят функциональный характер (воздушная контузия). Принципы лечения взрывных поражений слуховой системы: устранение расстройств микроциркуляции, гипоксии; активация антиоксидантной системы снижение вязкости крови, улучшение ее реологических свойств, устранение накопления антигенов и токсического материала распада клеток, активация биологически активных веществ. ПХО ран с первичными восстановительными операциями на среднем ухе тимпаноластики. Исходя из опыта оказания помощи пострадавшим с минно-взрывной травмой звукового анализатора применяется следующий комплекс лечебных мероприятий: в первые 5 - 7 сут. после травмы - курс внутривенных инфузий в виде «разгрузочных капельниц» 1 - 2 раза в день, включающих: преднизолон, лазикс, витамины группы В1, панангин и др; сосудоактивные препараты, гепарин, антиоксиданты, седативные средства, транквилизаторы (при ушных шумах); гипербарооксигенотерапия (при отсутствии противопоказаний); гемосорбция, плазмаферез; электростимуляция тубарных мышц; профилактическая антибиотикотерапия, иммуномодуляторы. Выводы: - Диагностику и активное лечение взрывных поражений ЛОР органов необходимо проводить начиная с первых суток, либо сразу после выведения пострадавшего из шока, независимо от профиля лечебного учреждения. - Лечение должно быть комплексным и осуществляться на всех этапах оказания медицинской помощи. При этом окончательная диагностика уровня основного поражения звукового анализатора может быть осуществлена позже. - Пострадавшие, получившие взрывную травму внутреннего уха должны находиться под динамическим наблюдением отоларинголога (сурдолога) с регулярным, не реже 2-х раз в году, аудиометрическим обследованием и проведением курса лечения амбулаторно, при возможности - стационарно с целью предупреждения прогрессирования дегенеративных изменений в слуховой системе.

---

1427. Изучение функциональных нарушений при нанесении огнестрельной травмы

Свирида В.С., Самохвалов И.М., Ляшедько П.П.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова, клиника военно-полевой хирургии

С целью оценки значимости изменений функционального состояния крупных подопытных животных - свиней белой мясной породы, массой 65-70 кг. при получении ими огнестрельных ранений проводился мониторинг основных физиологических показателей (артериального давления, частоты пульса и дыхания, сатурации, вариабельности сердечного ритма, ректальной и кожной температуры). Эксперименты осуществлялись в соответствии с законодательными и нормативными документами РФ, рекомендациями Всемирной организации здравоохранения и директивами Европейского Союза. У всех животных проводился контроль жизненно важных функций организма путем мониторинга ряда физиологических параметров: показатели гемодинамики и газообмена (ЧСС, АД, ЧДД, Sat O<sub>2</sub>), ректальная температура, показатели вариабельности сердечного ритма (HR, TP, VLF, LF/HF, SDNN, CV), а также проводился анализ крови (число эритроцитов, лейкоцитов, гемоглобин, гематокрит, удельная плотность крови). Перечисленные

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

показатели фиксировались перед экспериментом, а также сразу же после подрыва, через 1, 24, 48 и 72 часа и перед выводом животных из эксперимента. По результатам исследований установлено, что наиболее информативными показателями тяжести состояния экспериментальных животных оказались: ЧСС, АД, ЧДД, Sat O<sub>2</sub> и 5 показателей variability сердечного ритма (TP, VLF, LF/HF, SDNN и CV). Экспериментальные животные, которые выжили после подрыва, долго, в течение 4-5 часов, не приходили в сознание. После возвращения сознания они оставались пассивными, начинали вставать не ранее 3-4 часов после выхода из наркоза, демонстрировали признаки дискоординированности движений, отказывались от пищи. Указанные параметры функционального состояния безусловно нуждаются в дальнейшем уточнении, но уже сейчас их целесообразно использовать для оценки тяжести травмы.

---

1428. Клинические исследования в хирургии

Скипенко Олег Григорьевич

Москва

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В.Петровского»

Клинические исследования являются общепринятым ориентиром при выборе средств и методов лечения в хирургии. Достоверность результатов этих работ напрямую зависит от грамотного и методологически правильно организованного клинического исследования (КИ). По уровню доказательности предпочтения отдаются рандомизированным контролируемым КИ, проведение которых в хирургии связано с определенными субъективными и объективными ограничениями. В связи с более широким использованием в последние годы наукометрических принципов оценки научных журналов (импакт фактор) и научной продуктивности ученых (индекс Хирша), возросли и требования к публикациям и исследованиям, что делает данную тему актуальной и востребованной в современной клинической практике.

---

1429. Эндоскопическая гастростомия: осложнения и методы их профилактики

Самарцев В.А., Ложкина Н.В.

Пермь

ГБОУ ВПО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава РФГАУЗ ПК ГКБ №4

Около 8,7% пациентов с дисфагией функционального или органического генеза нуждаются в энтеральном питании, в настоящее время для осуществления питания применяют несколько способов доступа к пищеварительному тракту. Хирургический метод установки гастростомы является инвазивным, имеет длительный послеоперационный восстановительный период, что усугубляет общесоматическое состояние пациентов. В настоящее время все чаще в практике используются малоинвазивные методы гастростомии, это либо чрезкожная эндоскопическая гастростомия, либо гастростомия под рентгенконтролем. Наш 5-х летний опыт установки чрезкожной эндоскопической гастростомы позволил нам разработать тактику ведения пациентов с дисфагиями различного генеза, а также проанализировать причины осложнений, возникшие после установки гастростомы данным способом. Цель исследования: улучшить результаты

применения чрезкожной эндоскопической гастростомии за счет профилактики и лечения ее осложнений .  
Материал и методы. За период 2009 – 2015 г на базе ГАУЗ ПК ГКБ №4 г. Перми эндоскопические гастростомы установлено у 43 пациентов, в возрасте от 35 до 87 лет, из них мужчин – 26 (60,5%), женщин- 17 (39,5%) . Пациенты пожилого возраста составляли 89,2%. Показанием к наложению гастростомы была дисфагия, обусловленная органическим стенозом и функциональная дисфагия. По локализации органический (неопластический) стеноз в стадии субкомпенсации выявлен: в ротоглотке – у 3; в шейном отделе пищевода – у 8; в грудном отделе пищевода – у 4 пациентов. Дисфагия центрального генеза была вследствие : опухоли головного мозга – у 2, ОНМК- у18, с черепно-мозговой травмой – у 2, персистирующего вегетативного состояния – у 3 пациентов. Результаты. Осложнения, корригирующие консервативными методами лечения: кровотечение из зоны раневого канала -1пациент. Гемостаз достигнут плотным прижатием наружного фиксатор к передней брюшной стенке в течении 24 часов, но с обязательной ротацией трубки вокруг оси каждые 3 часа. Пневмоперитонеум – у 6 пациентов. Свободный воздух в брюшной полости появляется во время установки гастростомы. Необходимо наблюдение за пациентом, для исключения перитонита, антибиотикотерапия. Динамическая кишечная непроходимость отмечена у 1 пациента, связана с ранним кормлением после установки гастростомы. Медикаментозная коррекция: адекватное обезболивание, прокинетики. В первые 24 часа после установки гастростомы необходимо ограничиваем прием пищи, допускается введение питьевой воды через 4 часа после установки гастростомы, в разовой дозе не более 60 мл. Подтекание содержимого желудка на переднюю брюшную стенку-у 3 пациента что связано с нарушением репаративной функции и слабым формированием грануляционного вала. Необходим ежедневный тщательный уход за кожей и ее защита от желудочного содержимого. Грануляционный вал формируется к 14-м суткам, поэтому в течении первых 2-х недель требуется ежедневный медицинский контроль за положением гастростомы. Раневая инфекция передней брюшной стенки отмечена у 3 пациенттов. Длительная ( более 24 часов) плотная фиксация трубки к коже с помощью наружного фиксатора, привела к некрозу подкожно-жировой клетчатки и мышц с формированием абсцесса передней брюшной стенки.Необходимо, чтобы трубка свободно двигалась в дорсо-вентральном направлении с амплитудой 9-10мм, также свободно вращалась вокруг своей оси. Аспирационный синдром возник при кормлении пациентов лежа. При тяжелом состоянии пациента необходимо поднять головной конец постели на 30-40 градусов. Осложнения, которые требовали активной хирургической тактики лечения: каловый перитонит- 1 пациент. Гастростома прошла через свободный край поперечно-ободочной кишки. Причина осложнения связана с нарушением технологии выполнения гастростомы- установка проводилась без выполнения трансиллюминации, ориентировались только на давление через переднюю брюшную стенку. Нарушение функционирования гастростомы было у 3 пациентов. Желудочный участок гастростомы (диск) полностью покрыт слизистой – симптом «закрытой чаши». Осложнение выявлено у пациентов через 2-3 месяца после установки гастростомы, связано с плотной фиксацией трубки к стенке желудка. При эндоскопическом контроле мобилизовать диск из слизистого и подслизистого слоя не удалось, поэтому гастростомы удалили с использованием тракционного поступательного движения через переднюю брюшную стенку, но без чрезмерного усилия, так как по данным литературы высокий риск обрыва стенки желудка. Гастростомы сразу были переустановлены по стандартной методике. Выводы. Эндоскопическая гастростома является малоинвазивным, эффективным методом для осуществления адекватного энтерального питания у пациентов с дисфагией различного генеза при тщательном соблюдении техники установки и обязательном медицинском наблюдении за пациентами в раннем и позднем послеоперационном периоде. Осложнения, потребовавшие хирургического вмешательства, составили 2,3% от общего количества выполненных эндоскопических гастростомий.

---

#### 1430.ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАНЕНИЙ ГРУДИ ИЗ ОГНЕСТРЕЛЬНОГО ОРУЖИЯ ОГРАНИЧЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ

Бадалов В.И., Гребнев Д.Г., Жуманазаров Б.Я.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова, клиника военно-полевой хирургии



Проведен ретроспективный анализ 117 историй болезней пострадавших, получивших ранения груди из огнестрельного оружия ограниченного поражения (ОООП), поступивших в стационары города Санкт-Петербурга в период 2007-2014гг. Данные материалы позволили рассмотреть основные принципы диагностики и хирургического лечения этого вида огнестрельных ранений. Проникающие ранения груди из ОООП составили 20%, непроникающие – 80%. При поступлении всем пострадавшим с ранениями груди из ОООП, обязательно выполняли обзорную рентгенографию в двух проекциях, ультразвуковое исследование. Из всех непроникающих ранений груди, когда рана локализовалась только в поверхностных слоях мягких тканей, и для удаления инородного тела не требовалось рассечения раны, выполнялся лишь туалет огнестрельной раны (60% случаев), включавший, также, противовоспалительную блокаду и дренирование. В случаях более глубоких ранений мягких тканей производилась первичная хирургическая обработка огнестрельной раны (40% случаев), которая заключалась в рассечении раны с целью ревизии, гемостаза, удалении явно нежизнеспособных тканей, извлечении инородного тела (пули). Завершающим этапом первичной хирургической обработки было выполнение противовоспалительной блокады, дренирование. При отсутствии инфекционных осложнений, через 2-3 суток рана ушивалась отсроченным первичным швом. В 23 наблюдениях (20%) встречались проникающие ранения груди из ОООП. Из них в 16 наблюдениях выявлены 15,3 мм пули, в 7 случае – 10,2 мм. В 17 наблюдениях проникающие ранения груди сопровождались гемопневмотораксом и в 6 случае - гемотораксом. Оперативное вмешательство в данных наблюдениях ограничилось выполнением торакоцентеза, дренированием плевральной полости по Бюлау, выполнением первичной хирургической обработки раны грудной стенки. В отсроченном порядке, 17 (100%) раненым выполнялась компьютерная томография. После чего торакоскопически производилась санация, удаление инородных тел (пуль). Вывод: при поверхностных непроникающих ранениях мягких тканей различной локализации, как правило, производится туалет ран. При проникающих ранениях из ОООП лечебная тактика осуществляется по принципам хирургического лечения огнестрельных ран.

---

#### 1431.ИЗУЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОАКУПУНКТУРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Черных А.В., Ступин В.В., Якушева Н.В.

Воронеж

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Актуальность. Хронические заболевания вен нижних конечностей представляют собой серьезную медицинскую и социальную проблему. По данным различных авторов, хроническими заболеваниями вен нижних конечностей страдает около 25% населения индустриально развитых стран (А.И. Кириенко с соавт., 2007 г, В.Ю. Богачев и соавт., 2008г, Eklöf B., 2012, А.Л. Соколов с соавт., 2007). Электроakupунктурная диагностика позволяет неинвазивно оценить уровень адаптационных возможностей организма при различной патологии, следовательно, может применяться у больных с хронической венозной патологией нижних конечностей. Цель исследования: изучение электроakupунктурных показателей при хронических заболеваниях вен нижних конечностей у пациентов различных возрастных групп. Материалы и методы. Исследования были проведены на базе хирургического отделения БУЗ ВО Аннинская РБ. Изучены значения электроakupунктурных показателей у 58 пациентов обоего пола с хроническими заболеваниями вен нижних конечностей в возрасте от 28 до 88 лет. Всем больным проводилось консервативное лечение. Мониторинг биологически активных точек проводился с помощью прибора “Пересвет” для электроakupунктурной диагностики по Фоллю. Полученные результаты. Анализ результатов электроakupунктурных показателей у пациентов с хроническими заболеваниями вен нижних конечностей при поступлении в стационар показал снижение по следующим исследуемым меридианам: в возрастной группе 25-44 года: на меридиане сердца – 40 у.е, сосудов- 41 у.е, легких – 62 у.е, толстой кишки – 60у.е, тонкой кишки - 50 у.е, селезенки-поджелудочной железы - 40у.е, печени – 42у.е, желудка - 38у.е, мочевого пузыря - 40у.е, почек –42 у.е; в группе 45-60 лет: на меридиане сердца - 34±1у.е, сосудов- 35±4у.е легких - 42±2у.е, толстой кишки - 40±3у.е, тонкой кишки - 38±2у.е, селезенки-поджелудочной железы -27±4у.е, печени – 34.5±6у.е, желудка –

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

34.8±4у.е, мочевого пузыря - 34±4у.е, почек -35.2±3у.е; в группе 60-75 лет: на меридиане сердца -32.7±1у.е, сосудов- 33±4у.е легких - 46.7±2у.е, толстой кишки - 44±3у.е, тонкой кишки - 38±2у.е, селезенки-поджелудочной железы -23.8±4у.е, печени - 30.4±6у.е, желудка - 36.6±4у.е, мочевого пузыря - 34.8±4у.е, почек - 40±3у.е.; в группе старше 75 лет: на меридиане сердца - 36±1у.е, сосудов- 33±4у.е легких -47.5±2у.е, толстой кишки- 42.6±3у.е, тонкой кишки- 38.6±2у.е, селезенки-поджелудочной железы -31.6±4у.е, печени - 31.3±6у.е, желудка- 34.2±4у.е, мочевого пузыря - 33±4у.е, почек-36.7±3у.е. Наиболее значительное снижение биопотенциалов во всех возрастных группах отмечалось на меридианах сердца и сосудистой системы. Эти меридианы, по электроakupунктурной теории Фолля, отражают состояние сосудов. Снижение показателей на меридианах, проходящих на нижней конечности, возможно, связано с гипоксией и нарушением микроциркуляции. У 1,2% пациентов отмечалось повышение показателей на следующих меридианах: селезенки-поджелудочной железы - 70у.е, печени - 91у.е. Это, вероятно, связано с наличием трофических язв в проекциях прохождения данных меридианов. После проведенного консервативного лечения наблюдалось улучшение показателей во всех возрастных группах на 10% на меридиане сердца, на 8% на меридиане сосудистой системы. Выводы. 1. При хронических заболеваниях вен нижних конечностей наблюдается снижение электроakupунктурных показателей во всех возрастных группах, что, вероятно, связано с гипоксией и нарушением микроциркуляции. 2. При наличии трофических язв в проекции прохождения меридианов происходит повышение показателей соответствующих биологически активных точек. 3. Метод электроakupунктурной диагностики по Фоллю может быть использован как один из дополнительных методов контроля эффективности консервативной терапии хронических заболеваний вен нижних конечностей.

---

1432.КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СВЯЗАННОГО ЭНДОПРОТЕЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ОТКРЫТОГО ПЕРЕЛОМА МЫШЦЕЛКОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ОСЛОЖНЕННОГО ХРОНИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ.

Пешехонов Э.В., Зубок Д.Н., Меркулов А.В.

Красногорск, Московская область.

ФГБУ 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны России

Больная 25 лет, 22.07.2009г получила политравму в результате ДТП, доставлена в ГБ г. Волжский Волгоградской области в крайне тяжелом состоянии, получала лечение в условиях реанимации. Переломы фиксированы гипсовыми лонгетами. Сознание – кома, ИВЛ через трахеостому. Травма сочетанная, захватывает несколько анатомических областей. Коленный сустав открыт, с гнойным отделяемым. Бедренная кость выстоит в рану на 20 см, покрыта грануляциями и фибрином. Выполнена вторичная хирургическая обработка гнойной раны коленного сустава, открытая репозиция отломков, внеочаговый остеосинтез аппаратом Илизарова. На рентгенограмме правого коленного сустава через 3 месяца после травмы, в АВФ, отмечается выраженный остеопороз, костная ткань напоминает «тающий сахар», имеет место остеомиелит правой бедренной кости. Потребовался 1 год для достижения стойкой ремиссии в лечении остеомиелита, после чего мы вернулись к лечению контрактуры коленного сустава и восстановлению функции нижней конечности. Очевидно, что в данной ситуации первичное эндопротезирование невозможно, решено было использовать связанный эндопротез. Компания «импланткост» предоставила на выбор онкологический эндопротез с полным замещением мышцелков бедра и с обычным бедренным компонентом в расчете на костную пластику дефектов мышцелка система «Мутарс». Самостоятельного опыта установки таких протезов у нас на тот момент еще не было, на операцию был приглашен профессор Н.В. Загородний. Выбран второй вариант. Предстояло: во-первых – обеспечить функцию сустава при условии стойкой сгибательной контрактуры (сгибание 165 град); во-вторых - восстановить мышцелок бедра. По-этому, была выделена бугристость большеберцовой кости, резецировано около 3 см кости, за счет чего достигнуто удлинение собственной связки надколенника. Лежащий отдельно наружный мышцелок был выделен, обработан и, после опиления и формирования бедренного компонента фиксирован 2 винтами на свое же место. Компоненты эндопротеза подогнаны и установлены согласно

984

планирования. Далее установленные компоненты «связывались» между собой специальным устройством, стабилизирующим аппарат коленного сустава. После установки компонентов эндопротеза бугристость большеберцовой кости уложена на место, с учетом спиленного костного фрагмента и фиксирована 3 кортикальными винтами. Таким образом был увеличен объем движений в коленном суставе. Так выглядит установленный эндопротез и послеоперационная рана. И вот, через 7 месяцев после операции на рентгенограммах вполне удовлетворительное стояние эндопротеза, нет никаких признаков нестабильности. Объем движений: сгибание 120 град, разгибание 180 град. Больная в быту не пользуется дополнительными средствами опоры.

---

1433.Лечения нестабильных повреждений тазового кольца.

Самохвалов И.М., Борисов М.Б., Денисенко В.В., Гребнев А.Р., Рева В.А.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова, клиника военно-полевой хирургии

Частота переломов костей таза достигает у 30 % пострадавших с тяжелой сочетанной травмой и при множественном нестабильном характере переломы сопровождаются значительной внутритканевой кровопотерей. Летальность при этом без применения специальных технологий лечения может достигать 80% при вертикально нестабильном характере переломов. Оказание помощи пострадавшим с нестабильными повреждениями таза должно строиться по принципам многоэтапного хирургического лечения: остановка кровотечения, стабилизация состояния пострадавшего, окончательное устранение повреждений костей таза. С применением тактики многоэтапного хирургического лечения оказана помощь 248 пострадавшим с нестабильными переломами костей таза. Контрольная группа составила 85 пострадавших, которым осуществлялось консервативное лечение. В исследуемой группе при поступлении в стационар пострадавшего с нестабильной гемодинамикой и патологической подвижностью костей таза выполнялось рентгенологическое исследование только груди и таза и в течение 20 минут производилась временная остановка внутритазового кровотечения с использованием С-образных щипцов Ганса, являющимися наименее травматичным и наиболее быстрым способом остеосинтеза. В ряде случаев при ротационно нестабильных переломах с наружной ротацией применялась и противошоковая тазовая повязка, которая накладывалась на уровне вертелов бедренных костей. Затем, с целью окончательной остановки внутритазового кровотечения производилась закрытая репозиция переломов костей таза с фиксацией внеочаговым аппаратом, что в большинстве наблюдений эффективно останавливало внутритазовое кровотечение. Однако, при 5% ротационно- и 20% вертикально-нестабильных переломах применение аппаратов недостаточно неэффективно, что проявляется нестабильной гемодинамикой в течение 30 мин, несмотря на стабилизацию поврежденного таза, при достоверном отсутствии других источников кровотечения. В таких случаях выполнялась внебрюшинная тугая тампонада таза. В двух случаях с целью выявления источника внутритазового кровотечения выполнялась ангиография артерий таза с верификацией источника кровотечения и эндоваскулярной остановкой продолжающегося кровоотечения. Затем пациент переводился в реанимационное отделение, где проводился второй этап лечения до окончательной стабилизации состояния. Третий этап тактики многоэтапного хирургического лечения множественных нестабильных повреждений таза заключался в проведении различных реконструктивно-восстановительных операции погружного остеосинтеза костей таза пластинами, канюлированными, полиаксиальными винтами, или комбинацией различных методов остеосинтеза. С целью уменьшения травматичности доступа при разрыве лонного сочленения производили остеосинтез полиаксиальными винтами диаметром 7 мм, длиной 55-60 мм, введенными в горизонтальные ветви лонных костей со стороны симфиза и соединенными С-образно изогнутой штангой. При переломах лонных костей предпочтение отдавалось малоинвазивному остеосинтезу переломов переднего полукольца таза канюлированными винтами. Данный вид остеосинтеза обеспечивает достаточную прочность фиксации, но при этом выполняется с минимальным повреждением мягких тканей, без кровопотери. При повреждениях заднего полукольца таза (разрывы крестцово-подвздошного сочленения, переломы боковой массы крестца I-II типа по F.Denis) применялся метод

остеосинтеза заднего полукольца таза канюлированными винтами. Следует отметить, что при вертикально-нестабильных переломах костей таза в обязательном порядке фиксацию заднего полукольца таза канюлированными винтами дополняли пояснично-тазовой дистантной фиксацией с использованием полиаксиальных винтов, введенных в тела L4,L5 позвонков и в крыло подвздошной кости с поврежденной стороны. Кроме того, подобная методика является единственно возможной при переломах крестца типа Denis III. Таким образом, применение тактики многоэтапного хирургического лечения при нестабильных переломах костей таза позволила снизить частоту развития гипостатических осложнений с 14,4% до 9,5%, инфекционных осложнений с 38,3% до 18,6%, летальность снизилась с 47,5% до 7,4%.

---

1434. Диагностические возможности капсульной эндоскопии в абдоминальной хирургии

Ложкина Н.В., Самарцев В.А.

Пермь

ГБОУ ВПО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава РФГАУЗ ПК ГКБ №4

В настоящее время капсульная эндоскопия все чаще включается в диагностический алгоритм при заболеваниях желудочно-кишечного тракта. В нашей клинике мы стали использовать видеокapsульную эндоскопию в качестве скрининг-метода диагностики заболеваний проксимальных отделов желудочно-кишечного тракта и всех отделов тонкой кишки. Данный метод позволил диагностировать самые различные заболевания тонкой кишки и желудка функционального и органического генеза. Однако капсульная эндоскопия не является полноценной альтернативой эндоскопии и должна позиционироваться как дополнение к существующим методам гастро-, энтеро- и колоноскопии. Цель исследования: улучшение качества диагностики и результатов лечения больных с различными заболеваниями тонкой кишки и проксимальных отделов ЖКТ. Методы исследования. За период 2011-2015гг. у 32 пациентов проведена капсульная эндоскопия. Из них 9 пациентов предъявляли жалобы на диспепсические расстройства (вздутие живота, тяжесть, неустойчивый стул), у 6 пациентов отмечены симптомы кровотечения, которые не были обнаружены при выполнении видеогастро- и колоноскопии, у 2 пациентов - анемия неясного генеза, у 1 пациента выявлены полипы толстой кишки, 2 пациента поступили в клинику с подозрением на заболевания кишечника. Только у 4 пациентов перед выполнением капсульной эндоскопии выполнялась видеогастроскопия и у 3 пациентов видеоколоноскопия. Исследование осуществляли с использованием системы MiroCam (производство Корея). Общее время работы видеокapsулы составляло 11 часов 50 минут, что позволило во всех исследованиях провести тотальный осмотр тонкой кишки. Важным диагностическим критерием является мониторинг время пассажа видеокapsулы по желудочно-кишечному тракту, что являлось характеристикой моторной функции желудка и кишечника. Для определения местоположения видеокapsулы использовали анатомические ориентиры (привратник желудка, илеоцекальный клапан), капсульный таймер времени, с графическим отображением пути капсулы. В наших наблюдениях время прохождения желудка составляло от 10 минут до 2 часов 14 минут, тонкой кишки от 1 часа 30 минут до 5 часов 40 минут. Проглатывание капсулы осуществлялось в положении лежа, запивая небольшим глотком воды, такое положение пациента позволило замедлить продвижение капсулы по пищеводу, что давало нам возможность рассмотреть дистальные отделы пищевода и проксимальные отделы желудка. При этом возможна лишь поверхностная оценка состояния начальных отделов ЖКТ, этот метод не является информативным в полном объеме. Однако данные капсульной эндоскопии у 1 пациента выявили патологию абдоминального отдела пищевода и у 2 - желудка, что потребовало проведения диагностической видеоэзофагогастроскопии с биопсией, хотя пациенты ранее отказывались от данного исследования. Результаты. Воспалительные изменения выявлены у 9 пациентов: у 1 - эрозии на высоте складок абдоминального отдела пищевода, у 4 - подслизистые геморрагии в желудке, из них у 2 пациентов имелись прожилки темной крови, однако пациенты предъявляли жалобы диспепсического характера. Поверхностные воспалительные изменения луковицы двенадцатиперстной кишки наблюдали у 1 пациента. Случайной находкой явилось обнаружение хронической язвы луковицы ДПК с признаками кровотечения у пациентки, которая предъявляла жалобы на неустойчивость стула, урчание в животе и повышенное газообразование.

Лимфоангиэктазы в проксимальных отделах тонкой кишки выявлены у 4-х пациентов. Эрозии в подвздошной кишке выявлены у 1 пациентки, которая была направлена с диагнозом анемия неясного генеза. У пациентки с клиникой тонкокишечного кровотечения обнаружены единичные ангиодисплазия в дистальном отделе подвздошной кишки. Из диспластических процессов тонкой кишки наиболее часто (у 7 пациентов) встречалась сегментарная атрофия слизистой тощей кишки. В подвздошной кишке у 3 пациентов этой группы определялись множественные очаги лимфоидной гиперплазии различных размеров. У 2 пациентов атрофия слизистой сочеталась с атонией тощей кишки. Полиповидное образование тощей кишки обнаружено у одного пациента, у него же были выявлены полипы сигмовидной и прямой кишки, по данным ранее выполненной видеокколоноскопии. У 1 пациентки в дистальных отделах тонкой кишки и в куполе слепой кишки выявлено большое количество каловых масс, что является одним из косвенных признаков нарушения эвакуации содержимого по толстому кишечнику. Следующим этапом пациентке выполнена диагностическая колоноскопия, на которой было выявлено заболевание поперечно-ободочной кишки без признаков стенозирования. Проведенные нами исследования тонкой кишки у пациентов с диспепсическими явлениями показали, что у всех пациентов отмечено поражение тонкой кишки, что потребовало проведения дальнейших диагностических исследований и позволило выбрать необходимый алгоритм лечения. Выводы. Капсульная эндоскопия является скрининговым методом в диагностике заболеваний желудочно-кишечного тракта, который отличается от традиционных малой травматичностью, относительной простотой и значительной диагностической ценностью. При всех своих преимуществах, капсульная эндоскопия имеет ряд недостатков- это невозможность взятия морфологического материала, отсутствие контроля за движением капсулы, нет четкой локализация патологического процесса, невозможность проведения лечебных манипуляций, высокая стоимость процедуры. Использование видеогастроскопии и видеокколоноскопии в комплексе с капсульной эндоскопией играют незаменимую роль в уточнении локализации и распространенности патологического процесса, что позволяет выработать оптимальный план лечебных мероприятий у каждого конкретного пациента и сократить сроки диагностики на амбулаторном или стационарном этапе.

---

1435. Общие принципы ведения беременных с политравмой в травматологическом центре 1 уровня.

В.В. Петров, Я.В. Гавришук, В.В. Дегтярев

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова, клиника военно-полевой хирургии

В целях оптимизации комплексного специализированного подхода в лечении и ведении пациенток с политравмой на различных сроках гестации, основываясь на особенностях течения полученных повреждений на фоне физиологических изменений организма, связанных с беременностью, предложен алгоритм тактики ведения беременных пациенток с закрытой травмой живота. Особое внимание уделяется приоритету восстановления адекватной вентиляции (вплоть до эндотрахеальной интубации) и восполнения ОЦК (с учетом физиологического преобладания плазменного компонента над глобулярным объемом крови) матери с последующей оценкой тяжести внутриутробного состояния плода (по стабилизации состояния матери). Со срока 22-24 недели гестации, когда плод признан жизнеспособным, необходимо выполнять кардиотокомониторирование плода. Отмечено преимущество данного метода над целевым FAST-УЗИ при полученной травме, что позволяет заподозрить не только преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты, но и скрытый/прогрессирующий разрыв матки. На ранних сроках гестации, учитывая небольшой размер беременной матки, при диагностике внутрибрюшного кровотечения допустимо использование диагностического лапароцентеза (так, при сроке гестации 20 недель дно беременной матки достигает уровня пупочного кольца, что технически осложняет данную методику). При получении убедительных данных за внутрибрюшное кровотечение выполняется экстренная эксплоративная лапаротомия. Решение об оперативном родоразрешении будет зависеть от: 1) срока гестации (свыше 22 недель, когда плод признается жизнеспособным и к нему могут применяться реанимационные мероприятия); 2) пенетрации травмирующим объектом плодного пузыря; 3) наличия признаков травмы или

смерти плода; 4) объема травматического повреждения матери и необходимости опорожнения матки для адекватного обследования брюшной полости во время лапаротомии. При подозрении или выявлении плодo-материнского кровотечения в ходе проводимого активного наблюдения за пострадавшей с резус-отрицательной принадлежностью крови настоятельно рекомендуется назначение резус-иммуноглобулина в целях профилактики изоиммунизации вследствие трансфузии крови плода в материнское русло (без указания учета срока гестации и возможно проводимой профилактики в анамнезе). Учитывая приоритет в спасении жизни матери, по стабилизации состояния пострадавшей, по мнению авторов, допустимо использование лучевых методов диагностики вероятных костно-травматических повреждений (рентген-, КТ-диагностика с дополнительной лучевой защитой беременной матки, при общей лучевой нагрузке, не превышающей 1,2 мЗв). Ограничений по применению метода МРТ-диагностики нет. В нашей стране до настоящего времени не выработано единого комплексного подхода к ведению и лечению данной категории пострадавших, что придает актуальность сложившейся проблеме. Представленный алгоритм ведения пациенток на различных сроках гестации с закрытой травмой живота, совершенствуя тактику оказания комплексной специализированной медицинской помощи беременным с политравмой, будет способствовать оптимизации деятельности травматологического центра 1 уровня.

---

1436. Однопортовая лечебно-диагностическая торакоскопия при заболеваниях органов груди.

Колтович А.П., Ивченко Д.Р., Палтышев И.А., Кукуничков А.А., Полехов П.Ю.

Балашиха

Главный военный клинический госпиталь ВВ МВД России

Актуальность: на фоне совершенствования диагностического оборудования наблюдается тенденция к росту выявления доброкачественных заболеваний органов груди. Для оптимизации лечения таких больных требуется гистологическое подтверждение диагноза. На протяжении многих лет техника выполнения малоинвазивных методик диагностики и лечения в торакальной хирургии совершенствовалась: от миниторакотомии, трехпортовой торакоscопии до однопортовой (из одного разреза) торакоscопии (ОПТ). Цель исследования: показать возможности однопортового хирургического вмешательства при диагностике и лечении заболеваний органов груди. Методы и материалы: в период с 2009 по 2015 год в ГКВГ ВВ МВД России выполнены 151 лечебно-диагностических торакоscопий: в том числе 111 (73,5%) торакоscопий из трех доступов и 40 (26,5%) торакоscопий из однопортового доступа. Торакоscопии проводили под эндотрахеальным наркозом с отдельной интубацией бронхов, из передне-бокового доступа. При ОПТ доступ в плевральную полость выполняли в V межреберье по передне-подмышечной линии размером до 3 см. В плевральную полость вводили последовательно торакоscоп и необходимые эндоскопические инструменты. Для выполнения атипичной резекции участка легкого в рану вводили эндоскопический сшивающий аппарат. При однопортовом доступе: 3 (7,5%) пациентам выполнена биопсия опухолей средостения и плевральной полости, 21 (52,5%) – биопсия лимфоузлов средостения с атипичной резекцией измененной части легкого и 16 (40%) – изолированная атипичная резекция легкого. Операции при ОПТ заканчивали установкой одного дренажа к верхней доле легкого, который удаляли на следующие сутки. При трехпортовой торакоscопии традиционно применяли 2 дренажа и удаляли их на 2-3 сутки после операции. Во всех случаях и при обычной торакоscопии и при ОПТ получали полноценный гистологический материал. Переходов от одного порта к трем или к торакотомии не было. После операционных осложнений не наблюдали. Заживление первичным натяжением. Результаты: продолжительность хирургического вмешательства, как при однопортовой, так и при торакоscопии из трех доступов существенно не отличалась и составляла в среднем 60±20 минут. Более ранняя активизация больного при ОПТ связана с меньшим болевым синдромом. Средний срок госпитализации при однопортовом хирургическом вмешательстве сократился в среднем с 6 до 4 суток. Положительными качествами ОПТ стали: меньшая травматичность, возможность удаления препарата через больший порт, без прогрессивного увеличения операционной раны, отсутствие перекреста инструментов и манипуляция ими (инструментами) в одной плоскости с торакоscопом. Заключение: однопортовая видеоторакоscопия является малоинвазивным и

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

высокоэффективным лечебно-диагностическим методом, который позволяет выполнить весь объем хирургического вмешательства, что и при традиционной торакоскопии (резекции легкого, биопсии опухолей и лимфоузлов средостения) с меньшей интраоперационной травмой.

---

1437.Изучение повреждающего действия взрывных боеприпасов при подрыве бронетехники

Свирида В.С., Самохвалов И.М., Ляшедько П.П., Анисин А.В.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова, клиника военно-полевой хирургии

Как известно, повреждения личного состава при подрывах бронетехники на противотанковых минах и фугасах возникают в результате действия на них ударных ускорений и затекающей внутрь обитаемого отделения воздушной ударной волны (ВУВ). В эксперименте с использованием полномасштабного макета корпуса бронированной машины разминирования БРМ-3МА проведено изучение ударных ускорений и параметров ударной волны, затекающей внутрь обитаемого отделения. Подрыв макета корпуса БРМ-3МА осуществлялся под днищем или под гусеницей с использованием взрывных боеприпасов (ВБ) в металлической оболочке. В процессе эксперимента измерялась величина и экспозиция ударных ускорений и затекающей ударной волны. Параметры ударных ускорений (мощность и время воздействия) измерялись в 6 точках датчиками ударных ускорений ДУ-5С: раме и сидениях личного состава экипажа БРМ-3МА – механика-водителя, командира и одного из саперов. Максимальные величины ударных ускорений на местах расположения личного состава отличались в зависимости от вида ВБ. При подрыве осколочно-фугасного снаряда ОФ-29: на местах расположения механика-водителя и командира ударное ускорение составляло от 11,5 до 15,3 g при экспозиции от 2,2 до 2,7 мсек, на месте расположения сапера – 8,2 g при экспозиции 2,0 мсек. При подрыве противотанковых мин величина ударного ускорения колебалась от 4 до 8 g при экспозиции от 1,5 до 2,5 мсек. Избыточное давление регистрировалось тензометрическими датчиками давления ТМД-60. Установлено, что время действия импульса ВУВ при затекании внутрь обитаемого отделения в 2-3 раза больше, чем при подрыве боеприпасов на открытом грунте. Величина избыточного давления, зафиксированная внутри обитаемого отделения при подрыве противотанковых мин, была невысокой – порядка 40-70 кПа. Кроме того установлено, что подрывы противотанковых мин приводили только к деформации и трещинам днища (наружного листа брони) БРМ-3МА, а подрыв осколочно-фугасных артиллерийских снарядов сопровождался повреждением (пробитием) днища (2 листа разнесенной брони и пола).

---

1438.ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДВОЙНОГО ПЕРЕЛОМА БЕДРЕННОЙ КОСТИ ЕДИНСТВЕННОЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

Пешехонов Э.В., Меркулов А.В., Зубок Д.Н., Волженский И.Ю.

Красногорск, Московская область.

ФГБУ 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны России

Цель: Обсудить нестандартный клинический случай лечения осложнений после оперативного лечения двойного перелома бедренной кости единственной нижней конечности. Материалы и методы: Исследованы выписные эпикризы и рентгенограммы пациента Б... 39 лет. Пациент в течение 12 лет, после минно-взрывного ранения и травматической ампутации левой бедренной кости на уровне ее средней трети, пользовался экзопротезом. В 2012 году в результате ДТП получил трансцервикальный перелом шейки и перелом диафиза бедренной кости на уровне средней трети единственной правой нижней конечности. Выполнен остеосинтез длинным гамма-штифтом, однако в ближайшем послеоперационном периоде произошло нагноение послеоперационной раны в месте введения дистальных блокирующих винтов. Доставлен в нашу клинику через 3 мес после травмы, проходил лечение в 3-х стационарах. Имел место свищевой ход – как проявление хронического остеомиелита бедренной кости. Результаты: Положительных результатов консолидации переломов бедра удалось добиться через 1 год после травмы. Для выполнения удаления металлоконструкции правой бедренной кости, произведен остеосинтез ВКДА в спице-стержневом варианте. Одновременно санировали остеомиелитический очаг. Свищ закрылся. В связи с неубедительной выраженностью костной мозоли в области перелома шейки бедренной кости, через 7 месяцев выполнен демонтаж ВКДА, остеосинтез шейки правой бедренной кости трехлопастным гвоздем Демьянова с антибактериальным и цементным покрытием. Заключение: основные трудности данного клинического случая в том, что: во время лечения переломов пользование экзопротезом в качестве единственной опорной конечности крайне затруднено, т.к. последний одевается стоя; риск эндопротезирования тазобедренного сустава на фоне хронического остеомиелита крайне высокий; полная зависимость больного от необходимости постороннего ухода. Эти все причины явились основанием для применения не типичных для данных переломов методов лечения и выбора «забытых» металлоконструкций. Вывод: в настоящей ситуации имеющихся осложнений оперативного лечения двойного перелома бедренной кости единственной нижней конечности, главным направлением мы считаем сохранение опороспособности конечности любыми возможными способами.

---

1439. Малоинвазивное противорецидивное лечение спонтанного пневмоторакса.

Ивченко Д.Р., Войновский А.Е., Колтович А.П., Палтышев И.А., Кукуничков А.А., Полехов П.Ю.

Балашиха

Главный военный клинический госпиталь ВВ МВД России

Актуальность: ежегодно в России в общехирургические стационары обращается до 8000 пациентов по поводу спонтанного пневмоторакса. Как правило, их лечение ограничивается дренированием плевральной полости по Бюлау. Лишь 10% пациентов получают противорецидивное хирургическое лечение. Рецидивы спонтанного пневмоторакса после дренирования плевральной полости возникают более чем в 80% случаев. Цель исследования: улучшить результаты лечения больных со спонтанным пневмотораксом используя эндовидеоторакоскопию. Методы и материалы: в период с 2011 по 2015 гг. в ГВКГ ВВ МВД России выполнено 51 эндовидеоторакоскопическая хирургическая операция у больных со спонтанным пневмотораксом. По неотложным показаниям поступило 32 (62,7%) пациента, в плановом порядке 19 (37,3%). Поступающим в неотложном порядке первым этапом дренировали плевральную полость во II межреберье по среднеключичной линии с активной аспирацией воздуха из плевральной полости. Всем больным выполняли компьютерную томографию органов груди для определения источника пневмоторакса и локализации булл. У 46 (90,2%) человек буллы локализовались на верхушке легкого. Показанием к хирургической операции являлись: один эпизод спонтанного пневмоторакса и подтверждение буллезной эмфиземы легких при компьютерной томографии. Операции выполняли под эндотрахеальным наркозом с раздельной интубацией бронхов. Использовали три порта: в V межреберье по передне-подмышечной линии 5 мм, в VI – по средне-подмышечной линии 10 мм, VII – по задне-подмышечной линии 12 мм. Первым этапом выполняли аппаратную атипичную резекцию участка легкого с буллами. Вторым этапом выполняли субтотальную париемальную плеврэктомию. Для этого субплеврально с помощью эндоскопической иглы вводили раствор 0,9% хлорида натрия. После чего с помощью эндоскопического крючка и диссектора



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

иссекали париетальную плевру. Операция заканчивалась выполнением гемостаза в зоне плеврэктомии (электрокоагуляция, аргонплазменная коагуляция), контроля на аэростаз и постановкой 2 дренажей в плевральную полость (к верхушке легкого и в диафрагмальный синус). Дренажи удаляли на 5 сутки после операции. Результаты: ранние послеоперационные осложнения развились у 3 (5,9%) пациентов: у 2 (3,9%) – послеоперационное кровотечение из зоны плеврэктомии, у 1 (1,9%) – рецидив пневмоторакса. По поводу осложнений выполнены торакоскопии: кровотечения остановлены путем аргонплазменной коагуляции области плеврэктомии, пневмоторакс устранен дополнительной резекцией измененного участка легкого. Во всех случаях переходов к торакотомии не было. Продолжительность хирургических операций составила 50±10 минут. Средний срок госпитализации 10±2 суток. Заключение: использование эндовидеоторакопии с атипичной резекцией участка легкого с буллами в комбинации с субтотальной париетальной плеврэктомией является малоинвазивным и высокоэффективным методом хирургического лечения спонтанного пневмоторакса.

---

1440. Особенности повреждений подопытных животных при подрыве бронетехники

Свирида В.С., Титов Р.В., Самохвалов И.М.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова, клиника военно-полевой хирургии

С целью изучения повреждающего воздействия на личный состав бронетехники ударных ускорений и избыточного давления затекающей ударной волны при подрыве средств передвижения проведены эксперименты с использованием подопытных животных (свиней), у которых изучался характер и объем повреждений с определением степени тяжести травмы. При этом одно животное располагалось на месте механика-водителя, а другое – на месте сапера использованием свиней. Эксперименты осуществлялись в соответствии с законодательными и нормативными документами РФ, рекомендациями Всемирной организации здравоохранения и директивами Европейского Союза. При подрыве осколочно-фугасных снарядов животные, располагавшиеся на месте механика-водителя, погибли спустя 7 и 15 минут после подрыва, а располагавшиеся на местах саперов – спустя 3 и 5 часов. Все животные, которые были задействованы в экспериментах с использованием противотанковых мин, остались живы. Изучение степени тяжести заброневоего минно-взрывного повреждения характерны единичные поверхностные субплевральные кровоизлияния в легких, единичные кровоизлияния в ткань печени, возможно образование подкапсульной гематомы. При средней степени тяжести наблюдаются начальные морфологических проявления контузионного повреждения миокарда. В легких отмечаются субплевральные кровоизлияния. В брюшной полости обнаружены подкапсульные гематомы и разрывы печени, многочисленные субсерозные и субмукозные кровоизлияния в стенку кишечника. Также выявлены повреждения позвоночника в нижнегрудном и верхнепоясничном отделах со смещением позвонков, единичными кровоизлияниями в спинной мозг, а также многочисленные кровоизлияния в мышцы таза и поясничной области. Для тяжелых заброневых минно-взрывных повреждений характерно сочетание ушибов легких, сердца, печени, почек, мышц таза и поясничной области, повреждения поясничного отдела позвоночника. Повреждения позвоночника в нижнегрудном и верхнепоясничном отделах проявлялись компрессионными переломами тел позвонков с разрывами связочного аппарата и смещением позвонков, а также кровоизлияниями в спинной мозг. Кровоизлияния в мышцы таза и поясничной области носили выраженный характер. При крайне тяжелой степени заброневоего минно-взрывного повреждения наблюдаются многочисленные травмы внутренних органов груди и живота с массивными кровоизлияниями в брюшную полость, повреждение позвоночника с кровоизлиянием в спинной мозг, а также кровоизлияния в мышцы таза. Повреждения легких имеют вид сливных паренхиматозных кровоизлияний в прикорневых отделах и по диафрагмальной поверхности обоих легких. Ушибы сердца характеризовались повреждением мышечных волокон с геморрагическим пропитыванием миокарда и кровоизлияниями под эндокард. Обширные разрывы печени сопровождалась массивным внутрибрюшным кровотечением.

1441.СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ РАНЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ.

Долгих Р.Н., Пинчук О.В., Образцов А.В., Иванов А.В., Яменсков В.В., Раков А.А.

Красногорск, Московская область.

ФГБУ 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны России

Нами обобщен опыт использования в ФГБУ 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого МО РФ рентгенэндоваскулярных технологий в лечении ранений магистральных артерий верхних и нижних конечностей. Из девяти пострадавших в четырех случаях выполнены имплантации стент-графтов по поводу посттравматических артериовенозных фистул, в трех наблюдениях стент-графты установлены в связи с пульсирующими гематомами и еще в двух – применены эмболизации множественных артерио-венозных микрососудистых соустьев после огнестрельных ранений. В шести наблюдениях повреждение магистральных сосудов было вызвано огнестрельным оружием, в одном случае – травма ножом, и еще у двух пациентов повреждения сосудов носили ятрогенный характер. Эндоваскулярному лечению были подвергнуты подвздошные сосуды (2 случая), подключичная артерия (2 наблюдения), сосуды голени (3 раненых), подколенная артерия (1 пострадавший) и в одном случае бедренная артерия. Технический успех операции был достигнут во всех наблюдениях. В одном случае после рентгенэндоваскулярного устранения артерио-венозной фистулы на уровне подвздошных сосудов в связи появлением признаков инфицирования гематомы забрюшинного пространства потребовалось открытое хирургическое вмешательство. Благодаря ранее имплантированному в подвздошную артерию стент-графту артериального кровотечения из поврежденного сосуда в ходе операции не было. Еще у одного пострадавшего после стентирования ятрогенного дефекта подключичной артерии на третьи сутки развился тромбоз стент-графта без декомпенсации кровообращения верхней конечности. Применение эндоваскулярных методов в лечении травмы сосудов несравненно уменьшило травматичность хирургического пособия, способствовало улучшению непосредственных результатов и отдаленного прогноза. Наш опыт использования современных высокотехнологичных технологий в лечении артериальных повреждений на различных уровнях демонстрирует большие возможности многопрофильного военного учреждения.

---

1442.Антеградная баллонная холангиопластика рубцовых стриктур желчных протоков и холангиоэюнальных соустьев

Гайнулин Ш.М. (1,2), Баранов Г.А. (1), Шевченко В.П. (2), Налетов В.В.(1), Зинатулин Д.Р.(1,2)

Москва

ИГБУЗ «Городская клиническая больница № 5 ДЗ г. Москвы», Москва, Россия (главный врач – д.м.н., проф. Ш.М.Гайнулин).2ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской

Актуальность: Рубцовые структуры желчных протоков являются осложнением заболеваний или повреждений органов гепатопанкреатобилиарной зоны. В 95% случаев стриктуры желчных протоков являются следствиями ятрогенного повреждения при выполнении оперативных вмешательств на гепатопанкреатобилиарной зоне. Учитывая рост заболеваемости и более активное применение методов

миниинвазивного лечения желчекаменной болезни следует ожидать и роста больных с рубцовыми поражениями желчных протоков. Реконструктивные и восстановительные операции на желчных протоках являются достаточно сложными вмешательствами с послеоперационной летальностью 5-10%, а процент рецидива стриктур составляет 20%. Цель: Улучшить результаты лечения больных рубцовыми стриктурами желчных протоков методами интервенционной радиологии. Материалы и методы: Проведен анализ результатов лечения 10 больных с рубцовыми стриктурами желчных протоков, которым была выполнена чрезкожная антеградная баллонная холангиопластика. Возраст больных составил от 29 до 82 лет. По гендерному признаку преобладали женщины – 7 пациенток (70%). Средний возраст составил  $54 \pm 18$  лет. Рубцовая стриктура терминального отдела холедоха в следствии желчекаменной болезни наблюдалась у 4 (40%) больных; рубцовые стриктуры (Бисмут-0) после холецистэктомии – 2 больных (20%); первичный склерозирующий холангит 2 пациента (20%); рубцовая стриктура терминального отдела холедоха после ЭПСТ – 1 пациент (10%); рубцовая стриктура гепатикоэнтероанастомоза – 1 (10%) больная. Вмешательства выполнялись по следующей методике: под УЗИ контролем выполняется пункция долевого протока иглой Chiba. Затем выполняется антеградная холангиография для определения локализации протяженности структуры. Под рентгенологическим контролем в режиме реального времени в просвет желчных протоков устанавливается проводник Лундерквиста за стриктуру; по проводнику Лундерквиста устанавливается баллон – дилататор диаметром 10 мм и длиной на 40 мм больше протяженности структуры по центру стриктуры. С помощью инжектора высокого давления в баллоне создается поэтапно давление от 4 атм до 10-12 атм с шагом в 2 атм и временем экспозиции 5 минут; после достижения заданного давления в 10-12 атм задается время экспозиции баллона 15 минут. По истечении времени экспозиции баллон извлекается и по проводнику Лундерквиста устанавливается над структурой дренаж Даусона-Мюллера диаметром 10.2 Fr. Через 3 суток выполняется холангиография для контроля проходимости протоковой системы и дренаж извлекается. После чего через сутки пациент выписывается из стационара. Все манипуляции выполнялись расходными материалами компании COOK Medical. Результаты: Средние предоперационные сроки составили 4 койко-дня, послеоперационные – 10 койко-дней. Продолжительность оперативного лечения  $90 \pm 10$  минут (продолжительность операции связана со временем экспозиции баллона-дилататора). Продолжительность лучевой нагрузки  $21 \pm 7$  минут. Суммарная доза лучевой нагрузки  $2800 \pm 540$  мкЗв. Интраоперационная кровопотеря составила от 20 до 60 мл (объем кровопотери связан со степенью выраженности коагулопатии на фоне механической желтухи). Длительность нахождения в отделении реанимации в послеоперационном периоде не превышала 2-х койко-дней. Осложнений и летальных исходов не наблюдалось. Отмечен 1 случай не эффективной баллонной холангиопластики при рубцовой стриктуре холедоха после лапароскопической холецистэктомии. Больной потребовалась повторная холангиопластика по описанной методике с оставлением временной наружно-внутренней холангиостомы. Результаты лечения прослежены в данной группе пациентов в течении 24 месяцев после баллонной холангиопластики. Рецидивов рубцевания не выявлено. Заключение: Антеградная баллонная холангиопластика является технически выполнимым вмешательством и альтернативой традиционным методам лечения больных рубцовыми структурами желчных протоков и холангиоэюнальных соустьев различной этиологии. Данная методика обладает всеми преимуществами миниинвазивных вмешательств, создает стойкую проходимость желчных протоков, эффективность которой зафиксирована в течении 2-х лет.

---

#### 1443.ТЕЧЕНИЕ БЛИЖАЙШЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ ГРУДИ

Масляков В.В., Куркин К.Г.

Саратов

Саратовский медицинский университет «Ревиз»

Проблема локальных военных конфликтов в настоящее время не утратила своей актуальности. Несомненно, в данных конфликтах страдают не только военнослужащие, но и мирные граждане. При этом если система оказания медицинской помощи среди военнослужащих отработана достаточно хорошо, то при оказании

медицинской помощи раненым среди гражданского населения имеются определенные проблемы. Данные проблемы связаны в первую очередь отсутствием этапности оказания помощи, зачастую раненные доставляются попутным транспортом, при этом не оказывается ни какая первая медицинская помощь, не говоря уже о квалифицированной. Все это не может не оказывать влияния на течение ближайшего послеоперационного периода, развитие осложнений и летального исхода. В связи с этим целью нашего исследования явилась совершенствование организации и оказания медицинской помощи гражданскому населению с огнестрельными ранениями груди в условиях локальных военных действий на примере Чеченской компании. Для достижения поставленной цели было проведено изучение 106 пациентов из числа гражданского населения с огнестрельными ранениями груди. Все пациенты находились на лечении в хирургическом стационаре городской больницы №9 г. Грозного Чеченской республики. Для удобства исследования все пациенты были разделены на две группы по характеру ранения: в первую вошли пациенты с проникающими ранениями во вторую – с непроникающими ранениями груди. Известно, что на характер течения послеоперационного периода и развитие летального исхода оказывает влияние фактор времени, т.е. время от момента получения ранения до доставки в лечебное учреждение, поэтому, пациенты основных группы были разделены на две подгруппы: 1А1 – поступившие в сроки до 1 ч после ранения груди, 1А2 – поступившие в сроки более 1 ч после ранения груди. Из общего количества пострадавших проникающие ранения выявлены у 56 (52,8%), непроникающие у 50 (47,1%) человек. При этом в большинстве наблюдений – 85 (80,1%) ранения имели левостороннюю локализацию, правосторонняя локализация отмечена у 21 (19,8%). В большинстве наблюдений отмечены пулевые ранения, которые выявлены в 91 (85,8%) наблюдениях, оскольчатые отмечены лишь в 15 (14,1%) наблюдениях. В 78 (73,5%) ранения были одиночные, в остальных 28 (26,4%) – множественные. Непроникающие ранения в 10 случаях являлись контурными. При этом вследствие девиации снаряда после удара под острым углом о плотные структуры (ребра и фасцию) движение продолжалось дугообразно по наружной поверхности этих образований. Париетальная плевра оставалась цела. Наблюдалось значительное разрушение подкожной клетчатки, грудной фасции и мышц. Входное и выходное отверстия располагались на расстоянии от 10 до 20 см. друг от друга, что создавало впечатление проникающего ранения. Из общего количества пациентов с проникающими ранениями груди, не выявлено повреждений внутренних органов лишь в 8 (14,2%) наблюдениях, в остальных 48 (85,7%), ранения сопровождалась повреждениями органов грудной клетки. Среди пациентов с проникающими ранениями груди в момент поступления осложнения выявлены у 45 (93,7%), при этом наиболее частыми были: открытый гемопневмоторакс - 22 (48,8%), гемоторакс у 8 (17,7%) и пневмоторакс 8 (17,7%). Из раненых с пневмотораксом напряженный клапанный пневмоторакс развился у 6. В случае открытого гемопневмоторакса огнестрельный дефект грудной стенки возникал в результате ранения крупными осколками или выстрела с близкого расстояния в пределах действия дополнительных повреждающих факторов. У 7 (15,5%) раненых крови и воздуха из плевральной полости при плевральной пункции и дренировании не было получено. На догоспитальном этапе оказывались следующие лечебные мероприятия: перевязка раны – 61 (57,5%) пациенту, наложение окклюзионной повязки – 7 (6,6%), обезболивание наркотическими анальгетиками – 3 (2,8%), наложение транспортной иммобилизации – 3 (2,8%). Не выполнялись ни какие лечебные мероприятия – 45 (42,4%) пострадавшим. Тяжелое состояние пострадавших и продолжающееся кровотечение предъявляли жесткие требования к определению хирургической тактики, в которой решающая роль принадлежала правильному выбору доступов, их очередности и объему операций. Учитывая сложность обстановки, в которой приходилось работать, ориентировались на данные простейших методов оценки: краткий опрос пациента (сопровождающих лиц), время доставки, статус сознания, общее состояние, показатели дыхания (частота, ритм и характер), состояние гемодинамики (АД, ЧСС), локальный статус, данные аускультации. Так, при наличии признаков продолжающегося кровотечения, проявляющиеся нестабильной гемодинамикой, спутанностью сознания, выполнялась экстренная торакотомия без выполнения плевральной пункции и ПХО раны. В случаях стабильной геодинамики, ясного сознания лечебные мероприятия начинались с выполнения плевральной пункции, ПХО раны, дренирования плевральной полости. Объем оперативного лечения зависел от характера повреждения внутренних органов и решался оперирующим хирургом в каждом случае индивидуально. Особенности организации помощи раненым с огнестрельными ранениями груди в Чечне во многом определялись условиями антитеррористической операции, нехваткой медицинских кадров и лечебных учреждений, нарушенной инфраструктурой, вследствие чего большинство пострадавших доставлялись в больницу попутным транспортом (родственниками или посторонними) – 95%. При этом необходимо учитывать следующие факторы: 1. Помощь пострадавшим оказывалась общими хирургами, не имеющими специализации по торакальной хирургии и специальными знаниями по военно-полевой хирургии. 2. Оказание помощи проводилось в условиях боевых действий, проводившихся в городе. 3. Существовала существенная нехватка как медикаментов, так диагностического оборудования. 4. Отсутствовала этапность в лечении пациентов с огнестрельными ранениями груди. В таких условиях тактику лечения большого

приходилось определять при минимальном объеме диагностических манипуляций, технического и медикаментозного оснащения больницы, прекрасно понимая, что эффективность лечения тяжелой травмы во многом зависит от своевременности диагностики и выполненных лечебных мероприятий в первые часы с момента травмы. Для удобства исследования все пациенты с огнестрельными ранениями груди были распределены на две группы: 1А1 – поступившие в сроки до 1 ч после ранения груди, 1А2 – поступившие в сроки более 1 ч после ранения груди. При проведении анализа установлено, что среди пациентов 1А1 группы проникающие ранения имели место у 38 человек, непроникающие у 21 пациента. Вследствие этого, пострадавшим этой группы были выполнены следующие оперативные вмешательства: ПХО раны было произведено 47 пострадавшим, 12 пациентам ввиду крайне тяжелого состояния и наличия достоверных признаков проникающего ранения груди ПХО не выполнялось, а была проведена экстренная торакотомия. В процессе проведения ПХО у 21 пациента установлено не проникающее ранение груди, таким пострадавшим выполнено ушивание, гемостаз и дренирование раны. Остальным 26 после проведения ПХО был дан наркоз и выполнена торакотомия, в процессе которой были выполнены следующие оперативные вмешательства: ушивание раны легкого – 6 (85,7%); атипичная резекция легкого – 1 (0,9%); перевязка внутригрудной артерии – 5 (4,7%); ушивание раны сердца – 10 (9,4%), ушивание ранение пищевода – 2 (1,8%). Во всех случаях торакотомия заканчивалась дренированием плевральной полости. Пункция плевральной полости до выполнения оперативного вмешательства произведена 42 (39,6%) пострадавших. Реинфузия крови выполнена 13 раненым. В ближайшем послеоперационном периоде у пациентов анализируемой группы отмечено развитие 53 (50%). При этом у пациентов 1А1 группы наибольшее количество осложнений – 43(72,8%) в группе с проникающими и 34 (57,6%) в группе с непроникающими ранениями (проценты даны по отношению к количеству пациентов внутри группы). При этом пневмония развилась в 24 (40,6%) наблюдениях у пациентов с проникающими ранениями. Развитие этого осложнения зарегистрировано на 3 сутки и в большинстве наблюдений на противоположной ранению стороне. В группе пациентов с непроникающими ранениями это осложнение отмечено в 18 (30,5%) наблюдениях. Следует отметить, что в этой группе осложнения отмечены на стороне поражения, развитие этого осложнения можно связать с ушибом легкого. Нагноение послеоперационной раны выявлено в 19 (32,2%) наблюдениях среди пострадавших с проникающими ранениями груди и в 16 (27,1%) среди пациентов с непроникающими ранениями груди. Перикардит развился в 3 (5%) наблюдениях среди пациентов с ранениями сердца. Во всех наблюдениях перикардит носил серозно-фибринозный характер и на фоне консервативной терапии отмечены положительная динамика течения патологического процесса, постепенное стихание как системных, так и локальных воспалительных изменений. Медиастинит развился у 2 (3,3%) пострадавших с ранением пищевода. Развитие гнойного медиастинита в обоих случаях связано с ранением пищевода. При этом ранения были ушиты, однако, адекватно не были дренированы, что могло послужить причиной несостоятельности и развитием данного осложнения. В группе пациентов 1А2 проникающие ранения имели место у 18 человек, непроникающие у 29 пациентов. Пострадавшим этой группы были выполнены следующие оперативные вмешательства: ПХО раны было произведено 42 пострадавшим, 5 пациентам ввиду крайне тяжелого состояния и наличия достоверных признаков проникающего ранения груди ПХО не выполнялось, а была проведена экстренная торакотомия. При проведении ПХО у 29 пациентов было выявлено, что ранение носит не проникающий характер, в таких случаях производилось ушивание, гемостаз и дренирование раны. Остальным 13 после проведения ПХО был дан наркоз и выполнена торакотомия, в процессе которой были выполнены следующие оперативные вмешательства: ушивание раны легкого – 4 (77,7%); атипичная резекция легкого – 5 (27,7%); перевязка внутригрудной артерии – 2 (11,1%); ушивание раны сердца – 2 (11,1%). Во всех случаях торакотомия заканчивалась дренированием плевральной полости. Пункция плевральной полости до выполнения оперативного вмешательства произведена 45 (42,4%) пострадавшим. Реинфузия крови выполнена 3 раненым. В ближайшем послеоперационном периоде у пациентов этой группы отмечено развитие 47 (44,3%). Основным осложнением, развившимся у пациентов данной группы, были гнойно-септические, при этом наибольшее количество – 29 (61,7%) выявлены в группе пациентов с непроникающими ранениями и проявлялись нагноением послеоперационной раны. В группе пациентов с проникающими ранениями данное осложнение отмечено у 18 (38,2%) больных. Пневмония развилась у 16 (34%) пациентов с проникающими ранениями, при этом в подавляющем большинстве развитие пневмонии отмечено на противоположной стороне ранения, и у 15 (31,9%) раненых с непроникающими ранениями. При этом развитие пневмонии у пациентов с непроникающими ранениями зарегистрировано на стороне ранения и может быть связано с ушибом легкого. Перикардит развился у 1 (2,1%) пострадавшего с проникающим ранением груди и сопутствующим ранением сердца. Носил также серозно-фибринозный характер и был купирован на фоне проведения консервативной терапии. Сепсис отмечен у 2 (4,2%) раненых с проникающими ранениями. При проведении математического анализа, статистически достоверной разницы в обеих группах по количеству осложнений получено не было ( $p > 0,05$ ). Из этого можно сделать заключение, что на развитие осложнений в данном случае оказывает влияние

не только время доставки пострадавшего, но и другие факторы, анализ которых будет представлен ниже. Анализ факторов, способствующих развитию гнойного процесса после огнестрельных ранений груди, показал, что у большинства пострадавших было сочетание нескольких способствующих факторов, которые были общими для развития одного осложнения. Развитию гнойных осложнений способствовали такие факторы, как кровопотеря более 1000 мл – 32%; экссудативный плеврит – 19,8%; длительное дренирование плевральной полости (более 7 сут.) в 19,8%. При этом такие факторы, как свернувшийся гемоторакс и несостоятельность швов культи главного бронха, способствовали развитию гнойных осложнений только в 7,5% и 2,8% соответственно. Из этого следует, что причины, способствующие развитию гнойных осложнений у пациентов анализируемой группы, можно отнести больше к организационным, нежели связанным с тактическими ошибками. Из общего количества поступивших пациентов умерло 32 (30,1%). При этом в группе 1А1 – 12 (11,3%), 1А2 – 20 (18,6%) раненых. В результате анализа протоколов судебно-медицинских вскрытий установлено, что в группе 1А1 основными причинами летальных исходов явился шок. Основной причиной летальных исходов у пациентов этой группы явился травматический шок – 4 (10,5%) при проникающих и 1 (4,7%) при непроникающих ранениях. Геморрагический шок стал причиной летального исхода у 2 (5,2%) пациентов с проникающими ранениями груди. Следует отметить, что из 7 пострадавших с шоком впервые часы с момента поступления умерли 4. Пневмония привела к летальному исходу в 3 наблюдениях, с проникающими ранениями в 1 (2,6%) и с непроникающими в 2 (4,5%) наблюдениях. В большинстве наблюдений смерть настала на 7-8 сутки. Медиастинит стал причиной смерти у 2 (5,2%) пострадавших с ранениями пищевода, развитие данного осложнения было связано с несостоятельностью анастомоза. В группе 1А2 – 20 (18,6%) раненых. Основной причиной летальных у пациентов данной группы была пневмония, развитие которой отмечено у 13 (44,8%) пострадавших с проникающими ранениями груди и у 3 (10,3%) раненых с непроникающими ранениями. Сепсис стал причиной смерти 2 (6,8%) пациентов с проникающими ранениями груди. Травматический шок привел к смерти у 2 (6,8%) раненых с проникающими ранениями груди.

---

#### 1444. РЕНТГЕНИНТЕРВЕНЦИОННАЯ МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕЛИТИАЗА, ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Гайнулин Ш.М. (1,2), Баранов Г.А. (1), Зинатулин Д.Р.(1,2), Налетов В.В.(1), Умяров Р.Х. (2)

Москва

1) ГБУЗ «Городская клиническая больница № 5 ДЗ г. Москвы», Москва, Россия (главный врач – д.м.н., проф. Ш.М.Гайнулин), 2) ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения России

Актуальность: В настоящее время отмечается неуклонный рост заболеваний имеющих в качестве осложнения синдром механической желтухи. Среди доброкачественных заболеваний, этой группы, на первом месте находится холелитиаз. Наряду с ростом больных с холелитиазом, осложненным механической желтухой увеличивается количество больных с состояниями и заболеваниями (резекция желудка по Бильрот II, по Ру, парапапиллярные дивертикулы больших размеров, стриктуры дистальных отделов холедоха), при которых ретроградное эндоскопическое вмешательство технически не выполнимо. Данная группа больных ранее была обречена на выполнение лапаротомии, которая на фоне гипербилирубинемии тяжело переносима больными и сопровождается большим количеством осложнений. Оптимальным методом лечения для данной группы больных является «антеградное» вмешательство. Цель: Улучшить результаты лечения больных холедохолитиазом, осложненным синдромом механической желтухи, методами интервенционной радиологии. Материалы и методы: В ГБУЗ ГКБ № 5 ДЗ г.Москвы у больных с холелитиазом, осложненным синдромом механической желтухи, в случаи невозможности выполнения традиционного ретроградного эндоскопического вмешательства, используется методика антеградной литотрипсии и антеградной литэкстракции. Антеградное лечение было выполнено 15 больным в возрасте от 29 до 82 лет. Преобладали пациенты мужского пола – 10 человек (67%). Средний возраст составил  $56 \pm 8,3$  лет. Уровень билирубина составлял от 84,2 мкмоль/л до 439,5 мкмоль/л. Причинами выполнения

антеградного вмешательства послужили невозможность выполнения ретроградного эндоскопического вмешательства: после резекции желудка по Бильрот II – 5 больных (33%); парапапиллярный дивертикул – 4 (27%); склерозирующий папиллит – 3 (20%); отказ больного от выполнения эндоскопического вмешательства – 2 больных (13%); низкое слияние общего печеночного и пузырного протоков – 1 (7). Вмешательства выполнялись по следующей методике: антеградная холангиография, для оценки количества, размеров и расположения конкрементов; баллонная холангиопластика большого дуоденального сосочка баллоном высокого давления размером 40 x 10 мм при давлении 4 атм в течении 15 минут; механическая литотрипсия, при размерах конкрементов от 8 до 20 мм; низведение конкремента в просвет 12-перстной кишки с помощью корзины Dormia; наружная холангиостомия для декомпрессии и контроля за состоянием билиарного тракта; фистулография на 3-4 суток с целью контроля пассажа по билиарному тракту; удаление холангиостомы. При выполнении вмешательств использовались инструментальные наборы компании COOK Medical. Результаты: Средние предоперационные сроки составили 3 койко-дня, послеоперационные – 10 койко-дней. Продолжительность оперативного лечения  $60 \pm 15$  минут. Продолжительность лучевой нагрузки  $31 \pm 5$  минут в суммарной дозе  $3500 \pm 350$  мкЗв. Интраоперационная кровопотеря достигала 50 мл. В настоящее время в связи с совершенствованием методики выполнения и применением в предоперационном периоде, препаратов транексамовой кислоты кровопотеря не превышает 10 мл. Длительность нахождения в отделении реанимации в послеоперационном периоде не превышал 2-х койко-дней. Наблюдалось 1 осложнение – желчеистечение из манипуляционного канала, которое было устранено лапароскопически (лапароскопия, лапароскопическое дренирование холедоха по Керу, санация, дренирование брюшной полости). Летальных исходов не наблюдалось. Заключение: Антеградная холедохолитотрипсия и низведение конкрементов в просвет 12-перстной кишки является технически выполнимым вмешательством и альтернативой традиционным методам лечения больных с холелитиазом, осложненным билиарной гипертензией, которым невозможно выполнить ретроградное эндоскопическое вмешательство. Данная методика обладает всеми преимуществами малоинвазивных вмешательств, что позволяет выполнять данный вид лечения как больным с неотягощенным анамнезом, так и больным с тяжелой сопутствующей патологией, для которых традиционные вмешательства (лапаротомная либо лапароскопическая холедохолитотомия) связаны с высоким операционно-анестезиологическим риском.

---

#### 1445. ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ.

Образцов А.В., Пинчук О.В., Кохан Е.П., Яменсков В.В., Раков А.А.

Красногорск, Московская область.

ФГБУ 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны России

За последние семь лет (2008-2014 гг.) в Центре сосудистой хирургии 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого выполнены 104 плановые операции резекции аневризмы брюшной аорты с протезированием. Из них 9 (8,7%) - с линейным протезированием. Аорто-бифеморальное протезирование было выполнено 17 (16,3%) больным. У 23 (22,1%) пациентов операция выполнялась в сочетании с протезированием подвздошной и бедренной артерий. В 55 (52,9%) случаях - аорто-биподвздошное протезирование. Все пациенты были мужчинами, средний возраст составил  $68,2 \pm 6,2$  лет. В стандарте предоперационного обследования основным являлась КТ-ангиография брюшной аорты. Кроме того, обязательным полагали оценку коронарного, висцерального и мозгового кровотока первоначально неинвазивными методами: дуплексным сканированием магистральных артерий головы, почечных артерий и ЭхоКГ. В случае выявления значимых стенозов 30 (28,8%) больным первым этапом проводилась хирургическая коррекция пораженного бассейна. В 18 (17,3%) случаях – коронарного, мозгового в 10 (9,6%) наблюдениях и у двоих (1,9%) больных была выполнена коррекция почечного кровотока. Несмотря на вынужденное увеличение сроков до непосредственного вмешательства на аорте, нами не отмечено ни одного случая расслоения или разрыва аневризмы в данной группе пациентов. Неосложненный послеоперационный период был отмечен в 92 (88,5%) случаях. У 12 (11,5%) больных в раннем послеоперационном периоде развились значимые осложнения, из них у 3 (2,9%) - с летальным исходом. В одном (0,9%) случаях причиной смерти стала

внезапная коронарная смерть, в двух (1,9%) - развившаяся полиорганная недостаточность. Также отмечен по один случай острого инфаркта миокарда, острого инсульта, острой почечной недостаточности и тромбоза берцовых артерий с последующим выздоровлением. У 8 (7,7%) пациентов развитие осложнений было связано в первую очередь с общим исходным тяжелым соматическим статусом. У больного с тромбозом берцовых артерий была выполнена тромбэктомия с одномоментной пластикой тибіоперонеального ствола с полным восстановлением функции конечности. Таким образом, улучшения результатов лечения аневризм брюшной аорты, можно достичь за счет тщательной оценки тяжести сопутствующей патологии с предварительной коррекцией в случае необходимости коронарного и мозгового кровотока. Этапная тактика хирургического лечения больных с аневризмой брюшной аорты в сочетании с мультифокальным атеросклерозом оправдана, сопровождается низким уровнем осложнений и летальности.

---

1446. Наш опыт лечения больших и гигантских эхинококковых кист печени

Тедорадзе В.О., Б.К Арчвадзе, Г.И. Сабашвили, Н.А. Хвिति, Д.М. Менабде

Батуми Тбилиси

Хирургический департамент Батумского Государственного Университета им. Шота Руставели  
Кафедра общей хирургии Тбилисского Государственного Медицинского Университета

Эхинококк является одним из распространенных паразитарным заболеваний, которое поражает все органы, но чаще всех (65%) – печень (1.3). В отличие от других паразитарных заболеваний, характерно бессимптомное течение в начальных стадиях заболевания (18.21.22.23). По этой причине поздно выявляется (1.4.8.15) и нередко сопровождается тяжелыми осложнениями (10), число которых колеблется от 24% до 45% (2.3). Существует два основных метода хирургического лечения эхинококка печени: открытый и закрытый (4.8). Открытый метод – это дренирование фиброзной капсулы разными подходами (4.5.8.), но, при этом, фиброзная капсула нередко оставляет источник инфекции и способствует генерализации процесса (18.20). В последнее время определенное место в лечении эхинококка печени занимают малоинвазивные и химиотерапевтические методы (15-22.26). Правда, некоторые хирурги отрицательно относятся к применению этих методов из-за развития рецидива заболевания (21.25). Основным вопросом в лечении эхинококка остается проблема «остаточных полостей», ликвидацию которых хирурги пытаются решать с помощью так называемого «капитонажа» капсулы печени, заполнением полости кисты большим сальником, гемосептом, специальной губкой и даже деминерализированной костной тканью, и др. (11.12.16.17), но, несмотря на это, число рецидивов после операции достигает до 20% (3.7.9). Для решения проблем «остаточных полостей» мы разработали оригинальный метод, целью которого является полная ликвидация «остаточных полостей», и с этим резко сокращение периода послеоперационной реабилитации больных, а в отдаленном периоде – рецидива заболевания. Материал и метод исследования Материал исследования представляет истории болезни 20 пациентов обоего пола, которым были проведены операции по поводу большой или гигантской эхинококковой кисты печени. Возраст исследованных больных от 15 до 80 лет. Каждому пациенту, помимо клинических лабораторных исследований, были проведены эхоскопия и компьютерная томография. Операции проводились под эндотрахеальным наркозом средней верхней лапаротомией, в обход пупка. Во всех случаях были пересечены связки печени. По локализации эхинококковая киста в основном была расположена в правой доле, кроме одного случая, в котором гигантская киста полностью охватывала каждый сегмент левой доли и распространялась на правую долю. Представлял интерес установить критерий величины кисты и ее оценка. В связи с этим нами не было найдено конкретных указаний в доступной нам литературе. Для оценки величины мы руководствовались двумя критериями: первый - трехмерное измерение полости кисты и второй – объем содержимого полости кисты. В оценке как первого, так и второго критерия возможны определенные недостатки, хотя бы потому, что после измерения полости кисты в трех направлениях, из-за ее неодинаковой конфигурации, невозможно точное определение ее объема, так-же трудно установить точный объем ее содержимого. Несмотря на это, опираясь на эти критерии, мы считаем, что диаметр больших кист составляет не менее 10 см. Что касается гигантских кист, самая большая киста, нами зафиксированная, была диаметром 25 см. Метод



осуществляется следующим образом: после ограждения кисты тампонами проводится пункция кисты, что удобно сделать с помощью троакара. После эвакуации жидкости отверстие, созданное троакаром, расширяется в продольном направлении, проводится вскрытие эхинококковой кисты и удаление ее содержимого. Извлекается хитиновая оболочка и эхинококковые пузырьки. После вычищения полости кисты проводится тщательная термическая обработка электрокоутером. Термическая обработка обязательна, так как фиброзная оболочка содержит мелкие дочерние пузырьки эхинококка и множественные сколексы, из которых возможно развитие рецидива. После термокоагуляции полости кисты обязательно проводится промывание ее перекисью водорода, чтобы очистить полость кисты от сожженных тканей. Очищенные стенки кисты смазываются 80%-м глицерином. После обработки полости кисты начинается второй этап операции, который состоит в следующем: на передние стенки полости кисты накладываются два прямых зажима. Зажимы накладываются параллельно таким образом, чтобы расстояние между ними было минимальным. С помощью электроножа вскрывается стенка кисты между зажимами и проводится их разделение. После вскрытия передней стенки кисты образуется два лоскута. Для того, чтобы эти лоскуты сделать подвижными, необходимо электроножом провести дополнительные разрезы в ширину влево и вправо от кончиков зажимов. До проведения следующего этапа операции у краев лоскутов, параллельно зажимам нитью кетгута фиксируются полиэтиленовые дренажи диаметром 5 мм, с отверстиями. После фиксирования дренажей проводится скручивание зажима, наложенного на края правого лоскута по часовой стрелке, а левого зажима – против часовой стрелки, их движение направлено навстречу друг другу. Движением зажимов лоскуты накручиваются вокруг зажимов. В результате такого движения образуется два рулона. Когда зажимы прекратят движение, создание рулонов завершено. Для создания рулонов требуется закрутить лоскуты иногда на 180°, а иногда и на 360° (все зависит от объема кисты), главное, чтобы лоскуты накрутились максимально, и в полости кисты осталось как можно меньше пространства. После завершения закручивания лоскутов и взаимного сближения зажимов полость кисты заполняется. Для адекватного дренирования в средней части полости кисты необходимо поместить третий дренаж. После этого соединить между собой лоскуты, закрученные в полость кисты, прерывистым кетгутовым швом. Пластический этап закрытия полости кисты завершается извлечением зажимов и выведением всех трех дренажей наружу на кожу через правый латеральный канал под двенадцатым ребром на среднюю аксиллярную линию. Обсуждение полученных результатов Послеоперационный период в основном проходил спокойно, все три дренажа функционировали адекватно. Наибольшие выделения были из дренажа, расположенного в середине, в полости кисты. На 2-ой день количество выделений составляло 250-500 мл., на 5-ый день уменьшилось до 50-150 мл. и на 5-ый день больные выписались из клиники, кроме двух больных, которые оставались в стационаре 8 дней. Из 20 пациентов у 1-го развился правосторонний экссудативный плеврит, причиной которого видимо была травма диафрагмы, полученная при мобилизации сращенных на ней VII-VIII сегментов печени. Процесс был ликвидирован соответствующим лечением и больной выписался из больницы на 12-ый день. Среднее количество дней нахождения в стационаре больных, прооперированных указанным методом составил 5,5 дней. Лечение продолжилось амбулаторно. Все дренажи были извлечены в течении периода от 12 до 20 дней. Летального исхода не было. Продолжается изучение отдаленных результатов операции. Исходя из вышеописанного, возможно сделать следующие выводы: 1. Развитие больших и гигантских эхинококковых кист печени связано как с бессимптомным течением заболевания, так и с недостаточными профилактическими исследованиями; 2. Предложенный нами метод лечения больших и гигантских эхинококковых кист печени, в отличие от существующих методов является менее травматичным и легко доступен для всех хирургов, которые заняты лечением данной патологии; 3. Как явствует из полученных результатов, использованием данного метода возможно избежание послеоперационных осложнений и резкое сокращение периода реабилитации больных.

---

#### 1447. НЕОБРАТИМАЯ ЭЛЕКТРОПОРАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Панченков Д.Н.(1,2), Иванов Ю.В.(1,2), Соловьев Н.А.(1,2), Забозлаев Ф.Г.(2), Нечунаев А.А.(1,2), Злобин А.И.(1,2)

Москва

1)МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России2)ФНКЦ ФМБА России

На сегодняшний день возможности для лечения пациентов, страдающих местно-распространенным раком поджелудочной железы продолжают оставаться достаточно ограниченными. Использование методов локальной деструкции, связанных с термическим воздействием на опухоль, связанный с нагревом или охлаждением тканей не получило широкого распространения в связи с большим количеством осложнений при лечении опухолей данной локализации. Необратимая электропорация (НЭ) представляет собой метод локальной деструкции, не связанный с температурным воздействием. Целью данной работы явилось изучение эффективности и безопасности НЭ в лечении местно-распространенного рака поджелудочной железы. Материалы и методы. Проведено проспективное мультицентровое пилотное исследование пациентов, которым была выполнена НЭ по поводу местно-распространенного рака поджелудочной железы за период с апреля 2012 по май 2015 года. Оценивались продолжительность жизни, летальность, осложнения, местный статус в зоне воздействия. НЭ с использованием системы «Нанонож» была выполнена 18 пациентам (11 мужчинам и 7 женщинам) со средним возрастом 67 лет (56-78 лет). В 2 случаях вмешательство выполнялось чрескожно под контролем УЗИ, в одном случае лапароскопически, в остальных случаях во время лапаротомии. Результаты. Интраоперационных осложнений не отмечено. Во всех случаях изменения, происходящие в зоне опухоли в результате воздействия подтверждались данными интраоперационного УЗИ. У всех пациентов в послеоперационном периоде отмечался клинически незначимый подъем уровня амилазы и липазы в сыворотке крови, пик которого приходился на 48 часов после операции, к 72 часам показатели возвращались к нормальным значениям. У одного пациента на 8-е сутки после операции развился острый панкреатит, однако сроки развития данного состояния и предшествующее ему нарушение режима питания не позволяют однозначно утверждать о наличии прямой связи между развитием панкреатита и перенесенным вмешательством. В одном случае на 10- сутки послеоперационного периода развился абсцесс сальниковой сумки, через три недели несмотря на проводимые программированные санации брюшной полости и интенсивную инфузионно-трансфузионую, антибактериальную и симптоматическую терапию наступила смерть от сепсиса. На вскрытии в зоне НЭ поджелудочной железы опухолевых клеток не определяется. В остальных случаях летальности в первые 12 месяцев после операции не было. Все пациенты в послеоперационном периоде получали химиотерапию. Максимальный срок наблюдения составил 19 месяцев. Заключение. Необратимая электропорация является безопасным, сравнительно простым в техническом отношении эффективным минимально инвазивным методом лечения нерезектабельного местно-распространенного рака поджелудочной железы.

---

1448.Динамика частоты осложнений после операций на ЩЖ на примере Санкт-Петербургской школы тиреоидной хирургии как доказательство прогрессирования российской тиреоидологии

Вабалайте К.В., Романчишен А.Ф.

Санкт-Петербург

ГБОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Введение. Послеоперационные осложнения можно разделить на неспецифические, возникающие после любых хирургических вмешательств (кровотечения, перфорация полых органов, нагноение раны) и специфические, возникающие только после операций на ЩЖ (повреждения возвратных гортанных нервов, гипопаратиреоз, тиреотоксический криз). Рациональность избранной или разработанной техники операций отражаются в количестве и динамике частоты послеоперационных осложнений. Материал и методы. Для демонстрации изменений в российской тиреоидной хирургии на протяжении последнего 200-летия нами представлен анализ результатов хирургического лечения 61869 больных, оперированных в различных клиниках нашей страны в период с 1807 по 2011 гг. Более трети рассматриваемых больных (24073/38,9%) оперированы в клинике госпитальной хирургии Санкт-Петербургского педиатрического медицинского университета в период с 1960 по 2011 гг. Анализ послеоперационных осложнений представлен в соответствии с предложенной нами периодизацией истории хирургического лечения больных различной

1000

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

патологией ЩЖ. Результаты и дискуссия. Нами проведена сравнительная оценка частоты послеоперационных осложнений на разных этапах развития истории хирургии щитовидной железы. В течение первого и второго периодов (1847 – 1920 гг.) было выполнено 1400 операций на ЩЖ. Третий период (20-е гг. XX века – 1991 г.) объединил 43408 тиреоидных операций. В рамках четвертого периода (1992 г. – настоящий период) мы анализировали результаты хирургического лечения больных оперированных только в нашей клинике - всего 17061 пациент. Послеоперационное кровотечение было зафиксировано у 4,34% больных оперированных в 1-2 периоды; у 3,4% больных 3 периода и 0,3% наблюдений 4 периода. Выявлено достоверное различие частоты послеоперационных кровотечений между 1-2 и 3 периодами ( $p < 0,05$ ) и 0,4% - в 4 периоде ( $p$

---

1449. Роль лапароскопии при травме в аспекте оказания медицинской помощи в условиях травмоцентра I уровня

Самохвалов И. М., Суворов В. В., Маркевич В. Ю., Гончаров А. В., Пичугин А. А., Халаф Ж. М., Казначеев М. В.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова, клиника военно-полевой хирургии

Абдоминальная травма регистрируется у более чем 60% трудоспособного населения и составляет до 12,5% от общего числа травм. Послеоперационные осложнения развиваются у более чем 25% пациентов, а уровень летальности достигает, по разным источникам, до 50%. Отдельного внимания заслуживает вопрос о необходимости и целесообразности выполнения эндовидеохирургических вмешательств, в частности, видеолапароскопий при абдоминальной травме. Преимущества эндоскопических вмешательств общеизвестны: значимое снижение уровня диагностических вмешательств, возможность детального осмотра труднодоступных мест, улучшение результатов и сокращение сроков лечения. Широкое внедрение эндовидеохирургических технологий на различных этапах медицинской эвакуации потребовало необходимость поиска эндовидеохирургических методов достижения эффективного внутриполостного гемостаза. В качестве перспективных разработок, нашедших свое применение при лечении абдоминальной травмы, в клинике военно-полевой хирургии разработан, апробирован на биообъектах и внедрен в клиническую практику метод применения внутриполостного гемостаза при повреждении внутренних органов. Данный метод применим, в том числе, в ходе эндовидеохирургических оперативных вмешательств. Одним из важнейших условий применения эндовидеохирургических методов, является объективная оценка возможности выполнения вмешательства малоинвазивным способом. Для этой цели, в течение ряда лет, в клинике военно-полевой хирургии – региональном травмацентре I-го уровня, применяется шкала ВПХ-ЭХ. В зависимости от суммы баллов, вычисляемых по нескольким критериям, оценивается возможность выполнения эндовидеохирургического вмешательства. Для диагностики и лечения пациентов с ранениями и травмами живота в клинике применяется следующий лечебно-диагностический алгоритм. При поступлении пострадавшему выполняется сокращенное (целевое) ультразвуковое исследование брюшной полости. В случае отсутствия свободной жидкости в брюшной полости реализуется прокол динамического наблюдения: контроль гемодинамики клинический анализ крови, FAST брюшной полости. В сомнительных случаях – лапароцентез с применением метода «щадящего катетера» и диагностическим перитонеальным лаважем. В случае обнаружении свободной жидкости и при условии стабильной гемодинамики пациенту выполняется диагностическая лапароскопия. При получении крови в ходе выполнении лапароцентеза и при условии нестабильности гемодинамики выполняется лапаротомия. При получении «розовой жидкости» проводится диагностический перитонеальный лаваж с последующим определением количества эритроцитов в 1 мм<sup>3</sup> оттекающей жидкости. Исходя из данных лабораторного анализа, реализуется либо протокол динамического наблюдения, либо выполняется лапароскопия, либо лапаротомия. Предложенная Дерябиным И. И. в середине 1970-х годов, получившая дальнейшее развитие и успешно внедренная в клиническую практику концепция травматической болезни, позволяет достоверно прогнозировать в определенный период времени развитие тех или иных ближайших последствий и осложнений у пострадавших с абдоминальной

1001

травмой. За период с 2001 по 2014 гг. в клинике военно-полевой хирургии было выполнено 924 лечебных и диагностических видеолaparоскопий. В соответствии с периодами течения травматической болезни, статистика распределилась следующим образом: оперативные вмешательства по неотложным показаниям составили 73,7% (682), срочные показания у пострадавших были выявлены в 4,5% (42), отсроченные показания имелись у 20,3% (188) и реконструктивно-восстановительные вмешательства были выполнены 1,5% (12) пациентов. В первом периоде травматической болезни, по неотложным показаниям, выполнялись диагностические и лечебные эндовидеохирургические оперативные вмешательства при повреждении паренхиматозных, полых органов брюшной полости, полости малого таза (диагностическая лапароскопия, ушивание ран диафрагмы, коагуляция повреждений печени, селезенки, лапароскопическая спленэктомия, ушивание точечных ран желудка, разрывов мочевого пузыря). Применение лапароскопии привело к исчерпывающей диагностике абдоминальной травмы. У большинства пациентов ЛС являлась окончательным методом лечения. Для второго периода течения травматической болезни характерно выполнение операций «второго взгляда» (Second Look), устранение ранней послеоперационной кишечной непроходимости. В качестве альтернативы безгазовым лапароскопиям с применением лапаролифтинга мы применяем лапароскопии на низком внутрибрюшном давлении, реализуемом с помощью специального инсуффлятора отечественного производства, который, в автоматическом режиме, определяет минимально возможное внутрибрюшное давление не вызывающее сдавления крупных сосудов и поджатие сердца диафрагмой. При его использовании давление в брюшной полости составляет около 4-6 мм. рт. ст. без какого либо ущерба для обзора и свободы манипуляций. Характерными оперативными вмешательствами третьего периода течения травматической болезни (периода максимального риска развития инфекционных осложнений) явились санации и дренирования абсцессов брюшной полости и малого таза, при висцеральных внутрибрюшных инфекционных осложнениях – санация очага хирургической инфекции (деструктивный холецистит, посттравматический панкреатит). В четвертом периоде развития травматической болезни, в основном, выполнялись реконструктивно-восстановительные оперативные вмешательства (устранение послеоперационных вентральных грыж). Использование предложенного лечебно-диагностического алгоритма (FAST, лапароцентез, диагностический перитонеальный лаваж) обусловило снижение летальности до 8,9%, частоты развития осложнений до 14,3%, значимое сокращение числа лапароцентезов, как инвазивного метода первичной (скрининговой) диагностики при травме живота, позволило избежать «напрасных» лапаротомий. Результатами внедрения эндовидеохирургических технологий в диагностике и лечении тяжелых ранений и травм живота в клинике военно-полевой хирургии явилось улучшение результатов и сокращение сроков лечения пациентов, уменьшение сроков нетранспортабельности.

---

1450.Тромбозы и эмболии в онкогастроэнтерологии

Шапошников А.В., Годоров С.С., Басенко С.Ж.-П.

Ростов-на-Дону

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт

Тромбозы и эмболии в онкологической практике – одно из частых осложнений оперативных вмешательств, что обусловлено значительными сдвигами в коагуляционной системе в процессе канцерогенеза. В РНИОИ за 2005-2014 гг. выполнено 7358 операций различного объема и характера на органах грудной и брюшной полости, органов малого таза (без урологических). За этот же период проведено 232 патологоанатомических исследования умерших больных послеоперационном периоде. Среди них эмболии легочной артерии и ее ветвей выявлены: при колоректальных раках – 17 (7,3 %); поджелудочной железы – 3 (1,3%); раках желудка – 2 (0,86 %); раках яичников и матки – 12 (5,2 %); раке легких – 6 (2,6 %). Мезентериальный тромбоз на этом секционном материале обнаружен в 12 наблюдениях: рак желудка – 3; рак поджелудочной железы – 3; рак яичников – 2; прочие – 4. Заключение. Эмболии легочной артерии и ее ветвей, и мезентериальные тромбозы являются наиболее частыми летальными осложнениями после операций по поводу колоректальных раков, а также раков яичников и матки. Требуется многокомпонентное комплексное профилактическое назначение

препаратов, регулирующих состояние свертывающей и антисвертывающей систем крови, как до операции, так и после нее.

---

1451. Острая неокклюзионная мезентериальная ишемия после кардиохирургических операций

Шаповалов И.Н., Ярошак С.В., Иваненко А.А., Гайдаш Л.Л.

Донецк ДНР

ИНВХ им. В.К. Гусака Донецк

Неокклюзионная мезентериальная ишемия (НОМИ), частота развития которой составляет от 20% до 30% от всех видов острой мезентериальной ишемии, остается наименее понятной формой острой мезентериальной ишемии. Летальность при неокклюзионной мезентериальной ишемии варьирует от 30 % до 93 % в связи с развитием гангрены кишки и перитонита. Основной причиной развития НОМИ - это уменьшение кровоснабжения кишки, вызванное низким сердечным выбросом и вазоспазмом брыжеечных артерий. Материал и методы В ИНВХ им. В.К. Гусака г.Донецка с 2004 по 2015, оперировано 812 пациентов с использованием искусственного кровообращения (ИК). У 11 пациентов (1,35%) после операции аорто-коронарного шунтирования развилась острая неокклюзионная мезентериальная ишемия. Мужчин было 8, женщин - 3, возраст пациентов варьировал от 48 до 73 лет. Сроки развития НОМИ варьировали от 2 до 7 суток. Причинами развития НОМИ явились: выраженная сердечная дисфункция у 6 больных: - у 2 периперационный инфаркт миокарда, у 2 - нарушение ритма и гемодинамической нестабильностью, у 2 - выраженная сердечная слабость с низкой фракцией выброса. У 2 больных НОМИ развилось на фоне ОНМК и нестабильной гемодинамикой в послеоперационном периоде, у 1 больного на фоне сепсиса и двухсторонней сливной пневмонии. Причина развития острой неокклюзионной ишемии у 2 больных неясна. Наиболее информативными методами диагностики для постановки диагноза НОМИ явилась селективная ангиография, диагностическая лапароскопия с лазерной флоуметрией для оценки жизнеспособности кишки. Поражения кишечника преимущественно локализовались в области тонкой и правой половины толстой кишок. Из 11 больных диагноз острой мезентериальной ишемии заподозрен при жизни у 9 больных, у 2 верифицирован на секции. При подозрении на мезентериальную ишемию выполнялась ангиография, 6 больным установлен катетер в ВБА, 4 больных выжили на фоне проводимой консервативной терапии: катетеризации верхней брыжеечной артерии с пролонгированным введением спазмолитиков (папаверин 30-40 мг\час) и антибактериальных препаратов, 2 больных оперированы после безуспешной в/артериальной консервативной терапии с летальным исходом на фоне прогрессирующего перитонита и периперационного инфаркта. 3 больным диагноз установлен в поздние сроки на терминальной стадии перитонита. Так называемая «выжидательная» тактика до появления явных признаков абдоминальной катастрофы порождает замкнутый круг – неразрешенная мезентериальная ишемия усугубляет течение основного заболевания и, когда диагноз не вызывал сомнения, то оперативное вмешательство заканчивалось смертью пациента либо не выполнялось из-за развившейся полиорганной недостаточности и крайней тяжести состояния пациента. Поэтому в последнее время мы пересмотрели тактику в сторону более активного подхода к диагностике и лечению данной категории пациентов. Непонятная абдоминальная картина, немотивированный парез, отсутствие эффективности лаксативной терапии, нарастание лейкоцитоза расценивались как признаки мезентериальной ишемии и ставились показания к экстренной ангиографии и последующему динамическому наблюдению с использованием лапароскопии и флоуметрии.

---

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

1452. Параметры операционного стресса после лапароскопических и открытых резекций печени. Экспериментально-клиническое исследование.

Панченков Д.Н. (1,2) Алексанян Г.Б.(1,2), Иванов Ю.В.(1,2), Астахов Д.А.(1,2), Ахматова Н.К.(3), Ефанов М.Г.(4), Алиханов Р.Б.(4), Казаков И.В. (4)

Москва

1) МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России 2) ФНКЦ ФМБА России 3) НИИ вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова 4) МКНЦ ДЗ г. Москвы

В последние годы в мире значительно возросло использование лапароскопического доступа при выполнении резекций печени различного объема. Многочисленные клинические исследования наглядно продемонстрировали значительное снижение послеоперационной боли, интраоперационной кровопотери, пребывания в стационаре и периода реабилитации. Иммунологический статус является достоверным показателем выраженности операционного стресса при сравнении резекций печени, выполняемых лапароскопическим и традиционным "открытым" доступом. Кроме того, иммунные реакции после резекций печени могут иметь решающее значение в патогенезе послеоперационных осложнений и потенциальной долгосрочной выживаемости. Целью нашего исследования является сравнение иммунологического статуса после открытых и лапароскопических резекций печени. Материалы и методы. Исследование включает экспериментальную и клиническую составляющую. Экспериментальное исследование включает 40 кроликов породы Шиншилла, обоих полов, весом до 3 кг. Эксперимент содержит две группы: основная: лапароскопические резекции печени, контрольная группа: открытые резекции печени. В предоперационном периоде, выполнялся забор крови из вены ушной раковины по 5 мл в гепаринизированные и негепаринизированные стерильные пробирки, для сравнения показателей метаболизма иммунологического статуса (ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10), белки теплового шока, общее количество лейкоцитов, пролиферативная, цитотоксическая и фагоцитарная активность монокулярных лейкоцитов. Оперативное вмешательство выполнялось под общей анестезией (Золетил, Вентраквил в рекомендованных дозах). В контрольной группе после подготовки операционного поля в положении на спине выполнялся доступ косым разрезом передней брюшной стенки по срединной линии, затем параллельно правой реберной дуге. Гемостаз осуществлялся при помощи биполярной коагуляции. В основной группе выполнялись лапароскопические резекции печени с использованием трех операционных троакаров, при этом для рассечения паренхимы применяли 5 мм инструмент Liga Sure. Заключительный этап состоял из трехкратных последовательных заборов крови (по вышеуказанной методике) через 4-6 часов после вмешательства, 24 часа и на 7-е сутки соответственно в гепаринизированные и негепаринизированные стерильные пробирки с последующей лабораторной диагностикой. Оценивались показатели цитотоксической, пролиферативной и фагоцитарной активности. Клиническая часть исследования заключается в сравнительной оценке параметров операционного стресса у пациентов, перенесших резекции печени открытым и лапароскопическим доступом по схеме, ранее отработанной в эксперименте. Определяли общее содержание лейкоцитов и их субпопуляции, TLR. Цитокиновый профиль оценивали по содержанию про- и противовоспалительных цитокинов: IL-1b, IL-2, TNF-a, IFN-g, IL-12p70, IL-4, IL-5, IL-6, IL-10, IL-13, IL-9, IL-17a, IL-22. Результаты. Согласно полученным данным, при сравнении показателей в основной и контрольной группах экспериментальных животных: фагоцитарная активность сохранилась практически неизменной в основной группе, в контрольной группе снизилась в послеоперационном периоде (нейтрофилы до 35%, моноциты до 50%). Цитотоксическая активность моноуклеарных лейкоцитов снизилась по отношению к NK-чувствительной линии K562 эритробластного лейкоза, в контрольной группе больше, чем на 45 % , в основной группе около 20 % . Эти данные косвенно демонстрируют, что противовирусный и противоопухолевый потенциал NK-клеток снижен. При сравнении пролиферативной активности моноуклеарных лейкоцитов отмечено усиление спонтанной пролиферации и уменьшение индуцированной фитогемагглютинином пролиферации, что обусловлено стрессующим воздействием. Это означает, что лейкоциты не могут адекватно реагировать на дополнительную стимуляцию ввиду истощения их скрытых резервов. По результатам клинических исследований уровень всех цитокинов (за исключением IL-12 и IL-4) у больных до операции, так и после нее, был статистически значимо повышен по сравнению с показателями здоровых лиц. В отношении IL-12 наблюдалась несколько иная картина. После хирургического вмешательства резко повышались на 6-й час, затем медленно снижались практически до исходного уровня. Лапаротомические операции индуцировали повышение Th-1 цитокинов в динамике, которые достигали максимальных уровней к концу наблюдения. Аналогичная картина наблюдалась в

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

отношении Th-2 цитокинов. Уровни IL-4 в послеоперационном периоде постепенно повышались, на 7 сутки наблюдения достигали максимальных значений. Резюмируя вышеизложенное, следует отметить, что уровни всех цитокинов – Th1/Th2/Th9/Th17/Th22 у больных были повышены уже до операции, в результате физического стресса, обусловленного наличием опухолевого процесса, инфекции или сопутствующей патологии, что свидетельствует о наличии воспалительного процесса, связанного с активацией эффекторов иммунной системы. Оперативное вмешательство более интенсивно индуцировало повышение данных цитокинов, приводя дисбалансу системы цитокинов хелперных клеток, который может приводить к функциональным и органическим нарушениям через индукцию «цитокинового шторма» и усугублять состояние пациентов.

---

1453. Российские приоритеты в зарождении и развитии хирургии щитовидной железы в XIX – начале XX веков, актуальные в настоящее время

Романчишен А.Ф., Вабалайте К.В.

Санкт-Петербург

ГБОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Исследован вклад выдающихся российских хирургов Н.И. Пирогова, Ф.И. Иноземцева, А.А. Боброва, Н.Ф. Лежнёва, Н.А. Вельяминова, С.П. Фёдорова и их учеников в развитие тиреоидной хирургии. Основы хирургии щитовидной железы (ЩЖ) были заложены Н.И. Пироговым в 1831 г. Диссертация доктора Лежнев Н.Ф. (1904 г.) стала первым, значимым, но забытым на 100 лет трудом, отражающим вклад российских хирургов в развитие операций на ЩЖ в России. Нами установлено что, А.А. Бобров, уже в период с 1893 г. первым в мире начал оперировать под визуальным контролем возвратных гортанных нервов. В.И. Разумовский в 1903 г. первым применил пункционную и эксцизионную диагностику рака ЩЖ, охарактеризовал медулярный рак, использовал ларингоскопическое исследование всех тиреоидных больных до операций. Эти новации приобрели в настоящее время качество «золотого стандарта» диагностики и лечения. Изменившаяся международная обстановка открыла возможности для расширения международного сотрудничества. Его началом на уровне страны оказался 11 Российский симпозиум эндокринных хирургов, проведенный сотрудниками кафедры госпитальной хирургии (Санкт-Петербургский центр хирургии органов эндокринной системы) СПбГПМУ 15 – 17 июля 2003 г.

---

1454. Лифтинговая лапароскопия в диагностике послеоперационного перитонита у больных пожилого и старческого возраста

Климович И.Н., Маскин С.С., Дубровин И.А., Моршинин С.Н., Карсанов А.М., Матюхин В.В.

Волгоград

ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет

У больных пожилого и старческого возраста, оперированных по поводу острой абдоминальной хирургической патологии (ОАХП), диагностика внутрибрюшных осложнений, а именно послеоперационного перитонита (ППер), в 25-42% случаев вызывает большие трудности, что приводит к

«запоздалым» или «напрасным» реоперациям. Это обусловлено свойственными возрасту когнитивными расстройствами, стертостью местной клинической картины, противоречием между физикальными и лабораторными данными и, результатами лучевых исследований. В связи с чем, многие хирурги для диагностики ППер используют лапароскопию. Однако ее выполнение в стандартном варианте с напряженным карбоксиперитонеумом (12-15 мм рт. ст.), у этой категории больных, нередко бывает невозможным (не герметичность брюшной полости, сердечно-легочные осложнения и т.д.) Цель исследования. Повысить эффективность и снизить процент ос-ложнений при диагностической лапароскопии у больных пожилого и старческого возраста с подозрением на развитие ППер. Материалы и методы. Материалом для клинических исследований послужили 48 больных пожилого и старческого возраста (61-89 лет) с различной ОАХП. У всех больных в раннем послеоперационном периоде (2-4 сутки) вследствие подозрения на прогрессирование перитонита, была выполнена лифтинговая лапароскопия на изопневматическом режиме с применением многофункционального пневмообтюлятора (МФП). МФП представляет из себя полимерную трубку длиной 100-140 мм (в зависимости от толщины передней брюшной стенки) с внутренним диаметром 6,5 мм, с воздуховодом проходящим в стенке трубки, который соединяется находящейся на одном конце манжетой раздуваемой до 70 мм в диаметре (Пат. №2506907). Исследование проводили под внутривенным наркозом. Удаляли из одной контрапертуры резиново-марлевый дренаж, вводили через нее в брюшную полость МФП и раздували манжету. Раздутая манжета являлась упором на внутренней поверхности брюшной стенки и при тяге за трубку позволяла ее поднять. Лифтинг создавал отрицательное давление в брюшной полости и приводил к поступлению в нее атмосферного воздуха по МФП. После того, как давление воздуха в брюшной полости становилось равным давлению атмосферного воздуха, МФП использовали как направляющую для проведения лапароскопа. Объем воздуха поступившего в брюшную полость всегда был достаточен для тщательного осмотра всех его отделов. Результаты. Лифтинговая лапароскопия позволила избежать «напрасных» релапаротомий у 9(18,6%) пациентов, 14(29,2%) больным определить показания к лапаросанации и 23(52,1%) к релапаротомии. За счет оптимального выбора контрапертуры для введения МФП и лапароскопа в брюшную полость, существенно уменьшалось время исследования (в среднем 5-8 мин). Ни в одном случае не встретилось сердечно-сосудистых и/или легочных осложнений связанных с выполнением лифтинговой лапароскопии в новой модификации. Выводы. Применение лифтинговой лапароскопии и МФП на изопневматическом режиме у больных пожилого и старческого возраста при подозрении на ППер существенно облегчает проведение диагностики, достоверно снижает риски сердечно-сосудистых и легочных осложнений. Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать!

---

1455.Трудности диагностики малигнизации хронической язвы желудка, клинический случай.

Акопян О.Г., Болотина И.Ю.

Ростов-на-Дону

ГБУ РО "ЛРЦ №1"

В ГБУ Ростовской области «Лечебный реабилитационный центр №1» с 2011г в отделении эндоскопических исследований проводится наблюдение за пациентами с предопухолевыми состояниями желудка и кишечника. Такая возможность появилась благодаря приобретению центром видеоскопии OLYMPUS EVIS EXERA 2, что позволило проводить осмотр слизистой в режиме NBI. Пациенты с предопухолевыми изменениями и состояниями проходят дополнительное обследование согласно протоколам, при необходимости берутся под динамическое наблюдение и получают рекомендации по лечению. Нами было отмечено, что наиболее часто такие состояния встречаются среди лиц пожилого возраста. Чаще всего гастродуоденопатия в этом возрасте проявляется атрофическими изменениями слизистой с последующим развитием полной и неполной метаплазии, формированием эрозий, язвенных дефектов, отсутствием сезонности обострений. Возрастные и инволюционные процессы слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта, наличие сопутствующих конкурирующих заболеваний (ишемической болезни сердца, гипертонической болезни и т.д) меняют не только клиническое течение язвенной болезни, но и



расстановку этиологических акцентов в возникновении эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны у пожилых людей. Приводим клиническое наблюдение Большой Б., 67лет впервые обратился в эндоскопическое отделение ГБУ РО «ЛРЦ№1» в мае 2014г. На ВГДС (видеогастродуоденоскопии) от 30.05.14г: по большой кривизне желудка, на границе тела и антрального отдела, язва щелевидной формы до 0,1-0,2 x 0,6см, с перифокальным неравномерным воспалительно-отечным валом около 6-10мм. При биопсии: фрагмент гиперпластического полипа с диффузной лимфо- и гранулоцитарной инфильтрацией из краев язвы. Слизистая антрального отдела желудка истончена, атрофирована, с рассеянными красными петехиями. Результат экспресс-Нр-теста отрицателен. Пациенту проведен курс иррадиационной терапии. 17.07.2014 контрольный осмотр: по большой кривизне желудка, на границе тела и антрального отдела, неглубокая язва 0,2-0,3 x 0,6см, в области дна серый налет фибрина, с включением зерен гематина, по краям слизистая контактно ранима, перифокальный воспалительный вал неравномерный до 3-5мм. Слизистая антрального отдела желудка истончена, атрофирована. Рекомендовано: продолжить курс консервативной терапии с последующим ВГДС-контролем. Следующий контрольный осмотр проведен 14.08.2014г: на границе тела и антрального отдела желудка, по большой кривизне, приподнятая язва до 0,6-0,7см, в области дна белый фибрин, с очаговыми включениями гематина, перифокально плотный воспалительно-инфильтративный вал. При биопсии: диффузная лимфо- и гранулоцитарная инфильтрация, фрагменты фиброзной ткани с гранулоцитарной инфильтрацией из краев и дна хронической язвы. Экспресс-Нр-тест отрицателен. На гастроскопии от 2.10.14г: на границе тела и антрального отдела желудка, по большой кривизне, приподнятая язва до 0,6-0,7см, в области дна белый фибрин, в области края выступающий темно синий сосуд в виде «жемчужины» диаметром до 0,2см, перифокально выраженная воспалительная инфильтрация, гипергрануляции. При биопсии: выраженный фиброз, диффузная лимфоцитарная инфильтрация, гиперплазия желез и дисплазия эпителия 1-2ст. Пациент направлен на консультацию к хирургу, для решения вопроса об оперативном лечении. Но пациент отказался от операции, и несмотря на высокий риск ЖКК (Forrest 2b) была продолжена консервативная терапия. На ВГДС от 27.11.14г: небольшая положительная динамика в виде отсутствия в дне язвы видимого сосуда. Последний осмотр проведен 22.01.15г: на границе тела и антрального отдела желудка, по большой кривизне, на месте ранее определяемой хронической язвы определяется выступающая в просвет на 0,5см, полиповидная гиперплазия диаметром около 1см с изъязвлением в области верхушки, гипергрануляции, очаговыми изменениями слизистой по типу красного рубца. Учитывая наличие длительно незаживающего язвенного дефекта и отсутствие положительной динамики, несмотря на неоднократно проводимые курсы иррадиационной терапии, пациенту настоятельно рекомендовано оперативное лечение. Оперативное вмешательство было выполнено 17.05.15г: лапаротомия, дистальная субтотальная резекция желудка по Бильрот-1, дренирование брюшной полости. Микроскопически – в дне язвы антрального отдела желудка обнаружена умеренно дифференцированная аденокарцинома с участками выраженного слизееобразования. Опухоль врастает в подслизистый слой стенки желудка, мышечный слой интактен. В краях язвы гиперплазированная слизистая с дисплазией эпителия 3ст. В краях резекции желудка опухолевого роста не обнаружено. На остальном протяжении в стенке желудка полнокровие, отек, хронический атрофический гастрит. Выводы Рак желудка остается одной из наиболее актуальных проблем современной медицины, его выявляемость в 3-4 стадии заболевания составляет примерно 70% случаев, это предопределяет неудовлетворительные результаты лечения и плохой прогноз. Дифференциальная диагностика язвы желудка и рака представляет определенные трудности на ранней стадии развития болезни, поэтому каждую язву желудка следует расценивать в перспективе как злокачественную. Т.о. больные язвенной болезнью желудка должны включаться в группу повышенного риска, особенно в случае обнаружения в биопсийном материале умеренно выраженной или тяжелой дисплазии.

---

#### 1456. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Халидов О.Х.(1), Бородин А.С.(2), Гаджимурадов В.К.(1)

Москва

1)МГМСУ, 2)ГКБ №81

Актуальность. Перфорация язвы остается одним из наиболее сложных осложнений у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и составляет примерно 12-15%. Данное осложнение является абсолютным показанием к оперативному лечению. Основной задачей является своевременная диагностика и определение объема и вида операции. В последнее время в тактику хирургического лечения внедряются малоинвазивные способы лечения такие как мини-доступы и видеолапароскопическое технологии. Целью настоящей работы явилось изучение результатов хирургического лечения острых перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки как видеолапароскопическим так и мини лапаротомным доступом. Материал. В ГКБ №81 на базе кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии Московского государственного медико-стоматологического университета за 2012-2015г оперирована 45 больных с острой перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Среди них женщин было 16(35,5%), а мужчин – 29(64,5%). Возраст больных колебался от 16 до 76л. Прободная язва двенадцатиперстной кишки диагностирована у 42 (93,3%), желудка – у 3 (6,7%). Срок с момента перфорации у всех больных составил до 24 ч. Особый интерес у нас вызвал трое пациентов, которые к нам поступили через 6 часов после родоразрешения с диагнозом перфорация полого органа. При видеолапароскопии у них диагностирован: острая перфорация язвы препилорического канала у одной больной и острая перфорация язвы передней стенки двенадцатиперстной кишки у двух больных с явлениями местного неотграниченного перитонита. Операция закончена видеолапароскопическим интракорпоральным наложением однорядных швов санацией и дренированием брюшной полости. Все трое выписались на 5 сутки в удовлетворительном состоянии. Остальные 42 пациента также больные поступили в клинику на карете скорой помощи с диагнозом: перфорация полого органа. В стационаре при обследовании по данным обзорной рентгенографии брюшной полости и грудной клетки отмечалась картина перфорации полого органа. Больные с приемного покоя сразу отправлялись в операционный блок. Операцию всем начинали с видеолапароскопии, с целью определения тактики хирургических подходов. На видеолапароскопии у всех больных перфорация имела острые и ровные края, без перифокального воспаления и рубцова. Диаметр перфоративного отверстия варьировала от 0,3 до 0,6см. У 5 больных, на этапе обучения к видеолапароскопическим операциям, ушивание перфорации произведено из мини лапаротомного доступа с последующей санацией брюшной полости под видеолапароскопическим контролем. Технология видеолапароскопических манипуляций начиналась с пневмоперитонеума в параумбиликальной точке с введением лапароскопа. После видеообзора брюшной полости дополнительно вводились от 2 до 3 манипуляционных троакара. Острые перфорации ушиты следующим способом: однорядный шов наложен у 37(82,2%), двухрядный – у 4(8,9%) и двухрядный двухрядный с оментопластикой – у 3(6,6). Во всех случаях брюшная полость дренировалась из двух точек. Продолжительность операции варьировала от 42 до 95 минут (на заре обучения). Средний срок пребывания пациентов в стационаре составил при лапароскопическом способе – 6,4, а минидоступом – 9,2 к/д. Летальных исходов и осложнений после применения выше указанной технологии не было. Выводы. Проведенное исследование показало, что малоинвазивные технологии хирургического лечения острых перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки способствуют ранней активации больных в послеоперационном периоде и сокращению сроков пребывания больных в стационаре. Операция является альтернативной к открытому методу хирургического лечения и может быть внедрен в практику при ушивании острых перфоративных язв с диаметром до 1см.

---

1457.Лечение послеоперационных эвентраций после санационных релапаротомий по поводу распространенного перитонита.

Воронков Д.Е., Кисляков В.В., Воронкова О.А., Татарчук П.А., Древетняк А.А. Резниченко А.М.

Симферополь

«Крымская медицинская академия имени С.И. Георгиевского» ФГАОУ ВО «Крымский Федеральный Университет им. В.И. Вернадского» г. Симферополь.

Вступление: Послеоперационная эвентрация – внезапное расхождение краев лапаротомной раны, вследствие чего создаются условия для выхода органов брюшной полости за ее пределы. По литературным данным частота развития послеоперационной эвентрации составляет 0,5 – 2,35%, а послеоперационная летальность при развитии этого осложнения составляет 20 – 50%. Наиболее частыми причинами развития послеоперационной эвентрации является возникшие после оперативного вмешательства анемия, гипопроотеинемия, коагулопатия, технические погрешности при выполнении оперативных вмешательств. Послеоперационная эвентрация так же часто возникает при лечении распространенных перитонитов, требующих программированных санаций брюшной полости, нагноением послеоперационной раны и др. Материалы и методы: Клиническое наблюдение включает 20 пациентов с послеоперационными эвентрациями. Использована классификация по степеням тяжести предложенная К.Д. Госкиным с соавт. 1977, 1986. Результаты и их обсуждение: В клинике пациентам с II – III – IV степенями асептической послеоперационной эвентрацией, а также при наличии эвентрации в нагноившуюся послеоперационную рану нами применена собственная методика, защищенная патентом Украины № 69519 от 15.09.04., Бюл. №9, предусматривающая дополнительное укрепление передней брюшной стенки спиралевидным полихлорвиниловым швом с учетом внутрибрюшного давления. При нагноении лапаротомной раны петли кишечника прикрываются полиуретановым пластом обильно пропитанным многокомпонентными водорастворимыми мазями с учетом фазы раневого процесса (нитацид, левомиколь и др.). В последнем случае ежедневно лапаротомная рана распускается, санируется и устанавливается новый защищающий петли кишечника полиуретановый пласт. При лечении послеоперационной эвентрации на фоне прогрессирующего перитонита швы на апоневроз не накладываются, что позволяет производить программированные санационные релапаротомии до купирования воспалительного процесса в брюшной полости. Распускание спиралевидного шва позволяет быстро и щадяще входить в брюшную полость для проведения санаций. Швы на апоневроз накладываются при последней санации и полном купировании воспаления в брюшной полости. Выводы: Применение собственной методики лечения распространенного перитонита является так же методом профилактики развития послеоперационных эвентраций, который положительно зарекомендовал себя при лечении последних.

---

1458. Комплексное лечение гнойно-некротических ран при синдроме диабетической стопы

Ильченко Ф.Н., Умеров Э.Э., Калачев Е.В.

Симферополь

Медакадемия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО "КФУ имени В.И. Вернадского, кафедра хирургии № 2

Число больных, страдающих сахарным диабетом (СД), осложненным синдромом диабетической стопы (СДС), неуклонно растет в развитых странах и составляет 15-25% от общего числа больных СД. Одной из самых главных остается проблема заживления ран, атипичное течение которой приводит к возникновению серьезных осложнений, что является причиной ампутации нижней конечности пациента, а вследствие этого причиной высокой степени инвалидизации. Ежегодный прирост заболеваемости СДС составляет 7-10 %, а удельный вес хирургических вмешательств по поводу гнойно-некротических процессов в области стоп составляет 30%. Существует мнение, что эффективность лечения язвенных дефектов при СД низкая. Однако это не совсем так. При правильно подобранном лечении эффективность заживления ран при нейропатической форме СДС заживление происходит в 80-90 % случаев. Для достижения такого результата необходимо соблюсти несколько условий: 1) правильная местная обработка раны (некрэктомия, промывание антисептиками, нетоксичными для грануляционной ткани, наложение лечебной повязки на основе атравматичного материала); 2) разгрузка конечности; 3) подавление раневой инфекции; 4) компенсация углеводного обмена; 5) устранение отека конечности; 6) дезинтоксикационная терапия при необходимости; 7) восстановление кровотока при наличии ишемии. Нами разработаны и внедрены в практику лечебные перевязочные материалы с заданными свойствами и разгрузочный ортез. Исследование проведено на 39 больных с гнойно-некротическими ранами при СДС, у которых при лечении были использованы разработанные перевязочные материалы и разгрузочный ортез, которые составили основную

группу. Контролем явилась группа аналогичных больных из 16 человек, у которых не применялись предложенные методы лечения, а применялись традиционные методы обработки и лечения ран с использованием антибактериальных мазей на гидрофильной основе. Повязки содержали в своем составе лиофилизированный ксенодермоимплантант, который обладает выраженными противовоспалительными, репаративными и сорбционными свойствами, а вторая дополнительно содержала в своем составе порошкообразный метронидазол и имела перфоративные отверстия. Соответственно этим повязкам больные были распределены на первую и вторую основные подгруппы. Эффективность применения предложенных перевязочных материалов и разгрузочного ортеза оценивалась по клиническим показателям: сроки очищения раны, появление грануляций, начало видимой эпителизации и сроки пребывания в стационаре, а также на основании биохимических и морфологических исследований. Всем больным основной группы рану обрабатывали антисептиками (3% р-р перекиси водорода, декасан), проводили некрэктомию раны по мере ее необходимости, рану просушивали и накладывали одну из разработанных повязок. При наличии болевого синдрома рану дополнительно орошали 2-10% раствором лидокаина. Смену повязок проводили 1 раз в 3-5 дней зависимости от экссудации раны. Кроме того все больным с СДС в дневное время было показано ношение ортеза, что являлось обязательным компонентом комплексного подхода в лечении гнойно-некротических ран при СДС. Применение ортеза способствовало разгрузке пораженной конечности, обеспечивало улучшение микроциркуляции и оттока крови и лимфы от пораженной стопы и уменьшало отек тканей, что способствовало саногенному эффекту. В результате предложенного комплексного лечения гнойно-некротических ран при СДС с использованием разработанных перевязочных материалов и разгрузочного ортеза результаты клинической эффективности в основной группе значительно улучшились по сравнению с контрольной группой. Наиболее быстрое очищение ран наблюдалось в второй подгруппе, как по отношению к контрольной ( $5,98 \pm 0,47$  против  $9,97 \pm 0,82$ ), так и по отношению к первой основной подгруппе: ( $5,98 \pm 0,47$  против  $7,63 \pm 0,61$ ). Сроки появления грануляций во второй подгруппе составили  $9,36 \pm 0,78$  суток, что на 4,55 суток менее, чем в контрольной и на 1,22 менее чем в первой подгруппе. Сроки эпителизации во второй подгруппе основной группы составили  $12,93 \pm 0,94$ , что на 5,44 суток меньше, чем в контрольной и на 1,05 в первой основной подгруппе. Такие тенденции позволили уменьшить средние сроки пребывания больных на стационарном лечении у больных второй основной клинической подгруппы до  $16,43 \pm 1,36$ , что на 7,88 суток менее чем в контрольной группе и на 1, первой основной подгруппе. Более выраженная эффективность проведенного лечения второй основной подгруппы связано с бактерицидным действием метронидазола и перфоративных отверстий, которые способствуют большей оксигенации раны, что неблагоприятно для флоры ран при СДС. Таким образом, применение предложенного комплексного лечения гнойно-некротических ран при СДС с использованием запатентованных повязок и разработанного разгрузочного ортеза обеспечивает выраженное лечебное и репаративное действие и может быть использовано в широкой медицинской практике.

---

#### 1459. ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В АНТИРЕФЛЮКСНОЙ ХИРУРГИИ

Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Ветшев Ф.П., Осминин С.В., Дулова А.В., Абдулхакимов Н.М.

Москва

Кафедра факультетской хирургии №1 ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Во всем мире ежегодно увеличивается количество больных с рефлюкс-эзофагитом и грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, наряду с прогрессирующим числом выполняемых антирефлюксных операций. Широкий разброс полученных результатов отражает явные различия в хирургической технике, длительности наблюдения больных, и определении причин неэффективности операции. Бесспорно, неудачной следует признавать антирефлюксную операцию, после которой сохраняются первичные симптомы (изжога, отрыжка, боль и т.д.) или появляются новые (дисфагия, боль, вздутие живота, диарея и др.). Сохранение симптомов рефлюкс-эзофагита или их скорый рецидив после фундопликации описаны у 5-20% больных после операции из лапаротомного доступа, и у 6-30% больных после лапароскопической фундопликации. Наиболее частыми симптомами неэффективной антирефлюксной операции являются

гастроэзофагеальный рефлюкс (30-60%) и дисфагия (10-30%), а так же комбинация рефлюкса и дисфагии (около 20%). Материал и методы. С 2006 наблюдали 34 больных (12 мужчин и 22 женщины в возрасте от 25 до 72 лет), перенесших различные операции по поводу ГПОД и РЭ, результат которых оказался неудовлетворительным. Все за исключением двух больных первично были оперированы в других лечебных учреждениях. В анамнезе 26 пациентов перенесли 1 антирефлюксную операцию, 3 больных были оперированы дважды, 3 операции – у 3 больных, 4 операции – у 2 пациентов. Ранее перенесенные операции: Nissen (20), Nissen-Rosetti (5), Toupet (2), эзофагофундоррафия (4) в сочетании с крурорафией у 19 пациентов, у 12 больных метод антирефлюксной операции не известен. Двум пациентам операцию проводили в нашей клинике на этапе освоения и внедрения эндоскопических технологий. Абсолютное большинство больных (21) отметили рецидивирование симптомов или их трансформацию в раннем послеоперационном периоде. У 5 пациентов период ремиссии «затянулся» на многие годы (от 10 до 24 лет). Все пациенты принимали антисекреторные и антацидные препараты по той же схеме, что и до первой операции. При поступлении больные предъявляли жалобы на изжогу (19), дисфагию (15), боль в эпигастрии и за грудиной (23). Дисфагия была обусловлена сдавлением «соскользнувшей» манжеткой в области пищеводного отверстия диафрагмы после крурорафии (14) или ее перекрутом (2). «Gas-bloat»-синдром, метеоризм, диарея, тошнота являются довольно частыми симптомами после операции Nissen, что мы наблюдали у 11 больных. Всем больным проводили рентгенологическое исследование, ЭГДС и импедансометрию с рН-метрией. При этом укорочение пищевода I степени было диагностировано у 9 пациентов, II степени – у 10. Признаки эрозивного рефлюкс-эзофагита выявлены у 19 больных. Результаты и обсуждение. Все пациенты, перенесшие первичные операции в других лечебных учреждениях были оперированы повторно. При этом в результате обследования и анализа операционных находок у них были выявлены следующие технические погрешности, допущенные во время предыдущих операций: фиксация к малой кривизне мобилизованной большой кривизны сзади от пищевода (4), сшивание спереди с образованием дубликатуры большой и малой кривизны желудка без их мобилизации (2); фиксация желудка к ножкам диафрагмы (10); ушивание ножек диафрагмы (19); фиксация желудка к печени, передней брюшной стенке (4), пилоропластика (5), неправильно сформированная манжетка (8) и полное ее отсутствие (6), «феномен телескопа» (8), излишне плотная манжетка (3), гастростаз (2). Реконструктивные антирефлюксные операции с формированием полной симметричной манжетки в нашей модификации выполнены 32 больным. Одному пациенту произведена субтотальная проксимальная резекция желудка; еще одной больной после ранее перенесенных 4 операций выполнена субтотальная проксимальная резекция желудка, резекция абдоминального отдела пищевода с эзофагоэногастропластикой. Хорошие функциональные результаты с исчезновением клинической симптоматики получены у всех оперированных больных и прослежены до 8 лет. При рентгенологическом исследовании ни у одного пациента не выявлено нарушения глотания и прохождения контрастного вещества по пищеводу, а так же признаков гастростаза или демпинг-синдрома. У 12 больных желудок располагался в брюшной полости, у остальных 22 пациентов сформированная антирефлюксная манжетка находилась на или над уровнем диафрагмы. При этом гастроэзофагеального рефлюкса контрастного вещества при полипозиционном исследовании, в том числе и в положении Тренделенбурга, выявлено не было. При ЭГДС зияния или недостаточности кардии, признаков эзофагита не было выявлено ни у одного пациента. Выводы. Полученные результаты в очередной раз опровергают всеобщее заблуждение о том, что гастроэзофагеальное соустье должно во что бы то ни стало находиться в брюшной полости. Давно доказано, что основной антирефлюксный эффект оказывает именно симметричная манжетка из тканей желудка, а при её правильном формировании она одинаково успешно «работает» как под, так и над диафрагмой, не влияет на нарушенную после ранее перенесенных операций пропульсивную моторику пищевода. Крайне важна полноценная мобилизация пищевода и дна желудка с последующим формированием симметричной полной манжетки без какой либо фиксации к окружающим тканям и органам. Ушивание ножек диафрагмы целесообразно лишь в случае большого дефекта, позволяющего мигрировать в средостение органам брюшной полости.

---

1460. Оптимизация лечения распространенного гнойного перитонита.

Воронков Д.Е., Михайличенко В.Ю., Кисляков В.В.

Симферополь

«Крымская медицинская академия имени С.И. Георгиевского» ФГАОУ ВО «Крымский Федеральный Университет им. В.И. Вернадского» г. Симферополь.

Вступление: Неудовлетворительные результаты лечения тяжелых форм перитонита, являются причиной поиска новых методик его лечения. Летальность при запущенных формах перитонита колеблется в пределах от 11 до 55%, а при развитии сепсиса и септического шока достигает 95%. По мнению большинства авторов, важнейшим звеном в комплексном лечении запущенных форм распространенного перитонита является санация брюшной полости, о эффективности которой говорил в 1884 г. Mikulicz, от эффективности которой во многом зависит результат лечения. Материалы и методы: Изучено влияние водорастворимой мази «Нитацид» на париетальную и висцеральную брюшину, паренхиматозные органы и кишечную трубку на экспериментальных животных. На секции макроскопически обнаружены тонкие единичные спайки, образование массивного спаечного процесса, инфильтратов не обнаружено. Гистологически при введении мази «Нитацид» в брюшную полость воспаления не обнаружено. Полученный положительный результат в эксперименте позволил разработать и внедрить в работу способы лечения перитонита (патенты № 69519 А, 2004; № 7619, 2005), которые основаны на коррекции внутрибрюшного давления. Для уменьшения травматизации кишечных петель использован полиуретановый пласт пропитанный водорастворимой мазевой композицией, ушивание лапаротомной раны выполнялось спиралевидным швом, который является и профилактикой эвентерации в послеоперационном периоде. Результаты: Методики применены у 70 больных с распространенными формами фибринозно-гнойного перитонита, тем которым были показаны программированные санационные релапаротомии. Из них 38 пациентам выполнены по 2 вмешательства, 20-и – по 3, и 12-и – по 4 релапаротомии. Летальность в этой группе 17,1% (12 пациентов). Выводы: • При использовании для санации брюшной полости водорастворимой мази «Нитацид-Дарница» отмечено положительное влияние на купирование воспалительного процесса уже через 24 часа, и полное его купирование к третьим суткам раннего послеоперационного периода. Использование собственной методики лечения распространенного перитонита позволило снизить летальность в эксперименте до 10%. • Полученные результаты экспериментальных исследований позволили разработать и внедрить в клиническую практику способы лечения распространенного перитонита, применение которых позволило снизить послеоперационную летальность до 17,1%.

---

#### 1461.ВОЗМОЖНОСТИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОКАЗАТЕЛЯ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

КАЛИНИН Р.Е.(1), СУЧКОВ И.А.(1), ПШЕННИКОВ А.С.(1), РУДАКОВА И.Н.(1), АРХИПКИНА Н.В.(2)

Рязань

(1) ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России(2) ГБУ РО Областной клинический кардиологический диспансер

Цель: проследить динамику показателя функции эндотелия на фоне проводимой терапии у пациентов с посттромботическим синдромом нижних конечностей. Материалы и методы: в исследование включено 84 пациента, перенесших тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей, которые были разделены на 2 равные группы. Терапия включала антикоагулянтные, противовоспалительные препараты, производилась эластическая компрессия нижних конечностей. Второй группе пациентов дополнительно назначался венотонизирующий препарат из группы диосмина. Выполнялось определение показателя функции эндотелия (ПФЭ) при помощи компьютерной фотоплетизмографии, ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) вен нижних конечностей, легометрия. В качестве контрольной группы, ПФЭ исследован у 21 здорового добровольца. По истечении 12 месяцев для оценки тяжести ПТС нижних конечностей применялась классификация СЕАР. Результаты: Через 12 месяцев после перенесенного ТГВ в первой группе у 38 пациентов (90,5%) сформировалась смешанная форма ПТС, у 4 (9,5%) -

реканализованная форма. Во второй группе у 33 пациентов (78,5%) – смешанная форма, у 9 (21,5%) – реканализованная. В группе здоровых добровольцев значение ПФЭ составило  $25,7\% \pm 2,2\%$ . Выявлено, что при тромбозе глубоких вен ПФЭ значительно снижен. В первой группе в 1 сутки  $1,45\% \pm 0,45\%$ ; на 14 сутки  $1,55\% \pm 0,65\%$ ; через 3 месяца  $5,65\% \pm 0,95\%$ ; через 6 месяцев  $6,85\% \pm 0,65\%$ ; по истечении 12 месяцев  $10,85\% \pm 0,55\%$ . Во второй группе в 1 сутки  $1,45\% \pm 0,8\%$ ; на 14 сутки  $2,05\% \pm 0,85\%$ ; через 3 месяца  $4,4\% \pm 0,5\%$ ; через 6 месяцев  $7,1\% \pm 0,85\%$ ; по истечении 12 месяцев  $14,85\% \pm 0,9\%$ . Проводимая терапия приводила к увеличению показателя функции эндотелия в обеих группах, но в группе пациентов принимавших диосмин динамика была лучше и прирост ПФЭ выше, соответственно  $12,3 \pm 0,5$  в первой группе и  $16,3 \pm 0,8$  во второй. ПФЭ пациентов обеих групп не достигло значений, наблюдаемых у здоровых добровольцев, даже по истечении года проводимой терапии. Обнаружено что, введение в курс лечения диосмина приводит к увеличению значений показателя функции эндотелия, при этом наиболее интенсивный прирост показателей отмечается к 3 и 6 месяцу непрерывного приема препарата. В последующие полгода ПФЭ увеличивается, но не столь динамично, что дает основания предположить целесообразность непрерывного приема венотонизирующих препаратов в первые 6 месяцев формирования ПТС. При осмотре пациента после 12 месяцев терапии выявлено, что чем выше уровень поражения, тем больше выражена степень хронической венозной недостаточности. В первой группе при поражении подвздошного сегмента: C0 – C2 - 6 пациентов (31,6% всех пациентов с данным уровнем поражения); C3 – C4 – 11 пациентов (57,9%); C5 – C6 – 2 пациента (10,5%). На уровне общей бедренной вены C0 – C2 – 2 пациента (20%); C3 – C4 – 7 пациентов (70% всех пациентов с данным уровнем поражения); C5 – C6 -1 пациент (10%). В бедренной вене C0 – C2 - 5 пациентов (55,5%); C3 – C4 - 7 пациентов (70%). В подколенно – берцовом сегменте C0 – C2 - 3 пациента (75%); C3 – C4 1 пациент (25%). Введение в курс лечения диосмина в группе 2 привело к снижению частоту развития тяжелых форм хронической венозной недостаточности (ХВН) (таблица 2). Во второй группе при поражении подвздошного сегмента: C0 – C2 - 6 пациентов (50% всех пациентов с данным уровнем поражения); C3 – C4 – 5 пациентов (41,7%); C5 – C6 – 1 пациент (8,3%). На уровне общей бедренной вены C0 – C2 – 5 пациентов (31,3%); C3 – C4 – 11 пациентов (68,7%). В бедренной вене C0 – C2 - 9 пациентов (81,8%); C3 – C4 - 2 пациента (18,2%). В подколенно – берцовом сегменте C0 – C2 - 2 пациента (66,7% всех пациентов с данным уровнем поражения); C3 – C4 1 пациент (33,7%). Выводы: 1. Применение препаратов, содержащих диосмин ведет к приросту ПФЭ и позволяет снизить частоту развития индуративно – язвенных форм ХВН при посттромботическом синдроме. 2. Компьютерная фотоплетизмография позволяет произвести оценку функции эндотелия у пациента с ПТС с целью динамического контроля за эффективностью проводимой терапии.

---

#### 1462. ТРАНСЮГУЛЯРНОЕ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЕ ПОРТОСИСТЕМНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ В КОМПЛЕКСНОМ МАЛОИНВАЗИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Бебуришвили А.Г., Михин С.В., Мозговой П.В., Кондаков В.И., Пимкин С.М.

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет Кафедра факультетской хирургии с курсом эндоскопической хирургии ФУВ и с курсом сердечно-сосудистой хирургии ФУВг. Волгоград, Российская Федерация

Цель исследования. улучшить результаты лечения больных с кровотечением и высоким риском возникновения геморрагии из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПиЖ) при портальной гипертензии (ПГ) у больных циррозом печени (ЦП) путем комплексного этапного применения малоинвазивных хирургических методов коррекции. Материалы и методы. Выполнение лапаротомных операций для коррекции ПГ в срочном порядке у больных категории Child-Pugh C и переходного класса B-C по Шерцингеру часто превращаются в операцию отчаяния с предельно высоким риском летального исхода. Исходя из этого, в таких наблюдениях по принципиальным соображениям прибегаем к тактике малоинвазивной комплексной хирургической коррекции. В исследование включено 39 пациентов с ЦП,

1013

которым выполнена операция трансюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования (TIPS) с 2012 по 2015 гг. Мужчин было 23 (58,9%), женщин 16 (41,1%). Средний возраст составил  $49,5 \pm 1,7$  лет. Все больные по функциональному состоянию распределены согласно критерию Child-Pugh: В – 13 больных (33,3%), С – 26 пациентов (66,7%). Оценка выраженности ВРВП проводилась по трехступенчатой классификации А.Г. Шерцингера. Патологические изменения вен пищевода у 9 больных (23,0%) определили как ВРВП II, ВРВП III в 30 наблюдениях (77,0%). В 8 случаях (20,5%) по данным ЭГДС кроме ВРВП в кардиальном отделе желудка выявили варикозно трансформированные вены. У трех больных (7,7%) выявлено продолжающееся ПК, которое временно остановлено постановкой зонда-обтуратора Сенгстакена-Блэкмора. У 36 пациентов (92,3%) в недавнем анамнезе отмечены кровотечения из ВРВП. TIPS использовали в сочетании с малоинвазивными эндоскопическими методиками: эндоскопическим лигированием (ЭЛ) ВРВП, лапароскопической диссекции венечной вены желудка (ЛДВВЖ) и рентгенэндоваскулярной окклюзией воротной вены (ЭСА). Комбинации малоинвазивных хирургических методик были следующими: ЭЛ+ЛДВВЖ+ЭСА+TIPS=5, ЭЛ+ЭСА+ЛДВВЖ+TIPS=2, ЭЛ+ЛДВВЖ+TIPS+ЭСА=1, ЭЛ+TIPS=6, ЭЛ+ЭСА+TIPS=4, ЛДВВЖ+ЭЛ+ЭСА+TIPS=2, ЛДВВЖ+ЭСА+TIPS+ЭЛ=1, ЛДВВЖ+TIPS+ЭСА=2, ЭСА+ЭЛ+TIPS=2, ЭСА+TIPS=3, ЭСА+TIPS+ЛДВВЖ+ЭЛ=1, TIPS+ЭСА=3, TIPS+ЭЛ=5, TIPS+ЭЛ+ЭСА=2. При выполнении TIPS использовали непокрытые нитиноловые стенты фирмы «Cook», «Cordis» и «OptiMed» длиной 80 мм, диаметром 9 мм. В двух случаях (5,1%) в связи с протяженным паренхиматозным каналом использовали методику стент в стент. При выявлении ВРВЖ в кардиальном отделе на начальных этапах выполняли TIPS с селективной эмболизацией венечной вены желудка у 8 больных (20,5%), что привело к эрадикации ВРВЖ и в дальнейшем выполнили сеансы ЭЛ ВРВП. Использовали металлические спиралями «Gianturco» («Cook»), «Tornado» («Cook») и «AZUR» («Тегумо»). Для достижения эффекта использовали 1-4 конструкции. Критерием успеха выполненного вмешательства была визуализация воротной вены и внутрипеченочного стента без дефектов контрастирования, сброс контраста в нижнюю полую вену, а также отсутствие ретроградного кровотока по сосудам, ответственным за варикозную трансформацию пищеводно-желудочных вен. Результаты и обсуждение. При выполнении контрольной ЭГДС через 7 дней после выполнения TIPS во всех случаях выявили регресс ВРВП, у пациентов с ВРВЖ в кардиальном отделе достигнута эрадикация. При контрольном УЗДС на 1-ые, 7-ые сутки и через 1 месяц у всех пациентов определялось повышение линейной и объемной скорости кровотока, редукция портокавальных анастомозов, а также некоторое уменьшение диаметра воротной вены. Во всех случаях стент был проходим. Линейная скорость кровотока в воротной вене увеличилась с  $10,4 \pm 1,9$  см/сек до  $18,2 \pm 2,1$  см/сек, объемная скорость кровотока возросла с  $621,7 \pm 35,1$  мл/мин до  $716,9 \pm 34,9$  мл/мин. Во всех случаях стент был проходим. Через 6 месяцев у четырех пациентов (10,3%) выявлен тромбоз стента, который привел к рецидиву ПК. Нарастание степени печеночной энцефалопатии отмечено у 5 больных (17,9%), которая была скорректирована увеличением дозы орнитина аспартата (Гепа-Мерц) с 9 гр. до 18 гр. в сутки. В течение двух лет умерло 5 пациентов (12,8%) в связи с прогрессированием печеночной недостаточности. У больных, которым проводили комплексное этапное малоинвазивное хирургическое лечение, летальных исходов, связанных с ПК в раннем постманипуляционном периоде и наблюдении до 2-х лет, не регистрировали. Вывод. TIPS является эффективным эндоваскулярным хирургическим способом портальной декомпрессии у больных с ЦП. Сочетанное последовательное использование TIPS с ЭЛ ВРВП, ЛДВВЖ, ЭСА является эффективным способом лечения и профилактики кровотечения из ВРВПиЖ.

---

1463. Лечение раненых и больных в критической ситуации при острой массивной кровопотери

Брюсов П.Г.

Москва

Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко

Острая массивная кровопотеря остается основной причиной наступления летального исхода при травмах и ранениях. Выработка тактических подходов в условиях мирного и военного времени основана на знании



эффективности гомеостатических механизмов защиты организма, что стало предметом детального изучения в ГВКГ им. Н.Н.Бурденко в клинике, эксперименте и в боевой обстановке. В условиях неотложной хирургии обследованы 365 пациентов с острой массивной кровопотерей. Объем исследований включал определение показателей центральной гемодинамики (Swan-Ganz catheter), величины кровопотери, ОЦК (интегральная реография тела), минутного объема кровообращения (по Фику), кислородного режима (системный транспорт и общее потребление кислорода) и тканевой перфузии (по W. Shoemaker), лабораторных показателей крови (рН, коагулограмма, Гб, Гт, биохимические показатели). В ургентной хирургии острая массивная кровопотеря под влиянием различных факторов приводила к различным по тяжести процессам: простой гипотонии (у 46,6%), геморрагическому шоку (у 39,8%), терминальному состоянию (у 13,6%). К необратимости геморрагического шока приводило длительное сохранение некорригированной критической гиповолемии. Причины перехода шока в необратимое состояние были обусловлены нарушением транспорта и потребления кислорода, а при нарастании кислородного долга свыше 40% гибель организма оказывалась неизбежной. При наличии шока летальные исходы были в 34% случаев, при его отсутствии – в 8,5%. Прослежена отчетливая зависимость выживаемости пациентов от продолжительности критической гипотонии: в тех случаях, когда она была не более 1 часа, летальность составила 19,1%, от 1 до 3 часов – 35,4%, более 3 ч. – 88,9%. При лечении острой массивной кровопотери решающая роль принадлежала хирургическому вмешательству по остановке кровотечения (hemorrhage control) с одновременным проведением реанимационных мероприятий. Возникающие при этом задачи заключались в определении величины кровопотери по индексу шока, оценке состояния компенсаторных механизмов организма и тяжести состояния раненого, окончательной остановке кровотечения, восполнении объема крови. В настоящее время при травматической кровопотере обязательна оценка как тяжести боевой травмы по шкалам ISS (Injury Severity Scale), GCS (Glasgow Coma Scale), ВПХ-П, так и тяжести состояния раненого по шкалам ВПХ-СП и ВПХ-СГ. В наших исследованиях летальность у оперированных экстренно, составила 17,9%, а отсроченно – 40%. Как в экспериментальных исследованиях, так и у пострадавших было установлено, что основным патофизиологическим фактором, ведущим к летальному исходу, является сокращение доставки и потребления кислорода и нарастание кислородного долга организма. Было выявлено, что у невыживших пострадавших этот долг не компенсируется, несмотря на восстановление в процессе реанимации транспорта кислорода. Разработанные в госпитале подходы по тактике лечения пациентов в критическом состоянии в условиях мирного времени были использованы в боевой обстановке в период локального военного конфликта на Северном Кавказе. Тактика лечения проанализирована у 20 раненых с проникающими тяжелыми ранениями груди. Все они поступили в госпиталь (1-й этап специализированной хирургической помощи) в тяжелом состоянии, обусловленном проникающим ранением, геморрагическим шоком и гипоксией. Среднее систолического артериальное давление при поступлении было 76 мм рт.ст., период шока более 1 часа отмечался в 75 % случаев. У 18 раненых (90%) перед операцией сАД было восстановлено до уровня 90 мм рт. ст. Все они были оперированы: торакотомия выполнена у 6, оперативная видеоторакоскопия – у 14. Объем кровезамещения включал введение эритроцитов (30%), кристаллоидов (30%), плазмы (20%), коллоидных растворов (10%). Всем раненым выполнялась реинфузия крови в объеме 1,2-2,6 л. Общий объем инфузионно-трансфузионной терапии составлял 160-190% по отношению к величине кровопотери. Летальных исходов в данной группе раненых не было. Заключение. 1. Активная тактика экстренного хирургического контроля кровотечения с выполнением неотложных операций сопровождается лучшими результатами, чем выжидательная позиция, ограниченная только «жидкостной реанимацией». 2. Оптимальный объем кровезамещения на 50-70% должен превышать величину кровопотери. Основные компоненты трансфузионной терапии – эритроциты, плазма и кристаллоиды, которые вводятся в соотношении 1:1:1. 3. Учитывая стремительное обновление знаний в области военной трансфузиологии необходимо детальное изучение современной тактики кровезамещения, основанной на агрессивной коррекции коагулопатии.

---

1464. Оценка эффективности различных способов аллогерниопластики больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж

Михин И.В., Панчишкин А.С.

Волгоград

ВолГМУ

Введение. Послеоперационные вентральные грыжи являются одним из наиболее частых осложнений после абдоминальных операций и имеют важное социально-экономическое значение. Герниология как раздел хирургии сформировалась в конце XIX - начале XX века, когда на смену паллиативным, а нередко и калечащим операциям грыжесечения, приходят различные варианты герниопластики. Основным принципом хирургической герниологии, сформированным на этом этапе ее развития, была надежность ушивания собственных тканей пациента и прочность формируемого рубца. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж до сегодняшнего дня остается одной из наиболее острых проблем абдоминальной хирургии. Высокий уровень рецидивов после традиционных видов пластики грыж брюшной стенки способствовал разработке сетчатых имплантатов, которые широко применяются для лечения послеоперационных и рецидивных вентральных грыж. Совершенствование синтетических материалов и методов их имплантации позволило вдвое снизить количество рецидивов при оперативном лечении послеоперационных вентральных грыж. Широкое внедрение так называемых атензионных методов герниопластики привело к значительному снижению частоты развития абдоминального компартмент-синдрома. Преимущество пластики без натяжения состоит в минимизации изменения объема брюшной полости, что не приводит к повышению внутрибрюшного давления и нарушению функции дыхания. Цель исследования: оценить результаты различных технологий открытой аллопластики больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж. Материал и методы. Мы имеем опыт хирургического лечения 42 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами большого и гигантского размера с применением современных аллотрансплантатов и средств профилактики образования внутрибрюшной адгезии. Группу А из общего количества наблюдений составили 25 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами, которым после грыжесечения и адгезиолиза в брюшную полость инстиллировали противоспаечный барьерный препарат «Мезогель», а затем выполняли натяжную аллопластику передней брюшной стенки комбинированным способом по типу «on-lay». В группу Б были включены 17 пациентов, которым выполнили ненапряжную герниопластику с применением: композитных полипропиленовых сеток, имеющих антиадгезивное покрытие на основе коллагена, по типу «sub-lay» (n=9) или ПТФЭ-имплантов по типу «sub-lay» (n=4) или с отдельной имплантацией коллагеновой пластины "КолГАРА" по типу «sub-lay» и полипропиленовой сетки по типу «on-lay» (n=4). Результаты и обсуждение. У 23 пациентов группы А ранний послеоперационный период протекал без осложнений. У 1 пациентки группы А диагностировали абдоминальный компартмент-синдром I степени, который удалось купировать консервативными мероприятиями в течение 2 суток. Ещё у 1 пациента в раннем послеоперационном периоде диагностировано нагноение гематомы, расположенной под аллотрансплантатом, которая была вскрыта, санирована и дренирована. В позднем послеоперационном периоде в следствие нарушения режима физической нагрузки у 1 пациента выявлен рецидив вентральной грыжи. У 12 пациентов группы Б послеоперационный период также протекал без осложнений в зоне аллопластики. Ранние осложнения отметили у 5 пациентов. В первом случае, ввиду грубого нарушения пациентом режима, неадекватного бандажирования зоны аллопластики, на 3 сутки диагностировали подкожную эвентерацию с явлениями острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости, потребовавшей релапаротомии, ненапряжной реаллогерниопластики. Во втором и третьем случаях в послеоперационном периоде отметили некроз кожи и подкожно-жировой клетчатки, после обширной мобилизации последней, по поводу чего выполнили некроэктомию до полипропиленовой сетки. За время наблюдения гнойного отделяемого из ран не было, после наложения вторичных швов пациентки выписаны в удовлетворительном состоянии на 40 и 28 сутки. В четвертом случае на 7 сутки после операции диагностировали острую тонкокишечную непроходимость, что потребовало релапаротомии. На операции выявлена адгезия петли тонкой кишки к полипропиленовому слою композитного трансплантата на основе ПТФЭ, с единичными висцеро-висцеральными сращениями тонкой кишки по типу «двустволок». В пятом случае на 3 сутки так же диагностирована острая тонкокишечная непроходимость, на повторной операции: ущемление петли тонкой кишки между лигатурами первого ряда узловых швов по краю аллотрансплантата с некрозом ущемленной части тощей кишки, что потребовало ее резекции с наложением анастомоза "бок в бок", операцию завершили ненапряжной реаллогерниопластикой. В одном случае в позднем послеоперационном периоде диагностирован лигатурный свищ. Проводили дезэпителизацию свищевого хода с дублированием спиртовым раствором йода до полного рубцевания. В позднем послеоперационном периоде всем пациентам провели контрольное обследование: клинический осмотр, ультразвуковой контроль состояния зоны аллопластики, а также брюшной полости, где определяли смещаемость полых органов относительно зоны аллопластики. Состояние пациентов признано удовлетворительным, рецидив заболевания выявлен в одном случае, а подвижность полых органов относительно передней брюшной

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

стенки составила более 2,0 см, что является косвенным признаком отсутствия висцеро-париетальных сращений полых органов. Вывод. Применение современных аллотрансплантатов в хирургическом лечении больших и гигантских послеоперационных грыж позволяет минимизировать риск рецидива заболевания, а применение противоспаечного барьерного средства «Мезогель», аллотрансплантатов с антиадгезивным покрытием, коллагеновой пластины "КолГАРА" позволяет минимизировать риск повторного возникновения висцеро-париетальной адгезии и вероятность повторного хирургического лечения спаечной болезни брюшной полости после аллопластики.

---

#### 1465.ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Хамидов М.А., Магомедов М.П., Абдулмеджидов О.М., Магомедов А.М.

Махачкала

Курс эндохирургии Дагмедакадемии, ФКУЗ МСЧ МВД РФ по РД

Актуальность проблемы лечения эхинококкоза печени продиктована высокой распространенностью данного заболевания в эндемических зонах нашей страны, превалированием среди больных лиц наиболее трудоспособного возраста, высоким процентом осложнений после открытых вмешательств из традиционных доступов и длительным сроком реабилитации. В настоящее время применяются следующие методы лечения эхинококкоза: открытый (традиционный), лапароскопический, пункционный и консервативный. Основными лечебными принципами при выполнении эхинококкэктомии (которые должны соблюдаться при любом методе лечения) являются: а) апаразитарность; б) ликвидация остаточной полости; в) выявление и ликвидация цистобиллиарных свищей; г) противорецидивная терапия. Показания к лапароскопической эхинококкэктомии на этапе освоения определяются с учетом размеров кист (5-10 см.), локализацией в III, IV, V, VI сегментах, отсутствием дочерних пузырей в полости кисты. В то же время, определен широкий спектр противопоказаний к лапароскопической эхинококкэктомии печени. На этапе освоения к ним относятся: наличие дочерних пузырей в полости кисты, внутрипеченочное расположение, поддиафрагмальная локализация, первично множественная локализация эхинококкоза, осложненный эхинококкоз. Нами обобщен и проанализирован опыт лечения 94 больных с эхинококкозом печени, в возрасте 14 – 56 лет, в период с 1996 по 2014 гг. Как показали наши исследования, процесс преимущественно локализовался в правой доле печени (V, VI, VII, VIII сегменты), размеры кист варьировали от 4 до 14,2 см. Накопленный нами опыт позволяет считать, что абсолютными противопоказаниями к лапароскопической эхинококкэктомии печени являются: а) полное внутрипеченочное расположение кист; б) осложненный эхинококкоз в виде прорыва в желчные протоки и нагноения; в) кальцинирование стенок. Значительным достижением последних лет в лечении эхинококкоза печени считается широкое использование закрытых методик эхинококкэктомии. На начальных этапах освоения метода (5 больных) мы пытались максимально ликвидировать остаточную полость путем ее капитонажа и ушивания. В последующем мы убедились, что данная методика является нецелесообразной в связи с риском послеоперационных осложнений со стороны остаточных полостей. Методом выбора ликвидации остаточной полости печени считаем способ абдоминализации (89 больных) с использованием ультразвуковой диссекции (48 больных), при условии тщательной эндовидеоскопии остаточной полости печени. По результатам проведенного лечения имели место два осложнения (1 рецидив и 1 нагноение остаточной полости), а также одна конверсия из-за заднего поддиафрагмального расположения. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 48 минут, средний койко-день – 6,5 дней. Быстрое развитие эндовидеохирургических технологий позволяет, на наш взгляд, значительно расширить перечень хирургических вмешательств, выполняемых малоинвазивным способом. Преимущества лапароскопической техники при эхинококкозе печени обусловлены тем, что традиционные вмешательства сопровождаются тяжелой операционной травмой и соответственно длительной реабилитацией пациентов, в то время как эндовидеохирургические технологии позволяют значительно сократить сроки госпитализации и выздоровления, при сохранении принципов паразитарной хирургии. Таким образом, лапароскопическая

эхинококкэктомия печени при учете всех противопоказаний и неукоснительном выполнении всех технических принципов этой операции должна занять свою нишу в хирургии эхинококкоза.

---

1466. Определение стартового метода хирургической коррекции синдрома портальной гипертензии

Бебуришвили А.Г., Михин С.В., Мозговой П.В., Кондаков В.И., Пимкин С.М.

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет Кафедра факультетской хирургии с курсом эндоскопической хирургии ФУВ и с курсом сердечно-сосудистой хирургии ФУВг. Волгоград, Российская Федерация

Вопрос выбора стартового метода и последовательности применения этапных, корригирующих вмешательств синдрома портальной гипертензии (СПГ) остается дискуссионным и весьма актуальным в настоящее время. Цель исследования: определение стартового метода хирургической коррекции СПГ. Материалы и методы. Неудовлетворенность получаемыми результатами после лапаротомных вмешательств является основным стимулирующим фактором для разработки новых методик хирургической коррекции СПГ меньшей агрессивности. Поэтому актуальным остается развитие миниинвазивных технологий в лечении больных СПГ. Клинический материал основан на хирургическом лечении 178 больных с СПГ. В Клинике №1 ВолГМУ за последние 6 лет были применены миниинвазивные методы хирургической коррекции СПГ 157 (88,2%) пациентам с циррозом печени (ЦП) и 21 (11,8%) – с внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ). В качестве одного из этапов коррекции выполнялись следующие операции: лимфовенозный анастомоз на шее (ЛВА) – 24 операции, эндоскопическое лигирование варикозных вен пищевода (ЭЛ ВРВП) – 91 сеанс, лапароскопическое клипирование венечной вены желудка (ЛКВВЖ) – 62 вмешательства, рентгеноэндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии (ЭСА) – 94 процедуры, трансъюгулярное портосистемное шунтирование (ТИПС) – 39 операций. Выбор стартового метода и последовательность применения этапных корригирующих вмешательств зависели от конкретной клинической ситуации и были избраны индивидуально с учетом наиболее значимого симптома на момент начала курса лечения, а последующий вариант – в зависимости от эффективности предшествовавшего этапа. В группе больных ЦП комбинации миниинвазивных хирургических методик применили в 81 наблюдении (ЭЛ+ЛДВВЖ+ЭСА+ТИПС=5, ЭЛ+ЭСА=18, ЭЛ+ЭСА+ЛДВВЖ+ТИПС=2, ЭЛ+ЛДВВЖ+ТИПС+ЭСА=1, ЭЛ+ЭСА+ТИПС=4, ЛДВВЖ+ЭЛ+ЭСА+ТИПС=2, ЛДВВЖ+ЭСА+ТИПС+ЭЛ=1, ЛДВВЖ+ТИПС+ЭСА=2, ЭСА+ЭЛ+ТИПС=2, ЭСА+ТИПС=3, ЭСА+ТИПС+ЛДВВЖ+ЭЛ=1, ТИПС+ЭСА=3, ЭСА+ЭЛ=15, ТИПС+ЭЛ+ЭСА=2, ЭЛ+ЭСА+ЛДВВЖ=20). При ВПГ в 13 наблюдениях (ЭСА+ЭЛ=3, ЭЛ+ЭСА=6, ЭЛ+ЛДВВЖ+ЭСА=4). Из представленных 15 вариантов тактических схем этапного лечения, ровно в половине наблюдений первым методом коррекции явился курс ЭЛ ВРВП с целью достижения эффекта эрадикации. У 25% больных в качестве первого этапа использовали диагностическую лапароскопию с биопсией печени и ЛКВВЖ. Еще в 25% случаев стартовыми являлись ЭСА и наложение ЛВА (у 12,5% больных каждая из методик). 3 больным ЦП с наличием ВРВПиЖ и высоким риском развития ПЖК в качестве стартового метода было выполнено ТИПС. Всего выполнили 310 операций (287 – 157 пациентам с ЦП и еще 23 в 21 наблюдении при ВПГ). У 76 больных (63 ЦП+13 ВПГ) в качестве хирургического лечения также было применено какое-либо из представленных миниинвазивное пособие, но в моноварианте. Результаты и обсуждение. При использовании ЭЛ ВРВП в моноварианте (36 пациентов) через 1 год в 15 наблюдениях (41,7%) выявили рецидив ВРВП II-III, что повлекло необходимость выполнения повторных сеансов. При дополнении лигирования ЛКВВЖ и ЭСА отдельно или в сочетании рецидив ВРВП выявили в 3 случаях (10%), что потребовало повторного курса ЭЛ. После ЭСА у 34 больных (91,9%) из 37 наблюдений выявили купирование/уменьшение явлений гиперспленизма. Это проявилось положительными изменениями через 18 суток показателей всех ростков крови при имевшейся исходно панцитопении. Отмечали статистически достоверное увеличение количества тромбоцитов со  $104,6 \pm 7,6 \times 10^9/\text{л}$  до  $231,7 \pm 7,1 \times 10^9/\text{л}$ , гемоглобина со  $101,1 \pm 4,3$  г/л до  $114,7 \pm 3,1$  г/л, лейкоцитов с  $3,04 \pm 0,11 \times 10^9/\text{л}$  до  $6,7 \pm 0,6 \times 10^9/\text{л}$ . При оценке показателей периферической крови через 6 и 12 месяцев после операции у 31 (83,8%) пациентов

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

наблюдалось сохранения тромбоцитов на прежнем уровне. В 6 наблюдениях (16,2%) цитопенический синдром рецидивировал и через 12 месяцев уровень тромбоцитов соответствовал дооперационному. При УЗИ у больных, через 1-3 месяца отмечено уменьшение размеров селезенки с  $18,4 \pm 2,9$  см до  $13 \pm 2,8$  см. Через неделю после ЭСА у 8 пациентов (21,2%) выявили зоны инфаркта селезенки, с последующим их рубцеванием через 30 суток на фоне консервативной терапии. При выполнении контрольной ЭГДС через 7 дней после выполнения TIPS во всех случаях выявили регресс ВРВП, у пациентов с ВРВЖ в кардиальном отделе достигнута эрадикация. При контрольном УЗДС на 1-ые, 7-ые сутки и через 1 месяц у всех пациентов определялось повышение линейной и объемной скорости кровотока, редукция портокавальных анастомозов, а также некоторое уменьшение диаметра воротной вены. Во всех случаях стент был проходим. Линейная скорость кровотока в воротной вене увеличилась с  $10,4 \pm 1,9$  см/сек до  $18,2 \pm 2,1$  см/сек, объемная скорость кровотока возросла с  $621,7 \pm 35,1$  мл/мин до  $716,9 \pm 34,9$  мл/мин. Через 6 месяцев у четырех пациентов (10,3%) выявлен тромбоз стента, который привел к рецидиву ПК. Нарастание степени печеночной энцефалопатии отмечено у 5 больных (17,9%), которая была скорректирована увеличением дозы орнитина аспартата (Гепа-Мерц) с 9 гр. до 18 гр. в сутки. В течение двух лет умерло 5 пациентов (12,8%) в связи с прогрессированием печеночной недостаточности. У больных, которым проводили комплексное этапное малоинвазивное хирургическое лечение, летальных исходов, связанных с ПК в раннем постманипуляционном периоде и наблюдении до 2-х лет, не регистрировали. Выводы. Выбор стартового метода миниинвазивной хирургической коррекции СПГ зависит от синдрома представляющего наибольшую опасность для пациента. Последовательное этапное хирургическое лечение в различных комбинациях позволяет улучшить результаты лечения за счет достижения синергизма эффективности различных методик при соблюдении принципа минимальности наркотико-хирургической агрессии.

---

1467. Современный метод анализа изображений полипов толстой кишки.

Ярема И.В.(1), Герасимов А.Н.(2), Харькова О.М.(3), Лебедева Н.Ф.(3), Атаян А.А.(2), Кошелева О.К.(3)

Москва

1) МГМСУ им. А.И. Евдокимова, 2) Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, 3) ГКБ №5 ДЗ г. Москвы

Введение. Одним из условий выполнения подслизистых диссекций, является отсутствие подслизистого фиброза, чаще возникающего из-за множественных биопсий стенки кишки. Что не позволяет удалять новообразования единым блоком. В связи с этим представляется актуальной разработка и апробирование методов автоматизированного анализа медицинских изображений для объективизации процесса постановки диагноза и повышения его качества. Материалы и методы. Для анализа были использованы фотографии 145 новообразований толстой кишки, выявленных у 96 пациентов при колоноскопии, обследованных в отделении эндоскопии ГКБ №5 ДЗ города Москвы. Диагнозы были верифицированы гистологически и при статистической обработке объединены в три группы: «гиперпластический полип», «аденоматозный полип» и «аденокарцинома». Для осмотра толстой кишки и визуальной оценки новообразований толстой кишки, использовали аппараты с режимом «NBI». Изображения обработаны при помощи программы «Градиент». Программа, анализируя цвет точек изображения, рассчитывает число точек с интенсивностью красного, зеленого и синего цветов в пределах от 0 до 255. Также рассчитывается и анализируется яркость точки как среднее из интенсивности трех цветов. Для полученных распределений строится частотная гистограмма, а также формируется таблица, которую можно скопировать и использовать для статистического анализа. В результате него получаем характеристики яркости и цветности изображений. Результаты и обсуждение. Статистические показатели яркости изображений для Гиперпластического полипа при осмотре в «белом свете» для М красный =  $183,3 \pm 4,4$ , М зеленый =  $105,6 \pm 3,7$ , М синий =  $69,3 \pm 3,6$ . М яркость =  $119,5 \pm 3,5$ , среднее квадратичное отклонение для красный  $25,4 \pm 2,2$ , зеленый =  $24,5 \pm 1,5$ , синий =  $21,7 \pm 1,2$  и для показателя яркость =  $22,7 \pm 1,5$ , а при осмотре в режиме «NBI» - М красный =  $122,8 \pm 5,5$ , М зеленый =  $113,0 \pm 4,2$ , М синий =  $85,7 \pm 3,6$ , М яркость =  $107,3 \pm 4,0$ , при этом среднее квадратичное отклонение для красный =  $30,7 \pm 2,0$ , зеленый =  $32,1 \pm 2,0$ , синий =  $28,9 \pm 2,1$  и показателя яркость =  $29,9 \pm 2,0$ . Для «аденоматозного» полипа в белом свете для М красный =  $176,3 \pm 3,4$ , М зеленый =  $99,9 \pm 2,6$ , М синий =  $66,2 \pm 2,2$ . М яркость =

1019

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

113,5±2,5, среднее квадратичное отклонение красный 31,7±2,0, зеленый – 31,6±1,4, синий – 27,2±1,1 и яркость-29,4±1,4, при осмотре в режиме «NBI» - М красный – 111,1±2,8, М зеленый – 108,0±2,3, М синий – 79,8±1,8, М яркость – 99,2±2,1, среднее квадратичное отклонение красный -37,1±1,1, зеленый – 37,2±1,2, синий – 33,4±1,1, яркость-35,8±1,1. Для аденокарциномы при осмотре в белом свете - для М красный =179,9±4,8, М зеленый -94,5±3,8, М синий – 67,4±3,2. М яркость – 114,0±3,6, при этом среднее квадратичное отклонение для красный 34,3±2,6, зеленый – 32,4±2,4, синий – 27,2±2,4, яркость-29,6±2,1, при осмотре в режиме «NBI» - М красный – 101,3±5,3, М зеленый – 105,5±4,9, М синий – 78,4±4,0, М яркость – 95,1±4,5, среднее квадратичное отклонение для красный -40,0±2,1, зеленый – 41,0±1,9, синий – 37,0±2,0, яркость-38,7±1,9. «Р» гиперпластического полипа, аденоматозного полипа и аденокарциномы при осмотре в белом свете для «М красный»=0,488, «р» - для «М зеленый»=0,194, для «М синий» - «р»=0,738, для «М яркость» - «р»=0,395, для среднее квадратичного отклонения красный - «р»=0,086, зеленый – «р»=0,010, синий -«р»=0,016, яркость-«р»=0,019, а при осмотре в режиме «NBI» «р» для «М красный»=0,013, «р» - для «М зеленый»=0,410, для «М синий» - «р»=0,209, для «М яркость» - «р»=0,068, среднее квадратичного отклонения красный «р»=0,002, зеленый – «р»=0,011, синий – «р»=0,016, яркость-«р»=0,005. Где - М – среднее арифметическое, р – статистическая значимость различий средних по трем сравниваемым подгруппам, полученная при помощи дисперсионного анализа. Из показателей, получаем, что существенных различий в средней яркости и оттенках цветов у сравниваемых групп нет, однако имеются заметные различия в степени различий яркости и цветности в пределах одного изображения. На фотографиях гиперпластического полипа точки в разных частях изображения ближе друг к другу, тогда как на изображениях аденокарцином имеются участки больше различающиеся по яркости и цветности. Дальнейший статистический анализ и сила различий такова, что этот показатель может играть роль при постановке диагноза. Проанализирована зависимость скорости изменения цвета точек от расстояния между ними. Для этого берутся все пары точек, рассчитывается расстояние между ними и разность в цвете и определяется средняя величина различия цвета точек как функция от расстояния между ними. Для диффузных изображений данная функция должна быть небольшой, в отличие от изображений с небольшими контрастными фрагментами. Здесь различия средних величин между группами уже более выражены, включая высоко-достоверные различия с р

---

#### 1468. НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА САНАЦИЮ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ

Воронков Д.Е., Михайличенко В.Ю., Кисляков В.В., Костырной А.В., Воронкова О.А.

Симферополь

Крымская медицинская академия имени С.И. Георгиевского» ФГАОУ ВО «Крымский Федеральный Университет им. В.И. Вернадского» г. Симферополь.

В последние годы практическая хирургия получила новые мази многокомпонентного действия, на водорастворимой основе. Эти мази обладают многонаправленным действием. Они прошли экспериментальные и клинические исследования при различных гнойно-некротических процессах мягких тканей, при гнойно-некротических осложнениях панкреатита. Но при гнойном перитоните, исследований нет. Цель исследования: сравнительная морфологическая оценка изменений в тканях и органах брюшной полости при использовании различных антисептиков при санации брюшной полости при моделировании экспериментального перитонита в различные сроки заболевания. Материалы и методы: Исследования проводились на белых крысах линии Вистар, средней массы 170 – 200г. У всех животных в условиях воздушно-эфирного наркоза моделировался перитонит по собственной методике (патент Украины № 2904 от 15.09.04. Бюл. №9.). Через сутки выполнялась релапаротомия, во время которой у всех животных обнаруживался разлитой гнойный перитонит. Брюшная полость у животных 1-й группы (10 крыс) санировалась 3% раствором перекиси водорода в сочетании с хлоргексидином в соотношении 1:9. У животных 2-й группы (10 крыс) промывание брюшной полости проводилось аналогичными растворами, но в режиме гетеротермической санации, с температурой 7-40оС, дополнительно в брюшную полость, для уменьшения и купирования воспалительного процесса вводилась, многокомпонентная водорастворимая

1020

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

мазь «Нитацид», подогретая до 30°C. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия с использованием цефепим из расчета 30 мг/кг, инфузионно – дезинтоксикационная терапия - реосорбилакт, трисоль, раствор Рингера, Крохалева, профилактика гемодинамических расстройств проводилась 6% раствором рефортана 20 мл/кг в сутки; профилактика нарушения обменных процессов и коррекция расстройств микроциркуляции проводилась с использованием цитофлавина разведенном в 5 % глюкозе из расчета 150 мг/кг сутки; раннее блокирование синдрома системного воспалительного ответа проводилось с помощью пентоксифиллина; профилактика образования стрессовых язв ЖКТ. Результаты и их обсуждения: Изучено влияние водорастворимой мази «Нитацид» на париетальную и висцеральную брюшину, паренхиматозные органы и кишечную трубку. На секции макроскопически обнаружены тонкие единичные спайки, образование массивного спаечного процесса, инфильтратов не обнаружено. Гистологически при введении мази «Нитацид» в брюшную полость воспаления не обнаружено. Морфологические исследования при использовании мазевых композиций продемонстрировали, что воспалительный процесс купируется в 2 раза быстрее. Визуально при фиксированных фибриновых наложениях, последние без травматизации кишечной трубки свободно удаляются. Полученный положительный результат в эксперименте позволил разработать и внедрить в работу способы лечения перитонита (патенты № 69519 А, 2004; № 7619, 2005), которые основаны на коррекции внутрибрюшного давления. Для уменьшения травматизации кишечных петель использован полиуретановый пласт пропитанный водорастворимой мазевой композицией, ушивание лапаротомной раны выполнялось спиралевидным швом, который является и профилактикой эвентерации в послеоперационном периоде. Методики применены у 70 больных с распространенными формами фибринозно-гнойного перитонита, тем которым были показаны программированные санационные релапаротомии. Из них 38 пациентам выполнены по 2 вмешательства, 20-и – по 3, и 12-и – по 4 релапаротомии. Летальность в этой группе 17,1% (12 пациентов). Выводы: 1. При использовании для санации брюшной полости водорастворимой мази «Нитацид-Дарница» отмечено положительное влияние на купирование воспалительного процесса уже через 24 часа, и полное его купирование к третьим суткам раннего послеоперационного периода. Использование собственной методики лечения распространенного перитонита позволило снизить летальность в эксперименте до 10%. 2. Полученные результаты экспериментальных исследований позволили разработать и внедрить в клиническую практику способы лечения распространенного перитонита, применение которых с использованием современной интенсивной терапии, позволило снизить послеоперационную летальность до 17,1%.

---

1469. Рентгеноэндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии в этапном хирургическом лечении кровотечений при портальной гипертензии

Бебуришвили А.Г., Михин С.В., Мозговой П.В., Кондаков В.И., Пимкин С.М.

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет Кафедра факультетской хирургии с курсом эндоскопической хирургии ФУВ и с курсом сердечно-сосудистой хирургии ФУВг. Волгоград, Российская Федерация

Целью исследования является улучшение результатов профилактики и лечения пищеводных кровотечений (ПК) у больных с портальной гипертензией (ПГ) посредством применения рентгеноэндоваскулярной эмболизации селезеночной артерии (ЭСА). Материалы и методы. Варикозное расширение вен пищевода (ВРВП) является грозным осложнением ПГ. Наличие у этих пациентов явлений гиперспленизма значительно ухудшает прогноз выживаемости при возникновении кровотечения из ВРВП. Выполнение лапаротомных операций имеет перспективу в условиях стабильности печеночной функций у не самых тяжелых пациентов. Возможность использования ЭСА значительно расширяет контингент курабельных больных и рамки применения инвазивной коррекции осложненного цирроза печени (ЦП). Представлены результаты ЭСА у 94 больных с ПГ. У 81 (86,2%) пациентов причиной развития ПГ явился ЦП, у 13 (13,8%) – внепеченочная портальная гипертензия (ВПГ). Возраст обследованных колебался от 15 до 70 лет

1021

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

(40,7±2,6). У пациентов с ЦП он был 49,5±2,7 лет, у больных с ВПГ – 31,9±2,4 лет. ВРВП II степени выявлена у 24 (25,5%) пациентов, ВРВП III – у 70 (74,5%). ЭСА выполняли в сочетании с эндоскопическим лигированием (ЭЛ) ВРВП, лапароскопической диссекции венечной вены желудка (ЛДВВЖ) и трансъюгулярным внутрипеченочным портосистемным шунтированием (TIPS). При этапной хирургической тактике каждое вмешательство было направлено на коррекцию ведущего патологического симптома ПГ в реальное время. В группе ЦП комбинации малоинвазивных хирургических методик применили в 81 наблюдениях (ЭЛ+ЛДВВЖ+ЭСА+TIPS=5, ЭЛ+ЭСА=18, ЭЛ+ЭСА+ЛДВВЖ+TIPS=2, ЭЛ+ЛДВВЖ+TIPS+ЭСА=1, ЭЛ+ЭСА+TIPS=4, ЛДВВЖ+ЭЛ+ЭСА+TIPS=2, ЛДВВЖ+ЭСА+TIPS+ЭЛ=1, ЛДВВЖ+TIPS+ЭСА=2, ЭСА+ЭЛ+TIPS=2, ЭСА+TIPS=3, ЭСА+TIPS+ЛДВВЖ+ЭЛ=1, TIPS+ЭСА=3, ЭСА+ЭЛ=15, TIPS+ЭЛ+ЭСА=2, ЭЛ+ЭСА+ЛДВВЖ=20). При ВПГ в 13 наблюдениях (ЭСА+ЭЛ=3, ЭЛ+ЭСА=6, ЭЛ+ЛДВВЖ+ЭСА=4). Общее количество выполненных ЭСА составило 117. У 75 (79,8%) пациентов ЭСА выполнили однократно, у 15 (15,9%) – дважды, у 4 (4,3%) – трижды. В 116 (99,1%) из 117 исполненных ЭСА осуществили проксимальную стволовую окклюзию. В 1 (0,9%) наблюдении при выполнении повторной ЭСА осуществили паренхиматозную окклюзию микрочастицами поливинилалкоголя диаметром 500 микрон. Использовали металлические спиралями «Gianturco» («Cook»), «Tornado» («Cook») и «AZUR» («Tegumo»). Для достижения планируемого результата во время одной процедуры использовали от 2 до 7 (3,2±0,8) металлических спиралей. Критериями адекватно выполненной редукции артериального кровотока считали появление рефлюкса в чревной ствол и резкое замедление поступления контрастного вещества дистальнее зоны эмболизации. Результаты и обсуждение. Универсальным критерием эффективности ЭСА является УЗДС-контроль. Исследовали исходные результаты в сравнении с изменениями, которые фиксировали на 7-е и 21-е сутки после операции. 6. Объемная скорость кровотока по селезеночной артерии у пациентов с ЦП и ВПГ после операции достоверно уменьшилась (р

---

1470. Прогнозирование течения перитонита и определения показаний для выполнения программированных санаций брюшной полости.

Воронков Д.Е., Воронкова О.А.,

Симферополь

«Крымская медицинская академия имени С.И. Георгиевского» ФГАОУ ВО «Крымский Федеральный Университет им. В.И. Вернадского» г. Симферополь.

Введение: Объективная оценка тяжести состояния пациента при перитоните и определение вероятности неблагоприятного исхода представляют определенные сложности. В настоящее время существует множество шкал для оценки состояния пациентов - APACHE, APACHE II, APACHE III, SAPS, SAPS II, SOFA, MODS, специфических шкал — Мангеймский индекс перитонита, прогностический индекс релапаротомий. Современная хирургия имеет в арсенале около 50 интегральных прогностических шкал, но их использование, в условиях недостаточной оснащенности лечебных учреждений необходимым оборудованием, не всегда возможно. Материалы и методы: Разработан способ прогнозирования течения перитонита и определения показаний для выполнения программированных санаций брюшной полости (Патент Украины №79899 от 13.05.2013. Бюл. №9), адаптированный для Windows 1998, Windows 2003, Windows 2007, которая позволяет практическому хирургу более полно и своевременно оценивать состояние пациента и позволяет изменять тактику ведения больного с перитонитом, прогнозировать его течение. «Параметры пациента» (состояние больного, лабораторные показатели, интраоперационная картина, парез кишечника, интоксикация, показатели ВБД до и после операции). 0 – 50 баллов – прогноз благоприятный; релапаротомия не показана, летальность до 15%. 51 – 100 баллов – прогноз умеренно благоприятный, летальность 20 – 40%; показания к релапаротомии устанавливаются по динамике течения послеоперационного периода (состояние больного, интраоперационная картина, выявленная на первичной операции, интоксикация, парез кишечника, увеличение внутрибрюшного давления). 101 – 150 баллов – прогноз неблагоприятный (летальность 80 – 85%), многократные программированные санации брюшной

1022



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

полости. Более 151 баллов – летальность 100%. Результаты: Проанализированы результаты обследования и лечения 70 больных с распространенный гнойным перитонитом за период с 2006 по 2011г., находящихся на лечении в 7-й ГКБ г.Симферополя. Всем пациентам состояние оценивалось с помощью вышеописанного способа. Из них 38 пациентам выполнены по 2 вмешательства, 20-и – по 3, и 12-и – по 4 релапаротомии. Летальность составила 17,1% (12 пациентов). Выводы: Представленный способ оценки состояния пациента позволяет вовремя вносить коррективы в лечебно-диагностическую программу перитонита, выполняема в хирургическом стационаре любого уровня, не требует дорогостоящего оборудования и лабораторных исследований, приемлема для принятия решения по тактике лечения конкретного больного.

---

1471.Отдаленные результаты лечения больных синдромом диабетической стопы ишемической формы после выполнения трансмедуллярнойреваскуляризирующей остеотрепанации.

Кривихин В. Т., Лобаков А. И., Кривихин Д. В., Елисева М. Е., Чернобай А. В., Павленко В. В., Бакунов М. Ю.

Видное, 2) Москва

1)МБУЗ «Видновская районная клиническая больница», Московская областьОбластной центр «Диабетическая стопа».2

Цель исследования: определить эффективность выполнения трансмедуллярнойреваскуляризирующей трепанации , дать оценку отдаленным результатам, у больных ишемической формой синдрома диабетической стопы. Материалы и методы исследования: на базе МБУЗ “Видновская районная клиническая больница” в отделении гнойной хирургии проведено исследование за период с 2008 по 2014 год. Проанализированы результаты лечения 64 больных синдромом диабетической стопы ишемической формы с развитием гнойно-некротических осложнений. Всем пациентам выполнялись берегающие операции на стопе: трансметатарзальные резекции, ампутации пальцев стопы, вскрытие флегмон, некрэктомии. Все больные были разделены на две группы.Основную группы составили пациенты, которым была выполнена трансмедуллярная реваскуляризирующая остеотрепанация бедренной и большеберцовой кости пораженной конечности, при этом проводилась стандартная консервативная терапия СДС ишемической формы, в контрольную группу вошли больные, которым выполнялась только консервативная терапия. Основную группу составило 41 (64%) больных, в контрольную – 23 (36%). Важно отметить, что пациенты обеих групп не подлежали реконструктивным сосудистым операциям на артериях нижних конечностей. Среди всех пациентов было 42 женщины (65,6%) и 22 мужчин (34,4%). Средний возраст больных составил 64,8±8,4 года. В состав комплексной консервативной терапии входили антикоагулянты (гепарин, клексан, фраксипарин), антигипоксанты (актовегин), вазопротекторы (Вессел Дуэ Ф), дезагреганты (клопидогрель, кардиомагнил, вазонит), нейропротекторы (берлитион). Результаты: Оценка результатов проводилась по динамике транскутанного напряжения кислорода и по количеству высоких ампутаций у больных обеих групп. Проводилось измерение показателей транскутанного напряжения кислорода у больных обеих групп при поступлении: У больных основной группы уровень ТсО<sub>2</sub> на стопе - 19,2 ±0,6, на голени - 25,4±0,9. У больных контрольной группы: на стопе - 18,6±0,4, на голени - 26,8±0,7. Представленные данные свидетельствуют о выраженной ишемии больных исследуемых групп. Пациентам основной группы была выполнена трансмедуллярная реваскуляризирующая остеотрепанация бедренной и большеберцовой кости поврежденной конечности и через 6 месяцев была выполнена контрольная транскутанная полярография: У больных основной группы уровень ТсО<sub>2</sub> на стопе - 27,2±0,6, на голени - 37,2±1,4. У больных контрольной группы: на стопе - 18,2±0,3, на голени-26,2±1,3. Увеличение показателей транскутанного напряжения кислорода у больных основной группы свидетельствует о наличии процесса реваскуляризации. У больных контрольной группы динамика не наблюдается. Через 12 месяцев после первой госпитализации у пациентов исследуемых групп была выполнена контрольная транскутанная полярография. У больных основной группы уровень ТсО<sub>2</sub> на стопе - 26,4 ±1,4, на голени - 37,1±1,5. больных контрольной группы: на стопе - 16,4±1,6, на голени - 23,4±1,8. Исходя из полученных данных, у пациентов основной группы уровень транскутанного напряжения кислорода остается без динамики. У больных

1023

контрольной группы наблюдается отрицательная динамика. Оценка отдаленных результатов лечения производилась на основании количества высоких ампутаций у больных обеих групп через 12 месяцев после первой госпитализации: в основной группе (41 пациент) - 6 (14,6%) высоких ампутаций, в контрольной группе (23 пациента) - 6 (26%). Выводы: У больных синдромом диабетической стопы ишемической формы, при отсутствии возможности выполнить реконструктивную сосудистую операцию целесообразно выполнение трансмедулярной реваскуляризирующей трепанации бедренной и большеберцовой кости пораженной конечности в комплексе со стандартной консервативной терапией. Данная операция позволяет активировать процесс реваскуляризации, способствуя развитию коллатерального кровотока. Улучшение трофики пораженной конечности позволяет добиться уменьшению количества высоких ампутаций.

---

#### 1472. АБСОРБИРУЮЩИЕ ПОВЯЗКИ НА ПОЛИИОННОЙ ОСНОВЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБШИРНЫХ ВЯЛОГРАНУЛИРУЮЩИХ РАН.

Воронков Д.Е., Кисляков В.В., Воронкова О.А.

Симферополь

«Крымская медицинская академия имени С.И. Георгиевского» ФГАОУ ВО «Крымский Федеральный Университет им. В.И. Вернадского» г. Симферополь.

По нашим наблюдениям у 30 – 45% больных после многократных санаций брюшной полости возникали обширные вялогранулирующие раны передней брюшной стенки. В последнее время появилось множество повязок и раневых покрытий для лечения вялогранулирующих ран. Целью нашего исследования явилось улучшить результаты лечения больных с вялогранулирующими ранами передней брюшной стенки после перенесенных санационных релапаротомий по поводу распространенного гнойного перитонита с применением абсорбционных повязок на полиионной основе фирмы «Solkofiks» (Медком – МП). Исследования проводились на 20 пациентах с обширными ранами передней брюшной стенки. У пациентов первой группы (10 человек) рана брюшной стенки ежедневно обрабатывалась смесью антисептических растворов (перекись водорода, хлоргексидин) в соотношении 1:9, далее применялись многокомпонентные водорастворимые мази в зависимости от стадии раневого процесса (Левомеколь, Нитацид, Пантестин, Пантенол). У пациентов второй группы (10 человек) промывание раны брюшной стенки проводилось аналогичными растворами, но в режиме гетеротермической санации, с температурой раствора 7 – 40°C. Пациентам второй группы устанавливались повязка Fibrosorb – абсорбирующая адгезивная повязка изготовлена на основе полиуретановой пены, импрегнированной пластичной микроадгезивной матрицей, содержащей липидоколлоидный комплекс, включающий гидроколлоидные частицы (карбоксиметилцеллюлоза), мягкий парафин. Частицы карбоксиметилцеллюлозы поглощают экссудат и превращаются в когезивный гель вместе с мягким парафином, который оказывает синергичный эффект атравматичности. При этом происходит формирование липидоколлоидного комплекса, за счет чего повязка Фибросорб не прилипает к ране и окружающим тканям. При контакте с экссудирующей раной частицы карбоксиметилцеллюлозы, взаимодействуя с парафиновыми импрегнациями формируют липидоколлоидный гель, который способствует образованию благоприятных условий для заживления раны во влажной среде. После Fibroclean Ag – стерильная абсорбирующая бактерицидная альгинатно-гидроколлоидная повязка. Ионы серебра оказывают бактерицидный эффект на большинство микроорганизмов. Фиброклин Ag дренирует раневое отделяемое сильно экссудирующих ран и создает влажную среду благоприятную для процесса заживления. Фиброклин Ag обеспечивает вертикальную абсорбцию, тем самым защищает кожу вокруг раны и предотвращает риск возникновения мацерации. После Fibrocold Ag – гидроколлоидная с ионами серебра. Фиброколд Ag является бактерицидной гидроколлоидной повязкой, изготовленной на основе полимерной полупроницаемой пленки из полиуретана с планиметрической сеткой, покрытой адгезивной матрицей с содержанием гидроколлоидных частиц (карбоксиметилцеллюлоза) и технологии Zeomic, импрегнированного по всей поверхности повязки. При применении абсорбционных повязок в сравнении с многокомпонентными водорастворимыми мазями получен выраженный эффект на уменьшение раны по площади и по глубине. При использовании

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

ступенчатой терапии абсорбирующими повязками отмечалось более быстрый рост грануляций, в 2,34 раза, чем при применении мазевых композиций. Применение абсорбионных повязок на полиионной основе при ступенчатой местной терапии вяжелогранулирующих ран передней брюшной стенки показали свою эффективность по сравнению с применением многокомпонентных мазей.

---

#### 1473. ВЛИЯНИЕ НА КУПИРОВАНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ

Д.Е. ВОРОНКОВ, А.В. КОСТЫРНОЙ,

Симферополь.

«Медицинская академия имени С.И. Георгиевского» Федеральное государственное автономное образовательное учреждения высшего образования «Крымский Федеральный Университет им. В.И. Вернадского» г. Симферополь.

Цель: определить обоснованность применения мазевых композиций при перитоните. Объект: 30 крыс с моделированным гнойным перитонитом. Методы: основными методиками диагностики являлись клиническая картина, лабораторные методы и визуальная оценка. Результаты: «Я и мои современники воспитаны в страхе перед богом и перитонитом» - так в 1876 г. охарактеризовал проблему перитонита Вегнер. Проблема не стала менее актуальной в настоящее время. Сравнивая общий гнойный перитонит с «тотальным абсцессом» брюшной полости, мы пришли к заключению, что современная гнойная хирургия имеет в своем арсенале действующие на различные звенья раневого процесса водорастворимые мазевые композиции. Почему-бы не приблизить их к абдоминальной хирургии в ситуациях, когда «руки» хирурга опускаются? На 30 крысах была разработана модель гнойного перитонита, защищенная декларационным патентом №2904, 2004. Животные были разделены на 3 группы – I-я группа - санация брюшной полости осуществлялась марлевой салфеткой, II-я – растворами антисептиков (фурацилин 1:1500), III-я - для купирования процесса использовалась водорастворимая композиция нитацид (стептоцид 5,0 г, нитазол 2,5 г), средство действующее на анаэробно-аэробную инфекцию. Взятые на гистологическое исследование участки брюшины, печени, кишечной трубки, сальника окрашены гематоксилин эозином и подвергнуты электронной микроскопии на микроскопе Olympus CX 45 увеличения 1x100. Изучено влияние мази нитацид на париетальную и висцеральную брюшину, паренхиматозные органы и кишечную трубку без патологического процесса в брюшной полости. Гистологически воспаления не выявлено. Всем животным в послеоперационном периоде проводилась антибиотикотерапия с использованием полусинтетического пенициллина „Амоксиклав” (амоксциллин защищенный клавулоновой кислотой) из расчета 30 мг/кг 1 раз в сутки. Животные I-й (8 из 10) и II-й (6 из 10) групп погибали на 2-4 сутки, при этом у всех обнаруживались послеоперационные осложнения и признаки продолжающегося перитонита – несостоятельность анастомоза, раздутые петли кишечника и кишечная непроходимость, отек и гиперемия брюшины, наличие воспалительного экссудата, спаечный процесс, внутрибрюшные абсцессы. 9 крыс III-й группы выведены из опыта на 1, 2, 3, 4, 5 сутки. Визуальные явления перитонита отсутствовали с 3-х суток. Гистологическая картина также имела положительную динамику при использовании мази нитацид в сравнении с I-й и II-й группами. Летальность в экспериментальных группах составила: в I-й – 80%, во II-й – 60%, в III-й – 10%. По результатам экспериментальных исследований разработаны и внедрены в клиническую практику способы лечения распространенного перитонита (декларационные патенты №69519 А, 2004; №7619, 2005). Выводы: 1. проведение санации брюшной полости в эксперименте при перитоните с использованием водорастворимой мази нитацид показало достаточную эффективность в купирование воспалительного процесса. 2. применение данной методики позволило снизить послеоперационную летальность в эксперименте с 60% до 10% и показало перспективы апробации в клинических условиях.

## 1474.ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРАХЕОСТОМЫ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ГОЛОВЫ

Измайлов Е.П., Тихолоз Ю.Л., Сергачева Н.П., Курнухин И.П.

Самара

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава РФ», ГБУЗ Самарской области «СГКБ №1 им. Н.И. Пирогова»

Проведено лечение 110 больных с сочетанной тяжелой черепно-мозговой травмой (ТЧМТ), поступивших в экстренном порядке через  $2,3 \pm 1,45$  часов после травмы. Мужчин было 84 (76,36%), женщин – 26 (23,64%). Возраст больных колебался от 15 до 84 лет. Средний возраст составил  $40,85 \pm 3,17$  лет: до 20 лет было 11 (10%) пациентов: от 20 до 60 – 75(68,18%); старше 60 – 24 (21,82%). У 61 (55,45%) больных была ТЧМТ и травма живота, у 21 (19,09%) - ТЧМТ и политравма, у 18 (16,36%) – ТЧМТ и травма грудной клетки, у 10 (9,09%) -ТЧМТ и травма костей скелета. Тяжесть состояния оценивали по классификации ISS (1972), которая в среднем составила  $38,74 \pm 1,91$  баллов. Всем больным была наложена нижняя трахеостома открытым способом. В зависимости от сроков выполнения трахеостомии и способов ее выполнения больные разделены на 2 группы. В первую группу были включены 55 (50%) пострадавших с сочетанными травмами, которым трахеостому накладывали в первые 3 дня после начала проведения ИВЛ по разработанным нами способам (Патент РФ на способ изобретения № 2409326, и № 2412655, Измайлов Е.П. с соавт., 2011), причем трахеостомию им выполнял специально обученный хирург, вторую группу составили 55 (50%) больных, которым трахеостому накладывали в более поздние сроки по общепринятой методике хирурга без специальной подготовки по наложению трахеостомий. Средняя оценка тяжести состояния пострадавших по шкале повреждений составила в первой группе -  $38,42 \pm 2,79$  баллов, во второй -  $39,05 \pm 2,62$  баллов, достоверных отличий в группах по тяжести больных в группах сравнения не выявлено ( $P \geq 0,50$ ,  $t = 0,7657$ ,  $n = 55$ ). Результаты исследования. Из 110 пострадавших, умерло 36 (32,73%). Характер летальных исходов зависел от сочетанных ТЧМТ: при политравме из 21 умерло 10 (47,62%); при травме груди из 18 умерло 8 (44,44%); при травме живота из 61 умерло 15 (24,59%); при травме костей скелета из 10 пострадавших умерло 3 (30%). Результаты лечения пострадавших первой группы зависели не только от характера сочетанных травм, но и от выраженности комы: из 15 больных с комой 1 умерших не было; из 26 больных с комой 2 умерло 3 (11,54%); из 14 больных с комой 3 умерло 11 (78,57%). При коме 2 в первой группе наибольшая летальность отмечена при лечении пострадавших с ТЧМТ и политравмой, в которой из 6 умер 1 (16,66%). При коме 3 выжившие больные были только при сочетании ТЧМТ и травмы живота – из 9 умерло 6 (66,67%). Результаты лечения пострадавших группы сравнения были еще хуже и также зависели от выраженности комы: из 11 больных с комой 1 умерших не было; из 28 больных с комой 2 умерло 11 (39,28%); из 16 больных с комой 3 умерло 11 (68,75%). При коме 2 во второй группе наибольшая летальность отмечена при лечении пострадавших с ТЧМТ и политравмой, в которой из 5 умерло 3 (60%), при коме 3 летальность составила 75%. При лечении пострадавших с сочетанной ТЧМТ нами была разработана система организационных мероприятий, которая позволила снизить осложнения и улучшить результаты операций, на этапе выполнения трахеостомии: трахеостомию выполняли только в условиях операционной; при наложении трахеостомы больные находились на реанимационной кровати; больных перекладывали на операционный стол только при необходимости выполнения оперативных вмешательств на других органах и системах; обязательным условием явилось использование коагулятора и основного трахеостомического набора перед наложением трахеостомы все больные были интубированы; перед наложением трахеостомии больным подкладывали валик на уровне лопаток; операцию выполнял только специально обученный хирург, по единой, разработанной нами методике с ассистентом; во время проведения операции применяли мониторинг параметров дыхания и сердечно-сосудистой системы, а также пульсоксиметрию; при гнойном трахеобронхите дополнительно дренировали нажманжеточное претрахеостомическое пространство; выполняли только нижнюю трахеостомию; для диагностики осложнений выполняли ФБС и/или рентгенографию грудной клетки с учетом биохимических показателей крови и показателей общего анализа крови и мочи, при необходимости выполняли ЗКГ; оперированных больных возвращали в отделение реанимации только после полного завершения операции при раздутой манжете трахеостомической канюле; Таким образом, проведенное исследование показало зависимость

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

результатов лечения пострадавших с ТЧМТ не только от характера сочетанности травм, но и степени выраженности комы, как в первой, так и во второй группах. У пострадавших с ТЧМТ с комой 1 летальных исходов не было, с комой 2 умерло 14 (25,92%) больных, с комой 3 умерло 22 (73,33%). Наложение трахеостомы в первые 3 дня после начала проведения продленной ИВЛ по разработанной нами системы организационных мероприятий и технических методик с использованием апертуры передней стенки трахеи крестообразным разрезом и дренирование надманжеточного пространства позволили уменьшить летальность в первой группе на 14,55%.

---

## 1475. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Матвеев Н.В., Серебряный А.В., Токарский А.А.

Ростов-на-Дону

ГБУ РО Областная клиническая больница №2

Гнойно-некротические поражения стоп при сахарном диабете (СД) относятся к наиболее трудным и актуальным проблемам практической медицины. Помимо тяжелых местных проявлений раневой инфекции, развиваются значительные нарушения деятельности жизненно важных систем, обостряются сопутствующие заболевания. Это диктует необходимость тщательного клинического обследования больного, с последующей разработкой адекватного консервативного лечения и выбора метода хирургического пособия. В период с 2003 по 2014 гг. в отделении гнойной хирургии находились на лечении 1122 больных с синдромом диабетической стопы (СДС). За этот период доля пациентов с СДС в отделении составила в среднем от 23.4% до 32.5%. Средний возраст пациентов – 62.47±12.34 лет. 42% больных при поступлении находились в стадии декомпенсации сахарного диабета, что было обусловлено наличием у всех гнойно-некротических осложнений. СД 1 типа составил 12.8%, СД 2 типа 87.2%. Недостаточность артериального кровообращения нижних конечностей определялась согласно классификации Фонтейна-Лериша-Покровского. Оценка поражения тканей при СДС проводилась по классификации Wagner. У 36.8% СДС протекал по нейропатическому типу, у 24.5% - по ишемическому типу, у 38.7% - по смешанному типу. Среди госпитализированных в отделение пациентов отмечалась большая частота онихомикозов – до 63%. Все пациенты кроме гнойно-некротических поражений стопы на фоне СД имели различные сопутствующие заболевания. Облитерирующий атеросклероз сосудов н/конечностей выявлен в 92.3%, различные формы ишемической болезни сердца в 81.7%, ожирение различной степени в 76.3%, патология почек и цереброваскулярные нарушения в 43.6%. К обязательным исследованиям отнесены рентгенография стопы в двух проекциях, УЗТС артерий нижних конечностей и капилляроскопия, оценка лодыжечно-плечевого индекса, скрининговое определение чувствительности (тактильная, болевая, температурная, вибрационная) и электронейромиография, остеоденситометрия, определение уровня глюкозы и гликированного гемоглобина. В случаях, требующих дифференцировки между костнодеструктивными процессами стопы и острыми/подострыми диабетическими остеоартропатиями прибегали к помощи СКТ и/или МРТ. Лечение начинали с коррекции нарушений углеводного обмена с целью достижения компенсации путем перевода всех пациентов на 4-х кратное введение дробных доз инсулина (комбинация инсулинов короткого и продленного действия). В медикаментозном лечении активно привлекались врачи эндокринологи, кардиологи, нефрологи, офтальмологи и другие узкие специалисты. В широкий спектр лекарственных препаратов использовали антикоагулянты, антиагреганты, иммуномодуляторы, витамины, препараты альфа-липоевой кислоты, противовоспалительные и дезинтоксикационные. Хотелось бы отметить успешное применение и положительный клинический эффект инфузий иломедина (на инфузомате) и урокиназы, продолжительностью до 15-20 дней. С учетом проводимого бактериологического мониторинга мазков из ран проводилась антибактериальная терапия. Микробный спектр гнойно-некротических ран при СДС представлен ассоциациями стафилококков, грамотрицательных бактерий, принадлежащих к семейству Enterobacteriaceae, а также облигатных неспорообразующих анаэробов. Наиболее часто из аэробных микроорганизмов в ассоциациях встречаются *St. aureus*, *St. epidermidis*, *Streptococcus I-haemolyticus*, *Enterococcus spp.*, *Ps. aeruginosa*. Из облигатных анаэробов – *Prevotella melaninogenica*, *Bacteroides fragilis*,

1027

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

*Peptococcus spp., Peptostreptococcus spp., Fusobacterium spp.* Также в ассоциациях часто встречаются *Proteus mirabilis, Proteus vulgaris, Acinetobacter spp., Citobacter spp., Klebsiella spp.* Процентное соотношение данных видов микроорганизмов колеблется, но общий характер микробного пейзажа остается неизменным. При длительно существующих раневых процессах обязательным считали исследование на микозы, цитологическое и гистологическое исследование. Выявляемость микозов составила 8-12%. В двух случаях при гистологическом исследовании диагностирована крайне редко встречающаяся веррукозная плоскоклеточная карцинома (вариант высоко дифференцированной плоскоклеточной карциномы с низким злокачественным потенциалом и преимущественно местнодеструктивным ростом). При острой и подострой остеоартропатии в обязательном порядке использовалась жесткая фиксация стопы и голеностопного сустава, к терапии рекомендованы препараты кальция и ингибиторы костной резорбции (фосамакс). Объем оперативных вмешательств заключался в широком раскрытии гнойно-некротического очага с обязательным рассечением апоневроза, при локализации процесса в подошвенных пространствах, иссечении сухожилий и резекции головок плюсневых костей при удалении пальцев. В 54% случаев операции выполнялись разными этапами. В большинстве случаев раны велись открыто. С появлением возможности использования в условиях нашего отделения баллонной ангиопластики и стентирования сосудов голени, первоочередной задачей стало уменьшение/купирование явлений ишемии. И кроме традиционных ежедневных перевязок в комплексном лечении использовались озонотерапия, гидрохирургическая обработка, ультразвуковая кавитация, вакуумная аспирация и баротерапия. При локальных гангренозных изменениях пальцев стоп осуществлялась ампутация у 64.8%. Резекции стоп по Шарпу и Шопару были подвергнуты 14.5% пациентов. За последние годы значительно сократилось количество больных с «высокими ампутациями» на уровне голени и бедра. Операцией выбора при ампутации голени считаем методику по Burgess, позволяющую получить более окрепшую и опоростойчивую культю. Протезированию подверглось 32,5% пациентов, перенесших ампутации на уровне бедра и голени. После ампутаций на уровне стопы всем пациентам в обязательном порядке рекомендована ортопедическая коррекция. Послеоперационная летальность у больных с гнойно-некротическими осложнениями СДС по нашим данным составила 8.67%. Это можно объяснить поздней госпитализацией, с запущенными осложнениями, в пожилом возрасте с тяжелой сопутствующей патологией (ИБС, ОНМК, ХПН). Успешное лечение больных с СДС возможно при комплексном подходе, сочетающем современные средства консервативного лечения и патогенетически обоснованного оперативного пособия. Своевременная диагностика и госпитализация тяжелых больных с этой патологией позволяет снизить летальность в послеоперационном периоде.

---

#### 1476.КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ

Воронков Д.Е., Михайличенко В.Ю., Кисляков В.В., Костырной А.В., Воронкова О.А.

Симферополь.

«Крымская медицинская академия имени С.И. Георгиевского» ФГАОУ ВО «Крымский Федеральный Университет им. В.И. Вернадского» г. Симферополь.

Цель работы - является улучшение результатов лечения распространенного гнойного перитонита, профилактика его осложнений, оптимизация послеоперационной терапии, подбор оптимального препарата для фармакологической коррекции нарушений микроциркуляции и обменных процессов при распространенном гнойном перитоните. Материалы и методы. Исследования проводились на белых крысах линии Вистар, средней массы  $185 \pm 15$  г и 25 беспородных кроликах средней массы  $2,2 \pm 0,5$  кг. Животные разделены на 2 группы. С целью коррекции нарушений микроциркуляции и обменных процессов у животных 2й группы применялся препарат «Цитофлавин». Введение препарата производилось из расчета 150 мг/кг сутки. Также проведен анализ результатов лечения 117 больных за период с 2000 – 2012 гг. Для анализа эффективности методов лечения больные были разделены на две группы: контрольную 57 пациента и основную 60 пациентов. В основной группе нами проводилась фармакологическая коррекция гипоксии, нарушений обменных процессов и микроциркуляторных, СЭН; и раннее энтеральное питание. Результаты и

1028

обсуждение. На 2-е сутки у животных 2й группы отмечали снижение уровня лактата с  $3,8 \pm 0,57$  до  $2,54 \pm 0,47$  ммоль/л, (показатели нормы —  $1,4 \pm 0,24$ ), что свидетельствовало о сохраняющихся метаболических нарушениях, тогда как во 1й группе уровень лактата продолжал оставаться высоким и его величина составила  $3,52 \pm 0,48$  ммоль/л. На 4-е сутки продолжала сохраняться тенденция к снижению уровня лактата, и значения составили  $2,15 \pm 0,47$  ммоль/л, тогда как в контрольной группе сохранялся повышенный уровень лактата, составивший  $3,12 \pm 0,45$  ммоль/л. Применение собственных методов лечения перитонита с применением в послеоперационном периоде препараты «Цитофлавин» позволило снизить послеоперационную летальность до 16,67%. Выводы. В работе доказано, что применение комплексного субстратного антигипоксанта Цитофлавина, с целью коррекции нарушений свободнорадикального окисления и эндотоксикоза позволяет уменьшить степень гипоксии, улучшить утилизацию кислорода тканями, пережившими гипоксию, уменьшить активность перекисного окисления, способствуя быстрому восстановлению систем антиоксидантной и антиперекисной защиты, уменьшая уровень эндогенной интоксикации, характеризуется сокращением сроков нахождения больных на искусственной вентиляции легких, уменьшением длительности пребывания пациентов в ОРИТ.

---

#### 1477.РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЗА ПЕРИОД С 2005 ПО 2014 ГОДЫ ПО ДАННЫМ ДЕЖУРНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Измайлов Е.П., Титов А.Н., Николаев А.В., Антропов И.В.

Самара

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, ГБУЗ Самарской области «Самарская ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова»

В структуре больных, поступивших в хирургическое отделение, острый панкреатит занимает 4 место, оперативное лечение показано у 10 – 12% пациентов. Цель работы – оценка результатов лечения больных с острым панкреатитом за период с 2005 по 2014 годы. Материал и методы. Проведен анализ 3617 больных с острым панкреатитом за период с 2005 по 2014 г. Для диагностики применяли лабораторные и инструментальные методы исследования. Деструктивные изменения в поджелудочной железе оценивали по данным ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ). Консервативное лечение включало общепринятые современные схемы противовоспалительного лечения – антибиотики цефалоспоринового ряда 3–4 поколений, тиенам, пролонгированные новокаиновые блокады круглой связки печени, а также введение сангостатина, квататела, иммуномакса. Показанием к оперативному лечению явилось нарастание интоксикации и отсутствие положительной динамики от проведения консервативного лечения, обнаружение деструктивных изменений в поджелудочной железе, по данным УЗИ или КТ, появление перитонита. При консервативном лечении применяли разработанные нами способы с применением физиотерапевтических методов Патенты РФ № 2400263, Измайлов Е.П. с соавт, 2009 г. и № 2402353, Измайлов Е.П с соавт, 2009). Оперативное лечение включало как общепринятых вмешательств, так и разработанные нами способы сквозного дренирования сальниковой сумки (Патенты РФ № 2184496 от 1999 г., Белоконев В.И., Измайлов Е.П. и № 2243725 от 2002 г. Измайлов Е.П.), а также способ создания оментобурсостомы, в том числе с применением полипропиленовой сетки. Результаты. В период с 2005 по 2009 годы пролечено 1691 пациента с острым панкреатитом, консервативное лечение проведено 1591 (94,09%) больным из них умерло 17 (1,07%). Оперативное лечение проведено 100 (8,7%) больным, из них умерло 33 (26,4%). Всего из 1691 умерло 50 (2,95%) больных. Во второй период с 2010 по 2014 годы пролечено 1926 пациента с острым панкреатитом, консервативное лечение проведено 1812 (94,08%) больным из них умерло 13 (0,72%). Оперативное лечение проведено 114 (5,92%) больным, из них умерло 46 (40,35%). Всего из 1926 умерло 59 (3,09%) больных. Всего за период с 2005 по 2014 годы пролечено 3617 пациента с острым панкреатитом, консервативное лечение проведено 3403 (94,08%) больным из них умерло 30 (0,88%). Оперативное лечение проведено 214 (5,87%) больным, из них умерло 79 (36,91%). Всего из 3617 умерло 109 (3,01%) больных. Выводы. 1. За период с 2010 по 2014 годы число больных с острым панкреатитом возросло на 6,5% по сравнению с периодом наблюдений с 2005 по 2009 годы. 2. Летальность

1029

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

при консервативном лечении острого панкреатита не изменилась и составила в среднем 0,88%. 3. Оперативное лечение острого панкреатита проведено 5,877% больным, средняя летальность при их лечении составила 36,91%.

---

#### 1478. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НАРУЖНЫМИ КИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ

Матвеев Н.В., Серебряный А.В., Токарский А.А.

Ростов-на-Дону

ГБУ РО Областная клиническая больница №2

Анализ литературы показывает, что количество возникающих кишечных свищей, как осложнений после оперативных вмешательств, не уменьшается. Наиболее частыми причинами являются несостоятельности анастомозов и механические микроповреждения-десерозирование, проколы, воздействие коагулятора. В отделении гнойной хирургии за последние 10 лет пролечено 38 больных со свищами разной этиологии и локализации, у 6 из них имелись множественные свищи (2-4 на разных уровнях). Выбор тактики лечения наружного кишечного свища зависел от его сформированности (наличия промежуточных полостей), потерь кишечного содержимого, нарушений гомеостаза больного, наличия гнойных и септических осложнений. В лечении рационально сочетались консервативные и оперативные методы. Консервативная терапия включала мероприятия по ликвидации потерь кишечного содержимого и предотвращения его попадания в рану и на кожу, т.е. «управляемость» свища, коррекция водно-электролитных нарушений, сбалансированное парэнтеральное питание, а так же энтеральное, чаще зондовое введение питательных смесей. В местном лечении использовали различной конструкции и конфигурации обтураторы, особенно при высоких тонкокишечных свищах, как этап эффективной подготовки больного к хирургическому лечению. В лечении желудочных, дуоденальных свищей и свищей гастроэнтероанастомозов основной тактикой было заведение за область свища во время ФГДС назоеюнального зонда для порционного введения питательных смесей, второй зонд устанавливался в желудок для активной круглосуточной аспирации. Основным оперативным вмешательством была резекция петель, несущих свищ. У пациентов с множественными тонко-толстокишечными свищами проводилась комбинированная резекция петель с первичным анастомозом и наложением разгрузочных стом, которые были закрыты оперативным путем в течение последующих 4-8 месяцев. Из 24 оперированных больных умерло 2. У 14 пациентов свищи удалось закрыть консервативно. Выводы: • Лечение больных с кишечными свищами должно осуществляться в специализированном центре гнойной хирургии и реаниматологии. • При высоких тонкокишечных свищах консервативные мероприятия: применение обтураторов, сбалансированного энтерального питания, проточно-промывные системы при промежуточных полостях необходимы для подготовки больных к операции в короткие сроки.

---

#### 1479. ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЕКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ

О.Э.Луцевич, Э.Н.Праздников, К.Э.Миронов

Москва

Кафедра факультетской хирургии №1 МГМСУ



В urgentной хирургии острый аппендицит всегда был и остается одной из самых актуальных проблем, являясь самым распространенным заболеванием в экстренной хирургии. Открытая (традиционная) аппендэктомия имеет ряд недостатков, к которым относится ограниченная возможность ревизии и санации брюшной полости, более частые послеоперационные гнойные осложнения в области операционных ран, более продолжительный период реабилитации и времени нетрудоспособности пациента и увеличенное время пребывания в стационаре. Частота осложнений при открытой аппендэктомии составляет до 10%. Лапароскопическая аппендэктомия, в сравнении с традиционной, имеет ряд несомненных преимуществ: малая травматичность, меньшая частота послеоперационных осложнений, адекватная визуализация зоны операции и ревизия органов брюшной полости, возможность выполнения симультанных операций без расширения хирургического доступа, косметический эффект, минимальные сроки госпитализации и временной нетрудоспособности. Использование видеоэндохирургических технологий позволяет своевременно диагностировать острый аппендицит и принять решение о своевременном хирургическом лечении. В период с 2010 по 2015 гг на кафедре факультетской хирургии №1 МГМСУ на базе НУЗ ЦКБ №2 им. Н.А.Семашко ОАО «РЖД» и ГКБ№52 по поводу острого аппендицита выполнено 2037 лапароскопических аппендэктомий. Возраст пациентов составлял от 18 до 74 лет. Из них 894 мужчины, 1143 – женщины. Сроки обращения пациентов от начала заболевания составляли от 3 часов до 6 суток, в том числе менее 6 часов – у 9%, 6-12 часов – 28%, 12 - 24 часов - 34%, более 24 часов – 49% пациентов. По клиническим формам случаи разделялись следующим образом: катаральный 36%, флегмонозный 58%, гангренозный 6%. В ходе интраоперационной ревизии у 10% пациентов выявлен рыхлый периаппендикулярный инфильтрат, у 14% - периаппендикулярный абсцесс, у 8 – выраженный спаечный процесс в зоне операции. В 13% случаев червеобразный отросток располагался ретроцекально, а в 4% ретроперитонеально. Всем пациентам производилась лапароскопическая аппендэктомия в различных вариантах с обязательным дренированием брюшной полости. Ни в одном из случаев интраоперационной конверсии не производилось. Послеоперационных осложнений, а так же релапароскопий и релапаротомий в послеоперационном периоде не было. Средний койко день составил 3,4 дня, таким образом, лапароскопическая аппендэктомия является современным малоинвазивным, обеспечивающим хорошие результаты и сопровождающимся, по сравнению с традиционными методами оперирования, существенно более низкими показателями послеоперационных осложнений, сокращению сроков пребывания в стационаре, ранней реабилитацией пациентов. Так же из преимуществ лапароскопической аппендэктомии следует отметить, что в ходе выполнения лапароскопии возможно провести адекватную ревизию всей брюшной полости, что дает возможность оценить состояние органов брюшной полости, а так же выявить наличие сопутствующей патологии.

---

#### 1480.НАШ ВЗГЛЯД НА ДРЕНИРОВАНИЕ САЛЬНИКОВОЙ СУМКИ ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Воронков Д.Е., Михайличенко В.Ю., Кисляков В.В., Костырной А.В., Воронкова О.А.

Симферополь

«Крымская медицинская академия имени С.И. Георгиевского» Федеральное государственное автономное образовательное учреждения высшего образования «Крымский Федеральный Университет им. В.И. Вернадского» г. Симферополь

Цель исследования: улучшить хирургические подходы в лечении инфицированного панкреонекроза. Материалы и методы: в клинике в течение 5 лет проходили хирургическое лечение по поводу инфицированного панкреонекроза 16 человек, 14 (87,5%) мужчин и 2 (12,5%) женщины. Диагноз верифицировали по результатам ультрасонографии, лапароскопии, интраоперационной ревизии, лабораторным критериям крови, мочи, перитонеального экссудата. Показаниями к экстренному хирургическому вмешательству (первые сутки с момента госпитализации), после проведенной интенсивной терапии служили: а) разлитой гнойный перитонит; б) сочетание панкреонекроза с деструктивным холециститом; в) невозможность исключить экстренную внутрибрюшную патологию, которая требует

немедленного оперативного пособия. Показаниями к операции в поздние сроки (18-21 сутки и более с момента заболевания) послужило развитие гнойно-некротических осложнений (абсцессы, локализованные в салниковой сумке или экстрапанкреатической зоне; флегмона забрюшинного пространства и др.). Целью оперативного вмешательства при гнойно-некротических осложнениях деструктивного панкреатита явилось: а) выделения всех имеющихся гнойно-некротических очагов; б) максимально-щадящая некрэксеквестрэктомия очагов деструкции поджелудочной железы и забрюшинного пространства; в) установка адекватной дренажной системы в очагах воспаления; г) профилактика вторичного инфицирования очагов деструкции. В своей практической работе мы отказались от марлевых тампонов, которые уже через 6 часов превращаются в "пробку", пропитанную гноем, и от установки дренажей пассивного характера, которые забиваются некротическими тканями и фибринозными наложениями. С целью устранения негативных последствий пассивного дренирования мы применяли дренажи собственной конструкции, которые представляют собою полиуретаново-трубчатую систему с одновременной установкой в очаге воспаления системы орошения и постоянного вакуумирования, кроме этого полиуретановая основа дренажа обильно пропитывается мазью нитацид, а трубчатая система эвакуации оснащена устройством, обеспечивающим своевременное очищение просвета дренажей от секвестрирующих тканей. Результаты: данная методика применена нами у 16 больных с гнойно-некротическими осложнениями деструктивного панкреатита. Послеоперационная летальность 18,75% (3 пациента). Заключение: адекватное дренирование очагов деструкции панкреонекроза на фоне интенсивной современной терапии позволяет в настоящее время снизить послеоперационную летальность.

---

#### 1481. ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АХАЛАЗИЕЙ И КАРДИОСПАЗМОМ

Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Ветшев Ф.П., Дулова А.В., Осминин С.В., Абдулхакимов Н.М.

Москва

Кафедра факультетской хирургии №1 ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Ахалазия и кардиоспазм являются тяжелыми нервно-мышечными заболеваниями (НМЗ), характеризующимися функциональной непроходимостью пищеводно-желудочного перехода и составляющими 3-20% от всех заболеваний пищевода. Клинически проявляются прогрессирующей дисфагией и могут приводить к развитию ряда грозных осложнений (аспирационная пневмония, эзофагит, плоскоклеточный рак пищевода и т.д.). В клинической практике используем классификацию Б.В. Петровского 1958 года, согласно которой выделяют 4 стадии заболевания. Ранее в работах мы описывали свой опыт лечения более 1400 больных с 1970 года, на основании которого и построена наша сегодняшняя тактика лечения этой тяжелой категории больных. Лечение всех больных необходимо начинать с баллонной кардиодилатации наряду с медикаментозной терапией. Основным методом лечения ахалазии и кардиоспазма I-II ст., при отсутствии противопоказаний, считаем ступенчатую форсированную кардиодилатацию под контролем рентгенотелевидения, обеспечивающую уже после первого курса (4-6 сеансов) более 90% положительных результатов. Частой причиной неэффективности кардиодилатации у молодых пациентов с кардиоспазмом I-II степени является т.н. феномен «резиновой» кардии, когда эластичные ткани пищеводно-желудочного перехода легко растягиваются баллоном, но вскоре снова спазмируются. В этом случае единственным методом лечения остается органосохраняющее оперативное вмешательство. Многие оперативные вмешательства, ранее широко применявшиеся при ахалазии и кардиоспазме (операция Микулича, Марведеля - Венделя, эзофагокардиооментопластика по В.И. Колесову, кардиоластика по Б.В. Петровскому, Т.А. Суворовой, анастомозы пищевода с желудком типа Гейровского, С.С. Юдина, Е.Л. Березова и др.) в настоящее время практически всеми оставлены из-за частых рецидивов дисфагии и развития тяжелых осложнений, таких как рефлюкс-эзофагит и стриктура пищевода. При II-III ст. выполняем органосохраняющую кардиопластическую операцию, основой которой является модифицированная кардиомиотомия по Heller с неполной фундопликацией в модификации, предложенной А.Ф. Черноусовым (1983). Завершающим этапом является формирование неполной фундопликационной манжетки, при этом переднюю стенку дна желудка необходимо вшивать в разрез мышечной оболочки

отдельными узловыми швами, а заднюю стенку обертывать вокруг кардии и сшивать с передней отдельными узловыми швами таким образом, чтобы края фундопликационной манжетки расходились кверху в виде конуса. Эта операция позволяет сформировать надежную антирефлюксную манжетку, которая не вызывает существенного затруднения для прохождения пищи через пищеводно-желудочный переход. При IV стадии заболевания органосохраняющие операции оказываются малоэффективными ввиду полной атонии и резкого расширения пищевода (мегаэзофагус). В этих случаях операцией выбора считаем трансхиатальную субтотальную резекцию (экстирпацию) с одномоментной пластикой трансплантатом, выкроенным из большой кривизны желудка с кровоснабжением за счет правой желудочно-сальниковой артерии. С 2006 года на лечении находилось 96 пациентов с ахалазией и кардиоспазмом. Всего было 54 (61%) женщины и 33 (39%) мужчины в возрасте от 17 до 78 лет. Жалобы пациентов были типичными: дисфагию различной степени наблюдали у всех больных, боль за грудиной (а также в эпигастрии и правом подреберье, часто усиливающиеся во время или после приема пищи) отмечена у 62 (69,7%) пациентов с кардиоспазмом. Среди психоневрологических изменений были диагностированы: астеноневротический синдром 12 (13,5%), ипохондрический синдром 28 (31,5%), истерический невроз 7 (7,9%). Баллонная кардиодилатация, как основной метод лечения, проведена 68 больным: 29- с ахалазией кардии I-III ст., 37 - с кардиоспазмом I-III ст., а так же 2 больным с диффузным эзофагоспазмом. Всем больным проведено по 1-2 курса, включающих от 4 до 6 сеансов дилатации. Рецидив дисфагии возник у двух больных с кардиоспазмом через 7 месяцев и 1 год, ввиду повторных нервных потрясений. Больным был проведен повторный курс с положительным эффектом. Оперативное лечение проведено 30 пациентам: 19 - с IV стадией произведена трансхиатальная субтотальная резекция пищевода с пластикой желудочной трубкой; 9- с III стадией выполнена эзофагокардиомиотомия с неполной фундопликацией в модификации А.Ф. Черноусова. Еще 2 больные ранее были оперированы в других учреждениях по поводу ахалазии кардии II стадии (Heller с кардиопластикой по Суворовой и Heller с фундопликацией по Dor). Проведенные повторные реконструктивные операции с созданием симметричной антирефлюксной манжетки позволили купировать проявления рефлюкс-эзофагита и дисфагии. Во всех наблюдениях функция вновь созданного клапана оказалась хорошей. Отдаленные результаты изучены у 79 (80,1%) больных и прослежены в сроки от 6 месяцев до 5 лет. Признаков дисфагии и гастроэзофагеального рефлюкса не выявлено. Таким образом, хирургическая тактика при НМЗ пищевода должна быть дифференцированной и учитывать весь комплекс патоморфологических, и функциональных изменений, возникающих в пищеводе и области кардии, в том числе тяжесть воспалительных, и склеротических изменений в пищеводе, функциональный резерв пропульсивной моторики стенки пищевода.

---

#### 1482. ВЫБОР СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОТОРАКСА С ОСТАНОВИВШИМСЯ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Измайлов Е.П., Кириллов В.И., Титов А.Н.

Самара

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава РФ», ГБУЗ Самарской области «Самарская ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова»

Основным способом лечения пострадавших с травмой груди осложненной посттравматическим пневмотораксом остаются плевральные пункции, дренирование плевральной полости по Бюлау и лишь у 12% больных проводятся торакальные операции. Целью исследования определение способов лечения больных с гемоторакса с остановившимся кровотечением. В условиях городской многопрофильной больницы пролечено 300 (40,76%) пострадавших с травмой груди, осложненной посттравматическим пневмотораксом. Среди них было 253 мужчин и 47 женщин, возраст больных колебался от 15 до 89 лет: от 15 до 30 лет было 85 (28,33%); от 30 до 60 – 173 (57,67%); старше 60 лет – 42 (14%). Причиной развития пневмоторакса у 252 (84,9%) пострадавших явилась катотравма, у 35 (11,67%) – избиение, у 8 (2,67%) – ножевое ранение, у 4 (1,33%) – автомобильная травма, у 1 (0,33%) – ятрогенное повреждение легкого при катетеризации подключичной вены. Обследование и лечение больных проводили по общепринятым стандартам. Из 300 больных с травмой груди, осложненной пневмотораксом, переломы 1-3 ребер выявлены

1033

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

у 143 (47,67%) пострадавших. Тяжесть состояния пострадавших составила в среднем  $5,29 \pm 0,41$  баллов по шкале повреждений ISS (1972). Клинически и рентгенологически ушибы 1 степени диагностированы у 131 (43,67%) больных, 2 степени - у 12 (4,0%) больных. У 291 (97%) пациентов с травмой груди, осложненной пневмотораксом, выявлены повреждения в верхней доле легкого, у 5 (1,6%) – в средней доле или в язычковых сегментах, у 4 (1,3%) - в нижней доле. Результаты исследования. У 272 (90,67%) пострадавших оказалось эффективным консервативное лечение: у 255 (89%) – дренирование плевральной полости по Бюлау, причем у 17 (5,67%) – произведены одна или несколько плевральных пункций. Оперативное лечение проведено 28 (9,33%) пострадавшим: у 5 (17,86%) выполнена переднебоковая торакотомия; у 7 (25%) – видеоассистированная миниторакотомия; у 16 (58,14%) – эндовидеоторакоскопическое вмешательство. У 67 (22,33%) больных с травмой груди, осложненной пневмотораксом, возникли осложнения, которые были купированы консервативным путем. Наиболее часто – у 21 (7%) больного возникло осложнение в виде длительного сброса воздуха по дренажам, всем пациентам проводили активную плевроаспирацию, и легкое было полностью расправлено. Посттравматическая пневмония возникла у 16 (5,33%) пациентов, плеврит – у 11 (3,67%). У 8 (2,67%) пострадавших возникла подкожная эмфизема на груди, связанная с дефектами проведения дренирования плевральной полости. Нагноение торакотомной раны после переднебоковой торакотомии отмечено у 1 (0,33%) больного, а у 2 (0,66%) пострадавших – нагноение раны на месте стояния дренажей. При лечении больных с травмой груди, осложненной пневмотораксом, летальных исходов не было. Таким образом, у 292 (90,4%) пострадавших, пневмоторакс был ликвидирован консервативным путем, причем у 17 (5,67%) пациентов применялись только плевральные пункции. Торакальные операции проведены у 28 (9,33%) пострадавших, причем наиболее эффективными оказались торакоскопические вмешательства.

---

1483.Первый опыт высокотехнологичной лапароскопической хирургии в общехирургическом стационаре городской больницы

Демин Д.Б., Солосин В.В., Григорьев А.Г., Федоров К.С., Фуныгин М.С.

Оренбург

Оренбургский государственный медицинский университет

Широкое внедрение в клиническую практику современных методов визуализации (УЗИ, КТ, МРТ, колоноскопия) обусловило увеличение пула больных с диагностированными объемными образованиями печени и надпочечников, а также патологией толстой кишки, в первую очередь, дивертикулезом. Данные группы пациентов попадают в сферу деятельности общехирургических стационаров. Исходя из поддерживаемой нами концепции необходимости минимизации операционной травмы, с 2012 г. мы начали выполнять оперативные вмешательства при вышеназванных патологиях лапароскопическим доступом. В соответствии с приказом министерства здравоохранения РФ от 10 декабря 2013 г. № 916н "О перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи" лапароскопические вмешательства по поводу этих нозологий в ходят в разряд высокотехнологичных. Цель работы: оценить эффективность высокотехнологичных лапароскопических вмешательств в общехирургическом стационаре. Материал и методы. В 2011-2014 годах в клинике кафедры факультетской хирургии ОрГМУ на базе ГАУЗ ГКБ им. Н.И.Пирогова г. Оренбурга нами выполнены высокотехнологичные вмешательства у 51 пациентов. У 31 пациента выполнены вмешательства на печени, у 10 – на надпочечниках, у 10 – на толстой кишке. В процессе вмешательств мы применяли ультразвуковую диссекцию и биполярную коагуляцию, в колоректальной хирургии использовали линейные и циркулярные сшивающие аппараты. Результаты и обсуждение. Все больные госпитализированы в плановом порядке после стандартного обследования, включающего обязательном порядке в случаях патологии печени и надпочечников КТ-исследование и колоноскопию при патологии толстой кишки. У 31 пациента были объемные образования печени. В 30 случаях новообразования были доброкачественными (гемангиомы, обызвествленные и живые эхинококковые кисты, непаразитарные кисты), в 1 случае – первичный рак правой доли печени. Нами выполнены следующие оперативные вмешательства: сегментарная и бисегментарная резекция печени – 17, в том числе в 4 случаях при

1034

обызвествленном и в 1 случае при живом эхинококке; иссечение непаразитарных кист печени – 12; открытая эхинококкэктомия – 1; правосторонняя гемигепатэктомия – 1. Средний размер солидных образований составлял 5-6 см. Расположение – передние и боковые локализации (S II, III, IV, V, VI). Кистозные образования имели размер от 5 до 15 см в диаметре с подкапсульным расположением в печени. Отбор такой категории пациентов был обусловлен необходимостью этапа освоения технологии вмешательства, а также отсутствием в настоящее время лапароскопического УЗИ-датчика. Методики резекционных вмешательств – сегментарная резекция печени в 14 случаях, в 3 случаях выполнена резекция левого латерального сектора. Во всех случаях диссекцию ткани печени, пересечение глассоновой ножки и иссечение стенок кисты осуществляли биполярным коагулятором. При выявлении по линии резекции крупных трубчатых структур применяли ручной интракорпоральный узловый шов для их дополнительного лигирования. Открытая эхинококкэктомия при живой эхинококковой кисте S IV-V диаметром 6 см произведена по методике, аналогичной открытым вмешательствам: предварительное отграничение салфетками с формалином, пункция кисты, аспирация жидкости, введение спирта, экспозиция 5 минут, вскрытие кисты, удаление в контейнер оболочек и дочерних кист, обработка полости формалином, максимальное иссечение фиброзной капсулы с прилежащими участками печени для минимизации размеров остаточной полости. У 5 пациентов непаразитарная киста печени – интраоперационная находка при плановой холецистэктомии, у 1 – при фундопликации по Ниссену. Кистозные образования фенестрировали с аспирацией содержимого. Максимально иссекали стенку кисты с прилежащей тканью печени с целью минимизации размеров остаточной полости с дезпитализацией последней монополярным коагулятором. Конверсия выполнена в одном случае. У пациента с подтвержденным КТ и пункционной биопсией первичным раком S V печени вмешательство начато лапароскопическим доступом. Выделены и пересечены в портальных воротах правые воротная вена, печеночная артерия и долевого проток. Правая доля печени мобилизована до нижней полой вены, при этом выявлено плотное прилегание опухоли к стенке этого сосуда, что представляло риск для безопасной диссекции. Выполнена лапаротомия, правосторонняя гемигепатэктомия завершена открытым способом. Вмешательства на надпочечниках выполнены у 10 пациентов. В 8 случаях произведена адреналэктомия (3 правосторонних и 5 левосторонних) по поводу объемных образований от 2,5 до 6 см в диаметре. В 5 случаях это были инциденталомы, в 1 случае – феохромоцитома, в 2 случаях – адренокортикальный рак. У 2 пациентов показанием к операции были большие забрюшинные кистозные образования (6 и 8 см в диаметре), располагавшиеся в проекции верхнего полюса правой и левой почек соответственно. Во время вмешательства при ревизии забрюшинного пространства, выявлено, эти кисты исходят из надпочечников. Кисты иссечены с парциальной резекцией ткани надпочечников. Вмешательства на ободочной кишке выполнены у 10 пациентов. В 9 случаях показанием к операции был дивертикулез (у 6 больных локализация процесса – сигма, 3 – сигма и нисходящая ободочная кишка), у 1 пациента – малигнизированный полип сигмовидной кишки. В 7 случаях выполнена резекция сигмовидной кишки, в 3 – левосторонняя гемиколэктомия (у пациентов с дивертикулезом сигмы и нисходящей ободочной кишки). Все 10 вмешательств завершены наложением аппаратного колоректального анастомоза. Во всех случаях благодаря применению ультразвукового диссектора и биполярного коагулятора кровопотеря была минимальной. Интраоперационных осложнений и осложнений в послеоперационном периоде не было. У всех больных гладкий послеоперационный период. Таким образом, наличие необходимых мануальных навыков и современной аппаратуры обеспечивает эффективность и безопасность «продвинутых» лапароскопических технологий в общехирургической практике и открывает перспективы для расширения объема вмешательств у данной категории больных.

---

#### 1484. РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ОСТРОМ ОБТУРАЦИОННОМ ХОЛАНГИТЕ

Быков М.И.

Краснодар

ГБУЗ «НИИ – Краевая клиническая больница №1 имени профессора С.В. Очаповского»

Введение Острый обтурационный холангит (ООХ) является одним из наиболее грозных осложнений нарушения проходимости желчных протоков. Этиология возникновения ООХ имеет мультифакторный генез, однако в большинстве случаев основными причинами являются различные осложнения желчнокаменной болезни (ЖКБ), а также опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ). Патогенез развития ООХ сводится к компрессии желчевыводящих путей (ЖВП) с возникновением желчной гипертензии и размножением патогенной микрофлоры в замкнутом пространстве протоковой системы. Несмотря на определенный накопленный опыт лечения данной группы больных, совершенствование методов инструментальной диагностики, внедрение различных малоинвазивных вмешательств, направленных на декомпрессию ЖВП, появление новых поколений антибактериальных лекарственных средств, проблема лечения больных с механической желтухой, осложненной ООХ продолжает оставаться актуальной. Цель работы — оценить эффективность и определить место эндоскопических чреспапиллярных методов декомпрессии желчных протоков у больных с механической желтухой различного генеза, осложненной ООХ. Материалы и методы: ретроспективно проведен анализ выполнения эндоскопических чреспапиллярных вмешательств (ЭЧВ) за период с 2010 по 2015 год у 2415 пациентов, проходивших лечение в условиях хирургических отделений ГБУЗ «НИИ-Краевая клиническая больница №1 им. С.В. Очаповского». Анализ проводили в двух группах. Первую группу составили больные с осложненной ЖКБ, вторую - пациенты с механической желтухой злокачественного генеза. Диагноз ООХ в большинстве случаев устанавливался при поступлении в клинику на основании клинических проявлений: боли в правом подреберье, механическая желтуха, гипертермия с ознобами, признаки интоксикации, лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево и данных ТАУЗИ: признаки билиарной гипертензии в виде холангиоэктазии, аэробилии, формирования абсцессов в печени. Такая классическая клиническая картина развития ООХ была диагностирована в первой группе в 473 (22,2%) наблюдениях, во второй группе в 72 (25,3%) случаях. У 42 (2%) пациентов из первой группы и 12 (4,2%) из второй группы при поступлении клинические проявления и лабораторные показатели не свидетельствовали о наличии гнойного холангита, за исключением признаков желчной гипертензии по данным УЗИ, однако при выполнении эндоскопических чреспапиллярных вмешательств (ЭЧВ) в желчи были выявлены патологические примеси в виде гноя, фибрина, замазкообразного детрита. При распределении больных по степени тяжести развития острого холангита мы придерживались классификации Ахаладзе Г.Г. и соавт., 1997, которые выделяли локальную, септическую и стадию полиорганной недостаточности (ПОН). Локальная стадия развития ООХ выявлялась в 457 наблюдениях в первой группе (88,7%) и в 65 случаях во второй (77,4%), септическая стадия в 47 (9,2%) и в 13 (15,5%), а стадия ПОН в 11 (2,1%) и в 6 (7,1%) соответственно. Лечебная тактика у больных с механической желтухой, осложненной ООХ, включала в себя стандартную инфузионную дезинтоксикационную терапию и коррекцию нарушений гомеостаза в плане предоперационной подготовки, что затем позволяло выполнить в срочном порядке эндоскопическое чреспапиллярное вмешательство с целью желчной декомпрессии. В качестве транспапиллярного желчеотведения применялись следующие эндоскопические методики: канюляционная и неканюляционная папиллосфинктеротомия, механическая литоэкстракция, механическая литотрипсия, ретроградное бужирование, баллонная дилатация, внутрипротоковая санация и введение лекарственных препаратов, назобилиарное дренирование (НБД), стентирование пластиковыми эндопротезами различных конфигураций и длины, диаметром от 7 до 11,5 Fr, а также нитиноловыми саморасправляющимися стентами. Результаты: эффективность эндоскопической чреспапиллярной де-компрессии ЖВП у больных с холедохолитиазом, составила 97,1%. В 15 (2,9%) случаях ЭЧВ не имели успеха, в связи с чем этим больным для купирования механической желтухи и явлений острого холангита выполнялась чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС). Нами проанализирована этапность ЭЧВ в данной группе больных. В один этап удалить все конкременты и полностью санировать ЖВП удалось в 425 наблюдениях (82,5%), в два этапа в 56 (9,9%) случаях, у 11 (2,1%) пациентов возникла необходимость в многоэтапных (3 и более) подходах к эндоскопическому лечению. В 13 (2,5%) клинических случаях, несмотря на удачно выполненную ретроградную декомпрессию ЖВП, нам не удалось выполнить полную литоэкстракцию, что послужило показанием к выполнению лапароскопической или открытой холедохолитомии. Таким образом, эффективность эндоскопического лечения холедохолитиаза в анализируемой группе составила 94,6%. НБД завершали вмешательство в 327 (65,4%) случаях. Эффективность эндоскопической чреспапиллярной декомпрессии ЖВП у больных второй группы со злокачественными образованиями БПДЗ составила 89,3 %. НБД в качестве первого этапа эндоскопического лечения механической желтухи, осложненной ООХ, нами применялся в 62 (73,8%) наблюдениях. Показанием к НБД считали: эндоскопические признаки холангита, в том числе и после удаления инкрустированного, ранее установленного стента, диагностированная у больного септическая или стадия ПОН острого холангита. При необходимости длительной декомпрессии и санации ЖВП в 7 случаях есть опыт параллельного назобилиарного дренирования и стентирования холедоха. В наших наблюдениях НБД в качестве метода декомпрессии и купирования явлений холангита в первой группе было эффективно в

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

97,1 % случаев, во второй группе – в 84,4 %, что в среднем среди всех пациентов составило 95,5 %. При неудовлетворительной декомпрессии ЖВП, прогрессировании явлений холангита и сепсиса всегда стараемся применять комбинацию эндоскопических и чрескожных методов дренирования вне зависимости от этиологии заболевания. Госпитальная летальность в первой группе составила 0,9 %, во второй группе 1,7 %. Из 20 умерших пациентов пятеро поступали в клинику с острым холангитом в стадии полиорганной недостаточности и трое пациентов в септической стадии. В остальных 12 клинических наблюдениях летальный исход не был связан с прогрессированием гнойно-септических осложнений. Заключение: полученные результаты показали, что эффективность ретроградной чреспапиллярной декомпрессии среди всех больных составила 95,5 %. Главным условием успешного лечения ООХ будет являться строгое соблюдение последовательности и сроков выполнения вмешательств, в том числе выбора метода малоинвазивной декомпрессии, индивидуальный подбор антибактериальной терапии, а также соблюдение основных правил ведения больного с гнойно-воспалительными заболеваниями. Неоспоримым преимуществом эндоскопических методов лечения перед другими малоинвазивными технологиями является возможность одно-моментного выполнения, как дренирующего вмешательства, так и непосредственно устранения причины, вызывающей компрессию ЖВП. Эти методы являются наиболее физиологичными, малотравматичными и широко распространенными в особенности при доброкачественной патологии ЖВП, а также при злокачественных образованиях панкреатобилиарной зоны, вызывающих дистальную обструкцию холедоха.

---

#### 1485. ЭВОЛЮЦИЯ ХИРУРГИИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ РОССИИ

Н.И. Богомолов

Чита

Читинская государственная медицинская академия

Цель работы. Анализ хирургических подходов в лечении больных перфоративной язвой (ПЯ). Создание протоколов лечения на современном этапе деятельности. Материал и методы. Анализированы операционные журналы Областной больницы с момента её создания (1924 год), отчёты хирургической службы края (области) и врачебно-санитарной службы ЗабЖД. В 1975 году среди организованной группы населения по материалам ВСС ЗабЖД на 137612 работающих на учёте находилось 1574 больных с язвенной болезнью (ЯБ). В 2014 году в Забайкальском крае на 1089000 населения на учёте находилось 10872 человека с ЯБ. За год регистрируется 12503 больных ЯБ (13,5% от числа лиц с болезнями органов пищеварения), впервые выявлено 1104 человека. Заболеваемость ЯБ в крае на 100000 населения: по обращаемости -1463,0 (в РФ – 1350,1, в СФО - 1540,7); впервые выявленная – 129,18 (в РФ -118,8, СФО – 174,6); состоит на диспансерном учёте – 1272,16. В первое десятилетие (1924-1934 гг) оперировано 39 больных с ЯБ, из них с ПЯ – 18. Выполнялось ушивание перфоративного отверстия или пилоропластика и даже первичная резекция желудка по процедурам Бильрот-1 и 2. С 1976 года начата планомерная диспансеризация лиц, перенесших перфорацию язвы в анамнезе, всем выполнялось эндоскопическое исследование. По материалам клиник по данной тематике защищено 5 диссертаций. При эндоскопическом исследовании 412 пациентов (I период) с ПЯ в анамнезе, оперированных в 20-70-е годы 20 века, установлено, что продолжали болеть ЯБ 76% обследованных, у 7,6% были повторные перфорации. До 1979 года в ЛПУ края основным вмешательством было ушивание ПЯ, первичная резекция желудка сделана только 0,9% пациентов. С 1980 года в лечении больных широкое применение получила ваготомия (преимущественно стволовая) с дренирующими желудок пособиями (II период). Анализирован материал 1213 пациентов этого периода по материалам трёх клиник города и края. Летальность колебалась от 5,6% до 7,3%. Постваготомические синдромы выявлены у 19%, рецидив язвы установлен у 4,8 – 11,2% в разные сроки после операции. С 2000 года (III период), в соответствии с рекомендациями съездов и конференций, применяется принцип «каждому больному своя операция». Операцией выбора в широкой хирургической сети вновь стало простое ушивание перфорации с взятием материала на гистологическое исследование, последующей медикаментозной терапией и углублённым обследованием с учётом пожеланий пациента. За последнее десятилетие ежегодно перфорация

1037

язвы происходила у 196-223 человек, летальность колебалась от 5,1% до 9,96% (по РФ – 5,6%). Выбор лечения диктуется национальными клиническими рекомендациями, используются эндовидеохирургические технологии (IV период). Рекомендации дают простор для деятельности хирурга, они его страхуют и помогают одновременно. Хирурги Забайкальского края ЗА национальные клинические рекомендации. Таким образом, ПЯ по прежнему остаётся злободневной проблемой хирургической гастроэнтерологии. При выборе варианта операции приходится учитывать не только чисто хирургические анатомо-физиологические изменения, но и индивидуальные особенности пациента. Планомерная хирургическая санация через диспансерное наблюдение – вариант решения проблемы. Национальные клинические рекомендации должны использоваться повсеместно в лечении перфоративной язвы и других хирургических болезней.

---

1486.Лапароскопические операции при раке желудка.

А.Ф.Черноусов, Т.В.Хоробрых, Ф.П.Ветшев, М.А. Лахов, С.В.Осминин, А.В. Дулова

Москва

Кафедра факультетской хирургии №1 ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Рак желудка является одной из наиболее распространённых форм злокачественных новообразований человека и занимает в структуре онкологической заболеваемости и смертности населения России второе место после рака легкого у мужчин и рака молочной железы у женщин. К настоящему времени во многих странах накоплен большой опыт лапароскопических операций при раке желудка и количество их ежегодно увеличивается. В то же время, в России лапароскопические операции остаются эксклюзивными и выполняются в немногочисленных специализированных центрах. С 2011 года наравне с традиционными операциями выполнено 16 лапароскопических субтотальных дистальных резекций желудка по поводу рака дистального отдела желудка, и 4 гастрэктомии. Средний возраст пациентов 55 ( $\pm 4$ ) лет, среди них 12 мужчин и 8 женщин. Безусловно использование малоинвазивных технологий целесообразнее и проще при ранних стадиях онкологического процесса, что регулярно демонстрируют зарубежные авторы. К сожалению, учитывая позднюю выявляемость и обращаемость в нашей стране, в клинической практике вынуждены оперировать больных с преимущественно поздними стадиями заболевания. Распределение по классификации TNM (2009) было следующее: у трех пациентов - T1N0M0, у трех – T2N0M0, у девяти – T3N1M0, у трех – T4aN2M0, двух T4aN1M0. У больных, перенесших резекцию желудка, опухоль локализовалась в антральном отделе; гастрэктомия выполнена 4 больным с опухолевым поражением тела желудка. Последовательность этапов лапароскопических операций соответствует традиционным хирургическим вмешательствам. У 15 больных выполнена резекция желудка по Бильрот I, у 1 больной использован вариант гастроэнтероанастомоза по Ру ввиду распространения опухоли дистальнее привратника на двенадцатиперстную кишку. В 6 наблюдениях операция проведена с использованием «руки помощи». У всех больных этапы мобилизации, лимфодиссекции и резекции (линейными сшивающими аппаратами) проводили интракорпорально. У 9 больных был сделан дополнительный параректальный доступ длиной 6 см, который позволяет при необходимости использовать «руку помощи», извлекать макропрепарат и накладывать экстракорпоральный ручной анастомоз. У одной пациентки операция была выполнена полностью лапароскопически. Полностью лапароскопическая гастрэктомия проведена 3 больным, одному пациенту операция выполнена с использованием «руки помощи». При всех вмешательствах произведена стандартная лимфаденэктомия D2, при этом в среднем удаляли 18 ( $\pm 3$ ) лимфоузлов. Гистологически в краях резекции опухолевой ткани выявлено не было (R0). Средняя продолжительность операции составила 190 ( $\pm 35$ ) минут, однако, следует отметить, что время операции уменьшалось по мере накопления опыта и совершенствования хирургических навыков. Интраоперационных осложнений не было, в двух наблюдениях у пациентов отмечали явления послеоперационного панкреатита. Нахождение больных в реанимационном отделении составило в среднем 2-3 дня, все больные были выписаны на 8-9 сутки после операции. Всем больным после операции проведено химиотерапевтическое лечение. При контрольных обследованиях через 3-40 месяцев данных за прогрессию опухолевого процесса и вторичное распространение не получено. Анализируя первые полученные результаты, можно



констатировать, что применение малоинвазивных технологий достоверно уменьшает кровопотерю, уменьшает время пребывания пациентов в условиях реанимации и в стационаре, что соответственно снижает стоимость лечения. Более ранняя активизация и реабилитация пациентов позволяет приступить к химиотерапии уже в раннем послеоперационном периоде. Также у больных, перенесших малоинвазивный вариант операции достоверно выше качество жизни, по сравнению с традиционно выполненными операциями. Безусловно полученные результаты можно расценивать, как положительные, однако необходимо дальнейшее накопление опыта и анализ результатов.

---

1487. Клинические особенности наследственного неполипозного колоректального рака в России

Ачкасов С.И., Цуканов А.С., Семенов Д.А., Поспехова Н.И., Шубин В.П.

Москва

ФГБУ «ГНЦК ИМ. А.Н.РЫЖИХ» МИНЗДРАВА РОССИИ

Актуальность. В Российской Федерации в 2014 году зарегистрировано около 60 000 случаев колоректального рака (КРР) и 39000 смертей от этого заболевания. Наследственный неполипозный колоректальный рак (ННКРР, Синдром Линча) составляет 3 % всех случаев заболевания КРР в мире. Этот синдром вызван наследственными мутациями в генах системы репарации ДНК (The Mismatch Repair, MMR). По данным мировой литературы, наиболее часто синдром Линча проявляется раком правой половины толстой кишки, эндометрия, яичников, почечной лоханки и мочеточников, желудка, поджелудочной железы. Обнаружение синдрома Линча требует обязательного обследования кровных родственников. Цель. Выявление клинических особенностей синдрома Линча в России с целью формирования принципов скрининга заболевания и создания алгоритмов лечения. Материалы и методы. В исследование, проводимое в ГНЦК им. А.Н. Рыжих, с сентября 2012 года по июнь 2015 года включено 74 пациента. У этих больных впервые выявлен или был в анамнезе рак различной локализации в возрасте до 45 лет и/или имелись 2 кровных родственника с раком толстой кишки. Всем пациентам, соответствующим выбранным критериям, выполнено исследование опухоли на наличие микросателлитной нестабильности в образце опухоли (MSI). В образце опухоли 41 (55,4%) человека выявлена MSI. При выявлении микросателлитной нестабильности, выполнялось исследование на наличие наследственных мутаций в генах MLH1, MSH2, MSH6 системы MMR. У 21 (51,2%) пациента генетически подтвержден синдром Линча. Результаты: Средний возраст пациентов с синдромом Линча составил  $36,7 \pm 6,6$  лет. У 6 пациентов диагноз синдрома Линча установлен при обнаружении первичной опухоли толстой кишки, а у 15 больных - при выявлении метакронного рака. У всех пациентов, которым ранее выполнена сегментарная резекция толстой кишки по поводу колоректального рака на фоне синдрома Линча, выявлен в последующем метакронный первично-множественный колоректальный рак. Период от выявления первичного рака до появления метакронной опухоли составил в среднем 122 (9-336) месяца. Метастазы в лимфатические узлы выявлены в 3 (14,2%) из 21 случаев при первом раке и в 9 (60%) из 15 случаев при метакронном раке. Отдаленные метастазы обнаружены в 1(4,8%) из 21 случая при первичном раке и в 3(20%) из 15 случаев - при метакронной опухоли. Мутация в гене MLH1 выявлена в 11 (52,4%), в MSH2 - в 8 (38,0%), а в MSH6 - в 2 (9,6%) наблюдениях. В случае первичной опухоли толстой кишки, локализация в левых отделах ободочной кишки встречалась в 11 (65%) случаях, рак правых отделов в 4 (23%) наблюдениях, рак прямой кишки - в 2 (12%) случаях. В 4 случаях был выявлен рак эндометрия. Заключение: Эффективность используемых нами критериев скрининга ННКРР составляет 51%, что выше, чем у критериев, предложенных ранее (Amsterdam II, Bethesda). При выполнении сегментарной резекции толстой кишки по поводу колоректального рака на фоне синдрома Линча, метакронная опухоль толстой кишки возникла у всех больных. Однако, учитывая то, что период до развития метакронного рака в среднем составляет 122 месяца, объем оперативного вмешательства должен определяться индивидуально в каждом конкретном случае. У российских пациентов больше вероятность возникновения рака в левых отделах ободочной кишки, что отличает их от больных синдромом Линча в Европе и Северной Америке.

1488. Открытая циркулярная дезартеризация геморроидальных узлов в лечении хронического геморроя.

Ощепков А.В., Мансуров Ю.В., Прудков М.И.

Екатеринбург

ГБУЗ СО «СОКБ № 1»

Актуальность. В настоящее время существует большое количество способов хирургического лечения хронического геморроя. Все эти способы обладают своими преимуществами и недостатками. Целью исследования явилось изучение нового метода дезартеризации геморроидальных узлов при лечении хронического геморроя, который позволил бы улучшить результаты хирургического лечения. Пациенты (Материалы) и методы. Открытая, циркулярная дезартеризация геморроидальных узлов с применением проктологического хирургического набора «миниассистент» была выполнена 16 пациентам, средний возраст которых составил 47,9 (+2,7) лет, 10 женщин и 6 мужчин. Результаты сравнивались с пациентами контрольной группы, которым выполнялась геморроидэктомия по Милигану-Моргану. В контрольную группу вошло 22 пациента, средний возраст которых составил 48,6 (+3,2), 13 женщин, и 9 мужчин. Операция выполнялась под спинномозговой анестезией, положение больного лёжа на спине, с подвешенными ногами. После дивульсии ануса в анальный канал устанавливались ретракторы проктологического хирургического набора «миниассистент», формировалось операционное пространство. Отступя 4 см проксимальнее зубчатой линии производилось циркулярное, по всему диаметру кишки, иссечение полосы слизистоподслизистого слоя шириной 1 см. Иссечение производилось посредством монополярной коагуляции, при этом визуализировались геморроидальные сосуды, которые последовательно пересекались посредством электрокоагуляции или перевязывались. Затем дефект слизистоподслизистого слоя ушивался отдельными узловыми швами нитью викрил 3/0. Непосредственно перед операцией, на операционном столе проводилась доплерометрия геморроидальных сосудов, с использованием ультразвукового портативного аппарата LOGIC BOOK, анальным датчиком. Сразу после операции, на операционном столе проводилась контрольная доплерометрия геморроидальных сосудов. Данные дооперационной доплерометрии в 6 случаях из 16 не совпадали с интраоперационными данными. При дооперационной доплерометрии как правило визуализировались лишь крупные геморроидальные сосуды, тогда как интраоперационно выявлялись дополнительные геморроидальные сосуды меньшего диаметра. В послеоперационном периоде оценивался болевой синдром по визуальной шкале боли от 0 до 5 баллов. Средние показатели в основной группе больных, которым выполнялась открытая дезартеризация составил 0,93(+0,15) балла, тогда, как в контрольной группе пациентов, которым выполнялась операция Милигана-Моргана, средний балл составил 2,0(+0,2). Оценивался болевой синдром во время первой дефекации, так же по визуальной шкале боли. Средние показатели в основной группе больных, которым выполнялась открытая дезартеризация составил 1,2(+0,2) балла, тогда, как в контрольной группе пациентов, которым выполнялась операция Милигана-Моргана, средний балл составил 2,5(+0,2). Так же оценивалось время задержки мочи после операции. Средние показатели в основной группе больных, которым выполнялась открытая дезартеризация составил 3,8(+0,7) часа, тогда, как в контрольной группе пациентов, которым выполнялась операция Милигана-Моргана, средняя продолжительность задержки мочи составила 6,4(+0,8) часа. Необходимость в обезболивании пациентов наркотическими анальгетиками в основной группе либо отсутствовала, либо требовалось обезболивание не более 2 раз в день операции, тогда, как в контрольной группе требовалось обезболивание наркотическими анальгетиками до 3 раз в день операции. Через 1 месяц, 3 месяца и 6 месяцев после операции проводилась оценка качества жизни по методике «SF-36 HEALTH STATUS SURVEY», при которой оценивалось 8 параметров качества жизни по бальной системе от 0 до 100, где 0 это плохое качество жизни, а 100 – хорошее качество жизни. В основной группе пациентов средний балл составил 54,5(+4,7), а в контрольной группе 47,5(+5,4). В ближайшем и отдалённом послеоперационном периоде осложнений и рецидива заболевания не наблюдалось. Результаты. При методе открытой циркулярной дезартеризации геморроидальных узлов, в отличие от традиционного метода хирургического лечения по Милигану-Моргану отмечен менее выраженный болевой синдром, либо его отсутствие. Отсутствие или слабо выраженный болевой синдром объясняли отсутствием раневой

поверхности в области анального канала. Наблюдали меньший койкодень, и раннюю реабилитацию. Ни у одного пациента в отдаленных сроках не отмечено рецидива заболевания. Заключение. Способ открытой циркулярной дезартеризации геморроидальных узлов применим в лечении хронического геморроя, является радикальным методом, и требует дальнейшего изучения.

---

#### 1489. МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

А.Н. БУХАРИН, А.И.САПАНЮК, Г.Л. САЧЕЧЕЛАШВИЛИ, С.Х. МАМЕДОВ Д.В.ХАЧАТРЯН, Е.О.ГОРБУНОВА, М.А.ДЖУМАЕВА.

Московская область, г.Фрязино

ГАУЗ МО "ЦГБ им. М.В.Гольца"

Проблема лечения острого калькулезного холецистита (ОКХ) у лиц пожилого и старческого возраста, осложненного холедохолитиазом, по-прежнему остается актуальной проблемой, это прежде всего связано с ростом заболеваемости и его осложнений. Благодаря широкому внедрению малоинвазивных методов, которые в корне изменили как характер хирургических вмешательств, так и хирургическую тактику, лечение острого калькулезного холецистита достигло значительных успехов. Однако, несмотря на значительный прогресс, послеоперационная летальность среди больных, страдающих холелитиазом механической природы, остается довольно высоким, особенно у больных пожилого и старческого возраста с высокой степенью операционного риска. Нами обследованы 620 больных пожилого и старческого возраста, в возрасте от 63 до 83 лет, оперированных по поводу осложненных форм ЖКБ за последние 5 лет, что составляет 76,7% от общего числа поступивших больных с ОКХ в экстренном порядке. Женщин было 521 (84,1%), мужчин - 99 (15,9 %). Тяжесть общего состояния больных обусловлена не только основным заболеванием со стороны желчевыводящих путей, но и наличием тяжелой сопутствующей патологией (у 92,4 %). Количество сопутствующих заболеваний увеличивается прямо пропорционально их возрасту. У 433(70,1%) больных выполнены эндоскопические и лапароскопические операции, а 185 (29,9%) пациентов с относительными противопоказаниями к малоинвазивным операциям была выполнена традиционная холецистэктомия, холедохотомия, холедоходуоденостомия, удаление камней и пр. В диагностике острого калькулезного холецистита важным является использование УЗИ, что позволяет определить не только наличие камней в желчном пузыре и протоках, но и выявить признаки воспаления в желчном пузыре, его осложнения и определить дальнейшую тактику лечения. При остром холецистите оптимальным сроком для проведения видеолапароскопического вмешательства является 24-48 часов от начала заболевания. Катаральный холецистит отмечался у 206 (33,2%) больных, флегмонозный у 312 (50,3%), гангренозный у 102 (16,5%). У больных с флегмонозной и гангренозной формами воспаления желчного пузыря, паравезикальный инфильтрат отмечался в 195 (31,5%) случаях, паравезикальный абсцесс у 39 (6,3%), холедохолитиаз у 149 (24,1 %) больных. У 7 (1,1%) больных произведена конверсия, показаниями к лапаротомии послужили – выраженная инфильтрация в области ворот печени и кровотечения из пузырной артерии. Переход к лапаротомии должен быть своевременным и обоснованным, что значительно позволяет предупредить тяжелые ятрогенные осложнения. Для разрешения холестаза и холангита, с целью проведения в дальнейшем хирургического полостного или видеолапароскопического вмешательства, направленного на устранение холедохолитиаза, как первый этап операции, 135 (21,8%) больным выполнена эндоскопическая папаллосфинктеротомия с удалением конкрементов из холедоха. У 93(15,0 %) больных выполняли эндоскопическую механическую литотрипсию, эндоскопическую экстракцию желчных камней. У 38(5,9%) больных после выполнения эндоскопических вмешательств и удаления камней из желчных путей осуществляли назобилиарное дренирование. Через 5-7 дней после эндоскопической папаллосфинктеротомии и декомпрессии желчных путей, разрешения механической желтухи, холангита 117(86.7%) больным выполнили лапароскопическую холецистэктомию. Таким образом, при осложненном калькулезном холецистите приходится индивидуально выбирать метод выполнения хирургического вмешательства между традиционными и лапароскопическими хирургическими методами, либо сочетать их с эндоскопическими.

Внедрение современных малоинвазивных технологий и выбор оптимальной лечебной тактики – предварительной декомпрессии желчных путей с помощью эндоскопической папиллотомии, снижает риск оперативного вмешательства, уменьшает количество осложнений и тем самым улучшает результаты хирургического лечения осложненных форм калькулезного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста с высокой степенью операционного риска.

---

1490. Результаты внедрения оптимизированного протокола периоперационного ведения пациентов, перенесших резекцию ободочной кишки

Ачкасов С.И., Сушков О.И., Лукашевич И.В.

Москва

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России

Актуальность. Операции на толстой кишке представляют собой достаточно сложные вмешательства, восстановление после которых имеет свои особенности, и зачастую требует продолжительного нахождения пациента в стационаре. По данным исследований, методики ведения пациентов по программам «быстрого пути» (FT - fast track) и «ускоренного восстановления после операции» (ERAS - Enhanced Recovery After Surgery), применяющиеся в мире, являются достаточно эффективными инструментами в отношении быстрой реабилитации пациентов, оперированных на толстой кишке. В настоящее время в русскоязычной медицинской литературе опубликовано крайне мало исследований, посвященных оценке различных компонентов метода и их влиянию на восстановление пациентов после хирургических вмешательств. Цель. Оценка непосредственных результатов применения оптимизированного протокола периоперационного ведения пациентов, подвергшихся резекции ободочной кишки. Материалы и методы. С марта 2013 по февраль 2015 гг. в проспективное сравнительное рандомизированное исследование включено 120 пациентов. В первой группе (n=64) пациенты велись по предложенному оптимизированному протоколу, из них в подгруппе 1а пациенты (n=32), были оперированы лапароскопическим способом, в подгруппе 1б - открытым (n=32). Во второй группе (n=56) пациенты велись стандартно, в подгруппе 2а (n=26) - оперированы лапароскопическим способом, в подгруппе 2б (n=30) операция выполнялась через лапаротомию. Статистически достоверных различий по полу, возрасту, ИМТ, классу по шкале ASA между группами не было. Все операции выполнены хирургами, владеющими лапароскопическими технологиями. Основными элементами оптимизированного протокола являлись максимально быстрая мобилизация пациента, раннее кормление в послеоперационном периоде, отсутствие ограничений в приеме пищи до операции, отсутствие необходимости в механической подготовке толстой кишки перед операцией, ограничение продолжительности и объема инфузионной терапии в послеоперационном периоде, ограничение показаний или отказ от дренирования брюшной полости, медикаментозная профилактика послеоперационной тошноты и рвоты, адекватное и своевременное обезболивание, отмена опиоидных анальгетиков в послеоперационном периоде. Результаты. Общее число осложнений в 1 и 2 группах составило 1(1,6%) и 4(7,1%) соответственно. Послеоперационные осложнения в первой группе развились в одном (1,6%) наблюдении у пациента из 1а подгруппы (острый панкреатит). Во второй группе одной (1,7%) больной из 2а подгруппы послеоперационное течение осложнилось тромбэмболией мелких ветвей легочной артерии. Также во второй группе у двух (3,6%) пациентов 2б подгруппы послеоперационный период осложнился несостоятельностью колоректального анастомоза, что потребовало выполнения релапаротомии, разобщения анастомоза и санации брюшной полости. Нагноение послеоперационной раны отмечено у одной (1,7%) больной во 2б подгруппе. Летальности во всех группах не было. Оценка самообслуживания по шкале Бартелла в 65 и выше баллов у пациентов распределена следующим образом: в подгруппе 1а - 100% пациентов имели соответствующие баллы на 4 послеоперационный день, в подгруппе 2а – на 5 послеоперационный день, в подгруппе 1б – также, как и в 1а подгруппе – на 4 послеоперационный день, а в подгруппе 2б – 93,3 % больных на 5 послеоперационный день достигли показателя в 65 баллов и выше. При сравнении уровня боли в послеоперационном периоде по визуально-аналоговой шкале в баллах от 0 до 10 на пятые сутки в подгруппах 1а и 2а отмечено уменьшение этого показателя у пациентов, оперированных

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

лапароскопически с ведением по оптимизированному протоколу -  $1,7\pm 0,4$  и  $2,8\pm 0,3$ , соответственно ( $p=0,008$ ). Также отмечается статистически достоверное снижение этого показателя в подгруппе оптимизированного протокола в сочетании с открытой операцией при сравнении его с подгруппой пациентов с лапаротомией и стандартным ведением -  $2,1\pm 0,3$  и  $3,9\pm 0,5$ , соответственно ( $p=0,0033$ ). Общий койко-день в группе оптимизированного протокола составил  $7,0\pm 0,2$ , в группе стандартного ведения -  $14,5\pm 1,0$ , ( $p$

---

#### 1491. СИНХРОННАЯ ТОРАКОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭКТИРПАЦИЯ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА

Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Ветшев Ф.П., Осминин С.В., Дулова А.В.

Москва

Кафедра факультетской хирургии №1 ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Введение. В начале 90-х годов началось стремительное внедрение эндовидеохирургических технологий (ЭВХТ) в традиционную хирургию. На сегодняшний день лапароскопические операции не только не уступают в возможности и тщательности лимфодиссекции перед открытыми, но и имеют доказанные преимущества в виде прецизионности работы, более тщательного гемостаза, низкой частоты послеоперационных осложнений, и более ранней активизации больных. Эзофагэктомия остается одной из самых сложных операций на органах пищеварительного тракта, а при дополнении этой операции расширенной лимфаденэктомией увеличивается сложность, продолжительность, количество осложнений и уровень смертности. Существует большое количество нерешенных проблем: выбор анестезиологического пособия, оптимизация доступа, объем лимфодиссекции и т.д. Материалы и методы. Обладая опытом более 400 эктирпаций пищевода с 1988 года по поводу рака с 2014 года в клинике наравне с традиционными операциями начато внедрение ЭВХТ. Разработан метод синхронной тораколапароскопической эктирпации пищевода с одномоментной пластикой трансплантатом, выкраиваемым из большой кривизны желудка с кровоснабжением за счет правой желудочно-сальниковой артерии, выполняемой одновременно двумя бригадами хирургов. Для выполнения синхронного вмешательства укладку больных выполняли в косо-боковой позиции: торс с поворотом на левый бок под углом  $45^\circ$ , при этом расположение таза в горизонтальной плоскости и разведенными ногами. Операции выполняли с использованием однологичной вентиляции легких. Во всех операциях этапы мобилизации и лимфодиссекции проводили интракорпорально. Операции начинали с торакоскопического этапа для определения резектабельности опухоли с использованием 4-5 троакаров. После выделения опухоли начинали параллельно лапароскопический этап с использованием 3 троакаров и, при необходимости, «руки помощи». Проводили расширенную 2-зональную лимфодиссекцию. Желудочный трансплантат выкраивали экстракорпорально через параректальный доступ одновременно с мобилизацией шейного отдела пищевода второй бригадой хирургов. Резецированный пищевод извлекали через брюшную полость, далее проводили трансплантат на шею и формировали двухрядный ручной анастомоз. Результаты. Описанная операция выполнена четырем пациентам (R0): двум женщинам 39 и 61 года по поводу плоскоклеточного рака среднегрудного отдела пищевода T3N2M0 IIb и T4aN1M0 IIc стадии, а так же двум мужчинам 50 и 56 лет с низкодифференцированной аденокарциномой нижнегрудного отдела пищевода, T1bN0M0, Ia стадии и T3N2M0 IIb стадии. Продолжительность операций составила 220-270 мин, кровопотеря от 150 до 250 мл. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациентов удалось активизировать уже на следующий день после операции. Летальных исходов или несостоятельности анастомозов в послеоперационном периоде не было. Выводы. Таким образом, наш первый опыт свидетельствует, что ЭВХТ позволяют выполнить вмешательство при раке пищевода различной локализации и распространенности. Применение ЭВХТ приводит к снижению частоты развития послеоперационных осложнений, уменьшению травматичности и длительности операции, и, следовательно, к сокращению сроков пребывания больных в стационаре. Безусловно улучшается и качество жизни оперированных больных. В тоже время, важно учитывать опыт хирургов в аналогичных «открытых» операциях, а так же специальную эндоскопическую подготовку.

1043

## 1492.МНОГОУРОВНЕВЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ ПО ХИРУРГИИ

Богомолов Н.И.

Чита

Читинская государственная медицинская академия

Традиционные формы клинических ситуационных задач в широко представленной учебной литературе по хирургии, как и задач, использующихся на ИГА в вузах, содержат весьма скудную информацию о больном, как правило, изложенную на 1/3 листа формата А4. В то время как журнальные публикации по демонстрации редких и казуистических случаев имеют подробные сведения по клинике, методам визуализации и лечения. Именно такой подход в создании многоуровневых клинических задач мы использовали при формировании нового учебно-методического комплекса кафедры госпитальной хирургии, занимающейся вузовским и послевузовским образованием одновременно. Коллектив подготовил и издал учебное пособие с новыми по форме и содержанию «многоуровневыми клиническими задачами» в виде выписки из истории реального больного с пакетом копии документов средств визуализации, данных лабораторных, морфологических и всех других методов обследования и лечения. Задача «упакована» в современную папку с файлами, в которые и вложены документы. Число файлов может увеличиваться по мере роста количества методов исследования и лечения. Уровней вопросов четыре. Первый предназначен для студентов 5 курса и иностранных стажеров, вопросы уровня касаются и теоретических дисциплин (анатомия, патфизиология и др.), базовых клинических данных. Второй уровень вопросов единой задачи предназначен уже для итоговой государственной аттестации на 6 курсе и включает задания (вопросы) первого уровня и свои, касающиеся уже клинической дисциплины. То есть, первый и второй уровни проверяют базовые (остаточные) знания соответственно за 5 и 6 курсов обучения в вузе. Третий уровень вопросов предназначен для промежуточной и итоговой аттестации интернов и ординаторов. В него входят два предыдущих уровня вопросов и свои, включающий уже чисто хирургические моменты деталей операции и всех лечебных пособий у конкретного больного. Наконец, четвертый – самый высокий уровень вопросов, включающий три предыдущих (15 вопросов) и свои пять (всего 20), предназначен для аспирантов, докторантов и врачей курсантов ФПК и ППС. Здесь весь спектр вопросов по знаниям хирурга, аналитика, эксперта. Кроме того, по ходу анализа задачи в каждом документе кроется свой вопрос, к примеру, данные лабораторных исследований приведены и их следует оценить, либо написать показатели в зависимости от тяжести патологического процесса на той или иной стадии его развития. Или, предлагаем оценить рентгенограмму и назначить дополнительные исследования для уточнения патологического процесса. То есть, помимо 20 обязательных вопросов для 4-го, как, впрочем, и нижестоящих уровней, по каждому приведенному исследованию могут быть еще и свои вопросы. И это будет полноценный клинический разбор, возможно и у постели больного с аналогичной патологией. Чтобы не дублировать друг друга на кафедре, охватить всю тематику хирургических болезней, мы поделили темы дисциплины среди сотрудников с учетом их врачебной специализации. Задачи, благодаря разным уровням, уместны для оценки знаний всех обучающихся на кафедре, от студентов до хирургов со стажем и врачей общей практики. Задачи имеют сразу 2-4 и более клинических примеров по одной нозологической форме заболевания, но с разными вариантами течения и методами лечения. Каждая задача представлена и в электронном варианте, где максимально выложен спектр макро- и микросюжетов клинического наблюдения, средств визуализации, а в случае неблагоприятного исхода – фотографии секционного материала. Задачи прошли многолетнюю апробацию на кафедре, высоко оценены врачами курсантами и клиническими ординаторами. Разработка задач продолжается, точнее - идет обработка собственного архива, в котором имеются сведения о больных, которые реально существовали и были нами оперированы. Ничего не придумано в наших задачах, они – отражение личного клинического врачебного опыта, в этом еще одна прелесть труда автора.

---

#### 1493. ПОВРЕЖДЕНИЯ ДИАФРАГМЫ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Ермолова И.В., Абакумов М.М., Погодина А.Н., Владимирова Е.С.

Москва

НИИ СП им. Н. В. Склифосовского

Целью настоящего исследования является совершенствование методов диагностики и лечения пострадавших с разрывами диафрагмы при сочетанной травме. Материал и методы исследования. За период с 2008 по 2015 г. в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского мы проанализировали результаты лечения 85 пострадавших с сочетанной травмой в возрасте от 17 до 83 лет с различными травматическими повреждениями диафрагмы. Разрывы диафрагмы были у 67 пациентов, повреждение диафрагмы ребром у 14, а кровоизлияние в диафрагму отмечено у 4 пострадавших. Мужчин было в три раза больше, чем женщин – 65 (76,4%), женщин – 20 (23,6%). Преобладали мужчины в возрасте от 21 до 50 лет. Среди причин повреждений диафрагмы на первом месте по-прежнему остаются ДТП – 69 (17) (в скобках – число умерших) – 81,2%. Большинство составляют водители транспортного средства, а наибольшая летальность отмечена среди пешеходов и пассажиров). На втором месте – падение с высоты – 10(4) – 11,8%. Четверо пациентов (4,6%) были сдавлены строительными конструкциями, один пострадавший был избит (1,2 %) и один сбит поездом (1,2 %). 18 пациентов были переведены из других стационаров, причем 13 из них после операций по поводу травмы диафрагмы. Таким образом, первичных пациентов с травмой диафрагмы – 72. Практически все пострадавшие (84) были доставлены в стационары машинами «скорой помощи». В первые два часа после травмы поступили 82 % пострадавших. В группе пострадавших с разрывами диафрагмы (67) разрывы слева были у 46 (12) (68,7%) пострадавших, справа – у 18 (2) – (26,9%), с 2-х сторон у 3 (1) пациентов. (4,4%). По нашим данным разрывы диафрагмы слева отмечены более, чем в два раза чаще, чем справа). Из 14 пострадавших с повреждениями диафрагмы ребром слева травма диафрагмы отмечена в 3 раза чаще, чем справа 11(2) и 3 (1) соответственно). Такие повреждения встречаются при переломах, так называемых, нижних ребер за счет внедрения отломков ребер, выступающих в плевральную полость, в диафрагму. Кровоизлияния диафрагмы в 3 раза чаще наблюдались справа, чем слева (3 (3) и 1 (1) соответственно). Множественные повреждения диафрагмы отмечены в 8 наблюдениях (5 из них при повреждениях диафрагмы ребром, а 3 при разрывах диафрагмы). Величина разрыва колебалась от 4,0 до 30 см. Чаще это были линейные разрывы в поперечном направлении, проходящие через сухожильный центр, реже наблюдались разрывы в области мышечной части, в наблюдениях отмечен отрыв диафрагмы от места ее прикрепления. При повреждениях диафрагмы ребром дефекты диафрагмы с неровными краями, размерами, соответственно величине ребра, перфорирующего диафрагму. У 10 пациентов диагностированы несквозные повреждения диафрагмы. У большинства пострадавших была тяжелая сочетанная травма: выявлены повреждения трех-пяти анатомических областей у 75 пострадавшего из 85 (88%). Преобладала закрытая травма груди и живота, тяжелая черепно-мозговая травма, переломы костей таза, травма опорно-двигательного аппарата). У 8 пострадавших травма диафрагмы выявлена только на аутопсии 7 из них умерли в первые 1,5 часа после поступления на фоне проводимых противошоковых мероприятий. Оперированы 77 пациентов (64 в институте и 13 в других стационарах). Анализ полученных результатов Рентгенологическое обследование было проведено 72 первичным пострадавшим с травмой диафрагмы. Из них 47 с левосторонними, 22 с правосторонними повреждениями диафрагмы и 3 пострадавшим с разрывами диафрагмы с 2 сторон. Чувствительность метода при разрыве диафрагмы слева составила 100%. (Все случаи перемещения органов брюшной полости в плевральную). При разрывах диафрагмы справа рентгенологический метод оказался менее эффективным : он установлен в 4 наблюдениях из 25, что составило 16%. Большую роль играет обязательный ультразвуковой осмотр диафрагмы при исследовании брюшной и плевральной полостей у пациентов с сочетанной травмой. Ультразвуковое исследование проведено нами 66 пострадавшим с травмой диафрагмы. При разрывах диафрагмы справа ультразвуковой метод диагностики наиболее информативен по сравнению с рентгенологическим методом и методом компьютерной томографии. Чувствительность метода составила 84%. Компьютерная томография была применена у 19 пострадавших. Чувствительность метода составила 72%. Торакоскопия выполнена 4 пострадавшим. Показанием к экстренной операции у 46 пострадавших была клиническая картина внутрибрюшного или внутриплеврального кровотечения. В 34 наблюдениях показанием к оперативному

лечению был диагноз разрыва диафрагмы, установленный в разные сроки после травмы (от 2 часов до 24 суток). В группе пострадавших, оперированных в первые часы после травмы, доступ определялся локализацией источника кровотечения. При операциях по поводу установленного разрыва диафрагмы справа выполняли торакотомию в седьмом межреберье, слева в первые 14 суток методом выбора считали лапаротомию, а в более поздние сроки – боковую торакотомию. Всем больным проводили прямое ушивание диафрагмы, в 3 случаях с использованием сетки. Разрывы диафрагмы ушивали как отдельными лавсановыми швами, так и двухрядным швом нитью PDS. Несостоятельности швов диафрагмы мы не наблюдали. Реконструктивные операции по поводу переломов различной локализации выполнены 5 пострадавшим. Всего после операций умерли 15 пострадавших, что составило 19,5%. Общая летальность в группе пострадавших с повреждениями диафрагмы при сочетанной травме составила 25,9% (умерли 22 пострадавших из 85). Настороженность врача в отношении такой патологии как разрыв диафрагмы при сочетанной травме, комплексный подход к диагностике, выбору оперативного вмешательства улучшают результаты лечения, а зачастую определяют судьбу пациентов.

---

1494. Пересадка жировой аутогены как способ подготовки кожно-мышечного лоскута для реконструкции молочной железы.

Пржедецкий Ю.В., Захарова Н.А., Борлаков А.В., Пржедецкая В.Ю.

Ростов-на-Дону

ФГБУ "Ростовский научно-исследовательский онкологический институт" Министерства здравоохранения РФ

Введение. Восстановление молочной железы у онкологических больных осуществляется за счет собственных тканей или с использованием силиконовых имплантатов. При недостаточном объеме лоскута эти методы комбинируются, но при этом операция объединяет недостатки как алло-, так и аутопластики. Цель работы. Улучшить эстетико-функциональные результаты реконструктивной маммопластики при кожесохраняющей мастэктомии за счет предварительного увеличения объема торако-дорзального лоскута путем липофиллинга как в жировую, так и в мышечную ткань. Материал и методы. Прооперировано 12 женщин, больных раком молочной железы начальных стадий. За неделю до основной операции под местной анестезией осуществляли липофиллинг в проекции будущего торако-дорзального лоскута в объеме 300-400 мл жировых аутографтов. Через 7 суток производили кожесохраняющую мастэктомию, выкраивали предварительно увеличенный в объеме торако-дорзальный лоскут, моделировали его и перемещали в подготовленную ложе молочной железы. Результаты и обсуждение. Ни в одном случае не потребовалось использование силиконового имплантата в качестве объемного наполнителя. Эстетико-функциональные результаты распределились на: отличные (полная симметрия) - 7; хорошие - (легкая асимметрия) - 5. Из осложнений необходимо отметить краевой некроз кожи верхнего раневого края донорской зоны (2 наблюдения). Данные случаи были обусловлены формированием лоскута над скарповской фасцией. В дальнейшем, по мере приобретения опыта, диссекция лоскута производилась под фасцией, при этом кожных ишемических расстройств мы не наблюдали. В одном случае в латеральных отделах восстановленной железы сформировалась зона липосклероза, которая манифестировалась уплотнением мягких тканей в течение 7 месяцев. Заключение. Предложенный способ позволяет сформировать молочную железу, практически идентичную контрлатеральной, не только по форме, но и по консистенции, избежав при этом применения алломатериалов.

---



#### 1495. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Богомолов Н.И., Томских Н.Н.

Чита

Читинская государственная медицинская академия

Цель исследования: оптимизация тактики, диагностики и лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями. Материалы и методы: В Забайкальском крае проживает 1095659 человек. За последние 15 лет количество больных с желудочно-кишечными кровотечениями неуклонно росло. Доля язвенных кровотечений на 1987 год составляла  $53,2 \pm 6,3\%$ , в 2009 –  $42,85 \pm 9,7\%$ . Если в 1995 году количество язвенных кровотечений было 71, с неуклонным ростом до 470 случаев в 2008 году ( $257,2 \pm 36,2$ ). Диагностика и радикальное лечение заболеваний, осложнившихся желудочно-кишечным кровотечением (ЖКК) – стратегическая задача хирургической службы. Послеоперационная летальность при ЖКТ кровотечениях колебалась на протяжении последнего десятилетия от 5,4% до 20,9% ( $14,4 \pm 2,8\%$ ). Внедрение современных эндоскопических и хирургических технологий позволило существенно снизить этот показатель. Все больные с ЖКТ кровотечением госпитализируются в хирургические стационары, где выполняется эндоскопическое исследование. При продолжающемся или состоявшемся кровотечении источник подвергается аргон-плазменной обработке и орошается капрофером. Аргон-плазменная коагуляция (АПК) – эффективная эндоскопическая процедура, позволившая остановить кровотечение из большинства источников в 94-98% из 117 случаев. Воздействие капрофером у 112 человек в чистом виде и в сочетании с АПК или моноактивной электрокоагуляцией (МЭК) позволяло остановить кровотечение практически в 100% случаев. С 1980 года при хирургическом лечении активно применяем органосохраняющие (ваготомии) процедуры, по материалам 2-х клиник располагаем опытом более 2600 таких операций, включая 44 в эндовидеохирургическом варианте. Послеоперационная летальность при таких операциях в 2,2 раза меньше, чем при классической резекции желудка. Благодаря внедрению эффективных эндоскопических технологий гемостаза за последнее десятилетие количество операций за год уменьшилось с 83 до 42. Приказом министра в крае ведётся мониторинг больных с желудочно-кишечными кровотечениями, проводится регулярная подготовка и переподготовка хирургов. Выводы. Улучшение результатов лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями можно достичь: путём оздоровления нации за счёт снижения потребления алкоголя; широкого внедрения передовых эндоскопических методик гемостаза; всеобщей диспансеризации и своевременной медикаментозной терапии больных язвенной болезнью; активном и раннем применении органосохраняющих и органосажающих методик хирургического лечения язвенных кровотечений, в том числе и в эндовидеохирургическом варианте их исполнения.

---

#### 1496. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГЛОТКИ И ПИЩЕВОДА ПРИ РАНЕНИЯХ ШЕИ

Коровкина Е.Н., Погодина А.Н., Татарина Е.В., Николаева Е.Б.

Москва

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва

Диагностика и лечение ранений глотки и пищевода является сложной и актуальной проблемой в связи с неумывающимся количеством пострадавших, сложностью диагностики, необходимостью выбора рациональной хирургической тактики и адекватного лечения. Проведен анализ диагностики и лечения 211 пациентов с повреждениями глотки и пищевода, что составило 4,5% поступивших в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с ранениями шеи за период с 1992 по 2013гг. Диагностика ранений глотки и пищевода основывалась на данных клинического осмотра пострадавших и результатах комплексного обследования. Абсолютным признаком повреждения глотки и пищевода является выделение из раны шеи слюны и пищи,

1047

но было выявлено только у 10 пациентов (4,7%). При стабильном состоянии раненых проводился комплекс рентгенологического исследования, включающий полипозиционную рентгенографию шеи и грудной клетки, рентгеноконтрастное исследование глотки и пищевода с взвесью сульфата бария. Эзофагоскопия выполнялась интраоперационно больным с ранениями шеи при подозрении на ранение глотки и пищевода. Ранения ротоглотки выявлены у 47 человек, гортаноглотки – у 111, шейного отдела пищевода – у 36, грудного отдела пищевода – у 8, одновременные ранения ротоглотки и шейного отдела пищевода – у 1, одновременные ранения гортаноглотки и шейного отдела пищевода – у 6. Расширенная хирургическая обработка выполнена 84 раненым, ПХО с последующей коллотомией – 23, коллотомия – 91, чресшейная медиастинотомия – 6, торакотомия – 2, стернотомия – 1, стернотомия и торакотомия – 1. Одно сквозное колотое ранение ротоглотки шампуром вылечено консервативно. Ушивание раны глотки проводилось 51 больному, ушивание раны и дренирование клетчаточных пространств шеи и средостения – 119, ушивание раны, пластика по Попову и дренирование клетчаточных пространств шеи и средостения – 15, дренирование клетчаточных пространств шеи и средостения без ушивания повреждений глотки и пищевода – 7, фарингостомия – 1, эзофагостомия – 2, трахеостомия – 37, гастростомия по Кадеру – 16. Летальность составила 15,2% (32 человека). Смерть 6 пациентов с множественными ранениями крупных сосудов наступила в ходе оперативного вмешательства. Причиной смерти двух больных явилось острое нарушение мозгового кровообращения. Смерть 20 пациентов наступила в послеоперационном периоде от гнойной интоксикации при развитии медиастинита, флегмоны шеи, эмпиемы плевры, абсцедирующей пневмонии. Причиной смерти четверых больных послужили сопутствующие заболевания и травмы. Таким образом, ранения глотки и пищевода характеризуются сложностью диагностики, высокой частотой развития гнойных осложнений с летальным исходом. Оказание специализированной хирургической помощи при ранениях шеи должно осуществляться в полном объеме и основываться на данных современных методов диагностики. Герметизация линии швов глотки и пищевода аутоканями значительно повышает их надежность.

---

1497. Особенности лапароскопической холецистэктомии при раке желчного пузыря.

Бирюков А.Ю., Синеокая М.С., Овсянников В.С.

Химки, Московская область

Химкинская центральная клиническая больница

Рак желчного пузыря является редким заболеванием (до 1% от всех злокачественных новообразований) и характеризуется быстрым прогрессированием, высокой частотой метастазирования и низкой эффективностью консервативной терапии. В данном сообщении мы хотели обсудить особенности выполнения лапароскопической холецистэктомии с лимфодиссекцией и резекцией 4 сегмента печени по поводу аденокарциномы стенки желчного пузыря T3N0M0 больших размеров (стадия IIa). В феврале 2015г в нашу клинику госпитализирована пациентка Л. 75 лет с жалобами на лихорадку неясного генеза, снижение массы тела на 10кг в течение 1,5 месяцев, подозрением на наличие объемного образования в брюшной полости. При обследовании выявлена опухоль желчного пузыря размерами 10x8см с признаками распада, инвазии в 4 сегмент печени. Отдаленных метастазов, выраженной регионарной лимфаденопатии выявлено не было. Принято решение о выполнении лапароскопической холецистэктомии с резекцией С-4 печени. Расположение троакаров было изменено в связи со значительным увеличением желчного пузыря в размерах (17x10см). Операция была начата с выполнения лимфодиссекции в зоне печеночно-двенадцатиперстной связки, после чего выполнена холецистэктомия. При выделении из ложа дна желчного пузыря отмечались значительные трудности в связи с выраженной инфильтрацией ткани С-4 печени, инвазией опухоли в печеночную ткань. Выполнена атипичная резекция 4 сегмента печени, абляция ложа желчного пузыря с целью абластики. Брюшная полость дренирована. Послеоперационный период протекал гладко. Пациентка выписана на 7 сутки. Гистологическое заключение: дифференцированная аденокарцинома, атипичных клеток в краях резецированного участка печени, в регионарных лимфоузлах не выявлено. В послеоперационном периоде проводилась химиотерапия капецитабином. При выполнении ПЭТ через 2 месяца после операции очагов накопления в грудной и брюшной полости выявлено не было. В течение 4

1048

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

месяцев после операции пациентка оценивает свое самочувствие как хорошее, отмечает восстановление массы тела, полное отсутствие жалоб.

---

1498. Влияние метода фиксации сетчатого импланта при TAPP на появление послеоперационной паховой боли.

Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Синякин С.Ю., Белоусов А.М.

Москва

Клиника Факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Проанализированы результаты хирургического лечения 103 пациентов с паховыми грыжами. Всем больным была выполнена лапароскопическая трансабдоминальная преперитонеальная пластика передней брюшной стенки в области паховых каналов. Всем пациентам был установлен объемный анатомический имплант. В зависимости от применяемого метода фиксации больные были распределены на 4 группы: I группа - фиксация отдельными узловыми швами с использованием нити Пролен 2-0; II группа фиксация герниостеплером с 5 мм не рассасывающимися титановыми спиральными скрепками; III группа - фиксация герниостеплером с рассасывающимися фиксаторами; IV группа - фиксация с помощью аутологичного фибринового клея, изготовленного в клинике факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко Первого МГМУ им. И.М. Сеченова по авторской методике. Для оценки интенсивности болевых ощущений использовали Визуальную аналоговую шкалу боли (ВАШ) в периоды 12, 24 часа и 7 суток. При проведении контрольных осмотров через 3, 6 месяцев и 1 год, основной задачей было выявление хронической послеоперационной паховой боли и определения качества жизни. Статистически значимые различия (p

---

1499. ОПЫТ МСЧ МВД РФ ПО РД ПО ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РАНЕННЫМ СОТРУДНИКАМ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Магомедов М.П., Хамидов М.А., Амиров А.М., Абдулмеджидов О.М., Магомедов А.М., Магомедов М.М.

Махачкала

ФКУЗ "Медико-санитарная часть МВД РФ по РД"

Актуальность. Основная задача медицинской службы любого силового ведомства – сохранение жизни максимальному числу раненых, недопущение дефектов в оказании медицинской помощи, возвращение максимального количества раненых в строй. От того, насколько своевременно и качественно будет оказана медицинская помощь, зависит выполнение поставленной задачи. Раненые и пострадавшие при исполнении служебных обязанностей сотрудники являются категорией, требующей от нас, медиков, особого, ответственного отношения и повышенного внимания и заботы. За последние пять лет (с 2010 по 2014 годы) в Республике Дагестан в результате неправомерных действий представителей бандподполья, получили ранения и травмы различной степени выраженности 1003 человек. Из них 736 сотрудников МВД по РД, 99 военнослужащих внутренних войск МВД России, 41 военнослужащих Министерства обороны РФ, 62 сотрудников ФСБ России, 65 сотрудника МВД России, прикомандированных в Республику Дагестан. Цель работы. Сложившаяся в Республике обстановка вынудила нас сконцентрировать усилия на оказание

1049

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

экстренной медицинской помощи на базе Медико-санитарной части и готовности к выезду в любую точку Дагестана для организации экстренной квалифицированной медицинской помощи в непосредственной близости от места теракта или проведения КТО. В связи с этим нами разработан алгоритм мобилизационной готовности к оказанию экстренной медицинской помощи по трем уровням тревоги: При первом уровне тревоги задействуется начальник МСЧ, сотрудник ОМиЛП отдела, две операционные бригады в составе хирург, травматолог, анестезиолог-реаниматолог, средний и младший медицинский персонал. При необходимости привлекаются специалисты узкого профиля. Тревога первого уровня объявляется при поступлении нескольких пострадавших, нуждающихся в срочной хирургической помощи и инфузионно-трансфузионной терапии. При тревоге второго уровня, когда одновременно поступает более 5-7 пострадавших, в зависимости от тяжести их состояния, на работу мобилизуется весь персонал хирургического и реанимационного профиля, в том числе и хирургического и травматологического кабинетов поликлиники, невролог, офтальмолог, оториноларинголог, психолог, заведующая аптекой и другие специалисты по мере необходимости. При тревоге третьего уровня (или общей тревоге), мобилизуется весь коллектив МСЧ, что предполагает одновременное поступление в МСЧ не менее 25-30 пострадавших. При медицинском обеспечении КТО в условиях горно-лесистой местности в отдалении от лечебных учреждений нами проводятся следующие мероприятия: 1. Налаживается контакт с руководством ЦРБ, изучаются их возможности по оказанию экстренной медицинской помощи раненым, операционная емкость ЛПУ, оснащенность наркозно-дыхательной аппаратурой, определяются пути эвакуации раненых. По договоренности с МЗ РД заявляется от 1 до 3 бригад скорой медицинской помощи к месту проведения КТО (в зависимости от масштабов проводимой спецоперации). И, как правило, одна бригада МСЧ также выдвигается на место расположения подразделений, участвующих в КТО. 2. При существенной отдаленности места проведения КТО от ЦРБ, определяется ближайшее медицинское учреждение, как правило, участковая больница, в которой разворачивается пункт оказания экстренной квалифицированной медицинской помощи с операционной и палатой интенсивной терапии, которые совместно оснащаются оборудованием из ЦРБ и МСЧ МВД РФ по РД. В случае больших санитарных потерь, привлекаются силы и средства Дагестанского центра медицины катастроф. Созданный в сентябре 2013г. в МВД по РД авиаотряд в составе двух вертолетов МИ-8, один из которых оснащен медицинским модулем для одновременной эвакуации двух тяжелораненых, значительно расширил наши возможности по организации своевременной квалифицированной и специализированной медицинской помощи раненым сотрудникам правоохранительных органов. Необходимо отметить, что применение вертолетной эвакуации требует полноценной предэвакуационной подготовки пострадавшего на любом этапе медицинской эвакуации, а также проведение инфузионной и противошоковой терапии по пути следования. Имеющийся опыт эвакуации раненых авиационным транспортом из горных районов республики убедительно показал необходимость неотложного решения связанных с ней организационных и технических вопросов. За последний год всего эвакуировано авиационным транспортом 18 раненых в МСЧ и 1 в республиканскую клиническую больницу. Из них прямо с места боестолкновения, минуя второй этап эвакуации, в МСЧ доставлено 4 человека. Указанный способ доставки пострадавших в госпиталь МСЧ МВД РФ по Республике Дагестан и другие лечебно-профилактические учреждения г. Махачкалы может быть использован не только при медицинском обеспечении вооруженных конфликтов, но и возможных террористических актов либо ликвидации последствий крупных стихийных бедствий и техногенных катастроф на территории России. Выводы. Наш опыт лечебно-эвакуационных мероприятий при проведении КТО и боестолкновениях с экстремистами в современных условиях позволяет сделать следующие выводы: 1. Для эффективной организации оказания медицинской помощи раненым при терактах в городских условиях необходимо разработать четкий алгоритм действий медицинского персонала ЛПУ по разработанной схеме оповещения и сбора сотрудников ЛПУ в зависимости от количества поступивших раненых. 2. При медицинском обеспечении КТО в горно-лесистой местности необходимо максимально приблизить к зоне КТО пункт оказания экстренной медицинской помощи с разработкой маршрутов и методов эвакуации раненых. 3. Необходимо шире использовать возможность эвакуации авиатранспортом (вертолетом) с возможностью проведения интенсивной терапии по ходу следования, для скорейшей доставки раненого в ЛПУ, где ему будет оказана квалифицированная и специализированная хирургическая помощь на соответствующем уровне.

Н.И.Богомолов, Н.Н.Томских, И.В.Вотьев

Чита

Читинская государственная медицинская академия

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) становится доминирующей патологией общехирургических стационаров. На начало 2014 года в Забайкальском крае (Заб.К) России проживало 1095659 человек. Заболеваемость болезнями органов пищеварения на 100000 населения составляет: в Заб.крае 10716,2 (1987,5 здесь и далее в скобках - впервые выявленная); в СФО (Сибирский федеральный округ) РФ – 13140,4(3220,2); в РФ – 11323,4(2280,5). Болезни желчного пузыря и желчных путей выявлены соответственно у: 3107,7(322,1); 2122,8(363,6); 1885,1(261,2). За последние 5 лет в Краевой больнице Забайкальского края по поводу ЖКБ оперировано 2773 человека. Выбор метода опирался на индивидуальные особенности течения заболевания, выраженность и давность желтухи. Лапароскопическая холецистэктомия сделана у 2148 (77,46%), холецистэктомия из мини-доступа – у 142(5,12%), традиционным лапаротомным способом оперировано 483 (17,41%) пациента. Острый холецистит был у 278 (10,03%) человек, холедохолитиаз - у 281 (10,13%). ЭПСТ в усовершенствованном варианте (патент РФ №2463975) до или после холецистэктомии выполнена у 86 (3,10%). При предоперационной подготовке в 89 (3,21%) случаях применено чрескожное чреспечёночное дренирование желчных путей, у 64 человек использовали препараты ремаксол и реамберин, у 62 – методы эфферентной терапии, что позволило справиться с тяжёлой патологией даже у пациентов с отягощённым анамнезом. У 126(4,54%) выполнены симультанные операции: эзофагофундопликация (у 99), герниотомия, пластика дефекта брюшной стенки сетчатым трансплантатом (у 23), адреналэктомия и кистэктомия из печени по 2 человека. При лапароскопической холецистэктомии конверсия потребовалась у 6 пациентов, у 5 - вынуждены оставить шейку пузыря и пузырный проток, им выполнена мукоклазия. В 3 случаях при необоснованном отказе от холедохоскопии и холангиографии зафиксирован резидуальный холедохолитиаз. Интра- и послеоперационные осложнения имели место в 48 (1,73%) случаях. Умерло после операции 6 (0,22%) человек и ещё 8 – без операции от конкурирующей патологии. Таким образом, использование эндовидеохирургических технологий в лечении больных с ЖКБ существенно улучшило результаты и предупредило развитие жизнеугрожающих осложнений.

---

1501.«НАШУ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ЭПОХУ И РАБОТУ ХИРУРГОВ ПОИСТИНЕ МОЖНО НАЗВАТЬ ГЕРОИЧЕСКОЙ...». По страницам дневника профессора Г.А. Орлова (1947 – 1982)

Глянцев С.П. (1), Орлова Е.С. (2)

Москва

1) НЦССХ им. А.Н. Бакулева 2) НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой

Мы располагаем уникальным документом эпохи – дневником выдающегося советского хирурга, заслуженного деятеля науки РСФСР, профессора Г.А. Орлова (1910 – 1986). В течение 37 лет (1944 – 1981) Георгий Андреевич возглавлял кафедру общей хирургии Архангельского мединститута. Он является пионером лапароскопической диагностики хирургических заболеваний в России (перитонеоскопия), основоположником многих направлений клинической хирургии на Европейском Севере РФ, включая хирургию сердца и легких, создателем крупной научной школы. Г.А. Орлов впервые описал специфический моноартрит пальцев рук у зверобоев Севера («чинга»), воспалительное заболевание стенки артерий после хронического поражения влажным холодом (холодовой нейроваскулит конечностей), был признанным лидером криопатологов СССР. Первая запись датирована 1947 г., а последняя – 1982-м. Таким образом, они охватывают почти 35-летний период развития советской хирургии, в самой гуще которой жил и работал Г.А. Орлов. Все записи мы объединили в 4 рубрики: 1) О хирургии как искусстве, науке и ремесле, 2) О хирургах как личностях, о хирургическом коллективе, о хирургической клинике, о хирургических

собраниях, заседаниях, съездах и конференциях, 3) О хирургическом больном и отношении к нему, о хирургическом заболевании и хирургической операции, 4) О хирургии в своей жизни и о своей жизни в хирургии. Эти записи – раздумья крупного ученого и большого мастера в расцвете сил и хирургического таланта о своей профессии и своем месте в ней, о взаимоотношениях с коллегами и пациентами, о счастье и несчастьях в хирургии, о хирургии как образе жизни и о жизни в хирургии. Как приходят в хирургию и работают в ней? Какой ценой достается хирургическое мастерство? Как работать так, «чтобы показателями качества работы были твои дела и выздоравливающие больные, а не разговоры и дискуссии»? Какими качествами должен обладать хирург? Какую роль в его жизни играет коллектив клиники? Какое значение имеют сила духа и «жажда жизни» больного, его настрой на выздоровление? На эти и многие другие вопросы, всегда волновавшие и волнующие и начинающих, и маститых хирургов, ответил Г.А. Орлов. Вот – одно из его мнений: «Выслушать внимательно рассказ больного, понять волнующие его заботы и ответить на них сочувствием... Больной прежде всего – человек, и подход к нему должен быть простой, человеческий. От успеха в контакте с больным зависит половина успеха лечения болезни». Интересны зарисовки Г.А. Орлова о 26-м Всесоюзном съезде хирургов и его делегатах: А.Н. Бакулеве, Е.Л. Березове, А.Г. Савиных, В.И. Стручкове, Б.В. Огневе и др. (1955), впечатления от участия в Научной сессии Института грудной хирургии АМН СССР (1961), мысли от посещения клиник и операций С.С. Юдина, Б.В. Петровского, Ф.Г. Углова и других корифеев советской хирургии, со многими из которых Георгий Андреевич связывали теплые, дружеские чувства. «Наши хирургические «внуки» и даже «сыны» будут удивляться на наши приемы операций и поводы к ним, – подытожил свою яркую жизнь в хирургии Г.А. Орлов. – Однако вооруженные техникой исследования, совершенными аппаратами и инструментами, они едва ли смогут сделать многое из того, что делали в свое время мы. Поистине нашу хирургическую эпоху и работу хирургов можно назвать героической!». Мы полностью присоединяемся к этим словам.

---

## 1502.ВЗГЛЯД В ПРОШЛОЕ РОССИЙСКОЙ ХИРУРГИИ: К ИСТОРИИ СЪЕЗДОВ РОССИЙСКИХ ХИРУРГОВ (1900 – 2015)

Глянцев С.П.

Москва

НЦССХ им. А.Н. Бакулева

Общество русских хирургов было создано 21 сентября 1896 г. в Москве. Его председателем был избран А.П. Левицкий. Впервые вопрос о созыве съездов хирургов поднял П.И. Дьяконов. 1-й Съезд Российских хирургов состоялся в 1900 г. в Москве. В период с 1901 по 1928 гг. съезды созывались еще 19 раз: 12 раз в Москве (1901, 1902, 1904, 1906, 1908, 1909, 1911, 1912, 1916, 1924, 1926, 1928), 4 – в Санкт-Петербурге (1903, 1907, 1910, 1913), 1 – в Петрограде (1922) и 2 – в Ленинграде (1925, 1927). Председателями съездов избирались выдающиеся российские хирурги: Н.В. Скли-фосовский, В.И. Разумовский (дважды), В. Цеге-Мантейфель, М.С. Субботине, К.М. Са-печко, П.И. Дьяконов, Н.М. Волкович, С.П. Федоров, И.К. Спичарный, Р.Р. Вреден, А.А. Кадьян, И.П. Алексинский, Н.А. Вельяминов, Ф.А. Рейн, И.И. Греков, А.В. Мартынов, Г.И. Турнер, Н.И. Напалков и В.А. Оппель. На съездах были рассмотрены вопросы хирургии всех органов и тканей, за исключением мозга и сердца. Преемниками Съездов Российских хирургов (в 1920-е гг. – Съездов Российского общества хирургов) стали Съезды хирургов СССР (1929 – 1938), а затем – Всесоюзные съезды хирургов (1946 – 1986). Всего их прошло 11: 6 – в Москве и по 1 – в Ленинграде, Харькове, Киеве, Минске и Ташкенте. Их председателями были: П.А. Герцен, Н.Н. Бурденко (дважды), В.Н. Шамов, Ю.Ю. Джанелидзе, А.Н. Бакулев, П.А. Куприянов, Б.В. Петровский, А.А. Вишневский, В.И. Стручков и В.В. Вахидов. В 1946 г. на XXV съезде впервые были рассмотрены вопросы хирургии головы, а в 1955 г. на XXVI – хирургии сердца. В 1996 – 2001 гг. состоялись 3 Конгресса Ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова. Съезды хирургов РСФСР, начавшиеся в 1922 г. и прерванные в 1928 г., возобновились в 1958 г., когда в Ленинграде был проведен 1-й Съезд хирургов РФ. Его председателем был избран А.А. Вишневский. Последующие 7 Всероссийских съездов состоялись в Саратове (1962), Горьком (1967), Перми (1973), Свердловске (1978), Воронеже (1983), Ленинграде (1989) и Краснодаре (1995). 9-й Съезд хирургов

1052

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

России прошел в Волгограде (2000), 10-й – в Ростове-на-Дону (2005), где было создано Российское общество хирургов (РОХ). 1-й Съезд РОХ прошел в Волгограде (2011). Таким образом, нынешний съезд РОХ в Ростове-на-Дону в 2015 г. следует считать 12-м, если вести счет от 1-го Съезда хирургов РФ (с 1958 г.), 32-м, если считать только съезды Российских хирургов (с 1900 по 1928 г.; с 1958 по 2015 г.) или 46-м, если суммировать все съезды хирургов Российской империи (14), РСФСР (6), СССР (14) и Российской Федерации (12) с 1900 по 2015 г.

---

#### 1503. АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ НЕАДЕКВАТНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

Богомолов Н.И., Кузнецова И.А., Гончарова М.А., Томских Н.Н.

Чита

Читинская государственная медицинская академи, Краевое патологоанатомическое бюро

Анализировано 1902 протокола патологоанатомических исследований умерших в стационарах ЛПУ Забайкальского края за 3 года (2007-2009 гг.). Установлено 76(3,99%) случаев неблагоприятных последствий фармакотерапии с тенденцией к росту по годам от 16(2,9%) в 2007г. до 32 (4,7%) случаев в в 2009 году. Все назначения препаратов были обоснованы. Вместе с тем, в 19(25%) случаях неблагоприятные последствия фармакотерапии (ятрогении) явились первоначальной причиной смерти, в 57(75%) – как осложнения лечения. На первом месте осложнения антибактериальной терапии (55 случаев – 72,3%). Применение гентамицина, линкомицина и цефазолина сопровождалось развитием псевдомембранозного колита с токсической дилатацией и преимущественным поражением поперечно-ободочной кишки у 49(64,4%) умерших. Комбинированное применение туберкулостатических препаратов привело к развитию токсического медикаментозного гепатита в 5(6,5%) наблюдениях. Использование ампиокса привело к развитию анафилактического шока у 1(1,3%) пациента. Средний срок лекарственной терапии в этой группе умерших составил 17 дней. На втором месте неблагоприятные последствия цитостатической терапии у больных с онкологической патологией и панцитопенией (15 случаев – 19,7%). Средний срок лечения составил 25 дней. Третье место занимает ятрогения от антикоагулянтной терапии (варфарин) с развитием геморрагического синдрома и фатальными лёгочными и желудочно-кишечными кровотечениями у пациентов, оперированных по поводу врождённых пороков сердца (5 случаев – 6,5%). Длительность приёма препаратов в среднем составила 313 дней. В 1 (1,3%) наблюдении ДВС – синдром развился вследствие токсико-аллергической реакции на анестетик (глюкозо-новокаиновая смесь). В 45(59,2%) случаях осложнения лекарственной терапии выявлены у пациентов терапевтического профиля и в 31(40,8%) – хирургических больных. В 68(89,5%) случаях неблагоприятные последствия фармакотерапии диагностированы при жизни больного. Женщин (средний возраст 49 лет) было в 2 раза больше мужчин (41 год). Следовательно, среди всех причин смерти в 4% случаев присутствует неадекватная медикаментозная терапия, в которой преобладают осложнения антибактериальной терапии различной патологии.

---

#### 1504. Хирургическое лечение больных пищеводом Барретта с учетом молекулярно-генетических изменений слизистой оболочки

Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Немцова М.В., Ветшев Ф.П., С.В. Осминин

Москва

Кафедра факультетской хирургии №1 ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Пищевод Барретта (ПБ) диагностируют у 8-12% больных осложненным рефлюкс-эзофагитом (РЭ). В группу повышенного риска попадают лица мужского пола, белой расы, в возрасте старше 50 лет. Аденокарцинома (АК) пищевода является смертельным заболеванием с пятилетней выживаемостью менее 20%, которое в России диагностируют, как правило, на поздних стадиях. Заболеваемость ПБ значительно возросла за последние 35 лет, на фоне этого в 6 раз увеличилась заболеваемость АК пищевода. Среди больных ПБ риск онкологической прогрессии увеличивается в 30-120 раз. Известно, что возникновение и прогрессия АК является следствием генетической нестабильностью клеток эпителия Барретта, исследование которой может стать дополнительным клиническим и прогностическим маркером. Доказано, что антирефлюксные хирургические вмешательства с высокой эффективностью предотвращают метапластическую прогрессию клеток слизистой при ПБ а, следовательно, и развитие АК пищевода. С 2006 года в клинике факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко Первого МГМУ им. И.М. Сеченова проведено хирургическое лечение 230 пациентов с осложненным РЭ (эрозивно-язвенный РЭ, пищевод Барретта, стриктура пищевода) и 119 раком пищевода, из них 40 АК пищевода. Лапароскопически произведено 120 антирефлюксных операций, 4 экстирпации пищевода выполнены тораколапароскопически. С 2012 года с целью раннего выявления риска малигнизации, улучшения отдаленных результатов и эффективности хирургического лечения, введен алгоритм при котором, больным наряду с гистологическим исследованием проводится генетический анализ материала полученного при эндоскопическом исследовании до операции. Для оценки состояния слизистой выполняем генетический анализ, включающий исследование аномального метилирования генов CDKN2A и MGMT, до и после (не ранее 6 месяцев) антирефлюксной операции. Биопсию берем на 3 см выше Z-линии, далее из всех визуально измененных участков слизистой пищевода (суммарно не менее 8 фрагментов). При отсутствии молекулярных изменений, ассоциированных повышенным риском малигнизации, в зависимости от степени укорочения пищевода, делаем соответствующую антирефлюксную операцию. В случае гистологического и молекулярно-генетического подтверждения диагноза АК выполняем экстирпацию пищевода, в том числе тораколапароскопически. На сегодня лапароскопически оперированы 27 больных ПБ (15 мужчин, 12 женщин). Средний возраст составил 61 год ( $\pm 6$ ); длительность анамнеза рефлюкс-эзофагита 7 лет ( $\pm 2$ ). У 6 пациентов была выявлена кардиофундальная грыжа ПОД, у 21 кардиальная; укорочение пищевода I степени было диагностировано у 11 пациентов, II степени у 16; у 3 больных была пептическая стриктура пищевода. У 19 - при гистологическом исследовании выявлена метаплазия слизистой пищевода, у 8 дисплазия низкой степени. При генетическом анализе, проведенном в биоптатах до операции и после антирефлюксных операций, аномальное метилирование генов CDKN2A и MGMT в ДНК из эпителия пищевода, не выявлено. У троих пациентов с АК пищевода после тораколапароскопической экстирпации пищевода при молекулярно-генетическом исследовании выявлено аномальное метилирование генов CDKN2A и MGMT. Исследование молекулярно-генетических маркеров в материале биопсии до и после хирургического вмешательства даст возможность доказать, что выполняемая по нашей оригинальной методике, антирефлюксная операция, способствует предотвращению малигнизации в эпителии Барретта.

---

1505. СТЕПАН НИКОЛАЕВИЧ КОРЖЕНЕВСКИЙ (1862 – 1909) И ЕГО ВКЛАД В РАЗВИТИЕ ХИРУРГИИ В ТВЕРСКОЙ ГУБЕРНИИ

Казаков Ю.И., Касьяненко А.П.

Тверь

ГБУЗ ТО "Областная клиническая больница"

Степан Николаевич Корженевский (1862 – 1909), талантливый хирург и организатор земской медицины, известен как один из наиболее деятельных земских врачей Тверской губернии. Целью нашего сообщения стало изучение его жизни и деятельности и оценка вклада в развитие хирургии в Тверском регионе. Уроженец Костромы, в 1881 г. С.Н. Корженевский с золотой медалью окончил Тверскую мужскую гимназию, а затем – медицинский факультет Московского университета, после чего был утвержден в ученой

1054



степени «лекарь» и практическом звании «уездный врач». В 1886 – 1896 гг. С.Н. Корженевский работал земским врачом в Берновской больнице Старицкого уезда Тверской губернии, а в 1896 – 1901 гг. заведовал Новоторжской уездной земской больницей, которая на тот момент была одной из самых крупных. Благодаря его таланту, Новоторжская больница приобрела репутацию лучшего лечебного заведения во всей губернии. На XIII съезде земских врачей Тверской губернии С.Н. Корженевский сообщил, что за 1896 – 1898 гг. в этой больнице вместе с И.Н. Альтшуллером они провели 787 операций в стационаре и 774 амбулаторно. С 1901 г. С.Н. Корженевский заведовал санитарным отделом Губернской земской управы. Он участвовал в организации и проведении IX – XV Съездов земских врачей губернии, был активным общественным деятелем. На каждом съезде звучали его выступления, выявлявшие недостатки медицины в губернии, и в первую очередь — хирургии. В 1898 г. С.Н. Корженевский и И.Н. Альтшуллер почти одновременно заболели туберкулезом легких. С.Н. Корженевский остался в Торжке, а И.Н. Альтшуллер переехал в Ялту, где стал крупным специалистом в области фтизиатрии. В материалах XV Съезда врачей Тверской губернии С.Н. Корженевский впервые в истории региона отдельным приложением опубликовал подробную характеристику состояния хирургии в губернии, а в 1903 г. издал монографию «Земская медицина в Тверской губернии», ставшую первой работой на эту тему в регионе. 17 октября 1905 г. во время погрома Губернской земской управы, учинённого черносотенцами, С.Н. Корженевский был жестоко избит, что вызвало обострение туберкулеза легких и преждевременную смерть врача. В труде «Хирургическая деятельность земских лечебниц Тверской губернии по данным 1902 г.» С.Н. Корженевский впервые систематизировал хирургическую деятельность врачей губернии по созданной им единой форме отчётности. Для сбора сведений он разослал всем земским врачам губернии изготовленные им опросники, включавшие следующие рубрики: «1) операционная, её устройство; 2) перевязочная, её устройство; 3) способ дезинфекции перевязочного материала, рук, инструментов и проч.; 4) способ наркоза; 5) место выписки инструментов и перевязочного материала; 6) распределение оперативных больных по месту жительства; 7) распределение больных по роду операций и по роду болезней, с указанием числа оперированных стационарных, амбулаторных, с наркозом и без него, течения болезни и числа умерших после операций». По его данным в 1902 г. в губернии функционировало 56 больниц, из которых 45 прислали запрошенные С.Н. Корженевским сведения. Но и из этих лечебниц только в 10 велась активная хирургическая деятельность. В течение года в них было сделано: в Бежецкой — 297 операций, в Новоторжской — 287 операций, в Тверской губернской — 243 операции, в Кашинской — 231 операция, в Вышневолоцкой — 182 операции и в Корчевской — 169 операций. Из остальных 35 больниц в 17 число операций в год не превышало 25, т. е. в среднем 2 операции в месяц, в остальных врачи не оперировали вовсе. «К этому надо добавить, — писал С.Н. Корженевский, — что чем слабее хирургическая функция лечебницы, тем больший процент операций в ней составляют операции мелкие, а более крупные составляют редкое исключение. ... Другими словами, оперативная деятельность в них вовсе отсутствует». В отчёте С.Н. Корженевского мы впервые встретили попытку систематизировать хирургическую деятельность земских лечебных учреждений по видам и группам оперативных вмешательств. Все хирургические операции были разделены на 5 групп: 1) операции на костях и суставах, 2) глазные операции, 3) операции в полости живота, 4) операции на мочевых и мужских половых органах, 5) гинекологические операции. Таким образом, будучи активным и смелым хирургом, С.Н. Корженевский впервые в Тверской губернии привлёк внимание врачей и организаторов здравоохранения к проблемам хирургии и хирургической службы. Формы и таблицы, которые он предложил для составления ежегодного отчета, в дальнейшем на протяжении многих лет использовались врачами и неоднократно встречались нам в материалах съездов и ежегодных медицинских докладах земской управы.

---

1506. Возможности контроля раневого процесса «сложных» ран воздействием вакуум-терапии.

В.Б. Кожевников (1,2), А.Б. Сингаевский (2)

Санкт-Петербург

1. НУЗ Дорожная клиническая больница «ОАО РЖД»2. Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,

Несмотря на успехи современной медицины, проблемы хирургических инфекций в настоящее время сохраняют лидирующие позиции. Метод вакуум-терапии или локального отрицательного давления (ЛОД) в последние годы занял важное место в лечении инфекций мягких тканей. Особый интерес представляет использование его в клинических ситуациях, когда в ране имеются разнородные по структуре ткани (кость, сухожилие, фасция, капсула сустава), что существенно ограничивает возможности контроля раневого процесса. Аналогичной проблемой являются случаи, когда рана расположена в функционально активной зоне, когда в ране имеется инфицированный имплант, когда в её полость происходит активная лимфоррея. В клинической практике эти раны называют «сложными». Изучено течение раневого процесса подобных ран, в частности, сроки очищения их до появления возможности закрытия и результаты пластики раневого дефекта. Сравнивались группы больных со «сложными ранами» с традиционным ведением (8 наблюдений) и с использованием метода ЛОД (7 пациентов). У всех пациентов основной проблемой являлась необходимость закрытия раневого дефекта расщепленным кожным лоскутом на фоне сохраняющейся активной экссудации. При оценке сроков подготовки ран к пластическому закрытию было установлено, что при использовании метода ЛОД выполнение операции оказалось возможным в среднем через  $9,4 \pm 2,7$  суток лечения, а при традиционном местном лечении этот срок составил  $13,4 \pm 2,9$  суток. При сравнении непосредственных результатов закрытия раневого дефекта получены следующие результаты. В группе с использованием ЛОД раны закрыты дерматомным лоскутом, при этом было достигнуто полное или почти полное приживление лоскута и последующая эпителизация. В группе традиционного лечения эти попытки были практически безуспешны. Так, в функционально активной зоне, в ране с парапротезной инфекцией, гнойным тендовагинитом и гнойным артритом некроз лоскута отмечен в 100%, в ране с лимфореей эпителизация в 50% случаев. Таким образом, результаты, полученные при применении ЛОД в лечении «сложных» ран демонстрируют обнадеживающую тенденцию в улучшении результатов лечения больных с наиболее проблемными ранами. Применение в данных ситуациях метода ЛОД позволяет обеспечить эффективную эвакуацию экссудата с проблемных участков раны и создает благоприятные условия приживления пересаженного лоскута.

---

#### 1507.РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИЯХ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ

БОЯРИНЦЕВ В.В., ЗАКАРЯН Н.В., ПАНКОВ А.С., ДАВТЯН А.Г., ШЕЛЕСКО А.А., БАРИНОВ В.Е.

Москва

ФГБУ «Клиническая больница №1» Управления делами Президента РФ

Цель: Изучить эффективность рентгенохирургических операций у пациентов с хроническими окклюзиями подвздошных артерий. Материалы и методы: В статье представлен опыт эндоваскулярных вмешательств у 42 пациентов с хроническими окклюзиями подвздошных артерий, пролеченных в нашей клинике за период с 2003 по 2015 гг. Возраст пациентов колебался от 41 до 80 лет, в среднем составив 65,4 года. Протяженность окклюзии колебалась от 10 до 92 мм, в среднем составив 47,7 мм. Всем пациентам выполнялись реканализация, баллонная ангиопластика и стентирование подвздошных артерий. Ретроградная реканализация выполнена у 16 (38,1%), антеградная у 24 (57,1%) пациентов, у 2 (4,7%) пациентов окклюзию реканализировать не удалось. Результаты: Частота технического успеха операции составила 95,2% (40 пациентов из 42). Осложнения возникли у 2 пациентов, в обоих случаях они были связаны с перфорацией подвздошных артерий в ходе реканализации. У 1 пациента перфорация была успешно скорректирована с помощью установки стент-графта, еще у 1 было выполнено экстренное аортобедренное шунтирование с хорошим результатом. Летальных исходов отмечено не было. Остальные пациенты выписаны домой с улучшением и значительным увеличением безболевого расстояния ходьбы. В отдаленном периоде после стентирования было обследовано 25 (59,5%) пациентов. У 1 (4%) пациента отмечена повторная окклюзия подвздошной артерии, еще у 2 (8%) отмечен значимый рестеноз стентированного сегмента, всем этим больным выполнялись повторные эндоваскулярные вмешательства с хорошим результатом. Обсуждение: Атеросклеротические поражения подвздошных артерий встречаются

достаточно часто. В настоящее время наиболее эффективными методами лечения выраженных сужений подвздошных артерий являются баллонная ангиопластика и стентирование. Это самые щадящие и органосохраняющие методы лечения, не требующие открытой операции и наркоза. Процедура безболезненна и проходит под местной анестезией, через прокол в области бедренной артерии. Тем не менее, до последнего времени пациенты с хроническими окклюзиями подвздошных артерий в основном подвергались открытым операциям. В настоящее время, в связи с разработкой новых устройств и увеличением опыта рентгенохирургов, происходит изменение стратегии ведения данной патологии. Многие пациенты с хроническими окклюзиями могут быть успешно оперированы эндоваскулярным путем. Выводы: Рентгенэндоваскулярные операции являются эффективными и относительно безопасными вмешательствами для лечения пациентов с хроническими окклюзиями подвздошных артерий.

---

1508. Эволюция лапароскопической аппендэктомии при деструктивном аппендиците

Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Ягин М.В.

Санкт-Петербург

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

В последние десятилетия лапароскопическая аппендэктомия (ЛАЭ) является ведущим способом лечения острого аппендицита (ОА). В ряде ведущих клиник крупных городов России на долю ЛАЭ приходится до 60% с тенденцией к росту. Именно с ее выполнения в 1990 г. в России начался период эндовидеохирургической хирургии. На современном этапе развития лапароскопической хирургии уже хорошо изучены все преимущества ЛАЭ перед традиционной аппендэктомией (ТАЭ). Однако сохраняются дискуссии в отношении целесообразности использования ЛАЭ при осложненных формах ОА (аппендикулярный инфильтрат, перфоративный аппендицит), при атипичном расположении червеобразного отростка (ретроцекальный, ретроперитонеальный), неосложненных деструктивных формах ОА. Не стоит забывать про экономическую и организационную стороны. Следствием вышеперечисленного является отсутствие общепринятого лечебно-диагностического протокола лечения ОА с использованием малоинвазивной техники, в том числе ЛАЭ. Цель исследования: оценить развитие лапароскопического способа аппендэктомии. Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ диагностики и лечения 1853 больных с деструктивными формами острого аппендицита (ДФОА) и его осложнениями, госпитализированных в клинику факультетской хирургии ВМедА в период с 1990 г. по 2014 г. Соотношение больных, оперированных лапароскопическим способом, представлен в абсолютных значениях. В ходе анализа было выделено 3 этапа развития ЛАЭ при ДФОА. Результаты: первый этап продолжался с 1990 г. по 1996 г. и характеризовался ознакомлением с методом и накоплением опыта выполнения ЛАЭ. В клинике на базе общехирургического отделения был установлен лапароскопический комплекс и работать на нем могли 3 эндовидеохирурга. ЛАЭ выполнялась по методу F. Gotz и произведена у 15,8%. Кроме дежурившего эндовидеохирурга, показаниями к выполнению ЛАЭ являлись те же, что и при ТАЭ, т.е. диагноз ОА. Уровень конверсий составил 17% и был обусловлен осложненными формами ОА, техническими трудностями при выделении ЧО из сращений и его атипичном положении, а также ятрогенными повреждениями (отрыв ЧО, гематома купола слепой кишки). Второй этап начался с 1996 г., когда в клинике было организовано отделение эндовидеохирургии, и продолжался он до 2006 г. В этот период продолжает накапливаться опыт выполнения ЛАЭ, разрабатываются и внедряются новые методики ее технического выполнения вследствие появления нового эндовидеохирургического инструментария (электролигирование с помощью аппарата Ligasure, радинож «Surgitron», гармонический скальпель Ultracision, эндостеплер EndoGIA-30), проводятся научные исследования. Кафедральный опыт активной хирургической тактики с рациональным применением малоинвазивных способов в отношении больных ОА нашел применение в лечебно-диагностическом протоколе ОА, принятом в Санкт-Петербурге в 2001 г. Всего ЛАЭ выполнена у 41% больных ОА. У 75,7% пациентов были диагностированы ДФОА, осложненные формы составили 24,3%. Уровень конверсий составил 11,66% и был, по-прежнему, в большинстве случаев связан с техническими трудностями при атипичном расположении ЧО, особенно ретроцекальном положении, и мобилизации ЧО из

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

прочных сращений. Послеоперационные местные осложнения составили 5,66% и заключались в образовании абсцессов в правой подвздошной ямке и нагноении троакарной раны. Анализ материала данного периода позволил сформулировать противопоказания к ЛАЭ: распространенный гнойный перитонит, перфорация ЧО вблизи его основания, выявленный интраоперационно плотный аппендикулярный инфильтрат, флегмона стенки слепой кишки. Третий этап начался с 2007 г. и продолжается на современном этапе. Его концептуальной характеристикой является выполнение ЛАЭ у большинства больных с ДФОА. В абсолютном значении показатель ЛАЭ составил 71%. Осложненные формы ОА диагностированы у 18,4% больных. В последние 3 года наблюдается значительное превалирование доли ЛАЭ перед ТАЭ (84%). Конверсия выполнена у 9,1% (за последние 3 года 5,6%). Сокращение данного показателя происходит за счет совершенствования лапароскопической техники хирургов постоянного состава клиники и улучшения дооперационного обследования больных. В этот период уменьшилось количество противопоказаний к выполнению ЛАЭ. Так, перфорация ЧО вблизи его основания при отсутствии выраженного тифлита и возможности наложения петли Редера не является противопоказанием к выполнению ЛАЭ. Происходит уточнение к применению диагностической лапароскопии у больных с подозрением на ОА. Таким образом, рациональное использование лапароскопической техники на основании предшествующего неинвазивного обследования, позволяет уменьшить уровень послеоперационных осложнений и добиться отсутствия летальности. Данные факты свидетельствуют о ЛАЭ как об эффективном способе лечения ДФОА и его осложнений.

---

1509.Актуальные вопросы хирургии постнекротических кист поджелудочной железы в Республика Карелия.

Баженова Н.А.(1), Шорников В.А.(2)

Петрозаводск

1)ГБУЗ "Больница скорой медицинской помощи", 2)ГБУЗ "Республиканская больница им. В.А. Баранова"

Введение. За последние годы отмечается заметное увеличение частоты заболеваемости острым деструктивным панкреатитом с возникновением его некротических форм и исходом в ложные кисты поджелудочной железы. Диагностика, лечение и выбор более рациональных мер при псевдокистах нередко представляют значительные трудности. Цель работы – изучить особенности диагностики и лечения постнекротических кист поджелудочной железы в Республике Карелия. За последние годы (2009-2014г.г.) в Республике Карелия отмечен ежегодный прирост больных с острым панкреатитом на 0,03 – 0,04%, зачастую с формированием псевдокист. За период 2009 – 2014 года пролечено 6478 пациентов с острым панкреатитом, среди которых при ретроспективном анализе в 2,3% случаев отмечено формирование псевдокист, а при деструктивных формах – в 14, 3% случаев. Из них оперировано 88 больных. С использованием современных дополнительных методов исследования (УЗИ, КТ, МРТ) представляется возможным повысить качество диагностики – установить локализацию псевдокисты, ее размеры и предпринять более эффективные методы их лечения. Широкое применение в комплексном лечении острых панкреатитов с успехом получил метод экстракорпоральной очистки крови – плазмоферез. Активно нами применяется методика чрескожной пункции кист и/или их дренирования, что позволило в 61,3% случаев достичь выздоровления при длительности течения кист не более 3-4 месяцев от начала заболевания. При кистах с давностью более 4 месяцев с уже сформированными стенками кисты, как правило, выполнялось оперативное лечение – внутреннее дренирование кисты (цистогастро-, дуодено- или еюноанастомоз). Обязательным при выявлении кисты считаем проведение цисто- или фистулографии. Это позволяет диагностировать наличие или отсутствие связи полости кисты с панкреатическим протоком и определиться с дальнейшей тактикой. Так, локализация кисты в головке поджелудочной железы (23,7%) и наличие связи ее с панкреатическим протоком (38,8%) явилось показанием для внутреннего дренирования кисты. Кроме того, в 5 случаях при проведении данного исследования была выявлена стриктура дистальной части главного панкреатического протока. Выполнение папиллосфинктеросунготомии с ликвидацией этой стриктуры позволило устранить внутрипротоковую гипертензию, улучшить поступление поджелудочного сока в двенадцатиперстную кишку. Таким образом, мы достигали прекращения поступления

1058

панкреатического сока в кисту и закрытия ее и свища в ближайшие сроки. Также за исследуемый период нами отмечено увеличение частоты таких осложнений, как кровотечение в полость кисты (17,8%), что связано с деструкцией ветвей панкреатодуоденальной артерии. В 78% таких случаев кровотечение было остановлено эндоваскулярными методами. Выводы. Проблема острого панкреатита с формированием постнекротических кист поджелудочной железы остается актуальной в Республике Карелия. Современные методы диагностики позволяют уточнить многообразие таких кист и сделать выбор в сторону более эффективных лечебных мер с все более широким применением малоинвазивных методик.

---

#### 1510. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВАКУУМ-ТЕРАПИИ

Галашокян К.М., Черкасов М.Ф., Старцев Ю.М., Черкасов Д.М.

Ростов-на-Дону

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»

Актуальность. Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) встречается от 16 до 26 случаев на 100 000 населения и составляет 1 - 2% от количества всех хирургических заболеваний. Данная патология чаще встречается у молодых трудоспособных людей. В настоящее время существуют единичные публикации об использовании вакуум-терапии в лечении ЭКХ, которые представлены только иностранными источниками. Цель работы: улучшение результатов лечения больных ЭКХ путем применения вакуум-терапии. Материалы и методы исследования. Нами проведен анализ результатов лечения 49 больных в возрасте от 16 до 49 лет с ЭКХ. Клиническое исследование включало 14 пациентов с хроническим воспалением ЭКХ в стадии гнойного свища, 18 – с хроническим воспалением в стадии инфильтрации, 6 – больных с неосложненным ЭКХ, 5 – с ремиссией заболевания, по 3 – больному в стадии острого воспаления и рецидивирующего абсцесса. Больные в зависимости от получаемой терапии были распределены на три группы: две контрольные – 1 (n=16), 2 (n=17) и основную (n=16). Пациентам контрольных групп радикальную операцию иссечения ЭКХ заканчивали первичным закрытием раны швами по Донати (1) и подшиванием краев раны ко дну (2). В основной группе выполнялось радикальное иссечение ЭКХ с открытым ведением раны и круглосуточной вакуум-терапии. Спустя 24 часа после операции начинали вакуум-терапию с использованием портативного аппарата в оригинальном режиме работы: в течение первых 8 суток при начальном отрицательном давлении 50 мм рт. ст. с интервалом 2 минуты и конечном отрицательном давлении 125 мм рт. ст. с интервалом 5 минут. В течение последующих 12 суток вакуум-терапию выполняют по схеме: при начальном отрицательном давлении 75 мм рт. ст. с интервалом 7 минут и конечном отрицательном давлении 125 мм рт. ст. с интервалом 2 минуты. Перевязки выполнялись каждые 4 дня, тогда же осуществлялся контроль эффективности проводимой терапии. В качестве критериев оценки эффективности лечения служили анализ клинических результатов: длительность госпитализации, время полного заживления раны, частота осложнений, рецидив заболевания. Результаты. При анализе длительности послеоперационного пребывания больных в стационаре установлено, что в основной группе пациенты выписывались в среднем на 10,4±1,8 суток, при этом в 1 контрольной группе больных послеоперационный койко-день составил 11,3±1,7, а во 2 группе этот же показатель составил 13,3±1,7. Срок полного заживления раны в основной группе пациентов в среднем составил 27,5±1,8 суток, в контрольной группе 1 составил 14±1,8 суток, а во 2 группе 31,5±1,8 суток. В основной группе осложнений в послеоперационном периоде отмечено не было. В контрольных группах осложнения в ближайшем послеоперационном периоде возникли у 11 (33,3 %) из 33 пациентов: у 4 пациентов в результате чрезмерного натяжения сшиваемых тканей возник ишемический некроз, в 7 наблюдениях было отмечено нагноение гематомы послеоперационной раны. Во всех группах наблюдения рецидивов заболевания спустя 6 месяцев отмечено не было. Выводы. В результате проведенного исследования доказано, что использование вакуум-терапии в комплексном лечении эпителиального копчикового хода улучшает результаты лечения данной категории больных: позволяет сократить длительность лечения, сроки полного заживления раны крестцово-копчиковой области и предупредить развитие послеоперационных осложнений.

1511.НАШ ОПЫТ РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В БЛИЖАЙШЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

БОЯРИНЦЕВ В.В., ЗАКАРЯН Н.В., ПАНКОВ А.С., ШЕЛЕСКО А.А., ДАВТЯН А.Г., ЛИТВИНОВ Н.И.

Москва

ФГБУ «Клиническая больница №1» Управления делами Президента РФ, Москва.

Цель: Изучить эффективность рентгенохирургических операций в ближайшем периоде после острых нарушений мозгового кровообращения. Материалы и методы: В статье представлен опыт эндоваскулярных вмешательств у 61 пациента в ближайшем периоде после острых нарушений мозгового кровообращения, за период с 2004 по 2014 гг. Всего было выполнено 45 стентирований внутренних сонных артерий. Возраст пациентов колебался от 49 до 78 лет, в среднем составив 64,8 года. Степень сужения ВСА варьировала от 60% до 99%, в среднем составив  $72,7 \pm 7,2\%$ , а протяженность поражения ВСА -  $16,3 \pm 1,9$ мм. Также проведено 16 эмболизаций интракраниальных аневризм после их разрыва. Результаты: После выполнения 45 стентирований внутренних сонных артерий неврологические осложнения возникли у 3 (6,7%) пациентов. Транзиторная ишемическая атака развилась у 2 (4,4%) больных, малый инсульт - у 1 (2,2%) больного. Госпитальная летальность составила 1,6%. Остальные пациенты выписаны домой с улучшением. После эмболизации интракраниальных аневризм осложнений отмечено не было. В отдаленном периоде после стентирования ВСА было обследовано 13 (28,8%) больных. Развития повторных инсультов отмечено не было. После эмболизации интракраниальных аневризм удалось обследовать 4 (25%) пациентов. На контрольной ангиограмме все аневризмы оказались полностью эмболизированы, повторных инсультов не отмечено. Обсуждение: В России ежегодно наблюдается 450 тысяч новых инсультов. Летальность при ишемическом инсульте колеблется от 35 до 40%, в течение года после инсульта суммарно умирает до 50% больных. Наиболее частой (в 30-40% случаев) причиной ишемических инсультов являются атеросклеротические стенозы и окклюзии магистральных церебральных артерий. В современных условиях выполнение стентирования внутренних сонных артерий в первые 2 недели после инсульта часто позволяет предотвратить повторный инсульт или ТИА в данной области (при отсутствии окклюзии данной сонной артерии). Также одной из важных составляющих в этиологии инсультов является развитие субарахноидальных кровоизлияний. Как известно, примерно в 60% случаев субстратом для возникновения субарахноидальных кровоизлияний является наличие интракраниальных аневризм артерий головного мозга. В современных исследованиях показано, что проведение эндоваскулярной эмболизации в ближайшие несколько дней после разрыва аневризмы с последующим кровоизлиянием значительно улучшает прогноз у этой группы пациентов. Наш опыт также подтверждает эти данные. Выводы: Рентгенэндоваскулярные операции являются эффективными и относительно безопасными вмешательствами для лечения пациентов в ближайшем периоде после острых нарушений мозгового кровообращения.

---

1512. Электрофизиологическая характеристика моторики желудка у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки после органосохраняющих операций

Косенко П.М., Вавринчук С.А.

Хабаровск

ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава РФ

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

В настоящее время периферическая электрогастроэнтерография (ПЭГЭГ) получает все большее распространение в клинической практике. Одним из возможных его применений является диагностика стенозов ЖКТ. Цель исследования. Улучшить раннюю диагностику ПДС после ушивания ПЯ ДПК. Материалы и методы. Всего обследовано 227 больных с ПЯ ДПК оперированных в клиниках г. Хабаровска за период с 2008 по 2013 годы. Первую группу составили 189 (83,2%) больных после ушивания ПЯ ДПК и вторую группу - 38 больных (16,7%), которым была выполнена дуоденопластика. Контрольную группу составили 54 здоровых добровольца. Всем больным проводилось электрофизиологическое исследование моторики желудочно-кишечного тракта методом периферической электрогастроэнтерографии (ПЭГЭГ) аппаратом "Гастроскан-ГЭМ" по стандартной методике. Статическая обработка данных проводилась с использованием дискриминантного анализа (ДА). Используя ДА и созданные на его основе математические модели прогнозирования была разработана компьютерная программа «Система поддержки принятия решения определения степени компенсации пилоро-дуоденального стеноза», (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2013618128), позволяющая осуществлять скрининговую диагностику ПДС и уточнять степень его компенсации. Результаты. У пациентов 1-й группы в большинстве случаев изменения показателей ПЭГЭГ соответствовали субкомпенсированному характеру моторики желудка и были обусловлены наличием ПДС в зоне ушивания ПЯ с нарушением пропульсивной перистальтической активности и начальными признаками декомпенсации моторики желудка. Использование созданной диагностической компьютерной программы показало, что в 63,4% случаев больные после ушивания ПЯ ДПК были классифицированы в группу субкомпенсированного ПДС. Послеоперационные рентгенологические и эндоскопические исследования подтвердили наличие характерных для субкомпенсированного ПДС изменений в виде сужения ДПК и увеличения размеров желудка, наличия умеренного количества жидкости натошак и деформации луковицы ДПК. После дуоденопластики данные ПЭГЭГ отражали компенсированный характер моторики с физиологичным ответом на стимуляцию и своевременной или ускоренной эвакуацией пищевого стимулятора из желудка в ДПК. В этой группе пациентов клинических проявлений ПДС, а так же повторных оперативных вмешательств не было. Выводы. Таким образом, ПЭГЭГ показало высокую эффективность в диагностике ПДС, что позволило впервые осуществить автоматизированную компьютерную скрининговую диагностику ПДС в послеоперационном периоде и определение степени его компенсации.

---

### 1513.РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕПТИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ

Богомолов Н.И., Томских Н.Н.

Чита

Читинская государственная медицинская академия

Цель работы. Анализ результатов диагностики и лечения рецидива язвы после различных вариантов хирургического лечения по материалам клиник. Анализ анамнеза, данных объективного исследования, операционного материала позволил причины образования пептических язв после радикальных операций и гастроэнтеростомии объединить в следующие группы. 1. Повышенная возбудимость (повышенный тонус) ядер блуждающего нерва. Повышенная ирритация ядер блуждающего нерва. 2. Оставленный у 12-перстной кишки участок антрального отдела желудка со слизистой оболочкой. (Оставленный участок антрума у 12-перстной кишки). 3. Синдром Золлингера-Эллисона. 4. Недостаточная по объему резекция желудка. 5. Изолированная гастроэнтеростомия при сохраненной и (или) повышенной желудочной секреции. 6. Аденомы паращитовидных желез. 7. Причина не установлена. Вероятные причины рецидива язв после ваготомии. 1. Неполная (неадекватная) ваготомия. 2. Неэффективная дренирующая желудок операция. 3. Повышенная желудочная секреция. 4. Сочетание первых двух причин. 5. Синдром Золлингера-Эллисона. 6. Причина не установлена. Материал и методы. Анализирован материал о 192 больных, перенесших радикальные операции по поводу язвенной болезни и о 44 пациентах с пептической язвой гастроэнтероанастомоза, сформированного по поводу стеноза привратника у больных язвенной болезнью (38) и после химического ожога (6 больных). Для диагностики использовались клиничко-лабораторные и

1061

инструментальные исследования, включая изучение желудочной секреции с рН-метрией, эндоскопию с биопсией, УЗИ, КТ, МРТ и традиционную рентгеноскопию. Для лиц, оперированных по экстренным показаниям, протокол обследования и подготовки был минимальным. Результаты. Из 192 больных с рецидивной пептической язвой в анамнезе у 120 человек выполнена резекция желудка, у 69 – органосохраняющие (ваготомии) операции, у 3 – ваготомия с гемигастрэктомией. В клиниках Читы оперировано 149 больных, в других больницах города, края и страны – 87 человек. Точность рентгенологической диагностики составила 64%, эндоскопической – 96%. При изучении желудочной секреции у 79 из 98 обследованных отмечена гиперпродукция соляной кислоты и пепсина. *Helicobacter pilory* обнаружен у 86% обследованных. Осложнения пептических язв установлены у 70,3%, в том числе доминировали: перфорация - у 23, кровотечение – у 87, пенетрация – у 29, желудочно-ободочные свищи – у 6; сочетание 2-4 осложнений одновременно – у 21 пациента. Больным с пептической язвой после изолированной гастроэнтеростомии выполнена резекция желудка с анастомозом преимущественно по процедуре Ру, в том числе в сочетании со стволовой ваготомией у 14 человек. У больных с язвой после резекции желудка операцией выбора была стволовая ваготомия, если исключены и другие причины рецидива. Трансторакальная наддиафрагмальная ваготомия выполнена у 17 человек, поддиафрагмальная – у 29, в том числе в сочетании с ушиванием перфорации у 18 и гастротомией и прошиванием кровоточащей язвы – у 11. Резекция культи сделана у 36 пациентов, в том числе у 2 с редуоденизацией и резекцией культи 12-перстной кишки, а у 3 – с ваготомией. Девять больных перенесли от 1 до 3 резекций культи желудка. У остальных больных выполнено простое ушивание перфоративного отверстия и (или) гастротомия и прошивание кровоточащей язвы. После ваготомии при рецидиве язвы операцией выбора была резекция желудка (32) с реваготомией (у 12). У 6 человек выполнена экстирпация культи желудка. При гастродуоденальном кровотечении в последние два года активно применяем аргоноплазменную коагуляцию кровоточащей язвы. Во всех 7 случаях достигнут надежный временный гемостаз. Консервативная противоязвенная терапия осуществлялась по схемам, рекомендованным Маастрийским консенсусом. При кровотечении хороший терапевтический эффект получен от применения лосека, сандостатина. Выводы и заключение. Больные, оперированные по поводу язвенной болезни, нуждаются в диспансерном наблюдении у гастроэнтеролога. Наличие болезни оперированного желудка является показанием для углубленного обследования в хирургическом стационаре. При рецидиве язвы и неэффективности консервативного лечения показана повторная операция, объем и вариант которой строго индивидуален и осуществляется по принципу «Каждому больному – своя операция». Подобные решения в силах выполнить только специализированный хирургический гастроэнтерологический стационар или центр.

---

1514.Профилактика и терапия гипопаратиреоза после операций на щитовидной и околощитовидных железах

А.Ф. Романчишен, К.В. Вабалайте, Ф.А. Романчишен

Санкт-Петербург

ГБОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет

Введение. Гипопаратиреоз бывает связанным (до 95%) и несвязанным с хирургическим лечением. Послеоперационный гипопаратиреоз (ПОГ) обычно является следствием случайных повреждений или удаления ОЩЖ. Частота ПОГ колеблется между 1 и 40%. Другие причины гипопаратиреоза встречаются значительно реже. У новорождённых гипокальциемия может быть обусловлена гиперкальциемией у их матерей; аутоиммунным процессом и внутриутробной деструкцией, составляющими полиэндокринного аутоиммунного синдрома, нарушающими функцию ОЩЖ. Гемохроматоз может привести к аккумуляции железа ОЩЖ с последующим нарушением их функции. Отсутствие или дисфункция ОЩЖ в результате генетических расстройств проявляются в виде синдромов DiGeorge, Schprintzen и velocardiofacial. Семейный гипопаратиреоз нередко сочетается с другими эндокринными болезням, к примеру, с недостаточностью функции надпочечников. Нехватка магния может клинически выражаться подобно гипопаратиреозу. На начало 2013 г. в РФ было зарегистрировано 133392 больных раком щитовидной железы (БРЩЖ) и 129221 больных диффузным токсическим зобом (БДТЗ) или 93.3 БРЩЖ и 90.4 БДТЗ на 100 тысяч населения РФ.

1062



Эти 2 группы пациентов привлекли наш интерес, потому что у них чаще всего выполнялись обширные операции на ЩЖ- субтотальная резекция или тиреоидэктомия с лимфаденэктомией. ПОГ имел место у этих пациентов чаще, чем при других заболеваниях и операциях. Нечаянные повреждения, удаления или обескровливание ОЩЖ после тиреоидэктомии возможны чаще. В соответствии с данными литературы уровень ПОГ у больных раком и ДТЗ после субтотальной резекции ЩЖ или тиреоидэктомии в среднем достигает 47%. В период до 2013 г. в РФ мы нашли информацию о 262613 БРЩЖ и БДЗ, перенесших субтотальную резекцию ЩЖ и тиреоидэктомию. У 110298 (42%) имелись признаки временного ПОГ и 4464 (1.7%) – постоянного ГПТ. Целью нашего исследования было дальнейшее снижение уровня ПОГ в нашей практике путём совершенствования техники операций и лечебно-профилактическим использованием минерального комплекса в раннем послеоперационном периоде. Задачи нашего исследования требовали уточнить анатомические детали расположения и кровоснабжения ОЩЖ; выяснить влияние перевязки ствола нижней щитовидной артерии на кровоснабжение и функцию ОЩЖ; определить зависимость уровня тяжести ПОГ от объёма резекции ЩЖ; разработать эффективную программу использования минерального комплекса для профилактики и лечения послеоперационной гипокальциемии и гипопаратиремии. Материал и методы: До 2013 г. в нашем Центре оперированы 3893 БРЩЖ и 3262 БДТЗ, вместе - 7155 больных. Временный клинический ПОГ мы наблюдали у 1613 (22.5%) пациентов. Постоянного ПОГ у оперированных нами больных не было. Показания к применению и эффективность применения препаратов. Объектами морфологических исследований стали 20 трупов. Возраст умерших составил от 37 до 82 лет ( $64.6 \pm 2,8$ ). Причины смерти - острые сосудистые заболевания сердца и мозга (55%), не тиреоидные онкологические болезни (15%), острые хирург. заболевания (20%), хроническая печёчно-почечная недостаточность (10%). Анатомические исследования включали изучение ВГН, сосудов ЩЖ и ОЩЖ, особенностей ветвления верхней и нижней щитовидных артерий, артерий и вен ОЩЖ. В клиническое исследование включены данные о 1717 ВГН у 1076 оперированных больных и о 968 ОЩЖ у 317 пациентов. Динамика функции ОЩЖ изучена у 170 больных различной патологией ЩЖ. Средний возраст -  $47,8 \pm 1,18$  г. (16 - 75 лет), женщин - 125 (73,5%), мужчин - 45 (26,5%). Виды патологии ЩЖ: папиллярный РЩЖ, ДТЗ, ПЭЗ. Объём операций: субтотальная резекция ЩЖ, тиреоидэктомия (ТЭ). Результаты. В период с 1973 по 2010 гг. после хирургического лечения 24494 тиреоидных больных отмечено снижение частоты временного ПОГ, в среднем, с 4,0% до 0,45%, повреждений ВГН - с 3,1% до 0,36%. Следует выделить в этой динамике 2 периода: с 1981 по 1988 гг. и с 1989 по 2007 гг. со снижением ПОГ с 3,7% по 1,2%, что мы связываем с изменением техники наших операций на ЩЖ. Частота временного ПОГ в период до регулярного применения центральной лимфаденэктомии и после (2182 больных) уменьшилась с 3,7% (1988 г.) до 0,55%. Уровень общего кальция и паратгормона в крови тиреоидных больных в 1 день после субтотальной резекции ЩЖ снижалось в ряду диффузный токсический зоб, рак ЩЖ и многоузловой эутиреоидный зоб. Клинические проявления ПОГ наблюдались лишь в 33% этих пациентов. Профилактическое использование минерального комплекса в течении 1 месяца нормализовало состояние и самочувствие больных. Кроме того, после месячного приёма препарата кальциевый и паратиреоидный гомеостат продолжал улучшаться. Выводы. Перевязка нижних щитовидных артерий выше их пересечения с возвратным гортанным нервом, односторонняя перевязка этого сосуда, а также его ветвей ближе к ткани ЩЖ, не приводит к значительному нарушению кровоснабжения, а, следовательно, и функции ОЩЖ. Послеоперационное снижение уровня кальция и паратгормона уменьшается в ряду: диффузный токсический зоб, рак щитовидной железы, полинодозный эутиреоидный зоб. В большинстве случаев послеоперационный гипопаратиреоз обусловлен не удалением ОЩЖ, а нарушением их кровоснабжения. Даже прецизионная техника операции с предварительной локацией ОЩЖ не гарантирует развитие скрытого гипопаратиреоза, поскольку невозможно точно оценить уровень сохранности кровоснабжения ОЩЖ. Среди всех больных гипокальциемией и гипопаратиремией в раннем послеоперационном периоде после субтотальной резекции и тиреоидэктомии по поводу РЩЖ, ДТЗ и многоузловым зобом клинические признаки гипопаратиреоза имели место лишь в 33% наблюдений. В 67% - ПОГ был лабораторным. Центральная лимфаденэктомия при раке щитовидной железы сопряжена с опасностью временного гипопаратиреоза, что легко компенсируется в послеоперационном периоде. Лишь точное знание хирургической анатомии возвратных нервов, ОЩЖ и прецизионная техника тиреоидэктомии предупреждает постоянный гипопаратиреоз. Применение комплексного минерального препарата показано всем больным тиреоидной патологией ЩЖ, перенесших субтотальную резекцию щитовидной железы или тиреоидэктомию на протяжении месяца, так как это эффективно предотвращает временный гипопаратиреоз.

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

## 1515. ФОРМИРОВАНИЕ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА КАФЕДРЫ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Богомолов Н.И.

Чита

Читинская государственная медицинская академия

Учебно-методический комплекс кафедры госпитальной хирургии постоянно обновляется и пополняется, адаптируясь к меняющимся требованиям в высшем образовании. Нарбатываются новые формы и методы обучения, готовятся и издаются учебные пособия и монографии, укрепляется материально-техническая база, осуществляется ремонт и реконструкция учебных комнат. Создан электронный вариант учебно-методического комплекса, поскольку в каждой учебной комнате имеются компьютеры и жидкокристаллические экраны для демонстрации материала. Лекции читаются всеми сотрудниками, поскольку имеется 100% острепенность преподавателей. Тематика научного исследования и узкая специализация педагога имеют решающее значение в выборе темы лекции. Второе, - на кафедре у лектора по каждой теме есть 1-2 дублера. Заведующий кафедрой читает более 50% учебного плана лекций, а во второй половине участвует как дублер. Кафедра начала публикацию «Конспектов лекций по частной хирургии», чтобы студенты, не имеющие возможности посетить публичное чтение, ознакомились с содержанием по опубликованным конспектам, 22 из 48 лекций уже опубликовано. Лекции выложены на сайте академии, мы рассматриваем их как спектакль, где исполнитель (лектор) применяет мультимедийную презентацию, видеофильмы, слайды и таблицы, клинические примеры, рентгенограммы и фотографии, делится своим опытом. Конспект не заменяет, а дополняет лекцию, дает возможность ознакомиться с фактическим материалом до лекции, а на самом чтении обогатить свои знания увиденным, услышанным, продемонстрированным, схематически нарисованным. Кафедра приобрела цифровые фотоаппараты и видеокамеры, перевела весь имеющийся демонстрационный материал (таблицы, схемы, рентгенограммы, УЗИ-граммы, слайды, кино- и видеофильмы, макро- и микропрепараты и другое) на цифровые носители. Идет съемка больных, макро- и микропрепаратов, течения операций и некоторых диагностических процедур цифровой аппаратурой. Переход на цифровые носители и компактное формирование учебно-методический комплекс – важнейшая задача кафедры. Впервые за 55-летнюю историю кафедры за последние восемь лет типографским способом опубликованы 34 учебно - методических пособия для практических занятий, включая 11 - по темам недостаточно или совсем не представленным в учебниках по хирургическим болезням. Электронный вариант пособий доступен на кафедре всем, они – составная часть 16 рабочих программ. Сотрудники кафедры опубликовали 10 монографий объемом 112 печатных листов. Преданы гласности и стали доступны для применения 24 изобретения преподавателей. Проблем с обеспечением учебной литературой у студентов и курсантов на кафедре нет! Студент имеет выбор среди 5-6 учебников только отечественных авторов, многочисленные переводные учебные издания, и еще 12-14 дополнительных источников литературы мы рекомендуем обучающимся. Кафедра планомерно приобретает и обновляет компьютерную технику, закупает плоские экраны и «ноутбуки», заменяющие, таким образом, одновременно негатоскопы, кодаскоп, слайдоскопы, таблицы, видеоманитофоны и киноаппарат. Тестирование по обучающим программам осуществляется и на компьютере. Кафедра применяет традиционные для академии формы, методы оценки и контроля знаний: рейтинговая система, традиционный экзамен, тестовый контроль на входе и выходе, оценка практических навыков, отработка пропуска, написание истории болезни и реферата. Таким образом, повышающиеся требования к качеству педагогического процесса, курс на модернизацию всего производства, неотъемлемой частью которого является и высшее образование, обязывают нас, наряду с использованием традиционных, искать новые методы и формы преподавания, контроля знаний и умений выпускника вуза.

---

1516. Значение интрадуоденальной ревизии в диагностике сочетанного пилородуоденального стеноза при органосохраняющих операциях у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки

Косенко П.М., Вавринчук С.А.

Хабаровск

ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава РФ

Характерной особенностью язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) является наличие сочетанных осложнений, которые при перфоративной язве (ПЯ) встречаются в 5-20% случаев. Наиболее частым сочетанным осложнением ПЯ ДПК является пилородуоденальный стеноз (ПДС), который при ушивании ПЯ по нашим данным становится причиной ранних релапаротомий и летальных исходов, а так же основной причиной повторных оперативных вмешательств в отдаленном периоде. Целью исследования было улучшить диагностику и результаты хирургического лечения сочетанного ПДС у больных с ПЯ ДПК. Материалы и методы. Проведен анализ результатов обследования и лечения 998 больных с ПЯ ДПК за период с 1995 по 2013 годы. Все больные были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 748 больных после ушивания ПЯ. Во вторую группу - 250 больных, после дуоденопластики. Результаты исследования. У пациентов I группы (n=748) сочетанные осложнения выявлены у 25 (3,3%) больных, из них ПДС - у 17 (2,3% пациентов). У 6 (0,8%) больных после ушивания ПЯ в области стенозирующей шпоры, которую хирурги ошибочно принимали за истинный привратник в раннем послеоперационном периоде были выявлены признаки декомпенсированного ПДС, что потребовало выполнения повторных оперативных вмешательств. По данным послеоперационного эндоскопического обследования у 147 (19,6%) больных описанные интраоперационно «препилорические» и «пилорические язвы» оказались дуоденальными. У 86 (11,5%) больных в отдаленном периоде выявлены признаки ПДС, что потребовало выполнения повторных оперативных вмешательств у 16 (18,6%) пациентов. У пациентов II группы при осуществлении интрадуоденальной ревизии ПДС диагностирован в 14% случаев. При сочетании ПЯ ДПК с пенетрацией язвы и ПДС у 15 (6%) больных была выполнена резекция желудка. Всем больным выполнено иссечение зоны ПДС, в 3 (1,2%) случаях выполнена истинная пилоропластика. Незначительное количество выполненных пилоропластик при ПЯ ДПК связано с тем, что интрадуоденальная ревизия позволила нам провести точную дифференциальную диагностику между рубцово-язвенным поражением привратника и более часто встречающимся поражением базального уровня ДПК. По данным комплексного послеоперационного обследования во II группе пациентов отсутствовали стенотические проявления, не было случаев неверного указания зоны ПДС, а так же ранних и отдаленных операций по поводу ПДС. Выводы. Осуществление интрадуоденальной ревизии при ДП у больных с ПЯ ДПК позволяет произвести точную диагностику сочетанного ПДС, устранение которого позволяет избежать стенотических послеоперационных осложнений и повторных операций, а так же уменьшить летальность при ПЯ ДПК.

---

#### 1517.ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ СПЛЕНЭКТОМИЯ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА С ИЗОЛИРОВАННЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ СЕЛЕЗЕНКИ.

Мумладзе2 Р.Б., . Багателья1 З.А, Унанян2 М.К. , Якомаскин1 В.Н., Милашевич А.И1.

Москва

1. Городская клиническая больница им С.П. Боткина, г. Москва 2Российская медицинская академия последипломного образования, г. Москва

Введение. Более 88,3% хирургических вмешательств, выполняемых по поводу сочетанной травмы, осуществляется при закрытой травме живота. Повреждения селезенки занимают второе-третье место после повреждений печени и кишечника и встречаются в 20-40 % наблюдений от общего числа пострадавших с травмой живота. При этом летальность достигает 25 %. Однако, по различным данным примерно в 30 % случаев выявляется изолированное повреждение селезенки в виде разрывов капсулы органа, или подкапсульная гематома в сочетании с гемоперитонеумом в объеме до 500 мл. У этой группы больных

целесообразно применять лапароскопические методы лечения, органосохраняющие методы лечения, при которых раневые поверхности органа коагулируются, либо осуществляют спленэктомии лапароскопическим методом. (Пучков К.В. и соавт., 2004 г.) Материалы и методы. Проведено исследование за период с 2009 по 2014 года на базе ГКБ им. С.П.Боткина с участием 453 больных госпитализированных с диагнозом закрытой травмой живота в возрасте от 22 до 67 лет. Из общего числа больных у 65 (14,3%) больных было выявлено изолированное повреждение селезенки, произведен ретроспективный анализ данной группы пациентов. По механизму получения закрытой травмы больные распределились следующим образом: после дорожно-транспортных происшествий (автотравма) – 54 пациента (83 %), падения с высоты (кататравма) – 11 (17 %). С учетом классификации предложенной (AAST) повреждения паренхимы селезенки, пострадавшие были распределены по следующей схеме: I степень - 9 (13,8%); II степень-37 (56,9%); III-степень- у 14 (21,5%) ; IV-V-степени-5 (7,6%). Из общего числа больных мужчин было 41 (63,%) , женщин – 24 (37%). Основную часть больных (60 %) составили лица среднего возраста от 30 до 50 лет. В зависимости от клинической картины, характера и тяжести травмы больные поступали в приемное отделение, либо в шоковую палату или в операционную. Прямыми показаниями для поступления в операционную являлись гемодинамическая нестабильность и тяжесть состояния больного. В шоковую палату направлялись больные с сочетанной травмой и признаками травматического шока, другие больные обследовались в приемном отделении. Такие исследования как ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, рентгенологическое исследование органов грудной клетки и брюшной полости выполнялось всем больным. В зависимости от клинического статуса больного (стабильной гемодинамики), данных УЗИ, спиральной компьютерной томографии (СКТ) с болюсным контрастированием проводилась по показаниям, наличие или отсутствие перитониальных симптомов- определялась дальнейшая тактика: Диагностическая лапароскопия с возможностью незамедлительного перехода к эндовидеохирургическому вмешательству; лапаротомия; динамическое наблюдение. В процессе обследования повреждения селезенки локализовались: в верхнем полюсе 31 %, в области тела – 26 %, в нижнем полюсе – 24 %, в области сосудистой ножки – 19 %. Результаты и обсуждение. За период с 2009 года по 2014 год прооперированы 65 (14,3%) больных с изолированной травмой селезенки. Лапароскопическая спленэктомия была реализована у 60 (92,3%) пострадавших, у 3(4,6%)- больных выполнена конверсия (переход на традиционный способ) в связи с невозможностью остановки кровотечения и технических сложностей; у 2 (3,07%) больных выполнена лапаротомия с последующей спленэктомией в связи с размождением селезенки и активным кровотечением по данным УЗИ брюшной полости . Осложнения были диагностированы у 13 (20%) больных, из них специфические осложнения ( серома п\о раны, абсцесс поддиафрагмального пространства, посттравматический панкреатит) были у 5 (7,6%) больных. Летальных исходов не было. Интраоперационная кровопотеря составила в среднем 250-300 мл. Продолжительность операции ВЛСЭ составила в среднем 105,7 мин +\_11,6 мин. Для коррекции постспленэктомического гипоспленизма 29 (44,6%) пострадавшим, после лапароскопической спленэктомии выполнена гетеротопическая аутолиентрансплантация селезеночной ткани в сформированный карман большого сальника. Заключение: Использование современных высокоинформативных методов диагностики (УЗИ брюшной полости, МСКТ с болюсным контрастированием, лапароскопии) при изолированных повреждениях селезенки определяет возможность выполнения оперативного лечения видеолапароскопическим методом у категории больных при I-III степенях травм селезенки по AAST. При IV-V степенях травмы селезенки целесообразно выполнение спленэктомии традиционным способом. Использование данного алгоритма при наличии квалифицированного персонала позволяет улучшить результаты лечения данной категории больных и снизить сроки пребывания в лечебных учреждениях

---

#### 1518. НЕСТАНДАРТНАЯ МЕТОДИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Оноприев А.В., Аксенов И.В.

Краснодар

Кафедра хирургии №1 ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России

Цель исследования: разработка методики нестандартной лапароскопической холецистэктомии при остром деструктивном холецистите с целью снижения количества переходов к лапаротомному доступу. Материал и методы исследования В наших клиниках за период с 1993 по 2014 г.г. находилось на лечении по поводу острого калькулезного холецистита 3114 больных. Нестандартные методики выполнения эндоскопической холецистэктомии (НЭХ) применялись при лечении 506 больных с острым холециститом в возрасте от 24 до 86 лет. Мужчин - 152 (30 %), женщин - 354 (70 %). Контрольную группу составили 100 пациентов, которым эндоскопическая холецистэктомия выполнялась по стандартным методикам. Нами оптимизирована техника эндоскопической холецистэктомии (ЭХ), за счет комбинации, как известных на сегодняшний день методик, так и свои оригинальных разработок, что позволяет выполнить ЭХ даже в сложных технических ситуациях. Принципиальные основы ее изложены в патенте на изобретение «Способ лапароскопической холецистэктомии». Технические принципы проведения этих операций следующие: вскрытие полости желчного пузыря, облегчающее ориентировку; оставление стенок желчного пузыря в местах их прочной фиксации с окружающими тканями на месте и иссечение по видимой границе только свободных участков стенки желчного пузыря; уничтожение (мукоклазия) слизистой оболочки желчного пузыря на оставленных участках. В группе больных, перенесших типичную ЭХ, осложнения отмечены у 1,7 % больных. После НЭХ, осложнения возникли у 6 % пациентов. Мы считаем это естественным, так как условия, которые вынуждают хирурга к применению атипичной методики операции значительно труднее, чем те, с которыми он сталкивается при проведении типичной ЭХ. Несмотря на большой процент осложнений при проведении НЭХ нам удалось при выполнении нестандартных методик, полностью избежать таких серьезных интраоперационных осложнений, как повреждение внепеченочных желчевыводящих путей. В этой группе не было отмечено внутрибрюшных кровотечений. Желчеистечение в подпеченочное пространство имелось у 1,5 % пациентов, ограниченные жидкостные образования ложа желчного пузыря – у 3 %, нагноение подкожной жировой клетчатки в ране, использованной для извлечения желчного пузыря- у 0,9 %. Заключение Предлагаемые нестандартные технологии позволяют в подавляющем большинстве технически сложных ситуаций при оперативном лечении острого деструктивного калькулезного холецистита выполнить вмешательство эндоскопическим способом и могут более широко применяться в клинической практике.

---

#### 1519.ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ СРЕДИННОЙ СТЕРНОТОМИИ И КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

ЧАРЫШКИН А.Л., ЮДИН А.Н.

Ульяновск

ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», кафедра факультетской хирургии

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных после срединной стернотомии и коронарного шунтирования путем применения разработанного способа обезболивания и профилактики воспалительных осложнений. Материалы и методы: Число вошедших в анализ пациентов – 79. Критериями включения пациентов в исследование являлось: возраст 18 лет и старше, пол мужской и женский, ИБС, срединная стернотомия, искусственное кровообращение (ИК), коронарное шунтирование. Критерии исключения из исследования: возраст младше 18 лет, острые нарушения мозгового кровообращения. В работе представлены результаты обследования и лечения хирургических больных с диагнозом ИБС, находившихся на стационарном лечении в ГУЗ «Областная клиническая больница» г. Ульяновск в период с 2012 по 2014 годы. Для решения поставленных задач были использованы клиничко-лабораторные, рентгенологические, статистические методы исследования. Всем больным выполнено: Срединная стернотомия. Маммарокоронарное шунтирование. Аортокоронарное шунтирование в условиях ИК и фармакохолодовой кардиopleгии. В зависимости от способа установки дренажей и применяемого лечения в послеоперационном периоде, пациенты были разделены на 3 группы. Между группами не было выявлено значимых различий по полу, возрасту, характеру сопутствующей патологии, объему основного оперативного вмешательства. Средний возраст больных в первой группе составил 55,8±6,5 лет, во второй группе – 57,6±6,5 года, в третьей группе - 57,2±9,1 лет. 1 группа – 30 пациентов, выполнено дренирование

переднего средостения и полости перикарда, остеосинтез грудины. Получали стандартное лечение: обезболивающие препараты (трамадол), антибактериальная терапия (цефотаксим). 2 группа – 34 пациента, выполнено дренирование переднего средостения и полости перикарда, остеосинтез грудины. По разработанной нами методике (патент РФ на изобретение № 2553178) после ушивания грудины, на ее переднюю поверхность устанавливали пластмассовый катетер, имеющий несколько отверстий, через контрапертуру (отверстие) кожи. На фоне базового лечения аналогичного 1 группе больных, дополнительно по катетеру вводили местный анестетик 0,25 % новокаин в количестве 2 мл для обезболивания каждые 6 часов и антибиотик гентамицин по 80 мг каждые 8 часов на протяжении 3-х суток. 3 группа – 15 пациентов, выполнено дренирование переднего средостения и полости перикарда, остеосинтез грудины. По разработанной нами методике на фоне базового лечения аналогичного 1 группе, дополнительно по катетеру вводили местный анестетик 0,25 % новокаин в количестве 2 мл для обезболивания каждые 6 часов. Статистическая обработка результатов производилась с помощью пакета программ Statistica 6. Результаты и обсуждение: Во второй группе послеоперационная рана после срединной стернотомии зажила у всех больных первичным натяжением, а в первой и третьей группах первичным натяжением у 86,7 %, вторичным у 13,3 %. Исследование продолжительности стационарного пребывания больных до операции, после операции и общего количества койко-дней, выявило, что во второй группе достоверно меньше на 5,3 и 3,5 койко-дня общее количество, на 3 и 2,5 койко-дня после операции, чем в первой и третьей группах соответственно. Стоимость 1 койко-дня кардиохирургической койки в отделении торакальной и сосудистой хирургии ГУЗ «Областная клиническая больница» составляет 4062 рубля 34 копейки, предложенный метод в среднем на 3 койко-дня сокращает сроки послеоперационного лечения, экономическая выгода 12187 рублей 2 копейки. Изучение отдаленных результатов в послеоперационном периоде выполняли на протяжении от шести месяцев до трех лет у всех 79 (100 %) пациентов, 30 в первой, 34 во второй и 15 в третьей группе. Хроническая постстернотомная боль наблюдалась у 10 % больных первой группы, во второй и третьей группах данного осложнения не было, что указывает на целесообразность местного введения анестетиков в послеоперационную рану у больных после срединной стернотомии. Таким образом, изучение ближайших и отдаленных результатов позволило доказать, что предлагаемый способ обеспечивает адекватную анестезию, профилактику осложнений, у пациентов, после срединной стернотомии. Мы считаем, что положительные эффекты разработанного способа связаны с лимфотропным воздействием анестетика и антибиотика в послеоперационной ране. Выводы: 1. Способ обезболивания и профилактики воспалительных осложнений после срединной стернотомии показан для анестезии и снижения осложнений у больных после коронарного шунтирования, противопоказан при непереносимости лекарственных препаратов. 2. Применение предложенного способа обезболивания и профилактики воспалительных осложнений у больных после срединной стернотомии в отдаленном послеоперационном периоде исключает возникновение хронической постстернотомной боли, улучшает качество жизни.

---

1520. Симультанные операции при проведении аллопластики грыжевых ворот

Долудин А.В.(1), Оганесян Г.Г.(1), Хренов В.Е.(1), Хаустов В.И.(1), Шлыков О.А. (2)

Воронеж

1) БУЗ ВО "ВГКБ №3", 2) ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

Ввиду наличия у многих грыженосителей различной сопутствующей патологии, выполнение симульных операций является перспективным направлением, особенно при аллопластике грыжевых ворот. С 2009 года в хирургическом отделении БУЗ ВО «ВГКБ №3» прооперирован 31 пациент с наличием грыжи передней брюшной стенки и сопутствующих хирургических заболеваний. Из них мужчин - 11, женщин - 20 человек. Возраст больных варьировал от 37 до 74 лет. У 70% пациентов отмечены большие и гигантские срединные грыжи. Учитывая сочетанные оперативные вмешательства, общее количество операций составило - 76. Наибольшее количество симульных операций у одного больного - 4. С целью лечения сопутствующей патологии наиболее часто производились: холецистэктомия по поводу ЖКБ - 12 случаев, адгезиолизис по поводу выраженного спаечного процесса в брюшной полости - 23 случая. В четырех случаях при

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

выявленном грубом спаечном конгломерате произведена резекция тонкого кишечника с формированием анастомоза конец-в-конец. Аппендэктомия выполнена у 4, односторонняя овариоэктомия у 2-х пациентов. При одномоментном выполнении нескольких операций из единого герниолапаротомного доступа течение послеоперационного периода у наблюдаемых пациентов практически не утяжелялось. Летальных исходов не отмечено. У одного больного развился краевой некроз кожи и подкожной клетчатки в средней трети послеоперационной раны, который был устранен путем выполнения некрэктомии под внутривенным наркозом. Подкожная клетчатка дополнительно была дренирована силиконовым дренажем с активной аспирацией. У 3-х пациенток с ожирением 3 степени развилась объемная серома в подкожно-жировой клетчатке, купированная методом пункционного дренирования под контролем УЗИ. Таким образом, при выполнении аллопластики грыжевых ворот у пациентов с сопутствующей хирургической патологией брюшной полости, которая потенциально может потребовать выполнения отдельных оперативных вмешательств, целесообразно выполнение симультанных операций. Преимущественными показаниями для выполнения сочетанной операции явились наличие у грыженосителя ЖКБ с проявлениями хронического холецистита и выраженный спаечный процесс брюшной полости.

---

#### 1521.ОЦЕНКА БИОХИМИЧЕСКИХ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЗОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Калинин Р.Е., Сучков И.А., Герасимов А.А., Мнихович М.В., Пшенников А.С., Киселева Е.В.

Рязань

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России

Высокая частота тромбозов после реконструктивных вмешательств на магистральных артериях обуславливают довольно высокую потребность в повторных операциях, которая составляет до 25%. Неотвратимым последствием операций на магистральных артериях являются процессы гиперплазии интимы (ГИ) с формированием рестеноза в послеоперационном периоде. В настоящее время, одной из основных причин развития гиперплазии интимы признается эндотелиальная дисфункция (ЭД). Коррекция эндотелиальной дисфункции в реконструктивной хирургии магистральных артерий может привести к снижению частоты развития гиперплазии интимы и улучшению отдаленных результатов данных вмешательств. Цель: оценить биохимические и морфологические изменения в зоне артериальной реконструкции при использовании различных типов пластических материалов на фоне экспериментальной эндотелиальной дисфункции. Материалы и методы: Исследование проведено на 72 беспородных котах массой 3-4 кг. Животные были разделены на 4 группы: 1 контрольная и 3 опытных. Животным контрольной группы эндотелиотропная терапия не проводилась. В первой опытной группе в качестве эндотелиотропной терапии применялся розувастатин, во второй - комбинация розувастатин с L-аргинином, в третьей группе - мелоксикам. Для моделирования эндотелиальной дисфункции у всех животных использовали N-нитро-L-аргинин метиловый эфир (L-NAME), который вводили ежедневно один раз в сутки внутривентрально в дозе 25 мг/кг в течение 7 дней. На 10 день от начала эксперимента под наркозом выполнялось оперативное вмешательство – аллопластика брюшного отдела аорты. В пределах группы (n=18) животным в качестве материала для аллопластики использовались заплатки из дакрона (n=9) и политетрафторэтилена (ПТФЭ) (n=9). Для определения биохимических показателей (уровень стабильных метаболитов оксида азота (нитратов и нитритов) и C-реактивного белка (СРБ), забор крови проводили через 10 дней, 1, 3, 6 месяцев после выполнения оперативного вмешательства. Через 6 месяцев проводилась эвтаназия животного, с последующим забором участка аорты в зоне оперативного вмешательства для проведения морфологического исследования. Результаты и обсуждение: При введении N-нитро-L-аргинин метилового эфира отмечено снижение уровня NO, что указывает на постановку модели ЭД. Применение розувастатина и комбинации розувастатина с L-аргинином приводит к увеличению уровня оксида азота с максимумом к 6 месяцу наблюдения, по сравнению с контрольной группой (розувастатин - 15,20±2,8 мкмоль/л,

1069

розувастатин+L-аргинин -  $19,26 \pm 2,37$  мкмоль/л и контрольная группа -  $11,04 \pm 2,18$  мкмоль/л), при этом имеет место достоверный уровень различий между контрольной и третьей (розувастатин+L-аргинин) группами (p

---

1522. Методика «программируемого стеноза» при операции шунтирования желудка у больных с морбидным ожирением.

Кармадонов А.В., Кубатько Н.А., Ефимов А.В.

Туапсе

ФГБУ "Туапсинский многопрофильный центр"

Введение: Хирургия ожирения эффективный, долговременный метод лечения морбидного ожирения. Операция шунтирования желудка наиболее часто выполняемая процедура, позволяющая получить значительный результат в снижении массы тела и компенсации основных составляющих метаболического синдрома. Основными компонентами, способствующим снижению массы тела служат: рестриктивный, уменьшающий поступление калорий и шунтирующий, препятствующий всасыванию части питательных веществ. В свою очередь на эффективность рестриктивного компонента влияют объем малого желудочка и диаметр гастро-энтероанастомоза. Причем диаметр гастро-энтероанастомоза имеет решающее значение в окончательном результате снижения веса. Стриктуры гастро-энтероанастомоза одни из самых частых осложнений операции гастрощунтирования в раннем послеоперационном периоде. Частота данного осложнения колеблется по данным разных авторов от 3% до 27%. Дилатация гастро-энтероанастомоза напротив, характерна для позднего послеоперационного периода. Дилатация гастро-энтероанастомоза является основной причиной неудовлетворительного снижения веса или набора веса в позднем послеоперационном периоде. И если со стенозом удастся справиться в подавляющем большинстве случаев с помощью эндоскопической баллонной дилатации, легковоспроизводимых методов сужения диаметра анастомоза на сегодняшний день нет. Методики позволяющие управлять диаметром анастомоза, могут явиться ключом к операции шунтирования желудка. Материалы и методы: Нами предложена и применяется методика «программируемого стеноза» при выполнении шунтирования желудка. Во время операции гастро-энтероанастомоз заужается до 5-7 мм. В раннем послеоперационном периоде за пациентов ведется активное наблюдение, при возникновении субкомпенсированного стеноза, частой рвоты пациенту выполняется эндоскопическая дилатация. При хорошей переносимости и адаптации пациента с ограничением, наблюдение продолжается до достижения оптимального результата снижения веса. После чего совместно с пациентом мы определяется необходимость увеличения диаметра анастомоза для более комфортного питания. Применение дилататоров различного диаметра позволяет достичь оптимального размера. В работе нами использовались эндоскопическая стойка компании Olympus (Япония) и эндоскопические дилататоры компании «Boston» США. По данной методике нами оперировано 12 пациентов (Группа 1) Критерии включения: - ИМТ более 40 - постоянная географическая доступность Для сравнения использовались результаты шунтирования желудка по стандартной методике (Группа 2). Сроки наблюдения до 1 года. EWL% через 3 месяца в Группе 1 -36,6 , в Группе 2 – 32,2 EWL% через 6 месяца в Группе 1 -58,4 , в Группе 2 – 53,4 EWL% через 1 год в Группе 1 -76,8 , в Группе 2 – 70,8 Острый стеноз развился у 2 пациентов 1 группы, что потребовало экстренной дилатации. 7 пациентам 1 группы дилатации не выполнялись. 3 пациентам дилатации выполнялись в сроки 3-6 месяцев после операции. Выводы: Рестриктивный компонент операции шунтирования желудка является ключом к длительному результату в снижении массы тела. При этом желательно, чтобы объем малого желудочка составлял 20-30 мл., диаметр гастроэнтероанастомоза 10-12 мм.. Методика «программируемого стеноза» позволяет достичь намеченных результатов в снижении веса и предотвратить случаи недостаточной потери веса. Для применения данной методики необходимо наличие качественной эндоскопической стойки, опытного врача эндоскописта, баллонов для дилатации, а также географическая доступность пациента. Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать!



1523.Обоснование оптимальных сроков реконструктивно-восстановительных операций у пациентов после обструктивных резекция по поводу осложненного колоректального рака.

Халиков М.М. (1), Гатауллин И.Г. (2)

Казань

1) ГАУЗ «РКОД МЗ РТ», 2) ГБОУ ДПО КГМА Минздрава РФ

Введение. Колоректальный рак – второе по распространённости онкологическое заболевание в России. Отмечается неуклонный рост колоректального рака с осложненными формами заболевания. В связи с этим хирурги вынуждены прибегать к многоэтапным методам хирургического лечения, наиболее рациональным из которых признаны операции типа Гартмана. Цель. Выявление наиболее оптимального срока для реконструктивно-восстановительных операций у пациентов ранее перенесших операцию типа Гартмана по поводу осложненного колоректального рака. Материалы и методы. Работа основана на клиническом опыте лечения 63 пациентов, которым выполнена операция типа Гартмана в отделениях неотложной хирургии, по поводу осложненного колоректального рака. Реконструктивно-восстановительный этап проведен в специализированном онкологическом отделении. Мужчины составили 35 (55,6% больных), женщины – 28 (44,4% пациенток). Средний возраст больных составил 63,5 + 1,52 года. Результаты. При анализе сроков проведения реконструктивно-восстановительного этапа операции после первичного вмешательства выявлено, что они составляли от 1 месяца до 10 лет. С целью выявления наиболее оптимального срока для реконструктивного этапа в предоперационном периоде пациентам проводили сфинктерометрию. Для этого использовали модифицированный сфинктерометр с электронной фиксацией результатов. Оценивали такие показатели как: тоническое напряжение сфинктера заднего прохода, максимальное усилие сфинктера заднего прохода, волевое сокращение сфинктера. Максимальные показатели отмечали у пациентов, которым выполнен реконструктивно-восстановительный этап в первые 3 мес: 1240 гр, 1390 гр, 150 гр соответственно. По данным результатов сфинктерометрии наглядно прослеживали динамику снижения показателей тонического напряжения сфинктера заднего прохода и максимального усилия сфинктера заднего прохода. Чем длительнее сроки от момента операции типа Гартмана до реконструктивно-восстановительного этапа, тем менее выражен мышечный тонус сфинктера заднего прохода. Выводы. Все вышеизложенное дает основание считать, что наиболее оптимальными сроками для реконструктивно-восстановительного этапа у пациентов, ранее перенесших операцию типа Гартмана по поводу осложненного рака левой половины ободочной кишки, являются с 1 по 3 месяцы с момента первичной операции.

---

1524.ВНЕДРЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ОТДЕЛЕНИИ ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Шабунин А.В., Мумладзе Р.Б., Якушин В.И.,Ерохин М.П., Хадиков К.О., Шумейко Т.В., Ульянов С.А., Соловьев Н.А., Спахов В.В., Шехоян А.С.

Москва

ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина, кафедра хирургии РМАПО

Работа современного многопрофильного хирургического стационара не представляется возможной без проведения эндовидеохирургических вмешательств. В течение последнего года urgentные и плановые эндоскопические операции активно внедряются в работу отделения торакальной хирургии ГКБ им.С.П.Боткина. Преимуществами их перед традиционной широкой торакотомией является минимальная травматизация грудной стенки для получения обзора оперируемой зоны и выполнения адекватного оперативного вмешательства в плевральной полости. Сокращаются сроки пребывания больных в стационаре за счет уменьшения выраженности болевого синдрома в послеоперационном периоде, ранней активизации, уменьшения количества осложнений со стороны послеоперационной раны. В отделении торакальной хирургии ГКБ им. С.П.Боткина по штатному расписанию функционирует 25 коек. Отделение оказывает urgentную и плановую помощь профильным больным. Количество пролеченных больных за год в течение последних лет имеет практически постоянную величину и составляет 1200 - 1250 человек, операционная активность 56 – 60%. Отделение имеет собственную операционную оснащенную аппаратурой для выполнения торакоскопических операций и операций с видеосопровождением. Для оперативных вмешательств используется видеокomплекс фирмы «Karl Storz», включающий торакоскоп диаметром 10 мм. с косо́й оптикой 300, оптическую систему с видеокамерой Tricam SL II, световод с осветителем Xenon 300, видеомонитор «Karl Storz», электрокоагуляционный блок «Covidien forcetriad» с моно и биполярной коагуляцией, «LigaSure» и аспирационную систему «Medela» dominant 50. Для интраторакальных манипуляций применяются лапароскопические инструменты фирм «Auto Suture», «Ethicon», «Karl Storz». При видеоассистированных вмешательствах применяются традиционные инструменты и шивающие аппараты серии TA 55. Аналогичным оборудованием оснащен и операционный блок неотложной хирургии, где выполняются экстренные оперативные вмешательства. В операционной отделения торакальной хирургии в основном выполнялись плановые и отсроченные оперативные вмешательства. Видеоторакоскопия проводилась под эндотрахеальным наркозом с отдельной интубацией двухпросветной интубационной трубкой при положении больного на здоровом боку с подложенным валиком. Самую большую группу оперированных в плановом порядке составили больные с буллезной эмфиземой легких осложненной спонтанным пневмотораксом - 53. Большинству больных с этой патологией произведено дренирование плевральной полости по экстренным показаниям. За тем в плановом порядке выполнена видеоторакоскопия 33 больным или видеоассистированная торакоскопия 20 с резекцией буллезно-измененного участка ткани легкого с использованием эндостеллера «Ethicon», «Endo-GIA-Universal», с прошиванием кассетами размером от 45 до 60 мм. в зависимости от резизируемого участка легочной ткани. Операцию заканчивали плеврэктомией или плевродезом (термическим, химическим), дренированием плевральной полости двумя дренажами «Hitex» (внутренний диаметр 5 мм., наружный 6 мм.), которые выводили через заднее и переднее отверстие для торакопортов. Осложнений в этой группе больных не было. Сроки пребывания в стационаре после оперативного вмешательства не превышал 5 дней, что существенно ниже показателей среднего койко-дня больных оперированных традиционным торакотомным доступом в прошлые годы. Меньшую группу оперированных в плановом порядке составили больные с доброкачественными заболеваниями легких и образований средостения. Видеоторакоскопическая атипичная резекция по поводу кист легкого выполнена 6 больным. В четырех случаях, из-за большого размера кист, произведена видеоассистированная атипичная резекция. В одном случае при периферическом раке нижней доли правого лёгкого - нижняя лобэктомия справа. Так же произведена VATS, нижняя лобэктомия слева больному с бронхоэктазами нижней доли левого лёгкого с рецидивирующими лёгочными кровотечениями Биопсия образований средостения при торакоскопии произведена 12 пациентам. Во всех случаях диагноз верифицирован. У 8 больных выявлены различные формы лимфопролиферативных заболеваний, у 4 - метастазы рака. Одному больному произведено клипирование грудного лимфатического протока по поводу хилоторакса, вызванного лимфомой с поражением средостения. Осложнений в этой группе больных не было. Отсроченные операции, как правило, носили санационный характер. Выполнялись у больных с инфицированным или свернувшимся посттравматическим гемотораксом, эмпиемой плевры. Всего выполнено 51 торакоскопических санаций. У двух больных потребовались программированные санационные реторакоскопии. За последний год лечебно-диагностическая торакоскопия активно внедряется в практику urgentной хирургии. Своевременно выполненное исследование при закрытой травме, проникающих ранениях грудной клетки, спонтанным пневмотораксе осложненным гемотораксом позволяет распознать характер внутригрудных повреждений и источник внутриплеврального кровотечения. Видеоторакоскопия в связи с проникающими ранениями грудной полости, осложненными гемопневмотораксом выполнена 8 больным. Трём больным произведено ушивание ран лёгкого, двум выполнено ушивание раны диафрагмы с использованием экстра или интракорпорального шва. Всем больным этой группы произведён гемостаз в связи с продолжающимся внутриплевральным кровотечением. Широкое внедрение в практику торакальной хирургии видеоторакоскопии позволяет выполнить адекватный объём оперативного вмешательства из

малотравматичного доступа, тем самым значительно снижая количество осложнений в послеоперационном периоде и сроки выздоровления больных.

---

## 1525.МЕСТО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Шабунин А.В., Бедин В.В., Чеченин Г.М., Галаева Е.В., Равич Л.Д., Лебедев С.С., Семенычева Н.В.

Москва

Городская клиническая больница им.С.П. Боткина (Москва, Россия)Кафедра хирургии РМАПО

Цель исследования: оценить эффективность лечения пациентов острой обтурационной толстокишечной непроходимости (ООТКН) с помощью колоректального стентирования. Материалы и методы: С 2010г по настоящее время в ГКБ им. С.П. Боткина госпитализировано 340 пациента ООТКН. Всем пациентам с момента госпитализации проводился комплекс диагностических и лечебных мероприятий, направленный на точную оценку состояния больного, установление причин ООТКН, консервативных методов ликвидации кишечной непроходимости и предоперационной подготовки. У 12 больных (3.5%) удалось добиться разрешения явлений нарушения кишечной проходимости с помощью консервативных мероприятий. Неэффективность консервативной терапии потребовала выполнения экстренных операций. Экстренные и срочные вмешательства выполнены у 280 (82.3%) пациентов, больным выполнены резекции левых отделов ободочной кишки, правосторонние гемиколэктомии, формирование двустольных колостом, формирование двустольных илеостом. С 2008г в клиническую практику стал внедряться способ лечения ООТКН путем установки колоректальных стентов. Установка колоректальных стентов при ООТКН осуществлена у 56 (16.5%) больных – пациенты составили основную группу. В контрольную группу включено 280 (82.3%) пациентов перенесших различные оперативные вмешательства. Показания к колоректальному стентированию являлись: обтурационная кишечная непроходимость в т.ч. декомпенсированная, наличие тяжелых сопутствующих заболеваний в стадии декомпенсации, обуславливающих непереносимость хирургического вмешательства, диссеминация опухолевого процесса, техническая возможность проведения проводника (просвет не менее 2 мм). Противопоказаниями к колоректальному стентированию являлись: подозрение на перфорацию опухоли, рак нижнеампулярного отдела прямой кишки Колоректальное стентирование выполнялось в эндоскопической рентгеноперационной, во время видеоэндоскопической колоноскопии и под постоянным рентгеновским контролем с помощью ЭОП. Колоноскоп подводился к месту сужения, контрастировали зону сужения жидким водорастворимым контрастом, определяя его топiku и протяженность. После чего по каналу колоноскопа, под контролем зрения и рентгеноскопии металлический проводник проводился за зону сужения, затем по нему устанавливалась система доставки колоректального стента. Раскрытие стента контролировалось при рентгеноскопии. В первые сутки после стентирования, у пациентов отмечаются клинические признаки восстановления кишечной проходимости: начинали отходить кишечные газы, появлялся стул, иногда обильный, уменьшалось вздутие живота. В послеоперационном периоде в течение 3-6 суток пациентам проводилась коррекция водно-электролитных и белковых нарушений, анемии, лечение сопутствующих заболеваний. Больные после контрольной ирригоскопии в стабильном состоянии выписывались из стационара под наблюдение хирурга и онколога. Результаты: результатом установки колоректальных стентов являлось восстановление кишечной проходимости у 54 (96%) пациентов. В 4 (7,1%) случаях наблюдалась дислокация колоректальных стентов. При этом в 3 случаях дислокация наблюдалась при установке покрытого колоректального стента. В 1 наблюдении миграция стента произошла при установке непокрытого колоректального стента в восходящую ободочную кишку. При дислокации колоректальных стентов удавалось коррегировать состояние мигрированных стентов с помощью эндоскопических методов. В 2 (3,6%) случаях при установке колоректальных имело место перфорация распадающейся опухоли сигмовидной кишки, что потребовало в обоих случаях выполнения экстренной операции – лапаротомии, сигмоидэктомии, санации брюшной полости. Один пациент скончался на 2 сутки после оперативного вмешательства на фоне прогрессирования сердечно-сосудистой недостаточности, во втором случае больная с множественными метастазами в

1073

головной мозг умерла через месяц после операции на фоне нарастания неврологической симптоматики. В одном случае установить колоректальный стент не удалось - сужение менее 1 мм (для проводника не проходимо). Заключение: колоректальное стентирование является высокоэффективным методом восстановления проходимости просвета толстой кишки который практически не ухудшает течение основного заболевания, а так же не снижает качество жизни пациентов. Установка колоректального стента для разрешения толстокишечной непроходимости дает время для дообследования и подготовки больного к плановой радикальной или циторедуктивной операции, компенсации сопутствующей патологии, проведение ПХТ. В то же время дороговизна колоректального стента, необходимость круглосуточного наличия в клинике обученных специалистов: эндоскописта, рентген-хирурга, анестезиолога, вероятность осложнений (перфорация опухоли, перфорация кишки, миграция стента, кровотечение ограничивают возможность широкого применения данного метода.

---

## 1526.ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ 300 ОПЕРАЦИЙ ШУНТИРОВАНИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ

Кармадонов А.В., Кубатько Н.А., Ефимов А.В.

Туапсе

ФГБУ "Туапсинский многопрофильный центр"

Актуальность: Бариатрическая хирургия доказала свою эффективность в достижении значительного снижения массы тела, а также улучшения течения заболеваний обусловленных морбидным ожирением, повышения качества жизни и увеличение её продолжительности. Материалы и методы: С 2006 по 2015 г. мы располагаем опытом выполнения 300 операций шунтирования желудка. В своей работе мы использовали показания к оперативному лечению рекомендованные международной ассоциацией хирургии ожирения и метаболических расстройств. В своей работе мы применяли операцию гастрощунтирования в модификации J.Capella, R.Capella с некоторыми собственными изменениями. Все операции выполнялись лапаротомным доступом. Выполнялась верхнее-срединная лапаротомия с длиной разреза 10-12 см. На первом этапе выполнялось формирование «малого» желудочка объемом 20-30 мл. Для этого использовались аппараты GIA 60 и 80 компании COVIDIEN (США). На втором этапе формировалась отключенная по Ру петля в 80-100 см. от связки Трейца. Средняя длина выключенной петли составила 186 + 105 см. Межкишечный анастомоз формировался однорядным, непрерывным швом нитью. Отключенная петля анастомозировалась с «малым» желудочком. В 96% случаях отключенная петля проводилась позадиободочно, позадижелудочно. В 4% случаях впередиободочно, впередижелудочно. Причиной изменения пути проведения явились короткая брызжейка поперечноободочной кишки или запаянная сальниковая сумка. Гастроэнтероанастомоз формировался двухрядным непрерывным швом. Обязательно выполнялся контроль герметичности с помощью введения по зонду раствора метиленового синего и воздуха. В 35 случаях выполнена симультанная операция – холецистэктомия. Вставать разрешалось в день операции. Прием жидкости per os на 2 сутки. Критериями для выписки являлись: возможность приема жидкости объемом не менее 1,0 – 1,5 литра, нормальная температура, отсутствие тахикардии. Результаты: Среднее время операции 105 минут. Среднее время госпитализации 4,5 суток. Максимальный срок наблюдения составил 11 лет. Процент снижения избыточной массы тела: EWL% через 3 месяца – 32,2 EWL% через 6 месяца – 53,4 EWL% через 1 год– 70,8 В своей работе мы встретились со следующими осложнениями. Ранние послеоперационные осложнения (до 30 суток): - несостоятельность гастроэнтероанастомоза 3 - несостоятельность «малого желудочка» 2 - несостоятельность отключенного отдела желудка 1 - желудочно-кишечное кровотечение (из линии гастроэнтероанастомоза) 2 - псевдомембранозный колит 1 - желчеистечение из ложа пузыря 1 Поздние послеоперационные осложнения: - послеоперационная грыжа 34 - анемия 75 - формирование фибробезоара 2 Выводы: 1.Операция шунтирования желудка является эффективным методом лечения морбидного ожирения. 2.Очень важен вопрос определения длины выключенной петли, на наш взгляд она должна быть больше у пациентов со сверхожирением и пациентов имеющих метаболический синдром. 3.Выполнение холецистэктомии показано всем пациентам с желчнокаменной болезнью, у больных без желчнокаменной

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

болезни вопрос о удалении желчного пузыря решается индивидуально. Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать!

---

## 1527.ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ И ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ

Шабунин А.В., Якушин В.И., Ульянов С.А., Ерохин М.П., Хадиков К.О., Спахов В.В., Шехоян А.С., Соловьев Н.А.

Москва

ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина, кафедра хирургии РМАПО, г. Москва, Россия.

Лечение больных с острой эмпиемой плевры сохраняет актуальность в наши дни. Несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении острых эмпием плевры, показатели заболеваемости, хронизации процесса, инвалидизации и летальности больных остаются достаточно высокими. Эмпиема плевры - воспаление париетальной и висцеральной плевры с накоплением в образовавшейся между ними полости гнойного или фибринозно-гнойного экссудата. По клиническому течению различают острые эмпиемы плевры - до трех месяцев и хронические - свыше трех месяцев. Острая эмпиема плевры является полиэтиологическим заболеванием. Характер течения инфекционного процесса в плевре зависит от вида и вирулентности возбудителя, от анатомо-физиологических особенностей плевральных листков и органов дыхания, от состояния иммунологической защиты организма. Патогенетически различают первичную и вторичную эмпиему плевры. При первичной эмпиеме плевры очаг воспаления с самого начала локализуется в плевральной полости, при вторичной он является осложнением другого гнойно-воспалительного заболевания. Первичная эмпиема плевры возникает на фоне неизмененных, здоровых плевральных листков в результате нарушения их барьерной функции с занесением микрофлоры. Это бывает при травме груди, после операции на легком, а также при наложении искусственного пневмоторакса. Вторичная эмпиема плевры до 80% случаев является осложнением пневмонии, острых и хронических гнойных заболеваний легких. Для распознавания данной патологии применяются различные диагностические методы: полипозиционная рентгенография органов грудной клетки, компьютерная томография органов грудной полости, УЗИ плевральных полостей, фибробронхоскопия с бронхосмывами на бактериологическое, цитологическое исследование, посев мокроты и плевральной жидкости на флору и чувствительность к антибиотикам, цитологическое исследование плевральной жидкости, посев крови на стерильность, общий и биохимический анализы крови. Дополнительными методами при необходимости служат: УЗИ органов брюшной полости, ЭХО-КГ, ФВД. Лечение эмпиемы плевры носит комплексный характер, направленный как на активную хирургическую тактику с санационными способами, так и на массивную антибактериальную, дезинтоксикационную и корригирующую терапию. Активная хирургическая тактика, направленна на санацию гнойного очага включает: пункции, дренирование плевральной полости (полости эмпиемы), торакотомии, миниторакотомии с видеосопровождением, видеоассистированную торакоскопию (ВАТС) и видеоторакоскопию (ВТС). В отделении торакальной хирургии за последние три года находилось 65 больных с эмпиемой плевры. Всем пациентам проводились диагностические пункции плевральной полости. При ограниченном скоплении жидкости, пункции плевральной полости под УЗИ наведением. 25 пациентам производились пункции плевральной полости с использованием системы «Pleurifix». Из них 4 больным проведено лечение пункционным способом. 18 больным произведено дренирование полости эмпиемы с их последующим фракционным промыванием растворами антисептиков. 43 пациентов были оперированы. Из них: 7 женщины и 36 мужчин. Возрастной состав, в основной массе составляли лица трудоспособного возраста. Только 4 больных были старше 60 лет. В 2012 году оперировано 11 больных (10 мужчин и 1 женщина). Миниторакотомия с резекцией участка ребра с видеосопровождением выполнена у 6. Видеоассистированная торакоскопия (ВАТС) – 3. Торакотомия – 1. Торакостомия – 1. В 2013 году оперировано 13 больных (12 мужчин и 1 женщина). Миниторакотомия с резекцией участка ребра с видеосопровождением – 2. Видеоассистированная торакоскопия (ВАТС) – 6. Видеоторакоскопия (ВТС) – 1. Торакотомия – 4. При этом, при торакотомических операциях выполнялась обработка полости эмпиемы

1075

расфокусированным лазерным лучом хирургического гелий-неодимового лазера фирмы Martin. В 2014 году оперировано 16 больных (15 мужчин и 4 женщины). Миниторакотомия с резекцией участка ребра с видеосопровождением – 2. Видеоассистированная торакоскопия (ВАТС) – 2. Видеоторакоскопия (10) – 12. Торакоотомия – 1. Видеоторакоскопия проводилась под эндотрахеальным наркозом с раздельной интубацией двухпросветной интубационной трубкой при положении больного на здоровом боку с подложенным валиком. Место введения первого торакопорта определялось на основании оценки рентгенологических и КТ данных локализации и распространенности эмпиемы. Так же выполнялась дооперационная маркировка границ эмпиемы с помощью УЗ исследования, что позволяет избежать травматическое повреждение лёгкого, диафрагмы вводимым троакарном. В случае наличия ранее установленных плевральных дренажей, первый порт устанавливали через место их расположения. За тем, после обзорной видеоторакоскопии под визуальным контролем в плевральную полость вводился второй, а при необходимости и третий торакопорт для эндоскопического инструментария. Проводилась аспирация гнойного содержимого и фибрина, разрушение внутривисцеральных спаек и сращений. Всем больным интраоперационно производились санации полости эмпиемы растворами антисептиков, при необходимости коагуляция плевры. Операцию заканчивали дренированием двумя дренажами с дальнейшим подключением к активной аспирации. Средний койкодень составил 23 дня, по сравнению с прошлыми данными, когда средний койкодень составлял 36 дней. Летальный исход наблюдался у одного больного с тяжелой сопутствующей патологией. 3 больных выписали с плевральным дренажом, который был удален на 10-14 сутки после выписки. Использование видеоторакоскопических операций (ВТО) позволяет под визуальным контролем проводить более тщательно санацию плевральной полости при острых эмпиемах плевры. А так же и выполнять повторные программированные санационные реторакоскопии при наличии показаний. ВТО менее травматичны для больных, отмечается менее выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде, что приводит к ранней активизации больных и улучшению результатов лечения.

---

#### 1528. ВЛИЯНИЕ КЕТАМИНА И МЕДОЗАЛАМА ПРИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ В ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.

Пирумян А.Ж., Скобло М.Л., Ефросинина И.В., Погосян А.А., Касьянов Е.В., Лебедева Е.А.

Ростов на Дону.

МБУЗ «Городская больница №6», Городской колопроктологический центр, ГБОУ ВПО «Ростовский Государственный Медицинский Университет» МЗ РФ

Одной из важных проблем в выборе средств для анестезии является влияние анестетиков на функциональное состояние печени, так как инактивация большинства анестетиков происходит в печени. Большинство препаратов применяемых в анестезиологическом пособии обладает кардиодепрессорным действием, применение кетамина в сочетании с медозаламом выгодно отличается стабильностью гемодинамики при выборе анестезиологического пособия. Кетамин был выбран в качестве основного анестетика. Применение кетамина в сочетании с медозаламом было применено у больных оперированных по поводу острого холецистита не имеющих желтухи и выраженных функциональных нарушений печени. Целью: исследования является изучение влияния кетамина и медозолама на частоту возникновения функциональных нарушений печени при остром холецистите. Материалы и методы: В первую группу вошли 52 пациента в возрасте 18-65 лет. Обследование проводилось до операции (исходные данные), на 3е, 5е и 7 сутки после операции. Во вторую группу вошло 47 пациентов с аналогичной патологией, которым проводилось анестезиологическое пособие препаратами ТВА по общей принятой методике. Для оценки функционального состояния печени определяли концентрацию билирубина и его фракций, активность ферментов: аспаргиновой и аланиновой трансаминазы, щелочной фосфатазы, ЛДГ, белок и его фракции, фибриноген и фибринолитическую активность. Анестезиологическое пособие проводили по следующей методике: премедикация включала в себя атропин, антигистаминные препараты, анальгетики. Индукцию проводили медозаламом в дозировке (0,25-0,35 мг/кг веса) и кетамина в дозе 2-3 мг/кг в час. Релаксация

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

осуществлялась ардуаном в стандартной дозе. Фентанил вводился на наиболее травматичных этапах оперативного вмешательства в дозе 0,1мг/кг. Ведение кетамина прекращали за 20 минут до окончания анестезиологического пособия. ИВЛ осуществляли кислородно-воздушной смесью под контролем показателей кислотно-основного состояния, SatO<sub>2</sub>, Pco<sub>2</sub>, капнаграфии. На всех этапах операции и обезболивания отмечалась стабильность гемодинамических показателей. Длительность оперативного вмешательства длилась в среднем 80 мин. Результаты: При анализе показателей пациентов отмечалась достоверное повышение активности трансаминаз, особенно аспаргиновой на 3е, 5е сутки, повышение уровня билерубина, что возможно является отражением явлений цитолиза и холестаза в послеоперационном периоде. Достоверно повышается уровень фибриногена, особенно в группе больных у которых производилось анестезиологическое пособие кетеминном, при этом снижается фибринолитическая активность. Так же происходят изменения белкового обмена, наступает диспротеинемия в следствии гипоальбунемии, что сочеталось с гиперглобулинемией, которая характеризуется увеличением альфа и бета фракций глобулина. Эти изменения по-видимому, в большей степени зависят от характера основного заболевания, объема кровопотери и других факторов операционной агрессии. Выводы: Проведенное исследование показали, что анестезиологическое пособие с применением кетамина и медозалама у пациентов не имеющих функциональных нарушений печени, не оказывает повреждающего влияния на функцию печени, а нарушения функционального состояния печени в раннем после операционном периоде следует рассматривать как реакцию на те или иные особенности оперативного вмешательства при данной патологии.

---

#### 1529. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА.

Тимербулатов М.В., Сендерович Е.И., Зиганшин Т.М., Рахимов Р.Р., Нурыев А.А.

Уфа

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии. ГБУЗ РБ ГКБ №21 г. Уфа

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с инфицированным панкреонекрозом путем оценки эффективности применения миниинвазивных лечебно-диагностических процедур и выбора оптимальной лечебной тактики. Материалы методы На базе хирургического отделения ГБУЗ РБ ГКБ № 21 с 2010 г. по 2014 г. были прооперированы 95 пациентов с инфицированным панкреонекрозом. Среди пациентов было 63 (66,3%) мужчины и 32 (33,7%) женщины, возраст больных колебался от 25 до 86 лет. Средний возраст составил 43,1±1,1 года. Поздняя госпитализация (более 24 часов) наблюдалась у 73,7% пациентов. Всем пациентам проводили комплекс лабораторно-инструментальных диагностических исследований: УЗИ ОБП, КТ ОБП и ОГК с болюсным контрастированием в динамике. Диагностические пункции жидкостных скоплений в сальниковой сумке и плевральных полостей были выполнены под контролем УЗИ с последующим микробиологическим исследованием. Все пациенты находились на лечении в отделении хирургической реанимации. Дальнейшее лечение осуществляли в хирургическом отделении. Оценку тяжести состояния больных проводили по APACHE II, SAPS, HAPS (harmless acute pancreatitis score). Полиорганную недостаточность оценивали по шкалам MODS, SOFA. С целью определения степени эндотоксинемии применяли количественное определение содержания липополисахарида в плазме крови больных с помощью стандартизованного кинетического хромогенного турбидиметрического метода по конечной точке с использованием реактива — LAL Endosafe ENDOCHROME™ («HyCult biotechnology», Голландия). Для купирования эндотоксикоза наряду с инфузионной терапией использовались методы эфферентной и экстракорпоральной детоксикации: гемо/ультрафильтрация, плазмаферез, УФОК крови. Антибактериальная терапия проводилась с первых суток, и к концу третьего месяца лечения крайне тяжело было подобрать антибиотик, из-за частой смены этих препаратов и длительного периода лечения. Проводилась комплексная нутритивная поддержка, заключающаяся в парентеральном и энтеральном питании в день поступления. На 8-10 сутки при условии нормализации уровня амилазы и липазы крови,

1077

восстановления функциональной активности желудочно-кишечного тракта, начинали пероральный прием питательных смесей (сиппинг). Результаты Дренирование очаговых жидкостных скоплений под контролем УЗИ выполнено у 15 (15,8%) больных катетерами различного диаметра типа pigtail, метод оказался эффективным у 8 (53,3%) больных, что явилось окончательным методом лечения у данных пациентов. При продолжающейся фазе секвестрации, обширных полостях с густым гнойным отделяемым метод пункции под контролем УЗИ оказался неэффективным. У 65 (68,4%) пациентов были выполнены лапароскопические санации сальниковой сумки с минилумботомией. При прогрессировании фазы секвестрации у 40 (42,1%) больных были выполнены видео-ассистированные санации с установкой handport в левом подреберье и формированием оментобурстомы. В зависимости от течения патологического процесса выполнялось от 4 до 10 программированных санаций с секвестрнекрэктомией. Открытые вмешательства выполнены 15 (15,8%) больным. У 17 (17,9%) пациентов после выполненного миниинвазивного вмешательства вследствие прогрессирования панкреонекроза произведены открытые вмешательства. Плевральные пункции выполнены 16 (16,8%) пациентам по поводу экссудативного плеврита. Микробиологические исследования посевов крови, перитонеального экссудата и гнойного отделяемого из полости абсцессов, забрюшинных флегмон у оперированных больных позволили выявить возбудителей гнойной инфекции: E.coli, Enterobacter, Ps.aeruginosae. Средний срок пребывания составлял  $80 \pm 5,3$  дней. Общая летальность при инфицированном панкреонекрозе составила 26,3 %. Причинами смерти во всех случаях явилось развитие выраженного синдрома эндогенной интоксикации, развившегося после массивной антибиотикотерапии, полиорганной недостаточности и гнойно-септических осложнений. Аррозивные кровотечения не встречались. Наружный панкреатический сформировался у 20 (21,1%) больных. Псевдокисты поджелудочной железы сформировались у 25 (26,3) пациентов, что потребовало в дальнейшем дренирующих операций. Выводы Применение комплексной и дифференцированной тактики лечения больных острым инфицированным панкреонекрозом позволило значительно снизить летальность у больных данной категории до среднемировых значений. Увеличение количества лапароскопических вмешательств способствует снижению операционной летальности по сравнению с широкими лапаротомиями, и уменьшает необходимость выполнения обширных оперативных вмешательств в любые сроки, улучшает реабилитацию пациентов в послеоперационном периоде с сокращением количества койко-дней, проводимых в стационаре.

---

### 1530.ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ ПЕЧЕНИ.

Шабунин А.В.(1,2), Парфенов И.П. (1), Бедин В.В.(1,2), Тавобилов М.М. (1,2), Греков Д.Н. (1,2), Дроздов П.А (1). Венгеров В.Ю. (1)

Москва

Городская клиническая больница им. С.П. Боткина (г. Москва, Россия)Кафедра хирургии РМАПО (г. Москва, Россия)

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с открытой и закрытой травмой печени путем дифференцированного подхода на основании клинического статуса и современных методов визуализации. Материал и методы: За период с января 2008 года по март 2015 года в клинике находились на лечении 891 больной с абдоминальной травмой. Открытая абдоминальная травма была у 404 (45,4%), закрытая травма у 487 (54,6%) больных. Повреждения печени диагностировано у 208 (23,4%), из них с открытой травмой 91 (43,7%), с закрытой травмой 117 (56,3%) пострадавших, при этом изолированная закрытая травма печени была у 17 (8,2%) больных. С учетом классификации повреждений печени (AAST) пострадавшие были распределены следующим образом: 1 степень - 52 (25%), 2 степень - 65 (31,2%), 3 степень - 60 (28,8%), 4 степень - 26 (12,5%), 5 степень - 5 (2,5%) больных. Пострадавших с 6 степенью по AAST не было. Среди пострадавших преобладали мужчины - 132 (63,5%). Средний возраст составил  $38,4 \pm 10,3$  лет. В зависимости от клинического статуса, характера и тяжести травмы больные поступали в приемное отделение, либо в шоктовую палату, либо в операционную. Показанием для прямого поступления в операционную была открытая травма у гемодинамически нестабильных больных. В шоктовую палату направлялись больные с сочетанной травмой и признаками травматического шока, остальные больные



обследовались в приемном отделении. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости выполнялось всем больным, исключением были больные, поступающие сразу в операционную. В зависимости от клинического статуса больного (стабильность гемодинамики), данных УЗИ, спиральной компьютерной томографии (СКТ) наличие или отсутствие перитонеальных симптомов – определялась дальнейшая тактика: лапароскопия; лапаротомия; динамическое наблюдение. До 2014 года показанием к оперативному лечению у больных (лапароскопия, лапаротомия) было наличие свободной жидкости в брюшной полости. С 2014 года стали применять дифференцированный подход, включающий состояние клинического статуса больного и данных УЗИ и СКТ. При наличии свободной жидкости в брюшной полости до 500 мл и стабильной гемодинамике – за больными проводили динамическое наблюдение, включающее мониторинг артериального давления (АД), общего анализ крови (ОАК) и УЗИ каждые два - три часа в течение первых суток; по показаниям выполняли срочное СКТ, либо больным проводилась диагностическая лапароскопия с последующей лапаротомией. По показаниям применялся принцип "damage control surgery" (7 больных (3,4%)). Результаты: За период с 2008 года по 2014 год оперировано 167 из 173 больных (96,5%). Осложнения были диагностированы у 72 (43,1%) больных, из них специфические осложнения (абсцесс печени, внутрибрюшное кровотечение, инфицирование биломы, желчный свищ) были у 24 (14,0%) больных. Послеоперационная летальность составила 12,6% (21 больной), общая летальность соответственно 12,1%. С 2014 года по март 2015 года, с учетом дифференцированного подхода оперировано 26 из 35 больных (74,3%) больных. Осложнения в этой группе были у 13 (37,1%) больных, специфические у 5 (14,2%). Послеоперационная летальность составила 7,6% (2 больных), общая летальность соответственно 5,7%. Заключение: Дифференцированный подход при травмах печени показал необходимость консервативного лечения при I и II типах травмы по AAST, возможность его применения при III и IV типах травмы по AAST при правильном отборе больных и современных возможностях многопрофильного стационара (УЗИ экспертного класса, МСКТ с контрастированием, ангиография). При тяжелых травмах печени с нестабильной гемодинамикой целесообразно применение принципа "damage control surgery". Использование данного алгоритма при наличии квалифицированного персонала позволяет улучшить результаты лечения этой тяжелой категории больных.

---

#### 1531.НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕТИТОМ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ.

Тимербулатов М.В., Сахаутдинов В.Г., Рахимов Р.Р., Сендерович Е.И., Зиганшин Т.М.

Уфа

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ.ГБУЗ РБ ГКБ №21, г. Уфа.

Цель исследования: изучить эффективность ранней нутритивной поддержки больных с острым панкреатитом тяжелой степени, осложненным инфицированным панкреонекрозом. Материалы и методы: Был проведен ретроспективный анализ 95 медицинских карт пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г.Уфы в 2009-14 гг. Среди пациентов было 63 (66,3%) мужчины и 32 (33,7%) женщины, возраст больных колебался от 25 до 86 лет. Средний возраст составил 43,1±1,1 года. Поздняя госпитализация (более 24 часов) наблюдалась у 73,7% пациентов. Всем пациентам были проведены общеклинические и инструментальные исследования. Оценку тяжести панкреатита и наличие полиорганных дисфункций проводили по шкалам APACHE II, SOFA. Все больные проходили лечение в отделении хирургической реанимации. Они были разделены на три группы. В первую группу вошли 32 пациента, которым проводилось энтеральное питание через назогастральный зонд на 3-4 сутки после поступления пациента. Во вторую группу были включены 34 больных, которым проводили ранее энтеральное питание через сутки с момента поступления через назоюнальный зонд, который был установлен с помощью фиброгастродуоденоскопа. В третью группу были включены 36 пациентов, которым проводилась комплексная нутритивная поддержка, заключающаяся в парентеральном и энтеральном питании в день поступления. Энтеральное питание проводили препаратами: Нутризон, Нутридринк, Нутрикомп. Парентеральное выполнялось с помощью препаратов Нутрифлекс, Кабивен, Оликлиномель. На

1079

8-10 сутки при условии нормализации уровня амилазы и липазы крови, восстановления функциональной активности желудочно-кишечного тракта, начинали пероральный прием питательных смесей (сиппинг). Применялась методика гипербарической оксигенации в терапевтических барокамерах ежедневно после окончания сеанса питания. Оперативное лечение применялось всем больным. Группы больных была равноценны по тяжести острого панкреатита, срокам операции с момента госпитализации. Результаты: Максимальный прирост содержания сывороточных белков 2,5 г/л за сутки был достигнут в третьей группе, однако при этом наблюдалась гипергликемия до 10, 7±2,3 мкмоль/л через 2 часа сеанса питания. В первой группе этот показатель был наименьшим и составил 7,3±1,2 мкмоль/л. Оценивали уменьшение продуктивной азотемии (по соотношению мочевины/креатинин крови). В первой группе – он составил 0,077, во второй – 0,073, в третьей 0,07. (р

---

1532.Лапароскопическая операция Collis с аллопластикой пищевого отверстия диафрагмы и фундопликацией по Touret при рецидивной грыже пищевого отверстия диафрагмы.

Ермаков Н.А., Зорин Е.А., Орловская Е.С.

Москва

ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России г. Москва

Введение: Операция Коллиса – редко выполняемый вид операции при грыже пищевого отверстия диафрагмы. Основное показание к выполнению операции Коллиса – истинное укорочение пищевода и невозможность свободного расположения абдоминального отдела пищевода ниже диафрагмы даже после максимальной мобилизации, и, соответственно, невозможность формирования фундопликационной манжеты в брюшной полости в связи с тракцией в средостенье. Материалы и методы: представляется клинический случай оперативного лечения пациентки 69 лет с рецидивной гигантской грыжей пищевого отверстия диафрагмы. В 2014 году по поводу грыжи пищевого отверстия диафрагмы III типа пациентке выполнена лапароскопическая фундопликация по Ниссену. Через полгода после операции, пациентка отметила возобновление жалоб на изжогу, тяжесть за грудиной после еды. При обследовании выявлен рецидив грыжи пищевого отверстия диафрагмы. Рентгенологически дно и часть тела желудка расположены в средостенье. Пациентка оперирована лапароскопически. Использована 5-троакарная методика. Положение пациента на спине, с разведенными ногами. Положение хирурга между ног пациента. После лапароскопии выявлено, что причина рецидива – расхождение крурорафических швов, при этом большая часть желудка (до нижней трети) находится в средостенье. После разделения массивных рубцовых сращений между стенкой желудка, грыжевым мешком, пищеводом, аортой, желудок низведен в брюшную полость. После максимальной мобилизации пищевода выявлено, что имеется укорочение последнего, что приводит к расположению абдоминального отдела пищевода, пищеводно-желудочного перехода и кардии в нижнем средостенье. Принято решение о выполнении процедуры Коллиса. Часть дна и кардия пересечены линейным сшивающим аппаратом с высотой скобки 3,5 мм, скрепочный шов дополнительно укрыт. Далее произведена крурорафия, с укреплением ножек диафрагмы композитным протезом. Операция закончена фундопликацией по Touret. Результаты: время операции 190 мин. Через 2 часа после операции пациентка переведена отделение, начата активизация. Питье пациентка начала получать на 2 сутки после рентгенографии с водорастворимым контрастом для подтверждения состоятельности скрепочных швов. Жидкое питание начато с 3 суток. Срок госпитализации 5 дней. При контрольной рентгенографии через 1 месяц после операции – отсутствие рецидива, расположение фундопликационной манжеты ниже уровня диафрагмы. Клиники рефлюкса, дисфагических проявлений нет. Заключение: операция Коллиса является по сути единственной альтернативой для снижения риска повторного рецидива при грыжах пищевого отверстия диафрагмы в сочетании с коротким пищеводом. Представленный клинический случай доказывает возможность и безопасность применения лапароскопии для оперативного лечения сложных случаев рецидива грыж пищевого отверстия диафрагмы.

---

### 1533. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ У РОДИЛЬНИЦ.

Тимербулатов М.В., Сендерович Е.И., Зиганшин Т.М., Рахимов Р.Р., Гарифуллин Б.М.

Уфа

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФГБУЗ РБ ГКБ №21 г. Уфа

Актуальность Острый билиарный панкреатит представляет собой одну из важных и нерешенных проблем в абдоминальной хирургии. Частота данного заболевания составляет 35% от остальных форм панкреатита. Вопросы диагностики и лечения данной патологии являются общеизвестными для врачей различных специальностей, несмотря на достижения в этой области (лапароскопическая холецистэктомия является рутинной операцией в работе хирургов), ранняя диагностика желчнокаменной болезни остается актуальной среди девушек, решивших стать матерями. Самым грозным осложнением является папиллярный илеус с молниеносным развитием острого деструктивного панкреатита. Цель исследования: улучшение результатов лечения рожениц, страдающих острым панкреатитом тяжелой степени путем выбора оптимальной лечебной тактики. Материалы методы На базе хирургического отделения ГБУЗ РБ ГКБ № 21 находились на стационарном лечении 12 больных с острым билиарным панкреатитом в послеродовом периоде в 2012-14 гг. Возраст колебался от 21 до 30 лет. Пациентки поступали в первые месяцы после родов. Индекс массы тела у данной категории больных составлял  $40,6 \pm 8,7$  кг/м<sup>2</sup>. Поздняя госпитализация (более 24 часов) наблюдалась у 78 % пациенток. Всем пациенткам проводили комплекс лабораторно-инструментальных диагностических исследований: УЗИ ОБП, КТ ОБП и ОГК с болюсным контрастированием в динамике, МРХПГ или ЭРХПГ. Пациенты госпитализировались в отделение хирургической реанимации и интенсивной терапии. Оценка тяжести состояния больных проводили по APACHE II, SAPS, HAPS (harmless acute pancreatitis score). Полиорганную недостаточность оценивали по шкалам MODS, SOFA. С целью определения степени эндотоксинемии применяли количественное определение содержания липополисахарида в плазме крови больных с помощью стандартизованного кинетического хромогенного турбидиметрического метода по конечной точке с использованием реактива — LAL Endosafe ENDOCHROME™ («HyCult biotechnology», Голландия). Для купирования эндотоксикоза наряду с инфузионной терапией использовались методы эфферентной и экстракорпоральной детоксикации: гемо/ультрафильтрация, плазмаферез, УФО крови. Уровень общего билирубина составлял  $80,6 \pm 8,7$  мкмоль/л. Лейкоцитарный индекс был на уровне  $5,9 \pm 1,2$ . Результаты: Родильницам выполнялось оперативное лечение в экстренном порядке. ЭПСТ с лапароскопической холецистэктомией и санацией сальниковой сумки была осуществлена в 2 случаях (16,7%), у 4 пациенток (33,3%) выполнена лапароскопическая холедохолитэкстракция с холецистэктомией и санацией сальниковой сумки, в 6 случаев (50%) проводилась лапаротомия, холедохолитотомия с дренированием холедоха и секвестрнекрэктомией поджелудочной железы. Смертность составила 16,7% (2 роженицы). Причинами смерти во всех случаях явилось развитие выраженного синдрома эндогенной интоксикации, развившегося после массивной антибиотикотерапии, полиорганной недостаточности и гнойно-септических осложнений на фоне позднего обращения за медицинской помощью. Аррозивные кровотечения не встречались. Псевдокисты поджелудочной железы сформировались у 3 пациенток, что потребовало в дальнейшем дренирующих операций. Наружные панкреатические свищи сформировались у 2 больных. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила  $90 \pm 8,2$  суток, средний балл SOFA составлял  $8,8 \pm 0,152$  баллов. Выводы: Роженицы, страдающие желчнокаменной болезнью относятся к группе риска по возникновению острого билиарного панкреатита в послеродовом периоде, который сопровождается высокими процентом осложнений и летальностью. Применение комплексного лечения с применением хирургических методов в лечении острого билиарного панкреатита тяжелой степени позволяет повысить выживаемость родильниц. Сохраняется необходимость в проведении просветительской работы среди населения по раннему выявлению желчнокаменной болезни и включение в список обязательного обследования УЗИ ОБП при подготовке к беременности.

1534. Заживление ран после лапаротомии

Стручков Ю.В., Горбачева И.В., Фруктов С.С.

Москва

Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, кафедра общей хирургии

Перитонит, по-прежнему, остается одной из труднейших и далеко не решенных проблем современной хирургии. Особое место здесь по праву занимают послеоперационные перитониты. Частота этой патологии в структуре летальности после вмешательств на органах брюшной полости составляет более 3% , продолжая неуклонно расти. Тактика лечения послеоперационных перитонитов четко определена и включает раннюю релапаротомию, ликвидацию источника перитонита, санацию брюшной полости, декомпрессию кишечника, комплексную антибактериальную и дезинтоксикационную терапию, иммунотерапию и пр. Однако традиционные средства и методы лечения часто недостаточно эффективны и не всегда предупреждают развитие различных осложнений. Это определяет необходимость дальнейшего поиска новых и совершенствования известных средств и методов лечения с целью поиска путей улучшения результатов лечения больных этой тяжелой патологией. Нами были изучены результаты лечения 123 больных с разлитым послеоперационным перитонитом. Всем больным проводились программированные этапные санации брюшной полости при помощи, разработанной в клинике методики лапаротомии. Параллельно в комплекс лечебных мероприятий включалась активная антибактериальная терапия с использованием внутривенного и эндолимфатического путей введения препаратов, а также комплексная детоксикация с применением метода экстракорпоральной детоксикации. В клинике совместно с патологоанатомами и микробиологами проведена работа по изучению воздействия механических и физических методов санации брюшной полости. Хорошие результаты получены при местном применении электролитного раствора гипохлорита натрия на фоне экстракорпоральной детоксикации при этапных санациях брюшной полости. Показанием к ликвидации лапаротомы служит стойкая тенденция к разрешению послеоперационного перитонита, определяемая прекращением экссудации визуально, регрессом воспалительной реакции брюшины со снижением ее микробной обсемененности ниже критических показателей, восстановлением перистальтики кишечника, снижением уровня эндотоксемии, а также характерной картиной при ультразвуковом исследовании. В результате принятого в клинике лечения перитонитов методом наложения лапаротомы с программируемыми санациями нагноения ран отмечались у 16 больных, в том числе только у 4 больных оно носило прогрессирующий характер с формированием обширных флегмон брюшной стенки и сопровождалось развитием тонкокишечных свищей. Проведенное в клинике комбинированное микробиологическое, цитологическое и гистохимическое исследования показали схожесть динамики раневого процесса при использовании лапаротомы и при активном хирургическом лечении гнойных ран мягких тканей. Ранняя релапаротомия с наложением лапаротомы и использованием этапных программируемых санаций брюшной полости зарекомендовала себя как надежный метод активного хирургического лечения послеоперационного перитонита

---

1535. Нерво-сохраняющая радикальная гистерэктомия в сочетании с нерво-сохраняющей парааортальной лимфаденэктомией в хирургическом лечении рака шейки матки.

Мухтарулина С.В.<sup>1</sup>, Каприн А.Д.<sup>2</sup>, Асташов В.Л.<sup>1</sup>

Москва

<sup>1</sup>ФГКУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко МО РФ»<sup>2</sup> ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий»

Актуальность: на основании знаний в области функциональной нейроанатомии мочеполовой системы женщины разработана и внедрена в практику радикальной гистерэктомии (РГЭ) С1 типа, которая успешно предотвращает послеоперационную дисфункцию мочевого пузыря (ДМП) у больных РШМ. В настоящем исследовании мы провели исследование функции мочевого пузыря у пациенток после РГЭ С1 типа в сочетании с нерво-сохраняющей парааортальной лимфаденэктомией (НСПАЛЭ). Материалы и методы: основную группу составили 59 больных с морфологически верифицированным РШМ IA – IIB стадий, которым была выполнена РГЭ С1 типа с тазовой лимфаденэктомией (ТЛЭ) и НСПАЛЭ 2-4 уровней. 42 больным РШМ IA – IIB стадий группы сравнения А проведено хирургическое лечение в объеме: РГЭ С2 типа с ТЛЭ и ПАЛЭ 2-4 уровней без сохранения забрюшинных нервных сплетений (ЗНС). 38 пациенткам с диагнозом РШМ IA – IIB стадий произведено оперативное вмешательство включающее РГЭ С2 типа с ТЛЭ. Всем женщинам проводилось заполнение опросника «Качество мочеиспускания до и после хирургического лечения РШМ». Оценка чувствительности мочевого пузыря производилась всем пациенткам основной группы и группы сравнения А. Урофлоуметрия выполнялась на аппарате Medical Measurement Systems «Alpha» с целью изучения изменений урофлоуметрической кривой и показателей урофлоуметрии у 49 пациенток основной группы и у 6 пациенток группы сравнения А до операции и 1 месяц после операции. Результаты: ДМП относится к наиболее частым послеоперационным осложнениям. Среди пациентов основной группы признаки ДМП в послеоперационном периоде выявлены у 6 женщин (10,2%). В то же время у 12 больных (28,6%) группы сравнения А наблюдались явления ДМП ( $p=0,03$ ). Нарушение функции мочевого пузыря в группе сравнения В были более сопоставимы с основной группой и составили 10,5% ( $n=4$ ) наблюдений ( $p>0,05$ ). В основной группе нарушения мочевыделительной функции у шести пациенток (10,2%) носили характер гипорефлекторный мочевого пузыря (ГМП), средняя длительность гипотонии при этом составила  $18,5\pm 4,3$  суток, явлений атонии у пациенток не было диагностировано. В структуре ДМП в послеоперационном периоде у пациенток группы сравнения А ведущее место так же занимал ГМП, который проявлялся у 10 пациенток (23,8%) отсутствием мочеиспускания или редкими мочеиспусканиями при полной наполненности мочевого пузыря, вялым мочеиспусканием с напряжением брюшной стенки, ощущением неполного опорожнения из-за большого ООМ, порой достигающего 400-500 мл. Средняя длительность атонии мочевого пузыря составила  $21,5\pm 20,8$  суток, а средняя длительность гипотонии мочевого пузыря была  $25,8\pm 24,7$  суток. У 5 больных (11,9%) группы сравнения А так же отмечены явления недержания мочи. Клинические симптомы гиперактивного мочевого пузыря (ГАМП) наблюдались у 2 пациенток (4,8%) группы сравнения А и характеризовались учащенным мочеиспусканием малыми порциями более восьми раз в сутки, ургентными императивными позывами. Что касается особенностей ДМП у пациенток группы сравнения В, то у трех женщин (7,9%) наблюдались клинические симптомы ГМП. Мочеиспускание отсутствовало до  $14,0\pm 6,6$  суток, а средняя длительность гипотонии мочевого пузыря была  $15,5\pm 3,0$  суток. Недержание мочи и ГАМП были выявлены по 2,6% наблюдений. Нормальная чувствительность мочевого пузыря после операции была у подавляющего большинства пациенток основной группы и лишь у двух пациенток (3,4%) классифицировалась как сниженная. Вместе с тем, в группе сравнения А нормальная чувствительность мочевого пузыря была отмечена у 32 пациенток (76,2%), а сниженная - у десяти больных (23,8%) этой группы ( $p=0,005$ ). Нормальная урофлоуметрическая кривая у пациенток основной группы до операции диагностирована у 45 пациенток (91,8%) и у 4 больных (8,2%) был отмечен обструктивный тип кривой. Спустя один месяц после операции физиологическая урофлоуметрическая кривая по-прежнему была зафиксирована у большинства пациенток основной группы ( $n=38$ , 77,6%), а обструктивная урофлоуметрическая кривая – у 11 больных (22,4%) ( $p>0,05$ ). Нормальная урофлоуметрическая кривая у 6 пациенток группы сравнения А до операции диагностирована у всех пациенток (100%), в то время как после операции физиологическая урофлоуметрическая кривая определялась лишь в 16,7% наблюдений ( $n=1$ ), а в большинстве случаев (83,3%,  $n=5$ ) была зарегистрирована обструктивная урофлоуметрическая кривая ( $p=0,019$ ). Выводы: нерво-сохраняющий подход позволяет сохранить нормальную мочевыделительную функцию у большинства пациенток РШМ.

---

1536. Хирургическое лечение вентральных грыж у больных с портальной гипертензией.

Лебезев В.М., Мусин Р.А., Чуб Р.В., Кобелев И.А.

Москва

ФГБНУ РНЦХ имени акад. Б.В. Петровского

В отделении экстренной хирургии и портальной гипертензии ФГБНУ РНЦХ имени акад. Б.В. Петровского в ретроспективном порядке проанализированы результаты хирургического лечения 57 больных с портальной гипертензией (ПГ), грыжей передней брюшной стенки и асцитом, у 44 диагностирован цирроз печени, у 13 – внепеченочная портальная гипертензия. У всех этих больных имел место асцит, почти у половины больных (28) в анамнезе отмечались рецидивы кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВП и Ж), или эндоскопические признаки угрозы их возникновения. Данные пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 20 пациентов, оперированных в экстренном порядке. У 13-ти из которых показанием к операции являлись ущемление грыжи или прорыв грыжевого мешка с истечением асцитической жидкости, угроза асцит-перитонита. Остальные 7 пациентов были оперированы в связи с кровотечением из ВРВП и Ж. Беря во внимание возможность развития послеоперационных осложнений у этих больных в области грыжевого выпячивания, грыжесечение производилось одновременно с гемостатической операцией. Вторая группа представлена 37 больными, которым в плановом порядке выполняли сочетанное хирургическое лечение – 16 пациентов (одновременное выполнение операции с целью профилактики кровотечения из ВРВП и Ж и грыжесечение) или комбинированное лечение – 8 пациентов (грыжесечение дополнялось эндоскопическим лигированием и/или склерозированием ВРВП и Ж перед операцией). Ещё 13 больным с портальной гипертензией и асцитом выполнялась только герниопластика, в связи с отсутствием угрозы кровотечения. Использовались различные виды пластики грыжевых ворот по известным методикам, или атипично по типу аутопластики, в связи с наличием у таких больных большей площади собственных тканей. В плановой ситуации проводилась предоперационная подготовка, в результате которой удалось улучшить состояние больных в послеоперационном периоде, и добиться вполне удовлетворительных результатов. В первой группе послеоперационные осложнения у больных, оперированных в экстренном порядке, отмечались у 14 (70%), то есть в 4,3 раза чаще, чем во второй группе больных (6 пациентов – 16,2%). Различные осложнения наблюдались у некоторых больных одновременно. У 2-х больных, оперированных в экстренном порядке, основной причиной смерти были рецидивы кровотечений с прогрессированием печеночной недостаточности (летальность – 10%). Во второй группе умер 1 пациент (2,7%) также от нарастания печеночной недостаточности. Асцит-перитонит в первой группе развился в послеоперационном периоде у 46,7% больных, т.е. в 7,5 раза чаще, чем при плановых операциях. Основным методом профилактики и лечения асцит-перитонита является длительное дренирование брюшной полости в послеоперационном периоде. Рецидивы кровотечений, асцит-перитонит, необходимость выполнения более травматичных сочетанных хирургических вмешательств без длительной предоперационной подготовки обусловили более частое, почти шестикратное развитие острой печеночной недостаточности у больных из первой группы, также в первой группе наблюдалось более частое нагноение послеоперационной раны и развитие эвентрации. Таким образом, проведенный анализ, показал явное преимущество хирургического лечения грыж различной локализации у больных с ПГ, выполненного в плановом порядке. Все основные осложнения, определяющие тяжесть течения послеоперационного периода, наблюдались в плановой ситуации гораздо реже и в более легкой форме. В отдаленном периоде изучены результаты у 54 больных. При одинаковых сроках наблюдения, результаты оказались хуже в первой группе, в три раза чаще наблюдались различные осложнения, и в течение 5 лет умерли 77% наблюдаемых больных (23% - во 2-ой группе). Рецидивы грыж наблюдались достаточно часто в обеих группах – 15,4% и 12,9% соответственно. Таким образом, наш анализ показал необходимость комплексного лечения больных с ПГ, асцитом и грыжей передней брюшной стенки, которое желательно выполнять в плановом порядке.

---

1537. ПРОФИЛАКТИКА НАГНОЕНИЙ РАН ПОСЛЕ АППЕНДЕКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМИ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Стручков Ю.В., Горбачева И.В., Фруктов С.С.

Москва

Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, кафедра общей хирургии

Риск развития осложнений выше у больных пожилого и старческого возраста, страдающих нарушениями кровообращения, что создает идеальные условия для перехода асептического воспаления в септическое в зоне операции. Анализированы результаты лечения 844 больных острым аппендицитом. Все они были распределены на три группы – основную, контрольную и группу с наиболее высоким риском развития гнойных осложнений в связи с выраженной недостаточностью кровообращения. Основанием для прогнозирования гнойно-воспалительных осложнений служила динамика анализа ритма сердца. На первых этапах работы мы выявили закономерность: осложнения развивались у всех больных с критическим снижением индекса напряжения (до 60 и ниже), низкими значениями вегетативного индекса Кердо. Это позволило судить о возможности развития гнойно-воспалительных осложнений у всех больных с подобными вариациями ритма сердца. Таких оказалось 28,4 %, причем половина из 3-ей группы, а остальные равномерно распределились в 1-ой и 2-ой группах. Выявленные патологические отклонения ритма сердца вплотную примыкали к такому фактору риска развития гнойно-воспалительных осложнений, как серозно-гнойный выпот в брюшной полости, взятому за эталон (коэффициент наглядности 100 %). Специальная коррекция кровотока – мы обозначили ее как нейрокардиовазотропное воздействие – включала лекарственные средства, улучшающие функции сердца и сосудов, микроциркуляцию, регуляторные процессы. Нейрокардиовазотропное воздействие являлось фоном для проведения принятого на сегодняшний день комплекса мер профилактики гнойно-воспалительных осложнений. Из антибактериальных препаратов использовались цефалоспорины 2 поколения в комбинации с метроджилом, а у больных с деструктивными формами острого аппендицита – цефалоспорины 2 – 3 поколения вместе с аминогликозидами и другие комбинации в зависимости от микрофлоры. Все препараты вводились внутривенно или внутримышечно не ранее чем за час до операции или во время аппендэктомии, а затем через 12-24 часа. Эффективность оценивалась по лейкоцитозу, палочкоядерному сдвигу, температурной реакции, СОЭ. Цефтриаксон применен у 93 больных 1-й и 2-ей групп с гангренозными и перфоративными аппендицитами. Эффект профилактики нагноения раны достигнут у 76 больных. Развившиеся у 17 больных гнойно-воспалительные осложнения можно связать с недостаточностью кровообращения в связи с осложненным течением сопутствующих заболеваний у 14 больных и недостаточной эффективностью нейрокардиовазотропного воздействия у 3 больных. У 46 больных 3-ей группы дополнительно использовали амикацин в промежутке между введениями цефтриаксона. Нагноение развилось у 8 больных. Более раннее очищение и заживление раны позволило сократить продолжительность госпитализации на 5,8 койко-дней. Наши данные позволяют считать, что только антибиотикопрофилактика недостаточно эффективна при отсутствии медикаментозной терапии, при неадекватной коррекции имеющихся сердечно-сосудистых расстройств на этапе аппендэктомии. Поэтому местный кровоток неизбежно снижается и, прежде всего –гемодинамика в зоне воспаления, поэтому поддержание оптимальной концентрации антибиотика в ране оказывается невозможным; требуется адекватная коррекция гемодинамики.

---

### 1538.ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Заваруев А.В.(1,2), Мазуренко А.А. (1,2), Брегадзе А.А. (2), Козка А.А. (1,2)

Благовещенск

1) ГБОУ ВПО "Амурская государственная медицинская академия"2) ГАУЗ АО "Амурская областная клиническая больница"

Венозные язвы обнаруживают у 1-3% взрослого населения России. Абсолютным большинством всех причин образования трофических язв нижних конечностей при хронической венозной недостаточности являются посттромботическая и варикозная болезнь. Лечение больных с трофическими язвами венозной этиологии

без коррекции венозного кровотока является длительным и малоэффективным, а также сопровождается рецидивами. Цель исследования: оценить различные сроки, методы и результаты хирургической коррекции трофических язв на фоне хронических заболеваний вен. Материалы и методы: за 3 года исследовано 16 человек с трофическими венозными язвами нижних конечностей, требующими хирургической коррекции. Все больные проходили обследование и лечение в отделении сосудистой хирургии и отделении термических поражений Амурской областной клинической больницы. Среди обследуемых 9 мужчин и 7 женщин. Средний возраст пациентов составил 51,6 (ранжированный 33-68). Причиной образования трофических язв в 50% была первичная варикозная болезнь и ещё в 50% посттромботическая болезнь с вторичной варикозной болезнью. Площадь трофических язв варьировала от 30 до 450 см<sup>2</sup>. Результаты: все пациенты были оперированы в объеме аутодермопластики язвы и/или флебэктомии каузальной подкожной вены. В зависимости от характера и сроков операций, все больные разделены на 3 группы. Первую группу составили пациенты, которым была выполнена аутодермопластика язвы без хирургической коррекции венозного кровотока (n=6), во второй группе первым этапом выполнена флебэктомия несостоятельной подкожной вены (n=6), третья группа - одномоментная флебэктомия с аутодермопластикой (n=4). Все пациентам назначалась длительная флеботропная терапия. Показанием ко второму этапу операции во второй группе больных было незаживление трофической язвы даже после хирургической коррекции венозного кровотока. Сроки между операциями флебэктомии и аутодермопластики в этой группе составили от 8 дней до нескольких лет при условии стойкого незаживления язвы и постоянной флеботропной терапии. Осложнений операций зарегистрировано не было. В каждой группе выявлено по 1 пациенту (наибольшая площадь язвы) с отторжением кожного трансплантата в раннем послеоперационном периоде. У остальных пациентов полное заживление язвы без их рецидивов наступало уже в раннем послеоперационном периоде. Выводы: с условием небольшой выборки мы не нашли значимой взаимосвязи между сроками, методами и результатами комплексного лечения трофических язв на фоне хронических заболеваний вен. Применение кожной аутопластики без хирургической коррекции венозного кровотока, но с назначением постоянной флеботропной терапии позволяет добиться стойкого заживления трофической венозной язвы. Комплексный подход к лечению венозных трофических язв является основой для стойкого их заживления. Однако, чем больше площадь язвы, тем ниже вероятность её заживления даже при условии комплексного подхода.

---

#### 1539.ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГРУДИ В УСЛОВИЯХ ТРАВМОЦЕНТРА ПЕРВОГО УРОВНЯ

Маркевич В.Ю., Суворов В.В., Гончаров А.В., Пичугин А.А., Халаф Ж.М., Петухов К.В., Самохвалов И.М.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия С.М. Кирова, кафедра и клиника военно-полевой хирургии

Частота множественных и сочетанных повреждений груди среди всех тяжелых травм достигает 55,0-80,0 %. Несмотря на активное внедрение современных методов диагностики и лечения, до сих пор для закрытых травм груди характерна высокая летальность – до 42,0% и высокая частота тяжелых осложнений - до 77,0% (Scott R.Snyder, Sean M. Kivlehan, Kevin T. Collopy, 2012). Настоящее исследование основано на собственном опыте лечения 820 пострадавших с ранениями и травмами груди, находившихся на лечении в клинике военно-полевой хирургии с 2002 по 2012 гг. Во всех случаях хирургическое лечение травм груди начиналось с дренирования плевральной полости, которое в абсолютном большинстве 71,3% (585 пострадавших) случаев явилось окончательным методом лечения. Выполнение оперативных вмешательств в разные периоды травматической болезни потребовалось 242 (29,6%) пострадавшим. При этом по неотложным показаниям (в остром периоде травматической болезни) выполнено 40 (4,9%) операций, в т.ч. 31 торакотомия (3,7%) и 9 торакоскопий (1,2%). Все остальные оперативные пособия выполнялись по срочным и отсроченным показаниям (по поводу инфекционных, неинфекционных осложнений и последствий травм) и были выполнены малоинвазивным методом. Выполнения видеоторакоскопии потребовалось у 205 (25,0% N=820). Характеризуя эндовидеохирургические операции отмечено, что наиболее часто они выполнялись при колото-резанных ранениях 57,0%, и в 39,0% случаях при закрытой



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

травме груди. Все неотложные торакоскопии выполнялись по поводу колото-резанных проникающих ранений груди с неинтенсивным внутривидеальным кровотечением (интенсивность до 150 мл/час), источником которого были сосуды грудной стенки и поврежденное легкое. Внедрение диагностической и лечебной торакоскопии не изменило сложившийся лечебно-диагностический алгоритм, основанный на изначальном дренировании плевральной полости, но позволило на 20,0% уменьшить количество торакотомий, выполненных по неотложным показаниям (3,7%), а также исключить необходимость выполнения торакотомий по срочным и отсроченным показаниям.

---

1540.НУТРИЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА БОЛЬНЫХ ОПЕРИРОВАННЫХ В ГОРОДСКОМ ЦЕНТРЕ КОЛООНКОПРОКТОЛОГИИ С КОЛЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ.

Скобло М.Л.(2), Ефросинина И.В.(3), Каминский М.Ю.(3), Лебедева Е.А(1)

Ростов на Дону.

ГБОУ ВПО « Ростовский Государственный Медицинский Университет»(1) МБУЗ «Городская больница №6», Городской центр колопроктологии, (2)МБУЗ «Гордская Больница Скорой Медицинской Помощи»(3)

Цель: изучение состояния некоторых видов обмена и особенностей течения послеоперационного периода на фоне энтерального питания у больных оперированных по поводу колоректального рака. Материалы и методы: исследованы результаты зондового питания на 1е, 3е,и 5е сутки после операции. Зондовое энтеральное питание проводилось в основной группе проводилось смесью для зондового применения Фрезубин ВП Энергия.. Соотношение Омега-6 к Омега-3 жирным кислотам составляет в данной смеси 4:1. Основную группу составило 73 больных 32 (43,8% ) мужчины и 41 ( 56,2% ) женщина в возрасте от 65 до 81 года. Контрольную группу составили 55 больных, 26( 52,7% ) мужчин и 29 ( 47,3% ) женщин в возрасте от 56 до 79 лет., которым энтеральное питание не проводилось. Проводилась обычная интенсивная после операционная терапия. Больным основной группы во время оперативного вмешательства устанавливался дуоденальный зонд для энтерального питания. Питательные смеси вводились в течении 24 часов дробно инфузионно. Контроль за эффективностью энтерального питания проводили с помощью клинических показателей ( парез желудочно-кишечного тракта, характер стула) и лабораторных показателей ( гемоглобин, эритроциты, гематокрит, лейкоциты, абсолютное количество лимфоцитов, общий белок, альбумин, азотистые основания, глюкоза, электролитный состав крови, трансаминазы АЛТ, АСТ) Результаты исследований: уровень гемоглобина в основной группе на 1е сутки после оперативного вмешательства резко снижался ( $106 \pm 0,26$ ), и увеличивался к 3м суткам на 1,5% ( $127,8 \pm 0,59$ ) от исходного ( $126,5 \pm 0,45$ ) (p

---

1541.К вопросу о возможности выполнения первично-восстановительных операций при опухолевой обтурационной толстокишечной непроходимости

Марковций В.Ф.(1), Хренов В.Е.(1), Хаустов В.И. (1), Шлыков О.А. (2)

Воронеж

1) БУЗ ВО "ВГКБ №3" 2) ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

Среди всех пациентов с острой кишечной непроходимостью пациенты с раком толстой кишки составляют, как правило, не менее 20-25%. Возраст большинства пациентов - старше 60 лет. К моменту поступления у многих из них имеется выраженная сопутствующая патология, анемический синдром, признаки недостаточности питания. Выполнение удаления опухоли с первичным восстановлением целостности кишечника сопряжено с высоким операционным риском. Выполнение данным пациентам традиционных 2-х и 3-х моментных операций реально отягощает их медицинскую и социальную реабилитацию. Как можно изменить ситуацию? Мы считаем, что предоперационная подготовка должна быть применена сразу же после поступления пациента в стационар. Объем, содержание и продолжительность ее обсуждаются коллегиально хирургом, анестезиологом, а также специалистами терапевтического профиля при наличии серьезных сопутствующих нарушений (ХОБЛ, мерцательная аритмия, сахарный диабет и т.д.). Не последнюю роль в успехе предстоящей операции может играть в/в введение плазмозаменителей гемодинамического и дезинтоксикационного действия, антиоксидантов, средств, улучшающих микроциркуляцию, а также назогастральная декомпрессия и антибактериальная профилактика гнойно-септических осложнений. Важными условиями для выполнения первичного восстановления непрерывности толстого кишечника после удаления сегмента, несущего опухоль, будут отсутствие выраженной дилатации проксимального сегмента с признаками выраженных расстройств микроциркуляции. После проведения адекватной интраоперационной декомпрессии мы не считаем необходимым проведение ретроградной интубации кишечника толстым зондом через зону анастомоза. Особо следует отметить, что данная манипуляция не способствует ускорению репаративных процессов, так как кишечный зонд существенно obturates просвет отечных тканей в зоне анастомоза, а проведение зонда проксимальнее нередко сопряжено с дополнительной травматизацией «тонкой» стенки толстого кишечника. Сократить время операции можно используя электрохирургические инструменты, современные шовные материалы с атравматическими иглами, сшивающие аппараты. Более длительным по продолжительности и не менее важным в лечении данных больных является этап послеоперационного периода до выписки из стационара. Адекватное регулярное обезболивание играет важную роль в лечении ввиду травматичного вмешательства. Рациональная антибактериальная и инфузионная терапия. Отдельными пунктами следует выделить профилактику стрессовых язв и профилактику ТЭЛА с учетом высокой степени риска тромбозных осложнений. Особое внимание следует уделять проведению ранней (с первых суток послеоперационного периода) стимуляции кишечника такими препаратами, как Метоклопрамид, Прозерин. Обязательна и ранняя активизация пациентов. Уже с 1-х суток после операции в щадящем режиме проводится ЛФК, дыхательная гимнастика при самостоятельном дыхании. К третьим суткам необходимо обеспечить условия для того, чтобы больной самостоятельно садился в кровати и начал ходить. Ранняя активизация не только позволяет пациенту обрести веру в свои собственные силы на пути в выздоровление, но и способствует профилактике гипостатической пневмонии, ТЭЛА, пареза кишечника. Таким образом, предлагаемый комплексный лечебный подход позволяет применить выполнение первичного анастомоза у 70% пациентов с obturational толстокишечной непроходимостью в условиях общехирургического стационара.

---

## 1542. ИСТОРИЯ СЪЕЗДОВ И КОНФЕРЕНЦИЙ РОССИЙСКИХ ХИРУРГОВ В ФАЛЕРИСТИКЕ

Толмачев Р.А. (1), Глянцев С.П. (2)

Москва

1) РКНПК2) ИЦССХ им. А.Н. Бакулева

Известно, что в историческом исследовании вещественные источники порой могут конкурировать с печатными и рукописными, а иногда быть единственными свидетелями ушедшей эпохи (например, археологические находки). Целью нашего сообщения является атрибуция и анализ эпиграфики знаков, выпущенных к съездам и конференциям хирургов СССР и России, для выявления их роли в изучении истории российской хирургии. Первым форумом хирургов СССР, к которому были выпущены знаки стал XXVI Всесоюзный съезд хирургов (Москва, 1955). Эти знаки с гравировкой фамилий и инициалов делегатов съезда выпускали на латуни с синей эмалью. Гораздо более редки аналогичные знаки с красной эмалью.

Знаки из латуни с голубой эмалью, но без гравировки, вручали делегатам XXVII съезда хирургов (Москва, 1960). Начиная с XXVIII Всесоюзного съезда (Москва, 1965), знаки съездов стали изготавливать из алюминия. Они были выпущены к XXIX (Киев, 1974), XXX (Минск, 1981) и к XXXI (Ташкент, 1986) Всесоюзным съездам. Знаками были отмечены XI (Махачкала, 1969 – два варианта) Всесоюзный пленум хирургов, XIII (Волгоград, 1972) и XIV (Калининград, 1973) Пленумы хирургов СССР, XVII (Рига, 1978), XVIII (Рязань, 1980) и XX (Львов, 1985) Пленумы Всесоюзного общества хирургов, XIX (Ярославль, 1983) и XXI (Краснодар, 1988 – два варианта) Пленумы Правления Всесоюзного общества хирургов. Отметим, что названия пленумов на знаках различаются, хотя речь идет об одних и тех же форумах, только с разными порядковыми номерами. Отсутствие знаков пленумов с 1-го по 10-й, а также 12, 15, 16 и 20 может означать как то, что мы их не нашли, так и то, что они не были выпущены. Знаки были отмечены первые две Всесоюзные конференции хирургов, травматологов и анестезиологов (Казань, 1958; Баку, 1961 – два варианта), а также 3-я Всесоюзная конференция хирургов и травматологов, посвященная 50-летию советской хирургии (Воронеж, 1967). Из других Всесоюзных конференций мы располагаем знаком только одной, очевидно, последней (Тула, 1991). Знаков с эпиграфикой Всероссийского общества хирургов не меньше, чем знаков о деятельности Всесоюзного общества. Были выпущены знаки ко всем Всероссийским съездам хирургов (Ленинград, 1958 и 1989; Саратов, 1962; Горький, 1967; Пермь, 1973; Свердловск, 1978; Воронеж, 1983) и знак Съезда хирургов России (Волгоград, 2000). Имеются знаки Пленума хирургов РСФСР (Орджоникидзе, 1971 – два варианта), редкий знак Пленума хирургов на моржовой кости (Архангельск, 1982) и алюминиевые знаки Всероссийских конференций хирургов (Калининград, 1968; Казань, 1970; Томск, 1973; Уфа, 1976; Саратов, 1980; Тула, 1984; Пермь, 1985; Тюмень, 1990 и 2003). Наряду со знаками Всесоюзных и Всероссийских съездов, пленумов и конференций выпускались знаки региональных конференций хирургов: Уральской (Пермь, 1969; Пермь, 1972) и Северного Кавказа (Ставрополь, 1968), зональных (Тюмень, 1987), областных (Свердловск, 1971, 1984, 1987; Томск, 1972, 1974, 1977; Тула, 1973; Тамбов, 1985; Липецк, 1974, 1978, 1982, 1986, 1990, 1994, 2001, 2009) и городских (Петрозаводск, 1971; Миасс, 1979; Северодвинск, 1990) конференций. Анализ имеющегося в нашей коллекции материала позволяет прийти к заключению, что фалеристика может стать важным подспорьем для изучения истории и географии российской хирургии. Вместе с тем, чтобы фалеристические материалы можно было использовать в историческом исследовании, на знаках, по меньшей мере, должно быть указано событие, место и дата его проведения. Хорошо, если при этом на знаке имеются какие-то особенности этого события или достопримечательности места, где оно походило. К сожалению, авторы знаков не всегда соблюдают эти простые условия.

---

1543. Варианты строения сосудов и их клиническое значение в хирургии забрюшинного пространства.

Мухтарулина С.В.<sup>1</sup>, Каприн А.Д.<sup>2</sup>, Асташов В.Л.<sup>1</sup>

Москва

<sup>1</sup>ФГКУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко МО РФ»<sup>2</sup> ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий»

Актуальность: представление о норме, вариантах и аномалиях строения сосудов забрюшинного пространства имеет принципиальное значение в хирургии злокачественных опухолей шейки матки, так как позволяет избежать возможности ошибок в хирургическом лечении. И если нормальное строение артериальной и венозной системы забрюшинного пространства общеизвестно и отражено в многочисленных современных изданиях, то исследовательские работы, направленные на изучение вариантов развития сосудов у больных РШМ и других злокачественных новообразованиях женской половой системы крайне не многочисленны. Методы и материалы: анализ вариантов развития сосудов забрюшинного пространства был проведен у 101 больной РШМ IA-IIIВ стадии, которым была выполнена радикальная гистерэктомия С1 или С2 типов, тазовая и параортальная лимфаденэктомия (ПАЛЭ). К основной группе отнесено 10 пациенток с наличием вариантов развития сосудов забрюшинного пространства. 91 пациентка без вариантов развития сосудов составили контрольную группу. Результаты: в настоящем исследовании варианты строения сосудов забрюшинного пространства были диагностированы у 10 пациенток (9,9%) среди 101 больной РШМ.

1089

Особенно многочисленными были варианты строения почечных сосудов, выявленные у 8 (7,9%) женщин. При этом у 5 пациенток (4,9%) были диагностированы добавочные почечные сосуды: добавочная почечная артерия или вена. У двух пациентов (2,0%) ЛПВ была расположена под аортой и дренировалась в нижнюю полую вену под острым углом (30°), на уровне L4–L5 поясничных позвонков, что соответствует ретроаортальной ЛПВ II типа. В одном наблюдении (1,0%) ЛПВ проходила под аортой и в типичном месте впадала в НПВ под углом, приблизительно равным 90°. Этот вариант развития называется ретроаортальной ЛПВ I типа. Яичниковые вены так же отличались вариабельностью строения, которые были определены в трех наблюдениях (3,0%). Неполное удвоение НПВ 2В типа было диагностировано у одной пациентки (1,0%). И наконец, удвоение левой общей подвздошной вены определено у одной пациентки (1,0%). Общее время операции было достоверно выше у пациенток с наличием вариантов сосудов и составило 368,0±40,5 минут, в то время как в контрольной группе этот показатель был 310,8±84,6 минут (p=0,04). Вместе с тем, время выполнения ПАЛЭ не имело достоверного отличия у пациенток с наличием вариантов строения сосудов забрюшинного пространства и без них и составило 83,1±43,3 и 66,1±36,0 минут соответственно (p>0,05). При проведении анализа объема интраоперационной кровопотери, уровня гемоглобина, частоты трансфузии эритроцитарной массы во время операции и количества, удаленных ПАЛУ не было выявлено достоверных различий у пациенток сравниваемых групп. Ни в одном случае в группе пациенток с наличием вариантом строения сосудов не было отмечено повреждения магистральных и прочих сосудов забрюшинного пространства. В одном наблюдении (1,1%) среди пациенток контрольной группы развилось клинически не значимое интраоперационное кровотечение. Согласно полученным данным факторы риска развития интраоперационного кровотечения (возраст пациенток, наличие сопутствующих заболеваний (гипертоническая болезнь, сахарный диабет, гипертиреоз), алиментарно-конституционального ожирения и форм РШМ с метастатическим поражением яичников, тазовых и парааортальных лимфатических узлов) не имели достоверного различия у пациенток с наличием вариантов строения сосудов забрюшинного пространства и без них. Выводы: несмотря на тот факт, что с вариантами строения сосудов забрюшинного пространства мы сталкиваемся сравнительно редко - частота их по данным нашего исследования составляет лишь 9,9% наблюдений, и в большинстве случаев варианты строения НПВ и ее притоков протекают бессимптомно, успех хирургии забрюшинного пространства неотъемлемо связан со знаниями особенностей развития сосудов, способствующими снижению развития серьезных, угрожающих жизни пациента осложнений.

---

1544. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения панкреонекроза

Хлебников В.В.(1), Осокин А.С.(2)

Пермь

1)Медико-санитарная часть МВД России по Пермскому краю 2)МУЗ Городская клиническая больница №4

Одной из главных проблем в лечении панкреонекроза остается борьба с остаточными явлениями после данного заболевания. После выписки из стационара почти каждый второй больной острым панкреатитом нуждается в реабилитации и продолжении лечения (Покровский К.А.,2010; Куприн А.А., 2012), что увеличивает экономические затраты, делает более сложным процесс восстановления и меняет качество дальнейшей жизни пациента (Аносенко С.А.,2012, Uomo G.,2010). Целью исследования явилось изучение отдаленных результатов больных, перенесших оперативное вмешательство по поводу острого панкреатита. Материал и методы исследования. Изучены отдаленные результаты хирургического лечения 58 больных острым деструктивным панкреатитом. С 2009 года мы используем свою оригинальную анкету, адаптированную для больных, оперированных по поводу острого панкреатита. Вопросник состоит из 5 групп вопросов, нацеленных на определение различных сторон жизнедеятельности пациента. Для оценки информативности предлагаемого опросника мы сравнили его с о широко используемым вопросником SF-36. Обе шкалы весьма информативно иллюстрируют динамику основных составляющих качества жизни пациентов и их положительную динамику после хирургического лечения. Выраженность болевого синдрома в вопроснике SF-36 оценивается при помощи 2 вопросов. Для оценки интенсивности острой боли мы

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

использовали визуальную аналоговую шкалу. Поэтому, по нашему мнению, имеется возможность относительно объективно оценивать выраженность болевого синдрома у этих больных. Результаты. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения прослежен в сроки от 1 до 5 лет. Хорошие и удовлетворительные результаты отмечены у 78% оперированных больных. Неудовлетворительные отдаленные результаты хирургического лечения требовали продолжения консервативной терапии, а, зачастую, и повторных операций для ликвидации исходов панкреонекроза и последствий хирургических вмешательств. Полученные результаты говорят о том, что качество жизни лучше у больных перенесших малоинвазивные оперативные вмешательства (видеолапароскопическое дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства под УЗ-наведением) (хорошие и удовлетворительные результаты отмечены у 86% больных), чем у больных после операции из традиционного лапаротомного доступа (хорошие и удовлетворительные результаты у 62% пациентов). Следовательно, использование представленного опросника качества жизни пациентов, перенесших панкреонекроз, позволяет адекватно оценивать весь спектр психосоматических расстройств, связанных с перенесенным острым деструктивным панкреатитом.

---

#### 1545. ГЕМОСТАЗ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ АМПУЛЯРНОГО РАКА ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У ВОЗРАСТНЫХ БОЛЬНЫХ.

Пирумян А.Ж., Скобло М.Л., Погосян А.А., Ефросинина И.В., Касьянов Е.В.,

Ростов на Дону.

МБУЗ "Городская больница №6" «Городской колопроктологический центр»

Оценка активации системы гемостаза позволяет определить риск развития тромботических и геморрагических осложнений и составить план коррекции данных нарушений. Цель: изучение интраоперационных сдвигов и их коррекция в системе гемостаза при операциях ампулярного рака толстого кишечника. Материал и методы. В исследование включено 47 мужчин и 37 женщин в возрасте 54-79 лет (в среднем  $58,3 \pm 1,6$  лет), с верифицированным ампулярным раком толстого кишечника и не имевших тромботических осложнений в анамнезе. Операции ( передние низкие резекции толстого кишечника с наложением анастомоза — 33 операции, брюшно промежностные экзетрапии прямой кишки — 51 операция), проводилась в условиях спинномозговой анестезии бупивакаином 15—20 мг и седацией мидазоламом в дозировке (0,25-0,35мг/кг веса). Общими критериями включения в исследование явились следующие признаки: отсутствие локализованного и системного воспалительного процесса, сахарного диабета, отсутствие приема препаратов, влияющих на свертывающую систему крови. В контрольную группу вошли 30 пациентов. В исследуемую группу были включены 54 пациента, которым в ходе оперативного вмешательства производилась коррекция гемостаза. Забор материала производился непосредственно перед разрезом кожи (I этап), в момент хирургического воздействия на ткань (II этап) и сразу после ушивания раны (III этап). Скрининговые показатели: активированное парциальное тромбиновое время (АПТВ), протромбиновое время (ПВ). Кровь для исследования методом иммуно-ферментного анализа (ИФА) центрифугировались. Методом ИФА определяли содержание комплексов тромбин- антитромбин (ТАТ), плазмин-антиплазмин (ПАП), D-димеров, и активатора плазминогена (и-РА). Статистическая обработка результатов произведена с использованием программного обеспечения STATISTICA 7. Пациентам исследуемой группы во время операции в/в на 200,0 мл 0,9% раствора хлорида натрия вводилась транексамовая кислота в дозе 1 г. Результаты. Отсутствие достоверных различий в «скрининговых» показателях в полученных данных подтверждает их нечувствительность, а, следовательно, неинформативность в диагностике гиперкоагуляции и патологии фибринолиза. Исследование концентрации активатора плазминогена производилось только в контрольной группе и имело целью определение наличия или отсутствия выброса активатора фибринолиза во время манипуляций на прямой кишке. ТАТ комплекс является маркером активации системы гемостаза и представляет собой продукт взаимодействия тромбина и антитромбина III. Статистически значимое увеличение ТАТ концентрации на II и III этапах свидетельствует об усилении коагуляционного потенциала во время оперативного вмешательства. Для исследования фибринолитической системы определяли уровень комплекса плазмин-а-2-антиплазмин. Этот не активный

комплекс образуется при ингибировании плазмينا путем связывания его с а-2-антиплазмином. Стоит отметить, что концентрации этого комплекса у данной категории пациентов превышают аналогичные показатели у практически здоровых лиц. Это может свидетельствовать как о наличии реактивного (вторичного, в ответ на гиперкоагуляцию), так и первичного усиления фибринолиза. О наличии последнего свидетельствует повышенный исходный уровень урокиназного активатора плазминогена. Резкое увеличение комплекса в послеоперационном периоде, скорее всего, объясняется выбросом и-РА, уровень которого достоверно повышался в послеоперационном периоде. Механизм поступления фермента в кровь, представляется следующим образом и подразумевает длительное воздействие непосредственно на опухолевую ткань с вероятным постоянным контактом зияющих кровеносных сосудов и возможным поступлением в кровь выделяющегося из злокачественных клеток активатора плазминогена. Уровень D-димера представляющего собой продукт лизиса плазмином поперечно сшитого фибрина, и соответственно являющегося показателем, отражающим состояние как коагуляционного, так и фибринолитического звена, в исследуемой группе был ниже ( $0,178 \pm 0,014$  мкг/мл), что свидетельствует о компенсированном состоянии системы гомеостаза на фоне проводимого лечения. Выводы. У пациентов с ампулярным раком толстого кишечника имеет место повышение потенциала свертывающей системы крови. Это обусловлено как распространенностью процесса, так и наличием сопутствующих заболеваний. Фибринолитическая система активирована как вторично (ответ на повышенное тромбообразование), так и первично (повышенный уровень и-РА на  $23 \pm 1,3\%$ , р

---

1546. Опыт применения физиологических имплантов с памятью формы и синтетического протеза «Реперен» для лапароскопической герниопластики.

Хитарьян А.Г., Велиев К.С., Завгородняя Р.Н., Дульеров К.А.

Ростов-на-Дону

НУЗ « ДКБ на ст. Ростов – Главный »

В статье отражен опыт применения имплантов Bard 3D Max Mesh, композитной сетки Ventralex, протеза Bard СК Parastomal mesh и синтетического полимера «Реперен» для лапароскопической герниопластики. Эндовидеохирургия является одной из наиболее технологически зависимых направлений в медицине. Наибольшее отражение данное положение имеет в герниологии и появление новых имплантов расширяет возможности лапароскопических герниопластик. Большинство разработок, предлагаемых для лапароскопической герниопластики, направлено на уменьшение травматизации тканей в области интеграции импланта, повышение скорости и удобства оперативного вмешательства, снижение риска спайкообразования. На базе нашего отделения использованы новые импланты, предоставленные американской компанией Bard. Нами выполнена лапароскопическая герниопластика по поводу паховых грыж с использованием инновационного протеза 3 D max у 15 ти пациентов, у 30-ти пациентов произведена лапароскопическая герниопластика пупочной грыжи и у 4-х пациентов произведена лапароскопическая герниопластика параколомостомических грыж. Ключевой особенностью протезов 3 D max для паховых грыж является наличие у них памяти формы, конгруэнтно совпадающей с анатомической формой паховой области, что позволяет провести операцию практически без фиксации протеза, избежать таких осложнений, как кровотечения и послеоперационные невралгии, а мягкость протеза обеспечивает особый комфорт в послеоперационной периоде. Наличие по всему контуру импланта плотного полипропиленового каркаса обеспечивала его расправление сразу после введения в брюшную полость, что способствовало дополнительному удобству операции. Импланты Bard 3D Max Mesh варьируют по размеру и бывают левосторонние и правосторонние. От правильного выбора размера импланта зависит качество установки протеза. При выполнении паховой герниопластики имплантом Bard 3D Max Mesh все этапы были стандартными. Система Ventralex для пупочных грыж является композитным протезом, состоящим из каркасной пропиленовой и защитной полимерно- гелиевой основы, предохраняющей кишечник от патологической фиксации. Также имплант имеет специальные полипропиленовые ленты с внешней стороны для позиционирования и фиксации. Гидрогелевый барьер рассасывается через 30 дней, обеспечивая

антиадгезивную защиту в течение критического периода заживления. Имплант вводится в брюшную полость через 1,5-2 х сантиметровый герниотомический разрез, после чего происходит самостоятельное развертывание сетки благодаря плотному полипропиленовому каркасу. Производитель позиционирует данные сетки для открытой герниопластики, но мы предпочитаем осуществлять видеоконтроль прилежания сетки к грыжевым воротам через 5 мм троакар в левом мезогастрин. При необходимости в случае сильно выраженной предбрюшинной клетчатки или круглой связки печени выполняем дополнительное выделение зоны герниопластики. На конечном этапе операции имплант с помощью специальных пропиленовых лент фиксируется к апоневрозу к пупочной области. Сетки для парастомальных грыж Bard CK Parastomal mesh состоят из полипропиленовой основы и внешнего слоя PTFE. В сетке имеется разрез до центральной части, где имеется окно для колостомы с лепестками из PTFE, профилактирующими компрессию на стенку кишечника. Мы имеем опыт лапароскопической герниопластики парастомальных грыж у 4 больных после лапароскопической брюшнопромежностной экстирпации прямой кишки. После размещения вокруг колостомы имплант фиксировали к брюшной стенке с помощью стандартной степлерной методики. Важным моментом считаем фиксацию лепестков непрерывным швом к 2/3 передне-боковой полуокружности выведенной кишки, профилактируя тем самым вероятность ущемления петель тонкой кишки в окне аллотрансплантата. Мы располагаем опытом лапароскопической пластики послеоперационных вентральных грыж и грыже белой линии живота с помощью композитного эндопротеза «Реперен» у 15-ти больных. У 8 пациентов предпринималось оперативное лечение по поводу грыжи белой линии живота, 7 больных оперированы по поводу послеоперационной вентральной грыжи. Реперен – это пространственно сшитый полимер из олигомеров метакрилового ряда, на полипропиленовой основе, устойчивый к действию биологически активных и агрессивных жидкостей, не обладающая адгезивными свойствами. После висцеролиза и предварительной наружной разметки имплантат через разрез до 2 см вводили в брюшную полость, в четырех точках фиксировали трансдермальными швами. Дополнительно, с целью профилактики попадания под протез и ущемления петель кишки, края имплантата по периметру фиксировались непрерывным швом к брюшине. Результаты . Осложнения в раннем послеоперационном периоде у представленных больных не отмечалось. Анальгетики в послеоперационном периоде потребовались у всех больных в течение только первых суток после операции. У больных после герниопластики паховых грыж в послеоперационном периоде не отмечено хронического болевого синдрома. Больные с пупочными грыжами выписаны на 1-2 –е сутки после операции, с послеоперационными вентральными грыжами - на 3-4 сутки. Средняя длительность нахождения в стационаре больных после герниопластики паховых и парастомальных грыж составляла 3 и 5 суток соответственно. Выводы. Положительной стороной в применении имплантов фирмы Bard можно отметить удобство имплантации, небольшую продолжительность оперативного вмешательства. Приобретенный опыт применения имплантов фирмы Bard и Реперен для пупочных, вентральных, паховых и парастомальных грыж показал целесообразность их использования в малоинвазивной герниологии.

---

1547. Чрезкожное чрезпеченочное и чрездренажное стентирование посттравматических стриктур внепеченочных желчных протоков

Налбандян А.Г.(1), Анищенко В.В.(2), Ковган Ю.М.(2)

Белово 2) Новосибирск

Новосибирский Государственный Медицинский Университет

До недавнего времени гепатикоеюностомии с выключенной по Ру петле тонкой кишки считалась «золотым стандартом» в лечении больных с доброкачественными поражениями желчных протоков. Основные критерии, гарантирующие успех реконструктивной операции: максимально полное иссечение рубцовых тканей, создание широкого анастомоза, отсутствие натяжения тканей трудновыполнимы по объективным причинам. Рубцевание билиодигестивных анастомозов наступает в 8,4–28,3% случаев, достигая при реконструкциях внутрипеченочных протоков 50 - 70 %. Летальность после повторных операций достигает 13–25%. По этим причинам отдаленные результаты хирургического лечения у этой категории больных

нельзя признать удовлетворительными. С 2006г в Центре хирургической гастроэнтерологии НУЗ ДКБ на ст. Новосибирск-Гл., применяется методика чрезкожного и чрездренажного стентирования доброкачественных стриктур желчевыводящих протоков нитиноловыми стентами. Материал и методы: за период 2006-2013 установлено 48 стентов, 43 больным. Чрезкожную чрезпеченочную доставку стента применили у пациентов со стриктурой ранее наложенного БДА - 35 раз, в случае имеющегося транспеченочного дренажа транспорт стента осуществляли, используя его просвет – 8 раз. Большинство больных были ранее неоднократно оперированы от 2-х до 4 раз - 76,7 %. Преобладали высокие типы стриктур III – IV тип по Н. Bismuth 53,5%. Стентирование одним стентом выполнено в 88,4% случаев, в 11,6% случаев выполнялось стентирование двумя стентами (бидуктально). 38-ми пациентам перед стентированием была предварительно выполнена билиарная декомпрессия, 5-рых стентировали одноэтапно. Результаты: сроки пребывания после стентирования составили 3,9 койко/дней. Основной причиной неудовлетворительных результатов было нарушение проходимости стентов малого диаметра возникшее у 28 пациентов. Это потребовало проведения литотрипсии и холангиоскопии либо удаления стентов. Хорошие и удовлетворительные результаты – у 77 % пациентов. Удалено 12 стентов у 9-ти (23,3 %) больных. Признана эффективность метода, констатирован хороший уровень качества жизни. Вывод: Способ чрезкожного чрезпеченочного и чрездренажного стентирования нитиноловыми стентами является перспективным направлением коррекции доброкачественных стриктур желчных протоков, и является методом выбора у ранее неоднократно оперированных больных, и больных с высокими стриктурами.

---

1548. Применение препарата Мелатонин у пациентов с колоректальным раком в предоперационном периоде

Плисс М.М., Плисс М.Г., Фишман М.Б., Седов В.М.

Санкт-Петербург

Плисс М.М.(1,3), Плисс М.Г.(2), Фишман М.Б.(1), Седов В.М.(1.1) ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова кафедр факультетской хирургии<sup>2</sup>) ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова лаборатория биофизики кровообращения<sup>3</sup>)СПбГБУЗ Клиническая больница Святите

Актуальность. КРР является третьей по частоте причиной смертей онкологических пациентов, основным методом лечения остается хирургический. Мелатонин - гормно репарат, вовлечен в регулирование многих функций организма — включая контроль за пищеварительной системой через специальные рецепторы., активация репаративных процессов в том числе противоопухолевых, обладает доказанным онкостатическим эффектом. Известно, что оперативное вмешательство неизбежно сопряжено с травмой организма, которая, в свою очередь вызывает в послеоперационном периоде сначала - медиаторного шторма - гиперсекреции медиатором, затем, по мере истощения биологических пулов - медиаторное истощение. Данные процессы являются пусковым механизмом в результате которого возникает послеоперационный парез кишечника, нарушение водно-электролитного баланса ввиду дисфункции кишечной стенки - нарушения функционирования натрий-калиевой помпы. Это ведет к увеличению послеоперационных осложнений и дальнейшего спаечного процесса. Считается, что применение эндовидеохирургических - лапароскопических технологий ускоряет период реабилитации, уменьшает интенсивность болевого синдрома у пациентов в послеоперационный период. Однако, пациенты для лапароскопических оперативных вмешательств требуют тщательного отбора, не во всех случаях данный метод применим. Цель работы оценить характер и степень развития иммунного ответа при открытых операциях с и без прекондиционирования в предоперационный период путем измерения уровней интерлейкинов сыворотки крови в до и послеоперационный период. Материалы и методы. За период 2012-2015 гг 56 пациентов были оперированы по поводу злокачественных новообразований ободочной кишки. Оперированы с наложением первичного аппаратного анастомоза. Выделено 2 группы — оперированные без специализированной предоперационной подготовки и с использованием препарата Мелатонин 3 мг в предоперационном периоде(прием препарата в дозировке 3 мг за 30 минут до сна у течение 7 дней до оперативного вмешательства). Протокол забора крови — до курса прекондиционирования(в группе получавшей препарат), до оперативного вмешательства, на 1,3,7 сутки после оперативного вмешательства. Оценивались так же общеклинические данные восстановления



перистальтики, время отхождения газов, сроки первой дефекации, дни проведенные после оперативного вмешательства и до выписки из стационара. Результаты. Сравнение клинических показателей двух групп пациентов демонстрирует более эффективную динамику болевых с прекодиционированием. Это касается времени окончания послеоперационного пареза кишечника, начала отхождения газов, периода первой дефекации. В группе получавшей Мелатонин 3 мг отмечена меньшая выраженность болевого синдрома, наркотические анальгетики требовались в среднем 1,3 дня после операции. Уровни IL-2 IL-10 в группе с прекодиционированием на 0 сутки (до операции) имели не нулевые значения в отличие от контрольной группы, так же характер нормализации — после максимальных уровней к 3 суткам был менее плавным, быстрее возвращался к исходным значениям отражающий динамику репаративного процесса (активированного в результате прекодиционирования). Такой характер изменения уровней интерлейкинов может быть интерпретирован как максимальный ответ непосредственно после оперативного вмешательства на массивную травму тканей и брюшины, в случае прекодиционирования — учитывая непосредственно антиноцептивное и прокинетику действие мелатонина — меньшая интенсивность болевого синдрома и выраженность послеоперационного пареза. ] Выводы и заключение. Применение прекодиционирования у пациентов планируемых для оперативного вмешательства по поводу КРП позволяет ускорить послеоперационную реабилитацию в тех случаях, когда применение эндовидеохирургических технологий невозможно.

---

1549. Эндовидеохирургическая ретроперитонеальная некрсеквестрэктомия при деструктивном панкреатите

Абдуллаев Я.П.(1), Галеев Ш.И.(2), Скрыбин О.Н.(2), Плисс М.М.(2), Рубцов М.А.(2)

Санкт-Петербург

1) Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова 2) Клиническая больница Святителя Луки, Санкт-Петербург

Совершенствование технической составляющей операций, стандартизация операций привели к началу освоения метода единого доступа в хирургии поджелудочной железы. В исследовании представлены первые результаты 10-и операций, выполненных за 2011 - 2014 г.г. Все пациенты были оперированы на 3-4 неделях заболевания по поводу ограниченного некроза поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, расположенного впереди от предпочечных фасций (результат деструкции клетчатки паракольных пространств и брыжеечных синусов). Показаниями к операциям считали: 1. наличие инфицированного некроза, появление плато в динамике процесса, когда, несмотря на комплекс консервативных мероприятий, сохранялась лихорадка, дискомфорт в животе. Ни у одного пациента на момент вмешательства не было клинически релевантных системных осложнений. Техника вмешательств: пациенты укладывались в положение на бок с подложенным под поясницу валиком. Операционный стол ротировали по направлению к оператору на 15-30°. Порт «Covidien» устанавливали через небольшой косой разрез в поясничной области на середине расстояния между реберной дугой и подвздошной костью, предварительно, идентифицировав предпочечную фасцию, создав рабочее пространство с помощью Srasemaker. Под контролем глаза (ретроперитонеоскопия) выполняли секвестрэктомии. После удаления некротизированных тканей в полость устанавливали дренажные трубки для продленного лаважа полости. В 3-х случаях, в полость с гемостатической целью были установлены марлевые тампоны. Течение послеоперационного периода у пациентов было гладким, 6-и больным были выполнены повторные эндовидеохирургические ревизии зон некрсеквестрэктомий для окончательной их санации. У 4-х пациентов впоследствии сформировались панкреатические свищи, закрывшиеся самостоятельно после выписки из стационара. Таким образом, эндовидеохирургические вмешательства через единый порт являются хорошей альтернативой традиционным вмешательствам, обеспечивают адекватную санацию зон деструкции.

---

1550.СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА КАК САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ И В СОЧЕТАНИИ С ВЫКЛЮЧЕНИЕМ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Яшков Ю.И., Бордан Н.С., Бекузаров Д.К., Ивлева О.В.

Москва

Центр Эндохирургии и литотрипсии

Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать! Проведена сравнительная оценка результатов двух основных применяемых нами видов бариатрических операций в различных группах в зависимости от исходного индекса массы тела (ИМТ) . В исследование включены 236 пациентов, перенесших продольную резекцию желудка (ПРЖ) (11 %- открытым доступом и 89 %- лапароскопическим) и 442 пациента, перенесших билиопанкреатическое шунтирование (БПШ) в сочетании с ПРЖ (модификация Hess-Marcseau, все- открытые операции). % потери избыточной МТ анализировались в группах: ИМТ < 35 (ПРЖ -39); ИМТ- 35-40 (ПРЖ-79, БПШ- 44), ИМТ 40-44,9 (ПРЖ- 62 БПШ-117), ИМТ 45-49,9 (ПРЖ-35 БПШ-128) ИМТ 50-59,9 (ПРЖ-21 БПШ-121), ИМТ >60 (БПШ- 32). В исследование не включены повторные операции, а также малочисленные когорты больных: для ПРЖ – пациенты с ИМТ > 60, для БПШ- пациенты с ИМТ < 35. Наилучшая потеря веса после ПРЖ в сроки наблюдения до 5 лет отмечена у пациентов с ИМТ менее 35, это результаты был сопоставим с потерей МТ после БПШ в группе больных с ИМТ 35-40. В остальных группах больных, перенесших ПРЖ, отмечена отчетливая тенденция к восстановлению веса после 2 лет. Во всех сравниваемых весовых группах результаты БПШ были более значимыми и стабильными, по сравнению с ПРЖ. К 18 месяцам после и ПРЖ, и БПШ потеря избыточной массы тела (%EWL) был прямо пропорционален исходному ИМТ, к 5 годам % EWL был сопоставим во всех весовых группах после БПШ, но сильно различался у больных, перенесших ПРЖ: у пациентов с ИМТ свыше 45, перенесших ПРЖ, уже к 3 годам наблюдалась наиболее отчетливая тенденция к восстановлению веса. После ПРЖ наилучшие результаты отмечены у пациентов с ИМТ менее 35, что оправдывает применение этой операции у данного контингента больных. После БПШ %EWL оставался на уровне 70% к пяти годам независимо от исходного ИМТ, в то время как в группе ПРЖ вероятность рецидива зависит прямо пропорционально от исходного ИМТ. Все пациенты – кандидаты на ПРЖ- особенно с ИМТ свыше 45, должны предупреждаться о возможности рецидива ожирения и второго этапа оперативного лечения. Малабсорбтивный компонент при БПШ играет важную роль не только в снижении веса, но и в долгосрочном удержании результата.

---

1551.Особенности эндоскопических операций на щитовидной железе

Вертянкин С.В., Мещеряков В.Л., Чолахян А.В., Шубин А.Г., Греков В.В.

Саратов

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского

За последние годы установлено, что более половины населения нашей планеты страдает заболеваниями щитовидной железы. Следует отметить, что количество больных с эндокринной патологией, требующих хирургического лечения, неуклонно растет. Расширение диапазона и объема оперативных вмешательств за последние десятилетия способствовало значительному увеличению не только частоты послеоперационных осложнений, но и к росту числа некорректных операций, которые не всегда приводят к летальному исходу, но зачастую становятся причиной более тяжелого течения послеоперационного периода. Ранние осложнения

встречаются у 6-10 % оперированных, при наиболее продолжительных и обширных операциях частота их достигает 12- 27,5%. Специфические осложнения – поражение гортанных нервов, гипопаратиреоз, кровотечения во время и после операции, тиреотоксический криз. Локальные осложнения, связанные с оперативным вмешательством на шее – повреждение трахеи, пищевода, магистральных сосудов, пневмоторакс, травма шейного сплетения, воздушная эмболия. Осложнения, наблюдающиеся при любом хирургическом вмешательстве – пневмония, тромбоэмболии, обострение хронической патологии, нагноение раны и другие. Цель исследования: оценить особенности выполнения эндоскопических хирургических вмешательств при лечении заболеваний щитовидной железы. Материалы и методы: Операции производились с использованием стандартного эндохирургического инструментария, в частности использовалась полностью укомплектованная эндохирургическая «стойка» фирмы «Karl Storz» (Германия), а также набор эндохирургических инструментов – ножницы, диссекторы, зажимы, троакары, ретракторы, фирм «Крыло» (Россия), «Karl Storz» (Германия). Дополнительно использовался коагулятор EnSeal фирмы «Etuscon» и ультразвуковой диссектор «Harmonic». В клинике факультетской хирургии и онкологии на базе ЛДЦ «Авеста» в период с мая 2013 по декабрь 2014 года с помощью эндовидеоскопической техники 107 больным с доброкачественными и злокачественными образованиями щитовидной железы. Все операции осуществлялись аксиллярным доступом. Операции выполнены 94 женщинам и 3 мужчинам, средний возраст – 35 лет. Послеоперационный диагноз: многоузловой зоб – у 36 пациентов, узловой зоб – у 27, токсическая аденома – у 15, рак щитовидной железы у 24, диффузный токсический зоб в 3 случаях. Пациентам были выполнены гемитиреоидэктомии – в 30 случаях, тиреоидэктомии – в 43, субтотальные резекции – в 24. Объем щитовидной железы был от 17 до 68 мл. Результаты исследования: Нами применялся Axillo Bilateral Breast Approach (АВВА), - подмышечный билатеральный грудной доступ. Следующим этапом операции визуализируется возвратный гортанный нерв. Следующая задача – выделение верхних и нижних щитовидных артерий, которые пересекались. Далее после визуализации и выделения возвратного нерва производилась экстрафасциальная гемитиреоидэктомия с истмусэктомией либо экстрафасциальная субтотальная резекция щитовидной железы или тиреоидэктомия. Визуализация возвратного нерва является обязательным этапом. Сложность этого этапа при эндоскопических операциях связана с определенными проблемами выделения возвратного нерва в типичных точках, однако современная эндоскопическая аппаратура позволяет производить более детальный осмотр анатомических образований в сравнении с классическим доступом. Так же следует отметить отсутствие у наших пациентов каких либо признаков паратиреоидной недостаточности. При открытых операциях в литературе указывается до 30% послеоперационного гипопаратиреоза при тиреоидэктомиях. В послеоперационном периоде в 20 случаях у больных отмечен послеоперационный парез гортани, который носил транзиторный характер и полностью купировался в сроки от нескольких суток до 3х месяцев. Осложнений, связанных с введением углекислого газа не возникало. Послеоперационная эмфизема полностью купировалась в сроки от 24 до 48 часов. Рана дренировалась аспирационным дренажом. Трудностей с извлечением удаленной ткани железы не возникало. Следует отметить, что Выводы Современные средства для эндоскопических вмешательств позволяют выполнить адекватную резекцию щитовидной железы видеоскопическим способом. Увеличение, полученное благодаря эндовидеоскопическому оборудованию, позволяет достаточно легко визуализировать все мелкие структуры во время операции, в том числе парашитовидные железы, сосуды и возвратный гортанный нерв. Послеоперационный парез возникает в результате термического воздействия коагуляции на ткань нерва, поэтому предпочтительнее использование ультразвукового диссектора при манипуляциях в зоне прохождения возвратного нерва.

---

1552. Применение резекции щитовидной железы при лечении тиреоидных опухолей из фолликулярного эпителия

Алубаев С.А., Лукьянов С.В, Волобуева В.А

Ростов-на-Дону

Ростовский государственный медицинский университет

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

Самым частым показанием к операции в тиреоидной хирургии является наличие опухоли щитовидной железы (ЩЖ). Такие опухоли выявляются при тонкоигольной пункционной биопсии, когда после цитологического исследования ставится диагноз «опухоль из фолликулярного эпителия» (синоним - фолликулярная опухоль). В ряде случаев злокачественный характер новообразования щитовидной железы (ЩЖ) невозможно исключить вплоть до планового гистологического исследования. По результатам морфологического исследования абсолютное большинство (90-95%) фолликулярных опухолей (ФО) оказывается доброкачественными (аденомами), а оставшиеся 5-10% представлены дифференцированными формами рака щитовидной железы (фолликулярный рак или фолликулярный вариант папиллярного рака). Согласно современным рекомендациями по диагностике и лечению новообразований щитовидной железы при дооперационном диагнозе «фолликулярная неоплазия» минимальным рекомендуемым объемом операции является экстрафасциальная гемитиреоидэктомия (ГТЭ) с последующим гистологическим исследованием. В настоящее время все больше ФО выявляются на доклинических стадиях, когда размер новообразования составляет 1-2 см в наибольшем измерении и опухоль занимает незначительную часть щитовидной железы. Представляется рациональным у больных с малой одиночной фолликулярной опухолью при отсутствии фоновой патологии щитовидной железы выполнять операцию в объеме резекции доли щитовидной железы, что исключает необходимость заместительной терапии. Выполнять вмешательство необходимо с соблюдением принципов абластики (удалять новообразование в пределах здоровой ткани) и проводить подготовку зоны операции к возможному проведению в раннем послеоперационном периоде завершающей тиреоидэктомии с региональной лимфаденэктомией (в случае выявления рака щитовидной железы при гистологическом исследовании). С целью улучшить результаты лечения пациентов с ФО ЩЖ нами разработан и применен на практике новый способ выполнения резекции доли (РД) ЩЖ (Патент РФ на изобретение №2531467). Основные принципы предложенной методики: после обнаружения нижнего гортанного нерва и тиреоидии над узлом (для определения точных границ новообразования) выполняется экстрафасциальное удаление всей толщи сегмента доли (полюса), содержащего ФО, ушивание линии резекции доли узловыми швами; обнаруженный ранее нерв укрывается под фасию швами, являющимися одновременно метками его локализации. Данные действия направлены на предупреждение повреждения нижнего гортанного нерва и облегчения удаления культы доли при выполнении завершающей ТЭ в случае необходимости (рак ЩЖ определенной стадии). С 2012 года у пациентов с одиночной ФО небольших размеров, расположенной в области полюса ЩЖ, нормальной функциональной активностью и структурой тиреоидной паренхимы выполняем резекции по предложенному способу. В 2012 -2014 годах в хирургическом отделении РостГМУ по поводу одиночной ФО оперированы 250 пациентов, из которых 64 выполнена резекция ЩЖ (7 резекций перешейка, 16 резекций верхнего полюса и 41 резекция нижнего полюса доли). Резекция ЩЖ составила в 2012 г. - 8%, в 2013г. -21%, а в 2014 г. уже 41% всех вмешательств по поводу одиночной ФО. Размер удаленных опухолей варьировал от 1 до 2,5 см. После резекции ЩЖ заместительная терапия не назначалась, через 3 месяца после операции (контрольный осмотр) уровни тиреоидных гормонов и тиреотропного гормона гипофиза в пределах нормы. В двух случаях послеоперационное морфологическое исследование обнаружило наличие рака ЩЖ, без осложнений были выполнены 2 завершающие тиреоидэктомия с центральной лимфаденэктомией. В ходе завершающей операции сохраненная ткань резецированной доли являлась анатомическим ориентиром, облегчающим выполнение лимфаденэктомии, достаточно легко был обнаружен нижний гортанный нерв на стороне первичной операции. Заключение: В ряде случаев, как показывает наш первый опыт, при ФО ЩЖ возможно безопасно выполнять операции в объеме резекции доли, что позволяет избежать необходимости в заместительной терапии. Применение резекции целесообразно только при сохраненной функциональной активности тиреоидной паренхимы и отсутствии признаков аутоиммунного процесса и злообразования в оставляемой ткани железы. Выбор объема операции при ФО, когда до получения результатов планового морфологического исследования остается неизвестным характер новообразования, следует согласовывать с пациентом, который должен быть информирован о современных диагностических и лечебных возможностях при фолликулярных опухолях ЩЖ, преимуществах и недостатках различных вариантов операций.

---

1553.ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ МАЛОИНВАЗИВНЫХ АНТЕГРАДНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

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

Порханов В.А. (1), Завражнов А.А.(2), Попов А.Ю. (1), Петровский А.Н. (1), Лищишин В.Я. (1), Лищенко А.Н. (1), Катрич А.Н (1).

Краснодар, 2) Сочи

ГБУЗ НИИ "Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского", 2) МБУЗ "Городская больница №4"

Приоритетными методами лечения синдрома механической желтухи (МЖ) являются малоинвазивные (эндоскопические ретроградные или чрескожные чреспеченочные антеградные) вмешательства, которые в 2-20% случаев сопровождаются осложнениями. Цель работы: предложить методы профилактики и лечения осложнений антеградных вмешательств у больных с механической желтухой. Материалы и методы: у 1872 больных с синдромом МЖ, находившимся на лечении в ККБ№1 им. проф. Очаповского С.В. в период с 2011 г. по 2014 г., в 42,2% случаев (789 пациента) проводилось чрескожное чреспеченочное дренирование желчевыводящих протоков (ЧЧХС). Показаниями к проведению антеградной декомпрессии явились: гипербилирубинемия при опухолях гепатопанкреатодуоденальной зоны (82%); холедохолитиаз при безуспешной ретроградной декомпрессии (15,6%); индуративный панкреатит (1,4%); доброкачественная стриктура холедоха (1%). Было выполнено 838 антеградных вмешательств, которые в 41 (4,9%) случае сопровождались осложнениями. Интраоперационных осложнений не наблюдалось. Среди послеоперационных осложнений отмечены: панкреатит – 9 пациентов (22%), внутрибрюшные кровотечения – 3 пациента (7,3%), билома брюшной полости, гемобилия и тампонада билиарного дерева – по 1 случаю (2,4%). Миграция дренажей произошла – у 13 пациентов (31,7%), обтурация дренажей – у 22 пациентов (56,0%). У 1 больного (2,4%) сформировались холангиогенные абсцессы печени. Результаты. Лечение больных с МЖ и осложнением ретроградных вмешательств, производилось путем: лапаротомии при внутрибрюшном кровотечении – 1 (2,4%) случай, лапароскопии с целью ревизии и санации брюшной полости (от крови и желчи) – 3 (7,3%) случая, закрытого дренирования под УЗ-контролем биллом и жидкостных скоплений брюшной полости – 7 (17,1%) случаев, редренирования желчевыводящих путей – 11 (26,8%) случаев. Умер от осложнений (холангиогенного сепсиса) 1 (2,4%) больной. Выводы: Применение современных малоинвазивных методов лечения пациентов с синдромом механической желтухи позволяет значительно снизить уровень летальности, улучшить качество жизни пациентов и добиться низких показателей осложнений, как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде. Минимизация осложнений антеградных дренирующих операций возможна за счет использования современных дренирующих систем, а их лечение может выполняться малоинвазивными методиками.

---

#### 1554. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Есипов А.В., Долгих Р.Н., Леонов С.В., Гилевский С.Г.

Красногорск

ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А. А. Вишневого» Минобороны России

Дивертикулярная болезнь ободочной кишки является одной из наиболее распространенных патологических состояний современной индустриальной цивилизации и выявляется у 1/3 лиц старше 60 лет и у 2/3 населения старше 80 лет. Дивертикулярная болезнь и её осложнения служат причиной 41% всех случаев экстренной госпитализации по поводу заболеваний толстой кишки. Экстренному хирургическому вмешательству подвергаются от 10% до 30% из числа лиц, госпитализированных в стационар с острыми воспалительными осложнениями. Материалы исследования. С 2004 по 2014 годы в колопроктологическом центре 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого находились на лечении 334 пациента с дивертикулярной болезнью. Оперировано 65 (19,5%) пациентов, из них 44(67,7%) мужчин, 21(32,3%) женщин. Возраст больных

1099

варьировал от 35 до 79 лет. 57(87,7%) пациентов оперированы по поводу осложненной дивертикулярной болезни (39(68,4%) мужчин, 18(31,2%) женщин). В 4(7,0%) случаях осложнением явился дивертикулит, в 6(10,5%) случаях – околокишечный инфильтрат, в 3(5,2%) – околокишечный абсцесс, в 44(77,3%) - перфорация дивертикула с развитием перитонита. 8 (12,3%) пациентов с дивертикулитом или инфильтратом без признаков перфорации дивертикула проведен комплекс консервативных мероприятий, направленных на купирование воспаления и, в последующем через 10 - 14 дней, при положительном эффекте, им выполнена операция в объеме левосторонней гемиколэктомии с наложением первичного анастомоза. Осложнений в этой группе не отмечено. Из 44 пациентов с перфорацией дивертикула и развитием перитонита или абсцесса 41(93,2%) выполнены резекция пораженного участка ободочной кишки (резекция сигмовидной кишки, левосторонняя гемиколэктомия) по типу операции Гартмана, 3(6,8%) пациентам выполнено выведение петли сигмовидной кишки с перфорацией на переднюю брюшную стенку. Послеоперационные осложнения отмечены у 10(15,3%) пациентов: в 3 случаях – эвентерация, в 3 – нагноение послеоперационной раны, 2 – острый инфаркт миокарда, в 1 - несостоятельность ушитой дистальной культы сигмовидной кишки, в 1 – острое нарушение мозгового кровообращения, 2(3,1%) случая закончились летальным исходом. По поводу т.н. неосложненной дивертикулярной болезни за исследуемый период оперированы 11(3,3%) пациентов, 1 мужчина, остальные женщины. Им в плановом порядке выполнена левосторонняя гемиколэктомия с наложением ручного трансверзо-ректоанастомоза (в 4 случаях лапароскопически). Послеоперационный период во всех случаях протекал без осложнений. Восстановительные операции в группе оперированных у нас выполнены 28 (63,6%) пациентам в срок от 4 до 12 месяцев после основной операции, послеоперационные осложнения составили 13,4%, в основном за счет нагноения раны в области стомы. Выводы. Больным с неосложненной дивертикулярной болезнью, имеющим высокий риск возникновения осложнений, необходимо проводить плановое оперативное лечение: резекцию пораженного участка с наложением первичного анастомоза. Перспективным методом является лапароскопический. Больным с дивертикулярной болезнью, осложненной дивертикулитом или инфильтратом без перфорации дивертикула, после купирования воспаления, целесообразно выполнять резекцию пораженного участка ободочной кишки с наложением первичного анастомоза. Больным дивертикулярной болезнью, осложненной дивертикулитом, инфильтратом с признаками абсцедирования или перфорации необходимо проводить двухэтапное оперативное лечение: первым этапом выполнять резекцию пораженного участка ободочной кишки по типу операции Гартмана с последующим выполнением восстановительной операции.

---

#### 1555.Эндоваскулярные методы лечения поврежденных сосудов конечностей

Рева В.А.(1,2), Кандыба Д.В.(2), Платонов С.А.(2), Киселев М.А.(2), Тулупов А.Н.(2), Петров А.Н.(1), Самохвалов И.М.(1)

Санкт-Петербург

1) Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, 2) Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

Введение. Бурный рост медицинских технологий привел к внедрению эндоваскулярных методов диагностики и лечения в стремительно развивающуюся хирургию повреждений. Многочисленными исследованиями отечественных и зарубежных специалистов обоснована возможность применения внутрисосудистых вмешательств при травмах и ранениях различных сосудистых бассейнов. Несмотря на это, целесообразность применения рентгеноэндоваскулярной хирургии (РЭХ) при травмах конечностей, а также зоны и техника оптимального использования еще подлежат уточнению. Цель. На основании клинико-экспериментальных данных определить место и целесообразность применения РЭХ при повреждениях сосудов конечностей. Материал и методы. Клиническая часть исследования представлена 7 случаями применения РЭХ у раненых и пострадавших, доставленных в Военно-медицинскую академию им. С.М. Кирова и НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в период с 2010 по 2015 гг. Эксперимент выполнен на 10 овцах массой  $39,3 \pm 2,7$  кг. Операции проводили под внутривенной анестезией тилетаминем 10 мг/кг.

Через разрез длиной 5-7 см в левой паховой области обнажали зону бифуркации бедренной артерии и путем многократного наложения-снятия кровоостанавливающего зажима моделировали закрытое повреждение артериальной стенки на протяжении 2 см, отступя на 1 см дистальнее от места отхождения глубокой артерии бедра. Через 1 час зажимы с артерии снимали и выполняли ангиографию на С-дуге. При получении «обрыва» контрастирования животных делили на 2 группы поровну. В опытной группе выполняли реканализацию зоны тромбоза негидрофильным проводником 0,014'', после чего катетером «Eliminate» (Teguto) выполняли тромбоаспирацию. После системной гепаринизации имплантировали коронарный голометаллический стент «Синус» (Ангиолайн) соответствующего диаметра (3,5-4,0 мм) и длины. Каждому из 5 животных опытной группы имплантирован 1 стент. Животным контрольной группы операцию не выполняли. В послеоперационном периоде всем животным ежедневно вводили лечебные дозы эноксапарина натрия. Животные опытной группы кроме того ежедневно получали клопидогрел (Зилт) 75 мг/сут (плюс нагрузочная доза непосредственно перед стентированием 150 мг) и аспирин 125 мг/сут. Скорость кровотока в оперированной и здоровой тазовой конечности контролировали на 1-е, 3-и и 7-е сут эксперимента. На 7-е сут выполняли контрольную ангиографию и выводили животных из эксперимента. Результаты. Среди доставленных пациентов, которым применяли РЭХ, 5 получили ранения и 2 – закрытую травму артерии конечности. Подключичная артерия (ПКА) была повреждена в 3 случаях, среди других артерий были повреждены: поверхностная (ПБА) и глубокая артерия бедра, верхняя ягодичная артерия и артерии голени. Одному раненому, доставленному из зоны проведения контртеррористической операции на Северном Кавказе, по поводу множественного осколочного ранения бедра и голени с формированием артерио-венозных фистул была последовательно выполнена эмболизация и успешно имплантированы стент-графты в дистальный сегмент ПБА и заднюю большеберцовую артерию. Пациентам с ножевым ранением перфорантной ветви глубокой артерии бедра, огнестрельным ранением верхней ягодичной артерии и ятрогенным повреждением крупной ветви ПКА была выполнена селективная эмболизация спиральями Джиаантурко. Двум пациентам с закрытым повреждением левой ПКА выполнено стентирование (по поводу диссекции) и эндопротезирование стент-графтом Wallgraft (по поводу псевдоаневризмы). Еще одной пациентке с ранением дистального сегмента ПБА без признаков экстравазации успешно установлен обычный стент. Шесть пациентов были выписаны из стационара без осложнений. У одного пациента с закрытым повреждением левой ПКА развился стойкий неврологический дефицит со стороны поврежденной конечности вследствие тяжелой травмы плечевого сплетения. Экспериментальное исследование показало высокую эффективность РЭХ при закрытом повреждении бедренной артерии. Всем животным опытной группы успешно выполнена реканализация бедренной артерии и тромбэкстракция из целевого сегмента. Непосредственный отличный ангиографический результат после окончания операции получен во всех случаях. Сразу после стентирования в целевой артерии животных опытной группы регистрировался магистральный кровоток, приближающийся по скоростным показателям к исходному уровню ( $p=0,07$  между базовыми показателями и 7-ми сутками). Все животные дожили до окончания эксперимента. При выведении из эксперимента у всех 5 особей опытной группы целевая артерия была проходима и ни у одного из 5 животных контрольной группы не отмечено признаков реканализации тромба ( $p=0.01$ ). Случаев дистальной эмболии артерий голени выявлено не было. В контрольной группе на протяжении периода наблюдения сохранялся коллатеральный кровоток. Преходящая хромота развилась у всех животных с полным или частичным регрессом к 7-м суткам. Заключение. Наша работа продемонстрировала целесообразность и эффективность применения РЭХ при ранениях и травмах артерий конечностей различных локализаций. Закрытая травма артерии с сегментарной окклюзией не является противопоказанием к эндоваскулярному вмешательству.

---

1556. Закрытая травма грудного отдела аорты при политравме

Самохвалов И.М., Хубулава Г.Г., Петров А.Н., Ерофеев А.А. Корнилов Е.А., Суворов В.В., Рева В.А.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Введение. Закрытые повреждения грудного отдела аорты в 75% случаев являются следствием дорожно-транспортных происшествий и в 90% случаев приводят к смерти пострадавших, как правило, на месте травмы. Сочетанные повреждения, тяжелое состояние пациентов, травматичность открытой операции и частое отсутствие в наличии подходящих стент-графтов обуславливают трудности диагностики и лечения, а также увеличение числа летальных исходов среди пострадавших, доставленных в стационар. Цель. Проанализировать различные подходы в лечении тяжелопострадавших с закрытым повреждением грудного отдела аорты, поступивших в клинику военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Материал и методы. В период с 2012 по 2015 гг. в клинику военно-полевой хирургии было доставлено 7 пациентов с повреждениями грудной аорты. При поступлении всем пациентам выполнялась рентгенография груди в передне-задней проекции. При выявлении расширения тени средостения выполняли компьютерную томографию с ангиоконтрастированием (КТА). В случае нестабильной гемодинамики на момент поступления сразу выполняли дренирование плевральной полости на стороне повреждения. Результаты: возраст пострадавших варьировал от 21 до 83 лет, все, кроме одной, были мужчинами. Основной причиной травмы являлась автомобильная/мотоциклетная травма (6 пациентов). Один пациент упал с высоты 4 этажа. Срок доставки в стационар 57,5±5 минут. Все пострадавшие были гемодинамически стабильны на месте травмы (систолическое АД не опускалось ниже 100 мм рт.ст.). Все пациенты имели сочетанные повреждения головы, живота и таза. Сочетанная травма конечностей имела у двух из них. Травма груди, помимо повреждения аорты, заключалась в множественных переломах ребер, повреждении легкого с формированием гемопневмоторакса. Все пациенты поступали в тяжелом и крайне тяжелом состоянии: тяжесть травмы по шкале ВПХ-П(МТ) 30,1±11,8 баллов (ISS 57±30 баллов), тяжесть состояния по шкале ВПХ-П 33±12 баллов. Уровень гемоглобина при поступлении не опускался ниже 110 г/л. У всех пациентов при рентгенографии выявлено расширение тени средостения более 8 см, что послужило показанием к выполнению КТА, при которой выявлено повреждение истмической части грудной аорты IIIa-IIIb степени по классификации Presley Trauma Center (разрыв интимы с формированием псевдоаневризмы размерами более 1 см, наличием гематомы средостения с вовлечением и без вовлечения ветвей дуги аорты). Одному пациенту ввиду резко ухудшающегося состояния выполнено дренирование левой плевральной полости, получено более 1500 мл крови с последующей реанимационной двухсторонней (чрездвухплевральной) торакотомией. Лечение пострадавших, помимо операций, направленных на устранение повреждений других областей (лапаротомия, внешняя фиксация переломов костей таза и конечностей), заключалось в устранении повреждения грудной аорты. Два пострадавших, которым выполнена неотложная торакотомия по поводу разрыва псевдоаневризмы или полного разрыва грудной аорты умерли на операционном столе от кровопотери. Первому выполнено временное протезирование грудного отдела аорты полихлорвиниловой трубкой 30 Fg, второму – перевязка концов аорты. Третьему пострадавшему выполнена имплантация стент-графта в грудной отдел аорты спустя 4, 6 и 42 часа после поступления (среднее время операции 120 минут). У одного из них интраоперационно развилась тампонада сердца, потребовавшая выполнения стерно-торакотомии во 2 межреберье слева, перикардиотомии. Другому пациенту, ввиду IIIb степени повреждения, стент-графт вынужденно имплантирован с закрытием устья левой подключичной артерии. Оба пострадавших выписаны без функциональных и неврологических нарушений на 109-е и 50-е сутки, соответственно. Третья пострадавшая скончалась на 3-и сутки послеоперационного периода от отека головного мозга и прогрессирующей полиорганной недостаточности. Двум пострадавшим выполнена открытая операция через 7 и 16 часов после травмы: одному – линейное протезирование перешейка и нисходящей грудной аорты в условиях левопредсердно-аортального обхода (время операции 240 минут) без неврологических осложнений в послеоперационном периоде со сроком наблюдения 1 месяц, другому – протезирование дуги аорты, т.к. зона разрыва находилась между брахиоцефальным стволом и левой общей сонной артерией. В послеоперационном периоде у этого пациента развился медиастинит, глубокая инфекция сосудистого протеза с рецидивирующим аррозивным кровотечением и смертью на 61-е сутки лечения. Заключение. При тяжелой сочетанной травме груди одним из наиболее тяжелых повреждений является закрытое повреждение грудной аорты. Правильная интерпретация рентгенограмм, дополненная данными КТА, во всех случаях позволяет выявить и оценить степень повреждения сосудов. Повреждение грудного отдела аорты требует срочного реконструктивного вмешательства в объеме имплантации стент-графта или открытой операции. Эндпротезирование грудной аорты сопровождалось меньшей травматичностью и длительностью операции, быстрой реабилитацией по сравнению с открытой операцией. Реанимационная торакотомия у таких пострадавших сопровождается крайне высокой летальностью и может служить только операцией «последней надежды». Таким образом, своевременное и правильное реконструктивное вмешательство при повреждении грудного отдела аорты позволяет спасти жизнь пострадавшим с политравмой. Наиболее целесообразным методом операции является имплантация стент-графта.



1557. Основные направления совершенствования квалифицированной и неотложной специализированной хирургической помощи в вооруженных конфликтах.

Ефименко Н.А., Зуев В.К., Фокин Ю.Н.

Москва

Главное Военно-Медицинское Управление

Совершенствование лечебно-эвакуационного обеспечения войск (ЛЭО) в современных вооруженных конфликтах - одна из приоритетных задач медицинской службы ВС РФ. В ее основе - принципы военно-медицинской доктрины, принятой в годы Великой Отечественной войны. Вместе с тем, изменение стратегии и тактики ведения боевых действий требует построения соответствующей системы оказания хирургической помощи. Проведен анализ медицинского обеспечения федеральной группировки войск на Северном Кавказе (1994-1996, 1999-2002). Основные организационно-клинические выводы: - величина и структура санитарных потерь свидетельствует о тенденции нарастания тяжелых (22.7%), сочетанных (39.7%) и множественных (14.6) ранений. Ранения головы составили (24.4%), конечностей (55.8%). Это обусловлено широким применением снайперского оружия и взрывных устройств; - одним из оптимальных вариантов оказания помощи раненым является двухэтапный. При ранениях головы - «доврачебная помощь-СХП», груди, живота и таза «первая врачебная-СХП»; - летальность раненых на госпитальном этапе составила 1.4%, выписано в часть 78.3%, уволено из ВС - 20.3%. На основе полученного опыта конкретизированы некоторые положения военно-полевой хирургии: - с целью оперативного решения вопросов организации хирургической помощи в вооруженных конфликтах ограниченного масштаба в состав управления объединенной группировки войск должен входить ведущий хирург; - при планировании медицинского обеспечения необходимо намечать основные пути эвакуации применительно к дислокации гарнизонных госпиталей, расположенных вблизи района боевых действий. Их необходимо заблаговременно трансформировать (за счет групп усиления из центра) в многопрофильные госпитали с задачей оказания квалифицированной и неотложной специализированной хирургической помощи, а также лечения, освидетельствования и реабилитации легкораненых; - авиатранспортная эвакуация имеет неоспоримые преимущества; - для оказания квалифицированной хирургической помощи (КХП) целесообразно на ключевых эвакуационных направлениях развертывать медицинские отряды специального назначения (МОСН). Объем помощи должен быть следующий - проведение неотложных, срочных оперативных вмешательств, а также реанимационных мероприятий; - показания к трепанации черепа на этапе КХП должны быть ограничены остановкой продолжающегося кровотечения, а также декомпрессией при синдроме сдавления головного мозга. - выделять группу бесперспективных раненых не следует. При своевременном оказании СМП многим из них может быть спасена жизнь; - подготовка хирургов-резервистов должна быть непрерывной и осуществляться на базе гражданских ВУЗов.

---

1558. АСПЕКТЫ ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ ГОРОДСКОГО И РАЙОННОГО ЗВЕНА

Колесников С.А., Волков Д.В., Захаров О.В.

Белгород

ФГАОУ ВПО НИУ «БелГУ»

Введение. Острый панкреатит по числу больных занимает третье место после остро-го аппендицита и холецистита, но остается одной из наиболее сложных проблем urgentной хирургии, что обусловлено сложностью его диагностики, сохраняющейся еще высокой летальностью при его деструктивных формах. При этом первый пик летальности (ранние смерти) связаны с эндотоксиновым шоком, второй (поздние смерти) - с гнойно-септическими осложнениями. В 75-85% наблюдении острый панкреатит характеризуется относительно благоприятным течением, а в 15-25% наблюдений носит деструктивный характер. При панкреонекрозе у 40-70% больных происходит инфицирование очагов некротической деструкции, с вовлечением в патологический процесс парапанкреатической, параколической и забрюшинной клетчатки. Однако, до настоящего времени не существует общепринятой лечебной тактики, отсутствуют лечебные схемы лечения таких больных. Цель работы: представить анализ эффективности различных методов диагностики, консервативного и оперативного лечения острого панкреатита и его осложнений, применительно к общехирургическому стационару городского звена. Материал и методы. Основу исследования составили результаты лечения 1436 больных острым панкреатитом за 2011 – 2014 гг. 74,5% составили мужчины. Возраст больных - от 19 до 91 лет. Основой диагностики панкреатита явилась клиническая картина, лабораторные исследования крови, ультрасонография, обзорная R-графия грудной и брюшной полостей, при необходимости фиброгастроуденоскопия, лапароскопия. Диагностика осложнений – магнитнорезонансная томография или КТ. Больные с легким и средней тяжести заболеванием получали стандартную терапию. 25 больным медикаментозная схема лечения была дополнена. Клинически тяжелый панкреатит констатирован у 218 больных, кото-рые последовательно лечились в хирургическом и реанимационном отделениях. 162 - выполнены оперативные вмешательства, 116 – видеолапароскопические, пункционно дренирующие, минилапаротомные; 46 – из широкого лапаротомного доступа. Результаты и обсуждение. Оперативная активность составила 11,2 %, общая летальность - 1,2 %, послеоперационная – 8,0 %. Средний койко/день в группе неоперированных больных составил 11,2, в группе оперированных – 30,2. Дополненная медикаментозная схема лечения легких (11 больных) и средней тяжести (14 больных) форм панкреатита гепатопротекторами, b-блокаторами (для улучшения портального кровотока), антиоксидантами, иммунокорректорами, ингибиторами панкреатической секреции, цитостатиками (5- фторурацил) приводит к abortивному течению заболевания, либо к быстрому купированию патологического процесса (6,2 к/д). Лапароскопия является наиболее информативным, а, следовательно, обязательным методом дифференциальной диагностики острого пан-креатита. Пренебрежение этим в urgentных условиях привело к необоснованным широким лапаротомиям в 12 случаях, 5 из которых закончились летально от прогрессирующей полиорганной дисфункции. Это позволяет признать оптимальным описанный диагностический алгоритм, с эффективностью приближенной к 100 %. Видеолапароскопическое дренирование сальниковой сумки, предпринимаемое на этапе диагностики, лечебного эффекта не возымело, что потребовало извлечения бесполезно установленного дренажа в 11 случаях. Пункционное дренирование жидкостных образований (формирующихся псевдокист, гнойных полостей) у 39 больных, лишь в 5 случаях привело к ликвидации патологического очага. В 34 – дренаж был установлен через сквозные раны желудочных стенок, поперечный отдел ободочной кишки, дренированные полости содержали секвестры, что приводило либо к пролонгированию гнойного воспаления, либо к распространению на другие отделы забрюшинного пространства. Достаточно полноценной санации гнойных полостей удалось до-биться дренированием из минилапаротомного доступа с применением инстру-ментов «мини-ассистент» (12 больных). Если для дренирования параколических клетчаточных пространств этот метод является альтернативой, то для пара-, а особенно ретропанкреатической локализации – оптимальным (5 больных). 34 больным после неудачных попыток пункционного дренирования выполнены вмешательства в объеме срединной лапаротомии, вскрытия и дрени-рования парапанкреатических и параколических абсцессов, некрсеквестрэктомии. 8 летальных исходов обусловлены сепсисом на фоне забрюшинной флегмоны, прогрессирующим перитонитом, эрозивным кровотечением из селезеночной вены. Оментобурсостомия из широкого срединного лапаротомного доступа (2 больных), с целью дренирования, последующих ревизий и санаций сальниковой сумки – с практической точки зрения вмешательство не оправданное. Целесообразнее осуществить абдоминализацию поджелудочной железы, дренирование сальниковой сумки и параколического пространства 4 трубчатыми дренажами диаметром 2 – 3 см., выведенными в подреберно-боковых областях, с подключением проточно-аспирационной системы. Объем подобных оперативных вмешательств следует признать не только вынужденным, но и оправданным. Выводы. 1) Верификация степени, глубины, распространённости поражения под-желудочной железы не достоверна. 2) Определение степени тяжести больного, уровня интоксикации использованием современных классификаций, в общехирургических стационарах городского и районного звена, затруднительно или невозможно. 3) Целесообразно дополнять медикаментозную схему лечения тяжелых форм острого панкреатита методами экстракорпоральной детоксикации и нут-риционной поддержки. 4) Признавая приоритет малоинвазивных методов

хирургического лечения острого панкреатита, отказ от традиционных (широкомасштабных) вмешательства является неоправданным.

---

1559. Клинико-экспериментальное обоснование применения эндоваскулярной баллонной окклюзии аорты при внутрибрюшном и внутритазовом кровотечении

Самохвалов И.М., Рева В.А., Петров А.Н., Свеклов Д.А., Денисов А.В., Сохранов М.В., Телицкий С.Ю., Селезнев А.Б.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Введение. Продолжающееся внутрибрюшное и/или внутритазовое кровотечение, сопровождающееся тяжелой гипотонией, может служить показанием к экстренной эндоваскулярной баллонной окклюзии аорты (ЭВБОА). Временное введение баллона-окклюдера в аорту через бедренную артерию впервые выполнил С. Hughes во время войны в Корее (1950-1953 гг.). В 1990-е годы данный метод был использован в эксперименте и в клинике на кафедре военно-полевой хирургии ВМедА. Из 10 случаев клинического применения один пострадавший выжил, что с учетом исходно терминального состояния пациентов в какой-то мере можно считать успехом. Цель работы. На основании клинико-экспериментального исследования оценить возможность и перспективы применения ЭВБОА при продолжающемся внутрибрюшном и внутритазовом кровотечении. Материал и методы. Исследование состояло из двух этапов: экспериментального и клинического. Эксперимент проведен на 18 овцах (самках), средней массой 37,2±5,6 кг. Для мониторинга устанавливали два катетера в бедренные артерии (БА), один катетер в сонную артерию (СА), по одному – в бедренную и яремную вену. Кровопотерю моделировали путем медленного удаления венозной крови через катетеры (30 мл/мин). За первые 30 мин удаляли 35% ОЦК. Далее путем рандомизации выделили 3 группы по 6 особей в каждой: животным 1-й группы заводи и раздували баллон на уровне грудной аорты на срок 60 мин, во 2-й группе за 30 мин эвакуировали еще 7,5% ОЦК и потом раздували баллон на 30 мин, животным 3-й группы баллон не раздували. Через 80 мин от начала кровопотери животным всех групп начинали проводить реинфузию забранной крови, при этом в 1-й и 2-й группах – за 10 мин до сдувания баллона. Время наблюдения за гемодинамикой – 270 мин. Конечной точкой считали суточную выживаемость. Клиническая часть исследования включала ретроспективный анализ результатов применения ЭВБОА у пяти пострадавших с крайне тяжелой сочетанной травмой, доставленных в клинику военно-полевой хирургии ВМедА с 2013 по 2015 гг. Результаты. Эксперимент показал высокую эффективность ЭВБОА в плане временной стабилизации гемодинамики. Ни одно из животных 1-й и 2-й группы не умерло в ходе кровопотери, в то время как 2 из 6 животных контрольной группы умерли в ходе первичной кровопотери. Все животные 1-й группы умерли в течение суток, тогда как во 2-й группе 5 из 6 дожили до окончания эксперимента (p

---

1560. Ретроперитонеальная эндоскопическая адреналэктомия.

Вертянкин С.В., Мещеряков В.Л., Чолахян А.В., Шубин А.Г., Пригородов М.В

Саратов

Саратовский государственный медицинский университет

В 1992 году М. Gagner с коллегами сообщили о проведении первых лапароскопических адреналэктомий у пациентов с синдромом Кушинга и феохромоцитомой. Предложенный ими трансперитонеальный доступ уже через несколько лет был признан «золотым стандартом» в лечении практически всех незлокачественных новообразований надпочечников. Кроме трансперитонеального доступа, предпочитаемого большинством (до 80%) хирургов в мире, разработаны задний и боковой ретроперитонеальный доступы, имеющие свои изъяны и достоинства. Несмотря на очевидные преимущества лапароскопической адреналэктомии, до сих пор делятся дискуссии о ее возможностях, особенно в приложении к злокачественным и большим (> 6 см) опухолям (1,5,6). Материалы и методы В период с 1995 по 2014 в Клинике факультетской хирургии и онкологии было выполнено 86 операций на надпочечниках. С 2003 года проводятся лапароскопические вмешательства. Всего их выполнено 38. В течении 3 лет доля лапароскопических вмешательств на надпочечниках увеличилась с 23% до 82%. В последние годы этот показатель приблизился к 100% Среди 38 больных, оперированных лапароскопическим методом, были 28 женщин. Средний возраст пациентов составил 41,5 года (от 11 до 72 лет). Средний размер удаленных опухолей – 5,4 см (1 – 12,5 см). Как и многие другие авторы, мы считаем оправданным выполнение адреналэктомии при наличии: 1) опухоли с любой степенью повышения гормональной активности; 2) опухоли больше 3 см в диаметре; 3) опухоли меньше 3 см, но увеличивающиеся за время наблюдения по данным КТ, МРТ, сонографии; 4) подозрение на злокачественный процесс независимо от размеров опухоли (по данным КТ, МРТ, скintiграфии, пункти-онной биопсии). Среди удаленных опухолей были 5 альдостером, 16 кортикостером с разной степенью выраженности синдрома Кушинга, в т.ч. 1 мелкоузловая гиперплазия коры надпочечника, 3 аденокортикального рака, а также 13 феохромоцитом. Выполнялся трансперитонеальный доступ – как лево-, так и правосторонний. При анализе результатов лапароскопических вмешательств мы пришли к выводу, что сама методика не лишена недостатков, связанных со сложностью доступа к надпочечнику, особенно слева, влияние карбоксиперитонеума. С октября по май 2015 года на базе клиники факультетской хирургии и онкологии и ЛДЦ «Авеста» нами выполнено 11 эндоскопических адреналэктомий ретроперитонеальным доступом. Возраст больных составил от 26 до 74 лет. В пяти случаях выполнялась правосторонняя адреналэктомия и в шести левосторонняя. У трех пациентов операции выполнены по поводу феохромоцитомы, в одном случае диагностирована альдостерома, у одного пациента операция выполнена по поводу синдрома Иценко-Кушинга и у шестерых – аденомы надпочечника. Осложнений не отмечено. Выводы: Ретроперитонеальный эндоскопический доступ позволяет значительно снизить риск осложнений, связанных с повреждением соседних органов и практически полностью лишен осложнений, вызванных карбоксиперитонеумом.

---

1561. Остановка продолжающегося внутрибрюшного кровотечения на передовых этапах эвакуации: современное состояние проблемы и перспективы

Рева В.А.(1), Самохвалов И.М.(1), Литинский М.А.(2), Денисов А.В.(1), Сохранов М.В.(1), Телицкий С.Ю.(1), Яблоков И.П.(1)

1) Санкт-Петербург, 2) Москва

1) Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, 2) Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Введение. Повреждения живота встречаются у каждого десятого раненого в современном военном конфликте. Раненые с проникающими ранениями живота или закрытой травмой живота с повреждением внутренних органов нуждаются в скорейшей эвакуации для проведения неотложной операции. Задержка же эвакуации зачастую приводит к фатальным последствиям. До настоящего времени не существует адекватного средства догоспитальной остановки продолжающегося полостного кровотечения. Из предложенных средств внутрибрюшного гемостаза, таких как раствор, содержащий криопреципитат, ε-аминокапроновая кислота и хлористый кальций; транексамовая кислота и плазма крови; фибриновый клей

или пена FloSeal (Baxter, США) на основе бычьего тромбина и коллагена, только пенополиуретановая композиция закрытоячейной структуры показала по данным экспериментальных исследований обнадеживающие результаты. Целью исследования явилась оценка перспективных средств остановки продолжающегося внутрибрюшного кровотечения. Материал и методы. Рассмотрены 3 возможных направления обеспечения внутрисосудистого гемостаза: 1) эндоваскулярная баллонная окклюзия аорты (ЭВБОА), 2) применение саморасширяющихся пенополиуретановых композиций, 3) ультразвуковая коагуляция. ЭВБОА представляет собой временную окклюзию аорты баллоном в грудном ее отделе (зона I) или над бифуркацией (зона III), выполняемую через прокол бедренной артерии, и имеет целью остановку (или значимое снижение) продолжающегося кровотечения внутрибрюшного и/или внутритазового кровотечения при крайне тяжелом состоянии пострадавшего (систолическое АД менее 70 мм рт.ст.). Нами ЭВБОА применена у 5 тяжелопострадавших, доставленных в клинику. Композиции из пенополиуретана, способные многократно расширяться в объеме и затвердевать, могут быть введены в жидком виде через прокол в брюшной стенке. Исследование по изучению эффективности саморасширяющейся пены «Локус» открытоячейной структуры проведено на 11 кроликах массой 3 кг на модели острой кровопотери (опытная группа – 6 животных, контрольная – 5). Источник силового ультразвука может локально, не нарушая целостности кожного покрова, нагреть поврежденный участок паренхимы печени, селезенки или почки и вызвать таким образом образование тромба. Эксперимент по применению ультразвука с целью гемостаза из ран печени проведен на 3 овцах массой 38-41 кг. Изменения ткани печени были оценены макро- и микроскопически. Результаты. ЭВБОА позволила во всех случаях временно стабилизировать системную гемодинамику: средний подъем системного АД составил 40-60 мм рт.ст. Стабилизация гемодинамики на срок 20-40 мин позволила получить компоненты крови и выполнить основное хирургическое вмешательство (лапаротомию, тампонаду таза, внешнюю фиксацию костей таза). Случаев досуточной смерти зарегистрировано не было. Все пострадавшие скончались от сепсиса и прогрессирующей полиорганной недостаточности в разные сроки от момента поступления: от 3 до 13 сут. Применение отечественной полиуретановой композиции не показало своей эффективности. Выживаемость в контрольной точке между опытной и контрольной группой достоверно не отличалась: 3 из 6 умерло в опытной группе и 2 из 5 в контрольной (пена не вводилась). Введенный двухкомпонентный раствор увеличивался в объеме в среднем в 3-4 раза: объем пены при аутопсии достигал 260-300 мл, занимая весь объем брюшной полости. При этом пена поглощала в среднем  $72,6 \pm 8,3$  г крови. У животных опытной группы в брюшной полости отмечено минимальное количество крови, в то время как у животных контрольной группы вся брюшная полость была заполнена кровью. При коагуляции печеночной ткани от воздействия силового ультразвука во всех случаях отмечался видимый эффект в виде побеления паренхимы на всю глубину до точки фокусировки. При микроскопии ткань печени с очагами некроза паренхимы. В препаратах ткани печени имеются полости неправильной формы, стенка которых представлена в различных участках соединительной тканью кровеносных сосудов, либо гепатоцитами. Очаги некроза паренхимы печени с лимфоплазмочитарной инфильтрацией по периферии, единичными гигантскими многоядерными клетками. В части кровеносных сосудов – тромбы с явлениями эндотелизации и прорастания соединительной тканью из кровеносных сосудов. Заключение. по настоящее время не существует адекватного средства остановки продолжающегося внутрибрюшного кровотечения на этапе первой врачебной помощи, и только при оказании квалифицированной хирургической помощи кровотечение может быть остановлено путем лапаротомии. ЭВБОА может служить важным дополнением к лечению пострадавших с сочетанной травмой живота и таза, поступающих с признаками тяжелой кровопотери и шока. Введенный в течение первых минут после поступления пациента, баллон позволяет выиграть 30-40 мин для начала гемотрансфузии и оказания полноценного хирургического пособия. Для дальнейшего изучения саморасширяющегося полимера требуется изменение его рецептуры. Ультразвуковая коагуляция может быть перспективным средством остановки кровотечения на передовых этапах эвакуации ввиду все большего распространения ультразвука с целью диагностики.

---

## 1562. ВОЗМОЖНОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Влахов А.К. (1), Старосек В.Н. (1), Стормажов В.А. (2), Голомидов А.Н. (2)

Симферополь

1) Крымская медицинская академия имени С.И.Георгиевского Крымского федерального университета имени В.И.Вернадского, 2) ГБУЗ РК "Симферопольская клиническая больница скорой медицинской помощи № 6"

Введение. Целью работы явилось улучшение результатов оперативного лечения осложнённых форм острого (ОП) и хронического панкреатита (ХП) путем применения интраоперационного ультразвукового исследования (ИОУЗИ). Материал и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 16 больных возрастом от 24-68 лет с ХП (12 мужчин и 4 женщины) и 12 больных возрастом 32-65 лет с ОП (9 мужчин и 3 женщины). Больным выполняли комплекс общеклинических исследований, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, эзофагогастродуоденоскопию, ретроградную холангиопанкреатографию. Для ИОУЗИ использовали сканер с мультисекторным линейным датчиком 7,5-10 МГц, пакетом доплеровских режимов. Датчик погружали в стерильный полиэтиленовый рукав. Обзорное ИОУЗИ проводили после выполнения лапаротомии. Датчик размещали на передней стенке желудка после полной эвакуации воздуха из его просвета. Интраоперационную эхонавигационную ассистенцию выполняли после мобилизации желудочно-ободочной связки, двенадцатиперстной кишки. Для выбора операционно-технического приема датчик располагали на передней поверхности поджелудочной железы (ПЖ). Для полноценной визуализации ПЖ, парапанкреатической зоны, операционное поле заполняли изотоническим раствором. Пункции выполняли иглами 14-16G. Трепан-биоптаты подвергали гистологическим, иммуногистохимическим исследованиям. Аспираты подвергали морфологическим, бактериологическим, биохимическим исследованиям. В послеоперационном периоде проводили посиндромную терапию; ультразвуковой мониторинг. Результаты и обсуждение. Выбор способа операции определяли на основании полного клинического обследования, инструментальных данных о характере, распространенности поражения и топической локализации очаговой патологии ПЖ, стремлении применить наиболее адекватные оперативные приемы при минимальной степени хирургической агрессии. Высокая плотность паренхимы ПЖ при ХП существенно затрудняет или делает невозможным пальпаторное обнаружение главного панкреатического протока, а «слепое» вскрытие его сопряжено с высокой травматичностью. Применение ИОУЗИ позволило во всех случаях отказаться от пальпаторной ревизии ПЖ, проведения традиционной широкой мобилизации тканей для доступа к ПЖ благодаря малому размеру датчика, выполнения «пробных» пункций и «слепых» панкреатотомий для доступа к протоку и мелким кистозным образованиям. Основными задачами ИОУЗИ считали: 1) установление топической локализации и размеров очаговой патологии ПЖ (киста, опухоль, конкремент, стеатонекроз); 2) характеристика главного панкреатического протока: величина дилатации, степень обструкции; извитость, локализация конкрементов; 3) адекватная оценка внутриорганных ангиоархитектоники; степени васкуляризации очагов; состояние интра- и перинодулярного кровотока; 4) выполнение интраоперационной тонкоигольной биопсии для морфологической верификации диагноза; 5) выявление дополнительных очагов, не диагностированных на дооперационном этапе из-за малых размеров или изоэхогенной структуры; 6) выбор площадки для выполнения панкреатотомии, вирсунготомии, цистотомии; 7) определение уровня резекции паренхимы ПЖ, расчет границ формирования анастомоза; 8) расположение зоны интереса относительно: аорты, брыжеечных и селезеночных сосудов, нижней полой и воротной вен, желчевыводящих путей; наличие портальной и билиарной гипертензии; 9) инвазия очаговой патологии в ткани, стенки сосудов, лимфоузлы. Использование ИОУЗИ в 12 случаях подтверждено дооперационный диагноз, у 4 больных выявлена патология, не распознанная на этапах предоперационного обследования. В 11 случаях проведена интраоперационная пункционная биопсия под контролем ИОУЗИ. Вскрытие главного панкреатического протока и панкреатотомия при кистозных образованиях выполняли с помощью иглы, прицельно установленной под контролем ИОУЗИ, или путём эхонавигационной маркировки паренхимы в наиболее оптимальном участке. Возможность многократного использования ИОУЗИ обеспечило контроль полноты удаления конкрементов из просвета протока. При операциях по поводу деструктивного ОП ультразвуковая ревизия позволила оценить степень поражения паренхимы ПЖ и парапанкреатической клетчатки, обнаружить дополнительные зоны деструкции, осуществить полноценную секвестрэктомию, выполнить интраоперационную санацию. У больных ХП проведено 8 цистоеюностомий, 4 продольных панкреатоеюностомий; 2 дистальные резекции поджелудочной железы со спленэктомией; 1 энуклеация цистоаденомы; 1 наружное дренирование псевдокисты. Больным ОП, ранее подвергнутым чрескожным пункционно-дренажным методам выполнены секвестрэктомии и наружные дренирования постнекротических очагов из минидоступов. Интраоперационная кровопотеря была минимальной. Продолжительность операций сопоставима с таковыми без применения ИОУЗИ. Летальных исходов не было. Послеоперационных осложнений, требующих дополнительной хирургической коррекции, не

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

наблюдали. Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии. Заключение. Таким образом, можно заключить, что применение ИОУЗИ с использованием высокочастотного датчика и доплеровских режимов, как метода интраоперационной ассистенции при операциях на ПЖ, позволяет выявить патологию, не диагностированную на дооперационном этапе, обеспечить выбор наименее инвазивного оперативно-технического приема, осуществить непосредственный контроль эффективности проведения хирургического вмешательства. Использование ИОУЗИ способствует минимизации хирургической травмы, снижению количества послеоперационных осложнений.

---

1563. Влияние экспрессии рецепторов мелатонина в слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки на хирургическую тактику лечения осложненных гастродуоденальных язв.

Османов З.Х., Семенов Д.Ю., Колоскова Л.Е., Резван Т.А.

Санкт-Петербург

ГБОУ ВПО "Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова" Министерства здравоохранения РФ Кафедра общей хирургии НИИ хирургии и неотложной медицины ГБОУ ВПО "Первый Санкт-Петербургский государственный мед

Несмотря на широко применяющуюся современную противоязвенную терапию, не изменился процент (10-15%) осложненных кровотечением или перфорацией язв. Использование малоинвазивных и эндоскопических технологий в подавляющем большинстве случаев позволяет успешно решать вопросы по лечению осложнений гастродуоденальных язв. Однако, остается нерешенным вопрос лечения рецидивов осложнений язв желудка и двенадцатиперстной кишки, результаты которого не позволяют назвать их оптимистичными. Своевременное хирургическое лечение в настоящее время остается безальтернативным вариантом лечения этой категории больных, что может улучшить результаты лечения этой сложной категории пациентов. В связи с этим вопрос прогнозирования развития осложнений гастродуоденальных язв остается весьма актуальным. Одним из вариантов решения этого вопроса может стать изучение экспрессии рецепторов мелатонина МТ-1 и МТ-2, как одного из основных в патогенезе развития осложнений. Целью настоящей работы стало изучение экспрессии рецепторов мелатонина и выработка прогностических критериев развития осложнений гастродуоденальных язв. Материалы и методы: Работа состояла из двух этапов – экспериментального и клинического. На экспериментальном этапе получены первичные специфические антитела к МТ-1 и МТ-2 в ГНЦ НИИ «Особо Чистых Биопрепаратов» (Санкт-Петербург). На втором этапе исследования, клиническом, были обследованы 50 пациентов, находившихся на обследовании в клинике общей хирургии ПСПбГМУ имени акад. И.П.Павлова и СПб ГБУЗ ГКДЦ №1 за период с 2006 по 2014 год. На клиническом этапе исследования пациенты с учетом анамнестических, клинических и эндоскопических данных были разделены на три группы. Первую группу составили 12 пациентов, не имеющих язвенной болезни - контрольная группа. Во вторую группу были включены 20 пациентов с неосложненной язвенной болезнью. В третью вошли 18 пациентов с язвами, осложненными кровотечением и ушиванием перфоративной гастродуоденальной язвой в анамнезе. Исследование экспрессии МТ1 и МТ2 рецепторов на клетках проводилось в ООО «МЕД.ЦЕНТР «МЕДЛАБ» (Санкт-Петербург) методом проточной флюороцитометрии. Исследование проводилось на проточном цитометре EPICS XL-MCL (Beckman Coulter). Результаты: Выявлена четкая корреляция между тяжестью течения язвенной болезни и экспрессией рецепторов мелатонина МТ-1 и МТ-2, причем наиболее показательным является уровень МТ-2 рецепторов. Полученные результаты статистически достоверны, что послужило основанием для разработки прогностической формулы развития осложнений (получен патент РФ № 2487354):  $D=1,127 \times \text{MT1}/\text{MT2}-4,005$ , где МТ-1 - экспрессия рецепторов мелатонина МТ-1 в исследуемых клетках, %; МТ-2 - экспрессия рецепторов мелатонина МТ-2 в исследуемых клетках, % и при  $D > 0$  прогнозируют развитие осложнений, а при  $D$

#### 1564.ЛЕЧЕНИЕ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Есипов А.В., Долгих Р.Н., Леонов С.В., Манюхин А.Н., Федяев С.Г.

Красногорск

ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А. А. Вишневого» Минобороны России

В колопроктологическом центре 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого в период 2004г.-2014г. лечилось 84 пациента с экстрасфинктерными свищами прямой кишки, 71(84,5%) человек – мужчины и 13(15,5%) – женщины. По возрастным группам больные распределились следующим образом: до 40 лет - 11(13,1%); 40-60 лет - 64(76,2%); старше 60 лет -9(10,7%) пациентов. С задними экстрасфинктерными свищами 57(67,9%) пациентов, с передними -27(32,1%). У мужчин задние экстрасфинктерные свищи встречались в 49 (69,0%) случаев, передние в 22 (31,0% ). У женщин задние - в 6 (46,2%), передние – в 7(53,8%). При задних экстрасфинктерных свищах выполнялись следующие виды оперативных вмешательств: -иссечение свища с проведением лигатуры – 22; -иссечение свища с ушиванием сфинктера - 31; - операция по методу Рыжих I - 1; - операция по методу Рыжих II - 1; - операция Блинничева - 2. При передних экстрасфинктерных свищах выполнялись следующие виды оперативных вмешательств: -иссечение свища с ушиванием сфинктера - 23; - операция по методу Рыжих I - 1; - операция по методу Рыжих II - 2; - операция Блинничева - 1. Рецидивы имели место в 3(3,5%) случаях. Один случай при заднем экстрасфинктерном свище после иссечения свища с проведением лигатуры, один после сфинктеропластики и один случай при переднем экстрасфинктерном свище после операции по методу Рыжих II. Выводы. Экстрасфинктерные свищи прямой кишки по нашим наблюдениям встречаются чаще у мужчин, в возрасте с 40 до 60 лет, с преимущественным расположением внутреннего отверстия на задней стенке. Использование таких операций, как иссечение свища с ушиванием сфинктера и иссечение свища с проведением лигатуры, особенно при свищах IV степени сложности дает хорошие клинические исходы.

---

#### 1565.ВАРИАНТЫ И МЕТОДЫ Debridement РАН КАК ЭТАП ПОДГОТОВКИ К ПЛАСТИЧЕСКОМУ ЗАКРЫТИЮ РАН

Островский Е.М., Максимов Д.И.

Одинцово

КБ123 ФМБА России

Хирургическая инфекция наблюдается и протекает наиболее часто в виде раневой инфекции посттравматических и послеоперационных ран, а также в виде острых и хронических гнойных заболеваний. Особую значимость эта проблема приобрела в связи с ростом числа техногенных и природных катастроф, военных конфликтов и террористических актов. В связи с чем имеется настоятельная необходимость оптимизации составляющих комбинированного лечения. Нами использован один из получивших распространение видов обработки ран Debridement. Наиболее частым вариантом использования был селективный – удаление только нежизнеспособных тканей. Методы: механический – включающие гидрохирургию ран, ультразвуковую кавитацию, вакуумную терапию ран. Химический метод заключался в использовании различных энзиматических средств. Нами проведен анализ результатов обследования и лечения 68 больных с обширными гнойно-некротическими ранами с локализацией на голени и стопе у больных с СДС. Возраст пациентов от 31 до 78 лет, мужчин было 45 (66.2%), женщин 23 (33,8%). У всех пациентов имелись обширные гнойно-некротические раны: у 19 с несостоятельностью культей конечностей



после ампутаций на фоне СДС, 47 в результате трофических нарушений и травматизации тканей голени и стоп так же с СДС и СД. Одним из способов обработки ран была ультразвуковая кавитация аппаратом «SONOCA-180». Мы использовали два вида насадок, частотой 25 кГц - «шарик» и «копытце» - с диаметром канюли 5 мм и длиной канюли 62 мм. Ультразвуковая обработка применена у 44 больных. Время воздействия на раневую поверхность составляла 7-10 минут. Для облегчения и улучшения обработки раневых поверхностей применяли гидрохирургическую систему «VersaJet». Данная методика была применена у 24 пациентов, что позволило полностью очистить рану от раневого детрита и создать условия для проведения реконструктивной операции. Длительность использования данной методики составляла в среднем от 7 до 13 минут. Следует заметить, использование данных методик отвечает требованиям прецизионности, которая позволяла с минимальной травматизацией окружающих рану структур (сухожилия, сосуды, нервные стволы и т.д.) выполнить манипуляцию. С целью дальнейшей подготовки обширных ран к пластике было использовано лечение ран при помощи вакуум-терапии аппаратом VivanoТес для активной аспирации при установленном уровне отрицательного давления от 75 до 125 мм рт.ст. Периодичность смены повязок составляла 3 суток. Количество смен повязок было 3-4. Курсы вакуум терапии (NPWT - Negative pressure wound treatment) проведены 30 больным. Оценку результатов лечения проводили на основании микробиологических, цитологических исследований. После проведения селективного Debridement и создания активных грануляций выполнялась одна из видов хирургической пластики раневого дефекта с использованием кожно-фасциальных лоскутов. Пластика раны местными тканями выполнена 17 больным. Реконструктивное закрытие раны с использованием дозированной дермотензии - 9 пациентов. Аутодермопластика свободным расщепленным лоскутом проведена – 37 больным. 5 пациентам применены комбинированные методы закрытия раневых поверхностей. В результате проведенного лечения у 54 пациентов отмечено полное заживление обширных ран. У 7 пациентов раны зажили вторичным натяжением, 7 - потребовалось дополнительное использование аутодермопластики свободным расщепленным лоскутом. Использование селективного Debridement позволяет эффективно удалить девитализированные ткани при малой травматизации тканей, позволяет сократить сроки подготовки к реконструктивным операциям. При этом достоверно уменьшается уровень контаминации, активизируются репаративные процессы в ране, снижается количество перевязок и затраты на лечение.

---

## 1566. ПРИМЕНЕНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В НЕОТЛОЖНОЙ ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Влахов А.К. (1), Стормажов В.А. (2), Голомидов А.Н. (2)

Симферополь

1) Крымская медицинская академия имени С.И.Георгиевского Крымского федерального университета имени В.И.Вернадского, 2) ГБУЗ РК "Симферопольская клиническая больница скорой медицинской помощи № 6"

Актуальность. Высокие потенциальные возможности чрескожных пункционных вмешательств, выполняемых под контролем эхолокации, в хирургическом лечении абдоминальной патологии в настоящее время неоспоримы. Однако, для выявления жидкостных скоплений плевральных полостей и очаговых изменений легочной паренхимы, ведущую роль зачастую отдают рентгенологическим исследованиям. Диагностическая информативность рентгенографии, выполненной „на месте” у тяжелых лежачих больных существенно снижается, т.к. экссудат плащевидно распространяется по дорзальной плевре и синусам. Проведение полипозиционной рентгеноскопии или томографии у тяжелого больного крайне затруднительно. При рентгенографических методах возникают существенные трудности в дифференциальной верификации субплеврально расположенных воспалительных и опухолевых очагов легкого и гидроторакса, сложно определить характер экссудата: серозный, гнойный, фибринозный; на рентгенограмме он выглядит одинаково – как гомогенное затемнение. Определенной категории больных рентгенологическое исследование противопоказано или представляет повышенный риск. Следствием этого является запоздавшая диагностика экссудативных и инфильтративных процессов в плевральных полостях и

легких, что, в свою очередь, является фактором, отягощающим состояние пациентов и значительно увеличивающим сроки их лечения. В литературе немногочисленны сообщения о применении ультразвукового исследования (УЗИ) в пульмонологической и торакальной практике. Редки публикации об использовании эхонавигационных интервенций (ЭИ) в диагностике и лечении хирургических заболеваний легких и плевры. Цель. улучшить результаты диагностики и лечения хирургических заболеваний легких и плевры путем дифференцированного выбора ЭИ и рационального внедрения техники эхонавигации. Материалы и методы. Объектом исследования были 128 больных с хирургическими заболеваниями легких и плевры возрастом 16-86 лет. Мужчин было 99 (77,3%), женщин – 29 (22,7%). Для ЭИ использовали сканеры с мультисекторными датчиками. Аспирационные пункции выполняли иглами Вереша 14-16 G длиной 15 см. Чрескожное дренирование осуществляли одноэтапно – стилет-катетером, троакаром. Для дренирования применяли одно и двухпросветные дренажи 10-24 Fr с 2-6 боковыми отверстиями на рабочем конце и рентгенконтрастными маркерами. При необходимости устанавливали 2 дренажа. Трепан-биопсии выполняли двухсоставными иглами гильотинного типа 14-19G. Для доступа выбирали оптимальную траекторию в безопасном акустическом окне в спектральных доплеровских режимах. Пунктаты и аспираты подвергали цитологическим, бактериологическим и биохимическим исследованиям. Трепан-биоптаты подвергали гистоморфологическим и гистохимическим исследованиям. Для санации полостей применяли растворы антисептиков. Всем больным выполняли общеклинические обследования, УЗИ, рентгенографию, по показаниям – компьютерную томографию (КТ), магнитно-резонансную томографию с контрастным усилением, бронхоскопию, торакоскопию. Результаты. С целью получения максимальной информации эхолокацию проводили в различных положениях пациента: лежа на спине, на животе, правом, левом боку и сидя с обеих сторон грудной клетки по стандартным топографо-анатомическим линиям: околопозвоночным, лопаточным, подмышечным, среднеключичным и окологрудным. Продольное сканирование начинали из нижних межреберий в направлении снизу вверх. В предполагаемой зоне интереса для получения максимальной информации выполняли поперечную и косую локацию под разными углами. Для выявления патологии базальных отделов легких и плевральных полостей в качестве акустического окна использовали печень (справа) и селезенку (слева). Верхние отделы легких сканировали из над- и подключичных ямок с использованием различных углов наклона датчика. Исследование проводили при спокойном дыхании пациента, при необходимости – на глубине вдоха. Оценивали локализацию, количество, характер экссудата (серозный, гнойный, фибринозный), толщину плевральных листков и наложений, разграничивали свободный выпот от осумкованного. Методики позиционирования инструмента при ЭИ разделяли на три категории: 1) использование направляющих устройств; 2) пункция „свободной рукой”; 3) непрямой ультразвуковой контроль. Использование пункционных датчиков со встроенными адаптерами и съёмных насадок, значительно упрощало выполнение ЭИ. Направляющие устройства применяли при пункциях глубоких очагов малого диаметра, высокой васкуляризации тканей, проведении трепан-биопсий. Позиционирование инструмента „свободной рукой” предоставляло значительно больше возможностей для манёвра, позволяло контролировать вектор движения иглы в тканях в нескольких плоскостях, посредством поворота датчика вокруг оси инструмента, что невозможно при применении адаптеров. При непрямом контроле инструмент направляли в зону интереса в метке, установленной маркером, в соответствии с параметрами выполненного ранее ультразвукового позиционирования. Непрямой ультразвуковой контроль использовали, в основном, для эвакуации больших диффузных скоплений жидкости. 17 (13,3%) больным с периферическими опухолями легких выполнены чрескожные трансторакальные трепан-биопсии (ТТБ) под контролем эхонавигации. У 5 больных выявлена железистая аденокарцинома; у 3 – плоскоклеточная карцинома; у 2 – метастаз рака молочной железы; у 2 – абсцесс легкого; в 2 случаях – аденома легкого; у 2 пациентов – пневмосклероз; 1 биопсия была неинформативна. Всем больным выполняли контрольную рентгенографию. Осложнений после ТТБ опухолей легких под контролем эхонавигации не наблюдали. Эхонавигационная ТТБ (ЭТТБ) позволила в кратчайшие сроки установить морфологический диагноз, предотвратить развитие осложнений и определить оптимальный способ дальнейшего лечения. По результатам биопсий 9 больных подвергнуты радикальным операциям. ЭТТБ опухолей легких обладает большим преимуществом в определении места пункции патологического образования перед стандартной пункцией под контролем рентгеноскопии и КТ. Это преимущество обусловлено не только точной локализацией опухоли, но и возможностью изменения режима исследования, что позволяет безопасно для больного и персонала без ограничения времени выбирать кратчайшее расстояние между пунктируемым патологическим образованием в легком и грудной стенкой. ЭТТБ имеет существенные преимущества перед видеоторакоскопическим вмешательством: ЭТТБ проводится под местной анестезией, может быть выполнена „на месте”; ЭТТБ существенно менее продолжительна и травматична в сравнении с видеоторакоскопической биопсией, не требует создания пневмоторакса, наркозного пособия; для ЭТТБ не имеет значения наличие перитуморозного инфильтрата, плевро-висцеральных сращений, шварт; эхолокация позволяет непрерывно визуализировать положение инструмента, контролировать весь пункционный канал,

предотвращая контакт с крупными бронхо-сосудистыми структурами и неизменной паренхимой легкого. Диффузный плеврит выявлен у 59 (46,1%) больных, у которых рентгенографическим методом гидроторакс не был диагностирован в 18,6% (11) наблюдений. В 32 (54,2%) случаях плеврит имел двустороннюю локализацию. Одностороннее поражение отмечено у 27 (45,8%) пациентов: левосторонний – 11; правосторонний – 16. Объем содержимого при одномоментном вмешательстве на пораженной стороне составил от 110 до 1450 мл, в среднем,  $380 \pm 45$  мл. При малом гидротораксе 15 (25,4%) больных жидкостные скопления удалось ликвидировать без рецидива путем однократной пункции. 26 (44,1%) пациентам со средним гидротораксом потребовалось 2-4 интервенции. 18 (30,5%) больным экссудативный процесс плевральных полостей требовал этапного лечения путем проведения 3-6 вмешательств. У 23 (17,9%) больных с осумкованными плевритами для топической диагностики, помимо УЗИ, применяли КТ. Сонографическая диагностика осумкованных плевритов была эффективна в случаях, когда стенка жидкостного скопления прилежала к париетальной плевре. Косто-дорзальный с локализацией: справа обнаружен у 4 больных, слева – у 3 пациентов; косто-латеральный: справа – 4, слева – 1; косто-диафрагмальный: справа – у 2, слева – у 1; косто-медиастинальный: справа – у 1, слева – в 2 случаях. Междолевой плеврит, наименее доступный для эхолокации, выявлен: справа – у 3, слева – у больных 2. При ЭИ отмечено уменьшение количества осложнений в сравнении со „слепыми” вмешательствами после предварительной рентгеноскопии в 3,2 раза. Эхонавигационный торакоцентез проведен 18 (14,1%) больным с ограниченной эмпиемой плевры пристеночной локализации. Вмешательство стремились выполнять в точке, в которой жидкость выявлялась в течение всего дыхательного цикла. Проникновение краев легкого и куполов диафрагмы при дыхательных экскурсиях в вектор акустического окна не считали противопоказанием к проведению торакоцентеза в выбранном месте внедрения инструмента. Дренажи проводили вдоль нижней плоскости наибольшего скопления жидкости. В 5 случаях в полость эмпиемы вводили 2 дренажа. Регулярно проводили многократные аспирационные санации растворами антисептиков до получения прозрачного аспирата. Критериями эффективности дренирования считали: полную ликвидацию пиоторакса, прекращение поступления отделяемого при активной аспирации; динамическую трансформацию: по характеру аспирата – из гнойно-геморрагического в серозный; по типу цитогрaмм – из дегенеративно-воспалительных в регенеративные; положительную динамику рентгенологической очаговой семиотики. Нормализация на системном уровне: стойкий регресс токсемии, проявлений дыхательной недостаточности, температурной и лейкоцитарной реакций, болевого синдрома отмечено на  $4,2 \pm 1,6$  суток раньше, в сравнении с традиционными методами. Визуализация в плевральной полости, на фоне жидкости, грубых фибриновых шварт, в виде линейных эхоплотных структур, тянущихся под различными углами между утолщенными плевральными листками и делящих свободное пространство плевральной полости на ячейки, свидетельствовала о том, что легкое сдавлено фибриновыми наложениями и гнойными массами. Это являлось показанием к торакокопической операции с целью ликвидации фибриновых шварт и плевропульмональных спаек (адгезиолизис), санации и дренирования плевральной полости. Миниинвазивное торакокопическое лечение проведено 11 (8,6%) больным, которым УЗИ применялось в течение всего периоперационного периода: для операционной разметки и контроля динамики состояния дренируемых очагов. Ятрогенного пневмо- и гемоторакса после трансторакальных ЭИ не наблюдали. Летальных исходов не было. При ретроспективном анализе вмешательств, выполненных ранее под традиционным рентгенологическим контролем, частота постманипуляционных осложнений составляла 17,6%. Из наблюдаемых ранее осложнений были: длительно не купируемые торакалгии, постинвазивные нагноения, пневмо- и гемоторакс, требующие открытых методов хирургического лечения. Выводы. Доступность, динамичность, полипозиционность и безвредность позволяют считать УЗИ приоритетным и предпочтительным методом в диагностике плевритов в сравнении с традиционным рентгенологическим. Непрерывная эхонавигация обеспечивает выбор безопасной интервенционной траектории, контроль положения инструмента, способствует достижению максимального эффекта в лечении жидкостных скоплений плевральных полостей, минимизации постманипуляционных осложнений. ЭТТБ очаговой патологии легких периферической локализации является высокоинформативным миниинвазивным методом диагностики, позволяющим в кратчайшие сроки верифицировать гистоморфологическую форму заболевания.

---

1567. Клиническое наблюдение лапароскопической эксцизии осложненной кисты урахуса

Евсеев М.А.(1), Никитин В.Е.(1), Стручков В.Ю.(1), Фомин В.С.(1,2)

Москва

ГБУЗ ГКБ 52 ДЗМ (1), ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова (2)

Введение. С момента первого описания не зарощения мочевого протока в работах Cabriolus (1550г.) в мировой литературе имеются лишь немногочисленные упоминания данного страдания с редкими обзорами более 10 клинических наблюдений (Yalavar R. et al., 2014). Применение малоинвазивных технологий в лечении патологии урахуса является прогрессивным, хотя при использовании ключевых слов «laparoscopy, urachus, adult» в базе «Pubmed» на февраль 2015 года найдено всего лишь 53 литературных ссылки, что прежде всего указывает на низкую частоту встречаемости патологии (Araki M., et al., 2012). Симптомное течение не зарощенного мочевого протока у взрослого населения представляется крайне вариабельным со стороны клинической картины, различных анатомических вариантов, а также редкостью манифестации ввиду малой частоты встречаемости (Ольшанецкий А.А. и соавт., 2014; Ekwueme K.C. et. al., 2009). Нами приводится клиническое наблюдение осложненного течения кисты урахуса у пациента 38 лет с успешной малоинвазивной коррекцией патологии. Клиническое наблюдение. Больной М., 38 лет поступил 18 января 2015 года в ГБУЗ ГКБ№52 в экстренном порядке с жалобами на острые боли в нижних отделах живота, правой подвздошной области, общую слабость. Жалобы появились около 2 недель назад с постепенной прогрессией, следствием чего и явилась госпитализация. При объективном обследовании у больного отмечалась локальная болезненность в нижних отделах живота больше справа с отрицательными аппендикулярными и перитонеальными симптомами. Проводилась дифференциальная диагностика между аппендикулярным инфильтратом атипичной локализации и почечной коликой справа. Консультирован урологом: острой урологической патологии на момент осмотра не выявлено. В клиническом анализе крови умеренный лейкоцитоз до  $12,4 \cdot 10^9/\text{л}$  без сдвига лейкоцитарной формулы. При проведении УЗИ органов брюшной и области почек была выявлена гепатомегалия, увеличение размера и утолщение паренхимы левой почки, объёмное образование брюшной полости - детализация последнего затруднена: над дном мочевого пузыря между петлями кишечника и сальником лоцируется объёмное образование  $45 \cdot 28 \text{ мм}$ , гипоехогенное, однородное, с ровным нечетким контуром, сливающееся с однородным объёмным образованием над брюшиной размером  $38 \cdot 34 \text{ мм}$ , анэхогенным с неровным контуром. С целью верификации диагноза и определения характера объёмного образования было принято решение о проведении МСКТ с внутривенным контрастированием: кистозное образование веретенообразной формы, прилежащее широким основанием к дну мочевого пузыря, сверху соединенное посредством тяжа с пупком. Передняя стенка образования прилежит к прямой мышце живота справа. Размеры образования  $51 \cdot 54 \cdot 73 \text{ мм}$  (объемом около 60 мл), содержимое негомогенно, до 18-24 НУ. Стенка образования нечеткая, перифокально клетчатка тяжиста. При контрастном усилении стенка образования накапливает контраст. На уровне исследования определяется аппендикс, типично расположенный  $53 \cdot 5,5 \text{ мм}$ , без признаков воспаления. Заключение: МСКТ-картина наиболее соответствует кисте урахуса с признаками воспаления. На основании жалоб, анамнеза развития заболевания, данных лабораторных и инструментальных методов исследования был выставлен диагноз: Киста урахуса с признаками воспаления. Было принято решение о проведении терапии с целью купирования воспаления. Проводилась антибактериальная, противовоспалительная терапия, однако к утру 20.01.2015 боли в гипогастрии резко усилились, температура тела поднялась до  $38,0^{\circ}\text{C}$ , появились симптомы раздражения брюшины, в клиническом анализе крови лейкоцитоз до  $20,9 \cdot 10^9/\text{л}$ . Было выполнено УЗИ органов брюшной полости: в брюшной полости визуализируется инфильтрат без четких контуров, с вовлечением петель кишечника. Перистальтика на этих участках не определяется, межпетельно визуализируется свободная жидкость, в малом тазу до 230 мл однородной жидкости. В мезогастрии слева – участок тонкой кишки, расширенный до 33 мм, без прослеживаемой перистальтики. Принимая во внимание отрицательную динамику клиническо-инструментальной картины было принято решение о проведении диагностической лапароскопии с расширением объема операции по результатам интраоперационных находок. Ход операции: под эндотрахеальным наркозом в параумбиликальной области был выполнен вход в брюшную полость по методу Hassan, введен 10-мм троакар, наложен пневмоперитонеум, введена оптическая система; дополнительно установлены два 5-мм троакара в правой и левой подвздошных областях и 10-мм троакар в эпигастрии. При ревизии: в гипогастрии, правом латеральном канале, правом поддиафрагмальном пространстве до 150мл гноевидного экссудата; в гипогастрии в проекции срединной линии определяется инфильтрат, распространяющийся от параумбиликальной области до паравезикальной клетчатки, включающий в себя большой сальник, петлю подвздошной кишки, переднюю брюшную стенку. Выполнено разделение инфильтрата, при этом выделилось до 30 мл сливкообразного гноя. На входе в полость малого таза при мобилизации инфильтрированных тканей вскрылся абсцесс объемом до 100мл с

мутной жидкостью. Установлено, что инфильтрат сформирован вокруг нагноившейся кисты урахуса размерами 7,0х4,0см. Дополнительно осмотрен купол слепой кишки с червеобразным отростком, последний – без острых воспалительных изменений. Иной патологии в брюшной полости не выявлено. Интраоперационное заключение: Нагноившаяся киста урахуса. Абсцесс брюшной полости. Распространенный гнойный перитонит. Ход операции: Выпот из брюшной полости эвакуирован; произведено лапароскопическое иссечение урахуса от пупочного кольца до паравезикальной клетчатки, при этом истечения мочи не выявлено, препарат удален из брюшной полости в эндоконтейнере; произведена санация брюшной полости 3 литрами физиологического раствора; в полость малого таза, непосредственно к области иссечения урахуса и в подпеченочное пространство установлены 3 силиконовых дренажа через контрапертуры в подвздошных областях и правой мезогастральной области; троакары, инструменты удалены, десуфляция брюшной полости, ушивание операционных ран. В послеоперационном периоде пациенту проводилась антиангинальная, антибактериальная, противовоспалительная терапия. Гистологическое заключение: Стенка кисты представлена фиброзной и грануляционной тканью различной степени зрелости с большим количеством вновь образованных сосудов. В стенке признаки хронического воспаления с диффузной умеренной лимфоплазмоцитарной инфильтрацией, определяются единичные гигантские многоядерные клетки рассасывания инородных тел. Имеются участки, характерные для гнойного воспаления, характеризующиеся скоплением полиморфноядерных лейкоцитов, макрофагов. Заключение: киста урахуса с абсцедированием. Течение послеоперационного периода гладкое. Выписан 28.01.2015г в удовлетворительном состоянии, заживление операционных ран per grama. Осмотрен через 1 месяц. Здоров. Заключение. Кисты урахуса являются редкой аномалией, особенно у взрослого населения. Клиническая симптоматика крайне неспецифична и вариабельна, однако наличие триады симптомов (болезненное напряжение или инфильтрация в параумбиликальной зоне, гиперемия или мокнутие пупка, а также лихорадка) должно вызывать настороженность в отношении патологии мочевого протока. Операцией выбора как при неосложненной, так и при нагноившейся кисте следует считать ее радикальное иссечение вместе с мочевым протоком, что позволяет избежать как рецидивов, так и риска малигнизации при сохранении культуры.

---

## 1568. ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ И ЭМБОЛОГЕННОМ ВЕНОЗНОМ ТРОМБОЗЕ

ЗОЛКИН В.Н.

МОСКВА

ГБУЗ "ГКБ № 57"

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность системного тромболитика у пациентов с эмбологенным венозными тромбозами и ТЭЛА. Материалы и методы: В период с января 2008 по январь 2015 года в ГБУЗ «ГКБ № 57» проведена системная тромболитическая терапия 136 пациентам с тромбозом легочной артерии. Для тромболитика в 43 случаях была использована актилизе в дозировке 100 мг, у 84 больных урокиназой медак в дозировке от 1,5 до 3,5 млн. ед. и в 9 случаях стрептокиназа в дозировке 1,5 млн. ед. Возраст больных варьировал от 21 до 83 лет (61,1±13,7). У всех больных исходно имелись симптомы острой дыхательной недостаточности с частотой дыхания в среднем 25,7±0,9 в минуту, сатурацией кислорода 87,5±1,1. Давление в легочной артерии до проведения процедуры в среднем составило 63,7±2,9 мм. рт. ст. У 112 больных диагноз подтвержден при ангиопульмонографии, в 10 случаях при спиральной КТ, у 14 –ти пациентов при ЭХО-КГ и уровню Д-димера. Индекс Миллера в среднем составил 25±1,0 баллов. Больным с тромбозом глубоких вен нижних конечностей в 57 случаях имплантирован кавал-фильтр, 16 больным выполнена перевязка поверхностной бедренной вены и 7 пациентам тромбэктомия из общей бедренной вены с перевязкой поверхностной бедренной вены. Контроль эффективности лечения осуществлялся ЭХО-КГ, скинтиграфией легких, ультразвуковым дуплексным сканированием вен таза и нижних конечностей. Результаты: У 88 больных (65%) наблюдался полный регресс дыхательной недостаточности. Частота дыхания непосредственно после процедуры составила 20,3±0,4. Показатели

сатурации кислорода возвратились к нормальным показателям у 75 больных (55%). В среднем после проведения процедуры сатурация кислорода составила  $95 \pm 0,8$  (р

---

1569. «Опыт применения волокна FiLaCTM лазерной системы при хирургическом лечении высоких чрессфинктерных и экстрасфинктерных свищей»

Хитарьян А.Г. (1, 2), Ковалев С.А. (1), Ромодан Н.А. (1).

Ростов-на-Дону

1. Первое хирургическое отделения НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-главный» С.-К.ж.д. ОАО «РЖД» г. Ростов-на-Дону. 2. Кафедра общей хирургии, РостГМУ, г. Ростов-на-Дону

Актуальность проблемы. Свищевые формы хронического парапроктита являются распространенным заболеванием прямой кишки, занимая от 15 до 30% в структуре колопроктологических заболеваний. При интрасфинктерных и "низких" чрессфинктерных свищах широко используется операция: иссечение свищей в просвет кишки, которая дает хорошие результаты и низкий процент послеоперационных осложнений. Вопросы лечения высоких чрессфинктерных и экстрасфинктерных свищей до сих пор актуальны, так предложенные методики имеют высокий процент рецидивов и послеоперационных осложнений. По литературным данным чаще всего применяются следующие методы хирургических вмешательств: иссечение свища с ушиванием сфинктера; иссечение свища с проведением лигатуры; иссечение свища с пластическим перемещением слизистой оболочки или слизисто-мышечного лоскута дистального отдела прямой кишки; закрытие внутреннего отверстия при помощи биопротезного obturator; заполнение свищевого хода биологическим клеем. Все они имеют свои преимущества, но к сожалению, не лишены недостатков, основными из которых являются: высокий риск послеоперационной слабости анального жома, относительно высокая частота гнойно-воспалительных осложнений, длительный период послеоперационной реабилитации и нетрудоспособности пациента, высокая частота рецидивов. Анализируя данные литературы и свой опыт можно заключить, что радикальными и эффективными являются лишь те методы хирургического лечения, которые подразумевают полное или частичное иссечение свищей, но при этом высокая вероятность развития анальной инконтиненции заставляет многих хирургов воздержаться от таких вмешательств. С другой стороны, «сфинктеросохраняющие» методики с применением биологических или синтетических материалов, не являясь радикальными, но выигрывают в плане безопасности, простоты и низкой стоимости. Одним из путей выхода видится использование лазерных технологий при лечении данной категории пациентов. Цели исследования: произвести оценку перспективности и эффективности применения лазерных технологий при хирургическом лечении высоких чрессфинктерных и экстрасфинктерных свищей. Материалы и методы: За период с 2012 по июнь 2015 года на базе «Дорожной клинической больницы на ст. Ростов-Главный» С.-К.ж.д. были прооперированы 157 пациента с высокими чрессфинктерными и экстрасфинктерными свищами: из них выполнено иссечение свища с ушиванием сфинктера у 71 пациента (1 группа); иссечение свища с проведением лигатуры - 14 (2 группа); иссечение свища с пластическим перемещением слизистой оболочки или слизисто-мышечного лоскута дистального отдела прямой кишки - 45 (3 группа); закрытие внутреннего отверстия при помощи биопротезного obturator - 9 (4 группа), иссечение свища до внутреннего отверстия с пластическим перемещением слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки, дополненное лазерной коагуляцией оставшейся части свищевого хода - 18 (5 группа). 45 женщин и 112 мужчин, в возрасте от 26 до 88 года (43,3+5,3 года). Длительность заболевания составила в среднем  $9 \pm 5,4$  года. Всем пациентам после опроса и пальцевого ректального исследования производили аноскопию и ректороманоскопию с целью детального осмотра стенок кишки. При дообследовании в комплекс стандартных клинико-инструментальных исследований включали: 1) колоноскопию, 2) сфинктероманометрию на аппарате Peritron (CardioDesign, Австралия), 3) УЗИ мягких тканей перианальной области и трансанальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ). Опишем технику проведения операции у пациентов 4 группы: иссечение свища до внутреннего отверстия с пластическим перемещением слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки, дополненное лазерной коагуляцией оставшейся части свищевого хода. После предварительной обработки операционного поля и

прокрашивания свищевого хода под комбинированной внутривенной и местной анестезией в положении больного по типу "гинекологического кресла" выполнялось иссечение наружного свищевого отверстия и свищевого хода с использованием электроинструмента до мышечной ткани сфинктера. Далее выполняли лазерную коагуляцией оставшейся части свищевого хода с использованием волокна FiLaCTM лазерной системы EVOLVE® Laser System, производства BIOLITEC AG, Германия. Со стороны слизистой прямой кишки проводилось пластическое перемещение слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки для закрытия внутреннего отверстия. Время операции 16,3 мин. Сроки наблюдения в данной группе -- до 1 года. В послеоперационном периоде все пациенты получали стандартную консервативную терапию: 1) соблюдение диеты (исключавшую острые, горькие, резко соленые блюда, алкоголь) в течение 2 месяцев, 2) выполнение перед дефекацией водных клизм до 1 литра в течение 10 дней, 3) прием венотонизирующих и венопротективных средств по схеме 1 месяц, 4) использованием свечей «Релиф-адванс», «Натальсид» по схеме 14 дней, 5) местным использованием антибактериальных и улучшающим регенерацию тканей мазей ("Левомеколь") до 14 дней. В послеоперационный период пациенты были осмотрены в сроки 2 недели, 2, 4 месяца и 1 -2-3-4-5 лет после операции. С целью оценки и сравнения эффективности лечения в различных группах проводился опрос пациентов, осмотр перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки, аноскопию, сфинктероманометрию, УЗИ мягких тканей перианальной области и ТРУЗИ. При этом использовали балльную оценку симптомов хронического геморроя по Благодарному Л.А. с соавт. (2008). Результаты. В 1 группе наблюдали сравнительно низкую частоту рецидивов (13.7%), высокий риск развития недостаточности анального сфинктера (35.2%), частота гнойно-воспалительных осложнений (4,2%), средние сроки послеоперационной реабилитации и нетрудоспособности пациента - 3+1,5 недели. Во 2 группе -- низкая частота рецидивов (15.8%), высокий риск развития недостаточности анального сфинктера (43.2%), относительно высокую частоту гнойно-воспалительных осложнений (9,1%), длительный период послеоперационной реабилитации и нетрудоспособности пациента. В 3 группе -- относительно низкую частоту рецидивов (10,9%), низкий риск развития недостаточности анального сфинктера (1.1%), относительно часто наблюдали гнойно-воспалительные осложнения (9.1%), средние сроки послеоперационной реабилитации и нетрудоспособности пациента - 2+0,3 недели. В 4 группе - -- относительно низкую частоту рецидивов (7,5%), низкий риск развития недостаточности анального сфинктера (1,3%), относительно малая частота гнойно-воспалительных осложнений (3.4%), средние сроки послеоперационной реабилитации и нетрудоспособности пациента - 2+0,3 недели. Выводы: Полученные результаты являются предварительными (сроки наблюдения в 4 группе пациентов до 1 года), требуют более длительных сроков наблюдения. Предварительные данные показали, что использование лазерных технологий (волокна FiLaCTM лазерной системы EVOLVE® Laser System, производства BIOLITEC AG, Германия) при хирургическом лечении высоких чрессфинктерных и экстрасфинктерных свищей показывает улучшение результатов операций, является перспективным и эффективным направлением в амбулаторной и малоинвазивной проктологии.

---

1570. Специализированная помощь пациентам при ятрогенных повреждениях артерий

Макарова Н.П., Корелин С.В., Кузнецов А.М.

Екатеринбург.

Отделение сосудистой хирургии МАУ «Городская клиническая больница № 40».

Ятрогенное повреждение магистральных сосудов является важным разделом травмы сосудов мирного времени ввиду его частоты и тяжести. В литературе ранее были опубликованы отдельные сообщения о повреждении магистральных сосудов во время выполнения оперативных вмешательств. Самым тяжелым осложнением ятрогенной травмы сосуда является массивное кровотечение, которое по оценкам отечественных и зарубежных авторов является фатальным в 16 — 30 % случаев, а также потеря жизнеспособности конечности, которая приводит к инвалидизирующим операциям. Цель работы. Изучить частоту и структуру ятрогенных повреждений артерий, результаты хирургического лечения и разработать меры профилактики подобных повреждений. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ

историй болезни 24 пациентов с ятрогенным повреждением артерий при различных видах плановых и экстренных хирургических вмешательств. Все больные лечились в ЛПУ города Екатеринбурга и Свердловской области в период с 2010 по 2014 годы. Специализированная помощь при ятрогенной травме артерий была оказана в общехирургических стационарах ангиохирургами Территориального центра медицины катастроф и неотложных состояний Свердловской области. Возраст больных от 14 лет до 77 лет, средний возраст 46,8. Мужчины составили 45, 8 % (11 человек), женщины 54,2 % (13 человек). Все пациенты, которым оказывалась специализированная ангиохирургическая помощь по поводу ятрогенных повреждений артерий, были разделены на группы:

- Ятрогенное повреждение артерий после эндоваскулярных вмешательств: у 9 пациентов в качестве оперативного лечения выполнялся боковой шов бедренной артерии. В одном случае был выполнен боковой шов плечевой артерии.
- Повреждение артерий при травматологических вмешательствах: у одного пациента выполнено лигирование запирающей артерии при ятрогенном повреждении во время эндопротезирования тазобедренного сустава, в одном случае лигирована лучевая артерия при повреждении последней во время удаления гигромы луче-запястного сустава. Также выполнялась аутовенозная пластика подмышечной артерии при повреждении травматологическим винтом.
- Повреждение артерий во время лапароскопических операций: у 1 пациента при ятрогенном повреждении аорты троакаром выполнен боковой шов аорты, в 2 случаях методом оперативного лечения был выбран боковой шов подвздошной артерии при ее повреждении во время лапароскопической аппендэктомии. В одном случае выполнено подвздошно-бедренное протезирование при ранении подвздошной артерии во время лапароскопической нефрэктомии.
- Ятрогенное повреждение артерий при выполнении флэбэктомии: в 2 случаях при ятрогенном повреждении бедренной артерии было выполнено ее протезирование эксплантатом, у 1 пациента удалось выполнить анастомоз общей бедренной артерии с глубокой бедренной артерией «конец в конец» в сочетании с боковым швом вены.
- Повреждение артерий во время онкологических операций: у 1 пациентки было выполнено протезирование наружной подвздошной артерии при ее повреждении во время удаления опухоли малого таза, в одном случае выполнялся боковой шов подколенной артерии в сочетании с боковым швом вены при удалении опухоли коленного сустава. Результаты и обсуждения. В 100 % случаев оперативных вмешательств остановлено жизнеугрожающее массивное кровотечение. Летальных исходов не было ни в одном случае. У 23 пациентов (95,8%) восстановлен артериальный кровоток, который сохранялся в анализируемом периоде. У одного из пациентов с ятрогенным повреждением артерий в сочетании с травмой вен выполнена ампутация нижней конечности. Отдаленные результаты в течение первого года удалось проследить у всех 24 пациентов. В 1 и 2 группе у 23 больных восстановлен магистральный кровоток. Выводы. Ятрогенное повреждение магистральных сосудов возможно при различных оперативных вмешательствах и инвазивных диагностических исследованиях. Избежать ятрогении можно при хорошем знании анатомо-топографических особенностей в зоне операции, бережном оперировании, использовании неинвазивных методов диагностики. При планировании трудных оперативных вмешательств с высоким риском повреждения сосудов целесообразно включать в операционную бригаду ангиохирурга.

---

1571. Ре-TAPP при рецидивной паховой грыже

Ермаков Н.А., Зорин Е.А., Орловская Е.С.

Москва

ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России

Введение. В настоящее время «золотым стандартом» оперативного лечения паховой грыжи является открытая или эндоскопическая аллопластика пахового промежутка. Согласно Рекомендациям Европейского общества герниологов от 2014 г., в случае развития рецидива паховой грыжи после лапароскопической преперитонеальной аллопластики пахового промежутка необходимо отдавать предпочтение пластике пахового промежутка по методике Лихтенштейна, поскольку эндоскопическая операция может осложниться спаечным процессом, плотными сращениями сетки и париетальной брюшины. Нами представлен клинический случай лапароскопической преперитонеальной аллопластики пахового промежутка при



рецидивной паховой грыже после ТАРР. Материалы и методы. Пациент 37 лет, в марте 2015 г. обратился с жалобами на наличие опухолевидного выпячивания и дискомфорта в правой паховой области. В июле 2014 г. мужчина был оперирован по поводу правосторонней кривой паховой грыжи – выполнялась лапароскопическая преперитонеальная аллопластика правого пахового промежутка 3D-протезом. При осмотре был выявлен рецидив паховой грыжи. Для повторного хирургического вмешательства вновь была выбрана лапароскопическая методика. При ревизии правого пахового промежутка было выявлено, что причиной рецидива стало сморщивание сетчатого протеза на 80% площади (размер сетчатого протеза, установленного при первом вмешательстве, составлял 16x11 см; через 10 месяцев размер сетки составил 5x4 см), а также его отрыв от связки Купера. Выделены структуры пахового промежутка. Выполнена повторная задняя пластика правого пахового промежутка с установкой сетчатого протеза 10x15 см. Результаты. Продолжительность операции составила 120 мин. Ранний послеоперационный период протекал без особенностей. Пациент был выписан на 2 сутки после выполненного вмешательства. При контрольном осмотре через 3 месяца данных за развитие рецидива паховой грыжи не получено. Выводы. Мы считаем возможным в ряде случаев выполнение задней пластики пахового промежутка повторно, в том числе с целью выявления причины рецидива грыжи, оценки состояния установленного ранее протеза и структур пахового промежутка (особенно при хроническом болевом синдроме).

---

1572. Факторы риска опухолей проксимальных желчных протоков.

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

Москва

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

Актуальность: В настоящее время опухоль проксимальных желчных протоков составляет от 45% до 75% всех случаев аденокарцином билиарного типа. В связи с длительным бессимптомным течением заболевания, что обуславливает позднюю обращаемость за медицинской помощью, сложностью анатомического строения области ворот печени, агрессивностью опухоли, последняя имеет низкую резектабельность, наблюдается высокая летальность и плохой прогноз. Улучшение диагностики, совершенствование оперативной техники позволяют проводить обширные и комбинированные резекционные вмешательства на печени, желчных протоках и сосудистых структурах в области ворот печени. При этом даже при выполнении резекции R0 частота рецидивов достигает 50-70%. Следует отметить, что общепринятые критерии, которые определяют тактику лечения и необходимый объем оперативного вмешательства не достаточны ввиду того, что не учитывается молекулярная биология опухоли, а также отсутствуют достоверные данные, позволяющие прогнозировать исход заболевания уже на предоперационном этапе. Цель: оценка факторов риска неблагоприятных отдаленных результатов хирургического лечения у больных раком проксимальных желчных протоков. Материалы и методы: с 2011 по первое полугодие 2015 г. было пролечено 46 пациентов опухолью проксимальных внепеченочных желчных протоков. Тип II, согласно классификации Bismuth-Corlette, был выявлен у 2 (4,3%) пациентов, у 6 (13%) больных - тип IIIa, у 11 (24%) больных - тип IIIb, у 27 (58,7%) - тип IV. При поступлении у всех отмечалось значительное повышение уровней печеночных ферментов (АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, ГГТП) и общего билирубина. У 7 (18,9%) пациентов дренирование билиарного тракта первично было выполнено в Институте (чрескожное чреспеченочное дренирование долевых протоков (ЧЧХС). В 30 (81,1%) случаев дренирование желчных протоков печени проведено в других лечебных учреждениях: у 17 (56,7%) пациентов ЧЧХС, у 12 (40%) – выполнена эндоскопическое ретроградное стентирование долевых протоков, у 2 (3,3%) – манипуляция завершена установкой назобилиарного дренажа. Хирургическое лечение проводили после билиарной декомпрессии у 37 больных (80,4% от общего количества пролеченных больных). От проведения оперативного вмешательства вследствие распространенности опухоли и осложнений основного заболевания у 9 (19,6%) больных отказались. Для выявления факторов риска неблагоприятного исхода был выполнен моно- и полифакторный регрессионный анализ Кокса. Анализ выживаемости пациентов после оперативного лечения проведен по методу Каплана-Мейера. Результаты: в отдаленные сроки наблюдались 37 (80,4%)

больных. 6-, 12-, 24-, 36-месячная выживаемость составила 86,4%, 78,7%, 60,5% и 37,7%, соответственно. Общая выживаемость была обусловлена следующими факторами: перинеуральная инвазия, R1 резекция, метастазы в лимфатические узлы, стадия заболевания III и выше, T стадия 3 и выше, степень дифференцировки клеток 2 и выше, возраст старше 60 лет, инвазия в I сегмент печени. Заключение: отдаленные результаты хирургического лечения и прогноз заболевания зависят от ряда неблагоприятных факторов риска и радикальности хирургического вмешательства. Расширение знаний об опухолевой прогрессии на молекулярно-генетическом уровне в дальнейшем может способствовать совершенствованию прогнозирования и лечения такой тяжелой категории пациентов как больные опухолью Клатскина. Кроме того, можно надеяться, что решение данной задачи откроет новые пути для индивидуального подхода к лечению рака проксимальных желчных протоков, а значит, позволит найти опорные точки для решения весьма сложных задач проблемы рака в практическом здравоохранении.

---

## 1573.СОВМЕЩЕНИЕ ЭХОНАВИГАЦИОННЫХ И ВИДЕОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Влахов А.К.

Симферополь

Крымская медицинская академия имени С.И.Георгиевского Крымского федерального университета имени В.И.Вернадского

Цель: улучшить результаты лечения некротического панкреатита (НП) путём совмещения миниинвазивных вмешательств под контролем эхонавигационных и видеоскопических методов визуализации. Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 106 больных НП средним возрастом 46,2±2,6. Мужчин – 71 (66,9%), женщин – 35 (33,1%). Для операций использовали сканеры с мультисекторными датчиками 3,5-7,5 МГц. Пункции выполняли двухсоставными иглами 14-21 G. Устанавливали дренажи 9-24 Fr по S.I.Seldinger; стилет-катетером, троакаром. Для доступа выбирали оптимальную траекторию в безопасном акустическом окне. Видеоскопию (ВС) проводили жесткими эндоскопами 3-10 мм с нулевой и скошенной оптикой с использованием лапароскопической стойки и набора инструментов. Для выявления секвестров выполняли компьютерную томографию (КТ) или чрездренажную томографическую контрастную фистулографию с трёхмерным моделированием (ТМ). Секвестрэктомии (СЭ) проводили с применением ВС и путём открытых минидоступов. Результаты. Выбор способа эхонавигационной интервенции (ЭИ) определяли на основании клинико-инструментальных данных о топографо-анатомическом расположении очагов НП, характера содержимого, стремлении достичь адекватной санации, полноценного дренирования при минимальной степени агрессии. При выборе безопасного акустического окна осуществляли позиционирование в спектральных режимах. При необходимости детализации структуры и топографии выполняли ТМ патологических образований. Проведение тонкоигольных пункций (ТП) у 47,9% больных со срочной микроскопией аспирата позволило дифференцировать асептический (28,4%) и инфицированный процесс (71,6%). Отсутствие инфицированности и ферментативной активности позволило продолжить консервативную терапию с этапным пункционным лечением в программируемом режиме до выздоровления у 28,4% больных. Показаниями к ТП считали: 1) формирование анэхогенных очагов в остром периоде; 2) верификация инфицированности процесса, ферментативной активности; 3) ликвидация гипертензии в очаге, предотвращение протеолитического воздействия на ткани при высокой ферментативной активности содержимого. В 52,1% использованы дренирующие методы. Применяли крупнокалиберное дренирование или последующее дилатационное бужирование с установкой дренажа крупного диаметра. Критериями эффективности считали: уменьшение полости на 50% и более на 2-4 сутки или полную ликвидацию на 6-8 сутки, прекращение поступления отделяемого на 12-14 сутки; динамическую трансформацию: по характеру аспирата – из гнойно-геморрагического в серозный; по типу цитогамм – из дегенеративно-воспалительных в регенеративные. На системном уровне: стойкий регресс токсемии, болевого синдрома, воспалительного инфильтрата, температурной и лейкоцитарной реакций. Показаниями к дренированию считали: 1) очаги с высоким темпом накопления содержимого; 2) инфицирование; 3) оментобурсит; 4) абсцедирование.

1120

Секвестрация выявлена у 38,7% больных. По данным КТ, томографической фистулографии с ТМ, ВС очагов НП, определяли способы СЭ. Из этой группы, у 34,2% больных с мелкоочаговым НП, после эхонавигационного этапа, осуществлена ВС дренированной полости с последующей СЭ. В 65,8% наблюдений крупноочагового НП СЭ выполнена: путём минидоступов с ВС-ассистенцией (71,1%); путём лапаротомии (28,9%). Таким образом, интеграция ЭИ и ВС технологий, как компонент комплексного хирургического лечения НП, позволила выполнить последующие оперативные вмешательства с минимальным риском для пациентов, создала возможность проведения отсроченных операций при контролируемом течении заболевания. Послеоперационная летальность составила 6,3%. Выводы. ЭИ являются первичными вмешательствами в хирургическом лечении НП, позволяющими дифференцировать асептическое и инфицированное воспаление. ЭИ при неосложнённом НП являются обязательным лечебно-диагностическим мероприятием, позволяющим ликвидировать очаги НП без операции. Дифференцированная интеграция эхонавигационных и видеоскопических технологий в хирургическом лечении НП позволяет обеспечить выбор наименее инвазивного оперативно-технического приема, осуществить непосредственный контроль эффективности проведения хирургического вмешательства, способствует минимизации хирургической травмы, снижению послеоперационной летальности.

---

1574. Особенности лечения постнекротических свищей поджелудочной железы

Войтковский А.Е., Семенов С.С., Байчоров М.Э., Гусейнов Ш.И., Бруснев Л.А.

Ставрополь

Кафедра хирургии и эндохирургии с курсом сосудистой хирургии и ангиологии СтГМУ. г. Ставрополь. ГБУЗ СК "Ставропольская краевая клиническая больница"

Проведен анализ клинического материала, при обследовании и лечении 80 больных с постнекротическими наружными панкреатическими свищами в период с 1991г. по 2014г., находившихся на стационарном лечении в клинике на базе Ставропольской краевой клинической больницы. Больные были разделены на две группы: контрольную группу составили 30 пациентов, находившихся в клинике с 1991 по 1999 годы, основную – 50 пациентов проходившие лечение с 2000 по 2014годы. В обеих группах больных с постнекротическими свищами поджелудочной железы лечение начиналось с комплексной консервативной терапии включающей в себя: применение препаратов – аналогов саматостатина, H<sub>2</sub>-блокаторов, ингибиторов протонной помпы, инфузионной, антибактериальной терапии, санацию свищевого хода. Но в основной группе, дополнительно в комплекс лечебных мероприятий было включено применение крайне высокочастотного сеансно-курсового воздействия электромагнитными волнами (КВЧ-терапия), частотой 57—65 ГГц при длине волн 5,6 – 6,1 мм. Продолжительность проводимых ежедневно воздействий на панкреатодуоденальную зону и область свищевого отверстия составляло 30-45 мин. Курс лечения 10-15 процедур. Повторные курсы КВЧ-терапии проводились через 1,5—2 мес. Консервативное лечение в контрольной группе больных с наружными постнекротическими свищами оказалось эффективным у 9 пациентов (30,0%). Неэффективность 1-2-х курсов консервативной терапии явилась показанием для оперативного вмешательства у 21 больного (70,0%). В основной группе закрытия свища удалось достичь у 60% больных (30 человек). В 52% случаев (26 человек) закрытие свища получено после первого курса КВЧ-терапии, после второго курса свищи закрылись еще у 4 (8%) пациентов. У 20 (40%) больных в виду неэффективности консервативной терапии были выполнены операции: фистулопанкреатикогастроанастомоз – 9 (45%) наблюдений, дистальная резекция поджелудочной железы со свищем – 7 (35%) случаев, фистулопанкреатикоюноанастомоз выполнен у 4 (20%) пациентов. Таким образом, использование в комплексном консервативном лечении постнекротических свищей поджелудочной железы КВЧ – терапии, по разработанной в клинике схеме, позволило в 2 раза повысить эффективность консервативной терапии.

1575. Причины неблагоприятных исходов и профессиональных ошибок при оказании экстренной травматологической помощи (по материалам комиссионных судебно-медицинских экспертиз)

Лядова М.В., Тучик Е.С.

Москва

Лядова М.В. (1), Тучик Е.С. (2)1) РНИМУ им. Н.И.Пирогова 2) Бюро судебно-медицинской экспертизы

В последнее время отмечается усиление правовой составляющей в отношениях врача и пациента. С учетом тенденция роста судебных исков пациентов к медицинским организациям, изучение в медико-экспертном отношении причин ненадлежащего оказания травматологической помощи потерпевшим является своевременным и актуальным. Основанием для проведения настоящих исследований обусловлено отсутствием в медицинской литературе достаточных сведений по указанной проблеме. Для достижения поставленной цели нами проанализированы «Заключения» комплексных судебно-медицинских экспертиз, проведенных в бюро судебно-медицинской экспертизе ДЗМ за последние три года (2012-2014 г.г.) по материалам уголовных и гражданских дел, связанных с оценкой качества медицинской помощи. По данным статистики за указанный период было выполнено 325 экспертиз. Практически все проведенные экспертизы касались работы ЛПУ как с государственной формой собственности (97,4%), так и с частной формой собственности (2,6%). Из этого числа в отношении травматологических больных было выполнено 38 экспертиз, которые в 2012 году составили 7 случаев, в 2013 –14 и в 2014 - 17, что свидетельствует о динамике значительного их роста. Удельный вес экспертиз, связанный с оценкой качества МП травматологическим пациентам в рамках доследственной проверки в уголовном судопроизводстве составил 28 случаев (73,7%). При оценке качества оказания медицинской помощи по экспертизам качества оказания травматологической помощи анализу подвергались такие показатели, как: правильность оформления и ведения медицинской документации, общий и локальный (травматологический) статус пациента при обращении пострадавшего за МП на основании сведений в предоставленных медицинских документах; характер и объем предполагаемого обследования и лечения данному больному с конкретным заболеванием, согласно общепринятым требованиям на основании практического опыта и данных медицинской литературы; наличие обоснование характера и объема травматологической помощи в данном конкретном случае (объем диагностических исследований, привлечение дополнительных специалистов); отражение закономерного исхода лечения, при надлежащем его выполнении; указание недостатков, на каких этапах травматологической помощи они были допущены (травмпункт, скорая медицинская помощь, приемное отделение стационара, реанимационное отделение стационара, травматологическое отделение стационара, и пр.), кем из врачей (среднего медицинского персонала) и их влияние на исход и течение травматической болезни; конкретизация нормативно-правовых документов, регламентирующих медицинскую деятельность, которые были нарушены при оказании МП; определение вреда здоровью, как самой травмой, так и при оказании травматологической помощи, с установлением причинно-следственной связи; каков закономерный исход травмы при отсутствии лечения; имелась ли реальная возможность избежать наступивших осложнений в конкретном случае. При экспертном анализе качества ведения медицинских карт стационарного и амбулаторного больного также внимание обращалось на следующие составляющие: соответствие выставленного диагноза МКБ-10; наличие исправлений, подчистки, наклейки в медицинской документации, которые могут рассматриваться как сделанные задним числом (ввиду чего являются недопустимыми); описание местного статуса; характера повреждения ОДА; проведенного объема диагностических и лечебных мероприятий и их соответствие стандартам и протоколам лечения; влияние выявленных упущений на исход. Ведение медицинской документации нами оценивалось как «отличное» в том случае, если по медицинской документации комиссия в научно-обосновано и мотивировано смогла ответить на поставленные следственными органами вопросы; «хорошее» - когда имелись недостатки в ведении медицинской документации, но не влиявшие на суждение о правильности проведения диагностических и лечебных мероприятий; «удовлетворительное» - имевшиеся упущения существенно препятствовали объективно ответить на вопросы следствия; «неудовлетворительное» - наличие грубых упущений, повлекших лечебно-тактические и диагностические ошибки. По выводам экспертов комиссионной СМЭ «отличное» и «хорошее» ведение медицинской документации отмечено в 42,1% наблюдений дел, «удовлетворительное» и «неудовлетворительное» в 57,9%. Ретроспективный анализ

комиссионных экспертиз по делам врачей травматологов показал, что нарушения врачами травматологами можно систематизировать по следующим этапам в оказании МП: тактико-диагностический, лечебный, информационно-деонтологический, организационный, комплексный. Иллюстрируемый материал наглядно показывает, что преобладают информационно-деонтологические ошибки (31,5%) и тактико-диагностические ошибки (28,9%). Однако по данным исследования неблагоприятных исходов в оказании экстренной травматологической помощи не всегда связан с нарушениями со стороны медицинских работников. По нашим данным неблагоприятный исход при оказании травматологической помощи в 6 случаях (15,7%) был обусловлен объективными факторами течения травматической болезни и состоянием пострадавшего: с тяжелым состоянием больного – 3 случая; кратковременность пребывания его в отделении – 1 случай; психическим состоянием пациента – 1 случай; наличием сочетанной и тяжелой соматической патологии – 1 случай. Таким образом, можно выделить основные направления в ведении пострадавших с травмами ОДА, которые могут повлиять на исход заключений комиссионных экспертиз в случае возникновения конфликтной ситуации: отражение в истории болезни анамнеза жизни и заболевание в полном объеме; отражение в истории болезни динамики течения травматической болезни; отражение в истории болезни нарушений режима и рекомендаций со стороны пациента; соблюдение комплексного обследования у пострадавших с тяжелой сочетанной и множественной травмой в рамках «damage control», с оформлением консилиумов в случае необходимости выполнения оперативного лечения преобладающей травмы; полноценное информирование пациента и ближайших родственников (с согласия пациента) о течении травматического процесса, с отражением, в том числе и о неблагоприятном течении болезни.

---

1576. «Профилактика развития осложнений склерозирующего лечения геморроя в сочетании с ультразвуковой кавитацией»

Хитарьян А.Г. (1, 2), Соловьев О.Л. (3), Ковалев С.А. (1), Ромодан Н.А. (1), Мацуга Н.В. (4).

Ростов-на-Дону 3. Волгоград

1) Первое хирургическое отделение НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-главный» С.-К.ж.д. ОАО «РЖД» г. Ростов-на-Дону, 2) ГБОУ ВПО РостГМУ, кафедра общей хирургии, 3) клиника «Движение» г. Волгоград, 4) ММЦ «УРО-ПРО» г. Ростов-на-Дону.

Цель исследования: Улучшение результатов малоинвазивного лечения хронического геморроя. Материалы и методы: За период с декабря 2007 по май 2015 года склерозирующее лечение геморроидальных узлов в сочетании с ультразвуковой кавитацией выполнено у 5853 пациентов (3746 женщин и 2107 мужчин, в возрасте от 17 до 91 года (43,2+9,1 года). Длительность заболевания составила в среднем 8+5,3 года. По стадиям заболевания пациенты распределились: I стадия – 111 (1,9%), II – 1685 (28,8%), III – 4057 (69,3%). При IV – проводилась геморроидэктомия в условиях хирургического стационара. После пальцевого ректального исследования всем пациентам производили аноскопию и ректороманоскопию с целью детального осмотра стенок кишки. У пациентов старше 40 лет проводили дообследование толстого кишечника с помощью колоноскопии. При осмотре обращали внимание на состояние стенок, стараясь исключить воспалительные заболевания как внутренней поверхности анального канала: криптит, проктит, папиллит, сфинктерит, так и параректальной клетчатки: парапроктит. Для выявления скрытых форм воспаления проводили трансанальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) трансанальным датчиком (7,5 МГц), при котором оценивали состояние морганиевых крипт, анальных желез и параректальной клетчатки. Для выполнения ультразвуковой склеротерапии использовался ультразвуковой хирургический комплекс, при помощи которого, после введения склерозирующего раствора в подслизистый слой прямой кишки в области геморроидального узла, производилась обработка тканей низкочастотным ультразвуком. Результаты. Проведение комплексного обследования, включавшего ТРУЗИ, позволило выявить сочетание геморроя с трещиной анального канала в 16% случаев, хронического парапроктита – 1,8%, воспаление морганиевых крипт и анальных желез – 6%. Как вариант нормального течения в раннем послеоперационном периоде отмечалось незначительное кровотечение из мест вкола иглы, а также некроз слизистой оболочки кишки, купирующиеся самостоятельно. 86% пациентов осмотрены в сроки 2, 4 месяца, 1 год и через год до 6

лет. У 97% пациентов с I и II стадиями отмечено полное прекращение клинических симптомов заболевания при проведении 1 сеанса, у 3984 пациентов с III стадией переход заболевания во II и I стадию, коррекция которых достигалась в 93% случаев при проведении 2 сеанса и 6% случаев 3 сеанса в сроки 2 и 4 месяца соответственно. Осложнения зафиксированы у 36 (0,61%) пациентов, в частности - тромбоз или выраженный отек, сопровождающийся невправляющимся выпадением геморроидального узла -- 19 (0,32%), потребовавших проведения тромбэктомии или удаления тромбированного геморроидального узла под местной анестезией. Профилактика достигается строгим соблюдением показаний для УЗ-склеротерапии -- хронический геморрой 1-3 стадии геморроя с четкими границами внутренних геморроидальных узлов; геморрой 4 стадии, осложненный анемией средне-тяжелой степени на фоне частых кровотечений, а также соблюдением этапности лечения. На этапе освоения у 2 (0,2%) пациенток отмечено формирование ректовагинального свища, с последующим заживлением при проведении консервативных мероприятий. Профилактика достигается строгим контролем за «погружением иглы» в ткань узла не более 1-1,5 см в «опасной зоне» -- от 11 до 1 часов условного циферблата. У 15 (0,3%) пациентов отмечено формирование острого парапроктита, потребовавших проведения вскрытия и дренирования гнойника, что по данным ТРУЗИ в 11 случаев расценено как недиагностированный воспалительный процесс в параректальной клетчатке и в 4 случае -- как дефект техники, связанный с травматизацией стенки кишки с последующим присоединением воспалительного процесса. Заключение. Современная техника и исключение из групп пациентов с воспалительными заболеваниями внутренней поверхности анального канала и параректальной клетчатки позволяет улучшить результаты и избежать осложнений после ультразвуковой склеротерапии геморроидальных узлов.

---

#### 1577.ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ.

Творогов Д.А., Акимов В.П., Кашенко В.А., Тоидзе В.В.

Санкт-Петербург

Творогов Д.А.(1), Акимов В.П.(1), Кашенко В.А.(2), Тоидзе В.В.(3)1)ГБОУВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрав России, Санкт-Петербург. Кафедра хирургии им. Н. Д. Монастырского, Россия2)Санкт-Петербургский государственный университет. Кафедра факультетс

Введение. На сегодняшний день во всем мире регистрируется неуклонный рост показателей заболеваемости колоректальным раком (КРР). КРР занимает третье место в структуре мировой онкологической заболеваемости и четвертое среди причин смертности. В России ежегодно регистрируется более 50 тысяч новых случаев выявления пациентов с данной патологией. Хирургическое вмешательство остается основным методом, дающим возможность добиться выздоровления больного при КРР. Учитывая особенности механизмов развития перитонеальной диссеминации, ведется поиск новых методов специфического лечебного воздействия на область операционного поля и брюшину с целью увеличения безрецидивного периода и выживаемости у больных КРР. Одним из возможных путей решения данной проблемы является использование фотодинамической терапии (ФДТ), которая успешно внедряется в различных областях современной клинической медицины. Целью данной работы было оценить возможности применения интраоперационной ФДТ при КРР. Задачи. Отработать методику и применить ФДТ при операциях по поводу КРР, оценить осложнения и перспективность метода. Материалы и методы. Для ФДТ применяли фотосенсибилизатор хлоринового ряда -- фотодитазин. Раствор для внутривенного введения, из расчета 1 мг/кг. Рассчитанную дозу растворяли в 200 мл физиологического раствора и вводили в/в капельно в течение 30 мин. Через 1,5–2 ч после введения фотосенсибилизатора проводили интраоперационно сеанс ФДТ, с помощью лазерного аппарата, генерирующего излучение с длиной волны 661–662 нм. Последовательно, с нескольких световых полей производили обработку всех свободных участков брюшной полости. Расчетные значения плотности энергии облучения составляли от 6 до 10 Дж/см<sup>2</sup>, плотность мощности 0,5 Вт/см<sup>2</sup>. Такая плотность мощности приводит к нагреванию окружающих тканей на 0,2-1,0° С, что исключало повреждение органов брюшной полости. Результаты и обсуждение.

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

Описанная методика проведения интраоперационной ФДТ была применена у 2 пациентов, оперированных в ФГБУЗ КБ № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России. Пациенты были госпитализированы с диагнозом: СА поперечно-ободочной кишки. Операции проводились после предоперационной подготовки и обследования. ФКС: СА поперечно-ободочной кишки, биопсия. Результаты гистологии: умеренно-дифференцированная аденокарцинома толстой кишки. После выполнения правосторонней гемиколэктомии с расширенной лимфаденэктомией интраоперационно выполнялась ФДТ по вышеописанной методике. Послеоперационных осложнений не было. Больные прослежены в сроки от 5 до 7 месяцев после операции. Выводы. Использование ФДТ у больных КРР перспективно, хотя небольшое число пациентов и короткие сроки послеоперационного наблюдения пока не позволяют делать окончательные выводы об эффективности применения ФДТ у этой категории пациентов.

---

#### 1578. ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕРВАЛЬНОЙ ВАКУУМНОЙ ТЕРАПИИ (IVT) В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРОМБОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.

Лизанец Ю.М., Сухоруков Е.А., Копылов Б.Э., Поярков Н.А.

Москва

Медицинский центр "Южный"

Таблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать! Цель работы: изучить влияние интервальной вакуумной терапии (IVT) на отечный синдром при посттромботической болезни нижних конечностей (ПТБ). Материалы и методы: Исследуемая группа состояла из 16 пациентов с посттромботической болезнью нижних конечностей по классификации CEAP С3 - С6. Для проведения IVT использовали аппарат VACUMED (производство WEYERGANS, Германия). Принцип воздействия: создание попеременного низкого (до -70 мбар) и нормального давления с разными временными интервалами, одновременное воздействие пульсового магнитного поля 160 Hz от 3 до 5 милитесл. (безопасно для онкологических больных) и подача ионизированного кислорода с концентрацией до 5 млн. отрицательных ионов в минуту. В аппарате VACUMED предусмотрено 8 рабочих программ. Для лечения ПТБ применялась программа № 8. Всем пациентам до и после лечения проводилось дуплексное сканирование вен нижних конечностей, измерение массы тела, артериального давления, окружности нижних конечностей в области лодыжки и средней трети голени. Каждому пациенту выполнялось по 10 процедур вакуумной терапии ежедневно. Результаты исследования: Практически у всех пациентов (93,8%) отмечен эффект "легких ног", уменьшение чувства тяжести в ногах. Уменьшение отека конечности с уменьшением ее окружности на 1,5-2,5см выявлено у 10 (62,5%) человек. У 7 (43,7%) пациентов констатировано снижение веса на 1.5 – 5 кг.. Контроль артериального давления показал, что интервальная вакуумная терапия не приводит к значимым изменениям давления. Дуплексное сканирование вен нижних конечностей не выявило изменений в работе клапанного аппарата вен нижних конечностей. Выводы: При применении интервальной вакуумной терапии (IVT) в лечении пациентов с посттромботической болезнью достоверно отмечено значимое снижение отечного синдрома, уменьшение чувства тяжести в нижних конечностях, снижение веса, улучшение общего самочувствия. Данные проведенного исследования позволяют рекомендовать IVT в качестве одного из базовых методов консервативного лечения пациентов с ПТБ.

---

#### 1579. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ И СОННЫХ АРТЕРИЙ

ЛАРЬКОВ Р.Н., СОТНИКОВ П.Г., ЛАЗАРЕВ Р.А., ЗАГАРОВ С.С., КОЛЕСНИКОВ Ю.Ю., ШИЛОВ Р.В.

Москва

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского

Неврологические осложнения после операций аорто-коронарного шунтирования продолжают оставаться серьезной проблемой коронарной хирургии, в тоже время кардиальные осложнения при каротидных эндартерэктомиях занимают одно из ведущих мест в структуре осложнений и причин летальности. Разработка тактики лечения таких пациентов остается одной из нерешенных проблем сосудистой и коронарной хирургии по сей день. Цель: оценить результаты хирургического лечения пациентов с сочетанным поражением коронарных и сонных артерий. Материалы и методы: В отделении хирургии сосудов и ИБС было оперировано 68 пациентов, 59 (86,8%) из них были мужчины, женщин было 9 (13,2%). Средний возраст составил  $57,9 \pm 8,4$  лет (от 36 до 74 лет). Всем пациентам с ИБС в рутинном порядке проводилось ультразвуковое дуплексное сканирование сонных артерий и оценка неврологического статуса. При наличии в анамнезе ОНМК — пациентам выполнялась компьютерная томография головного мозга. У 63 (92,%) пациентов было атеросклеротическое поражения сонных артерий, а у 5 (7,4%) пациентов была выявлена патологическая извитость внутренних сонных артерий. Неврологическая симптоматика отсутствовала у 39 (57,3%) пациентов, у 5 (7,3%) пациентов в анамнезе были транзиторные ишемические атаки, 17 (25%) пациентов имели клитнику дисциркуляторной энцефалопатии, ОНМК в анамнезе был у 7 (10,3%) пациентов. Гемодинамически значимыми считались стенозы 70% и более, патологическая извитость внутренних сонных артерий считалась значимой при повышении скорости на деформации более  $PSV > 200$  см/сек. Стенокардия напряжения I-II ФК была у 27 (39,7%) пациентов, III ФК у 33 (48,5%) и IV ФК у 8 (11,8%) пациентов. Постинфарктный кардиосклероз выявлен у 25 (36,8%) больных. Одномоментная операция на коронарных и сонных артериях была выполнена у 41 пациента. Показанием к одномоментной коррекции поражения коронарных и сонных артерий явилось в 16 (39%) случаях многососудистое поражение коронарных артерий, в 14 (34,1%) случаях стеноз ствола левой коронарной артерии и в 11 (26,8%) случаях нестабильная стенокардия. В 39 случаях коронарный этап выполнялся на работающем сердце, в 2 случаях в условиях искусственного кровообращения. Предварительная коррекция мозгового кровотока была выполнена у 27 пациентов. Из них у 24 пациентов было атеросклеротическое поражение, а патологическая извитость сонных артерий была у 3 пациентов. Все пациенты этой группы имели стабильную стенокардию I-II ФК вызванную поражением одной или двух коронарных артерий. Вторым этапом, пациентам этой группы, через 14 дней была выполнена реваскуляризация миокарда (25 операций на работающем сердце, 2 в условиях искусственного кровообращения). Результаты: Летальных исходов на госпитальном этапе не было. Инфарктов миокарда на госпитальном этапе выявлено не было. В ближайшем послеоперационном периоде неврологические осложнения в виде ишемических инсультов развились у 2 пациентов. Это пациенты со стенозом ствола левой коронарной артерии и окклюзией одной внутренней сонной артерии. Во обоих случаях операции проводились в условиях искусственного кровообращения, а в одном из этих случаев подключение искусственного кровообращения было экстренным. В обоих случаях послеоперационного ОНМК развился стойкий неврологический дефицит. Обсуждение: Пациентам с гемодинамически значимым поражением сонных артерий и одно- или двухсосудистым поражением коронарных артерий и высоким коронарным резервом целесообразна поэтапная коррекция кровотока в каротидном и коронарном бассейнах. При многососудистом поражении коронарного русла, стенозе ствола левой коронарной артерии или нестабильной стенокардии оправдана одномоментная коррекция кровотока в обоих бассейнах. Выводы: Одномоментная коррекция поражения сонных и коронарных артерий является эффективным и оптимальным методом для сочетанных пациентов, разнесение этапов хирургического лечения у которых не представляется возможным. Данная стратегия позволяет снизить количество осложнений таких как ОНМК и инфаркт миокарда. Выполнение коронарного этапа на работающем сердце является дополнительным фактором снижения интраоперационного риска развития мозговых осложнений.



1580. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АППАРАТА ПРИМЕНЯЕМОГО ДЛЯ ЛЕЧЕБНО-ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ И ТАЗА.

Ганин Е.В., Борисов М.Б., Гребнев А.Р., Денисенко В.В., Петров А.В. Самохвалов И.М.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия

В структуре повреждений опорно-двигательного аппарата преобладают пострадавшие с сочетанными переломами длинных костей конечностей и таза. По различным данным переломы длинных костей конечностей диагностируются у 50-70% пострадавших с политравмами. Отсутствие жесткой фиксации переломов костей предполагает функционирование патологических очагов с выделением в кровотоки продуктов деструкции тканей: лизосомальных ферментов, простагландина Е, свободных радикалов, интерлейкинов и макрофагальных продуктов. Переломы костей конечностей часто сопровождаются острой массивной кровопотерей – более 40% ОЦК. Патологическая подвижность отломков в зоне переломов является источником аферентной болевой импульсации, которая утяжеляет течение травматического шока, а при черепно-мозговой травме – оказывается неблагоприятное воздействие на центральную нервную систему. Наиболее опасными осложнениями сочетанных переломов длинных костей конечностей и таза является жировая эмболия и респираторный дистресс-синдром взрослых, которые встречаются в 2,2 % и 5 % случаев соответственно. Лечение открытых переломов длинных костей конечностей у пострадавших с политравмой заключается в первичной хирургической обработке раны с остановкой продолжающегося кровотечения и лечебно-транспортной иммобилизации. Эти два компонента тесно взаимосвязаны, а методика их реализации определяется медико-тактической обстановкой. На сегодняшний день наиболее простым и удобным средством лечебно-транспортной иммобилизации является стержневой аппарат внешней фиксации КСТ, наложение которого малотравматично, производится в короткие сроки (до 30 мин.), не требуется специального оборудования для репозиции и подвешивания конечности и может выполняться любым врачом хирургического профиля на этапах квалифицированной хирургической помощи. Нами апробирован и запатентован узел для distraction переломов длинных трубчатых костей и костей таза, дополняющий разработанный ранее аппарат КСТ и состоящий из длинных штанг и талрепа, с помощью которого, в зависимости от характера повреждения, создается компрессия, либо distraction зоны перелома. Нами выполнено 5 оперативных вмешательств с применением данного устройства у пострадавших с переломами длинных костей конечностей при политравме: перелом большеберцовой кости - 3 и перелом бедренной кости - 2 случая). Во всех 5 случаях при репозиции, за счет изменения длины штанги, выполнялась distraction зоны перелома. За счет этого ликвидировалось смещение и захождение костных отломков друг за друга, что способствовало снижению риска повреждения важных анатомических образований на сегменте конечности, таких как мышцы, сухожилия, сосуды и нервы. После устранения смещения костных отломков аппарат стабилизировался. Без применения данного устройства репозиция зоны перелома в аппарате КСТ часто затруднена и выполняется ориентировочно. Таким образом, применение узла для distraction переломов длинных трубчатых костей и костей таза при выполнении минимально-травматичного внеочагового остеосинтеза у пострадавших с переломами длинных костей при политравме позволяет облегчить выполнение окончательной фиксации и добиться оптимальных результатов лечения при погружном остеосинтезе на III этапе тактики многоэтапного хирургического лечения повреждений конечностей при политравме.

---

1581. Современные возможности диагностики и лечения пострезекционной печеночной недостаточности.

Тупикин К.А., Коваленко Ю.А., Олифир А.А., Вишневский В.А.

Москва

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

Актуальность: Пострезекционная печеночная недостаточность (ППН) до сих пор остается наиболее частой причиной смерти пациентов, перенесших большие операции на печени. Частота ППН, несмотря на успехи гепатобилиарной хирургии и анестезиологии в последние 20 лет, не имеет тенденции к уменьшению, и колеблется в пределах 0,7-9,1%. При этом возможности своевременной диагностики и лечения ППН на догоспитальном и послеоперационном этапе ограничены. Цель: Изучить возможности лечения и раннего выявления ППН у пациентов после больших резекций печени. Материалы и методы: за период с 2009 по 2013 гг. в Институте хирургии им. А.В. Вишневского выполнено 204 больших резекций печени. По поводу метастатического поражения печени оперирован 101 (49,6%) пациент, из которых колоректальные метастазы были у 75 (36,8%) пациентов; первичных опухолей печени – 54 (26,4%) пациента, из них гепатоцеллюлярный рак – у 25 (12,3%), холангиоцеллюлярный рак – у 20 (9,8%) пациентов; доброкачественные опухоли и неопухоловые поражения печени – у 49 (24%) пациентов. Проведены операции: ЛПГЭ – 42 (20%), ППГЭ – 68 (33,3%), рЛПГЭ – 27 (13,3%), рППГЭ – 44 (21,5%), резекция 3 и более сегментов печени – 19 (16,3%). В послеоперационном периоде оценивали признаки печеночной недостаточности по клиническим данным, снижению показателей альбумина ниже 28 г/л, повышению билирубина крови выше 50 мкмоль/л, снижению протромбинового индекса (ПТИ) ниже 50%, увеличению МНО выше 2 на 1-3-и, 7-9-е, а также на 5-е сутки после операции (критерий 50/50). Для оценки степени ППН применяли классификацию ISGLS. Результаты: у большинства пациентов на 1-3-и сутки после операции имелось снижение альбумина, повышение билирубина и МНО со снижением ПТИ. При этом одновременное значимое падение уровня альбумина, ПТИ, повышение билирубина и МНО отмечено у 64 (31,4%) пациентов. Данные изменения разрешались на фоне консервативного лечения в течение 4-8 суток, поэтому не могли рассматриваться как ППН. К 5-м суткам указанные изменения отмечались у 48 (23,5%) пациентов. Числовые значения оцениваемых показателей у них составили: альбумин - 17-34 (сред. 29) г/л, МНО – 1,4-3,8 (сред. – 2,5), общий билирубин – 22-99 (сред. – 49) мкмоль/л. У 31 (15,2%) пациента признаки ППН разрешились на фоне стандартной терапии, что соответствовало классу А по ISGLS. Клинически значимая ППН развилась у 17 (8,3%) пациентов, из них тип В – у 11 (5,4%), и С – у 6 (2,9%). Критерий 50/50 был положителен при этом только у 12 (5,9%) пациентов. На фоне прогрессирования ППН умерло 8 (4,1%) пациентов, из них у 3 пациентов (1,5% от всех оперированных) критерий 50/50 был отрицательным. Выводы: с помощью существующих методов клинической и лабораторной диагностики выявление ППН не всегда достоверно и зачастую несвоевременно. В связи с этим требуется дальнейшее изучение принципов ранней диагностики и прогнозирования развития ППН на дооперационном этапе и в ранние сроки после операции.

---

1582. Роль раннего реостеосинтеза грудины в лечении больных с послеоперационным стерномедиастинитом

Матушкин В.С., Родивилов Б.Б., Галушко И.В.

Москва

ФГКУ "Главный военный клинический госпиталь им. академика Н.Н.Бурденко" МО РФ

С увеличением числа операций, выполняемых трансстернальным доступом, по-прежнему сохраняется актуальность поиска оптимальных подходов к лечению послеоперационного стерномедиастинита (ПСМ). ПСМ развивается у 0,4-4,0% больных кардиохирургических отделений, летальность достигает 25%. Ранняя диагностика инфекционных осложнений после операций на сердце, особенно с применением искусственного кровообращения, затруднительна, так как даже неосложненное послеоперационное течение нередко сопровождается болями в ране и синдромом системной воспалительной реакции (ССВР). Учитывая вариабельность местных проявлений инфекционного процесса и сопутствующей общесоматической патологии, подход к лечению каждого пациента должен быть индивидуальным. Рекомендованное некоторыми авторами радикальное хирургическое лечение в объеме стернумэктомии вследствие своей

1128

травматичности и нарушения анатомической основы для восстановления каркасности грудной клетки должно применяться только при явной бесперспективности других методов. С 2007 по 2015 гг. в отделении гнойной хирургии ГВКГ им. Бурденко находилось на лечении 29 больных с ПСМ. Мужчин было 93% (n=27), женщин – 7% (n=2). Возраст от 44 до 77 лет, средний 62 г. Частота развития ПСМ – 0,8%. У 78,5% (n=22) больных стерномедиастиниту предшествовало нарушение иммобилизации грудины вследствие прорезывания или разрыва проволочных лигатур. Сроки развития инфекционных осложнений 10-58 сут., наиболее часто от 2 до 4 недель. ССВР развился у 72% (n=21) пациентов. Отмечено, что чем раньше развивалось осложнение, тем более выражены клинические проявления инфекционного процесса. У 13,7% (n=4) больных инфекционный процесс протекал крайне агрессивно с развитием тяжелого сепсиса. Частота возбудителей, выделенных из ран: *Staphylococcus aureus* 27,5% (n=8), в т.ч. MRSA 17,2% (n=5), *Staphylococcus epidermidis* 17,2% (n=5), *Enterococcus faecalis* 13,8% (n=4), *Klebsiella pneumonia* 6,9% (n=2), *Enterobacter spp.* 3,4% (n=1), 2 и более возбудителей 13,8% (n=4). В 17,2% (n=5) возбудитель не выделен. Из 29 больных были оперированы 27 (93,1%). В зависимости от лечебной тактики больные разделены на 3 группы. В первую группу (27,6%, n=8) включены больные, у которых инфекционный процесс манифестировал позже 3-4 недель после операции; местные проявления ограничивались формированием свищей, общие проявления инфекции отсутствовали или были выражены слабо. Поражение грудины ограничивалось зоной опиления и участками вокруг проволочных лигатур. Подвижность фрагментов грудины не превышала 5-8 мм за счет фиксации рубцовыми тканями в загрудинном пространстве. Этим больным было проведено одномоментное радикальное хирургическое лечение: удаление металлических лигатур, санация загрудинных гнойных полостей, остеонекрэктомия грудины и резекции пораженных ребер с одномоментной пластикой раны. В послеоперационном периоде осложнений не отмечено, раны зажили первичным натяжением. В сроки от 1 до 8 лет рецидивов не отмечено. Во вторую группу (51,7%, n=15) вошли больные, у которых инфекционный процесс развился до 3-х недель после операции. Лечебную тактику определяло отсутствие прочного рубца в загрудинном пространстве, ограничивающего подвигивающую фрагментов грудины. У 4 больных из этой группы попытки одномоментно выполнить исчерпывающую операцию привели к нарушению иммобилизации грудины, а дальнейшее течение болезни характеризовалось рецидивами гнойного процесса в грудине и ребрах. В результате, этим пациентам было выполнено от 4 до 9 операций, сроки лечения были значительно увеличены, что потребовало пересмотра подходов к лечению этой группы больных. Была внедрена этапная тактика: целью первого этапа является купирование активного инфекционно-воспалительного процесса с максимально возможным сохранением грудины и ребер (удаляются только деструктивно измененные ткани), с грудины удаляются только лигатуры, утратившие свою функцию, оставшиеся – подтягиваются до сопоставления фрагментов грудины, шов грудины укрепляется системой Sternal Zip-fix. Загрудинное пространство дренируется двупросветными дренажами с проведением приточно-аспирационного дренирования. Это позволяет купировать общие проявления воспалительного процесса, добиться заживления раны при сопоставленных фрагментах грудины и сформировать прямые свищи от очагов остеомиелита. Второй этап выполняется через 3-4 месяца, когда формируется прочный рубец, удерживающий фрагменты грудины, выполняется остеонекрэктомия грудины, резекция пораженных ребер, удаление инородных тел и пластика раны. Этапное лечение было проведено у 38%, n=11. В сроки от 1 до 7 лет у 2 больных диагностирован рецидив хондрита, выполнены резекции ребер. У 3 пациентов отмечено заживление свищей после первого этапа лечения. В этой группе был один летальный исход, обусловленный развитием повторного инфаркта миокарда. В третью группу (13,8%, n=4) вошли больные, инфекционный процесс у которых протекал крайне агрессивно с развитием гнойного перикардита, гнойного переднего медиастинита и клиникой сепсиса. Здесь первоочередной задачей является санация гнойного очага и купирование ССВР, сохранение каркасности грудной клетки при этом отходит на второй план. В ходе операции выполнялось удаление всех инородных материалов из раны, в дальнейшем проводились этапные санации. Реостеосинтез грудины выполнен в срок от 5 до 9 суток после первой операции, в загрудинное пространство и в полость перикарда устанавливались двупросветные дренажи. Один из пациентов скончался от массивной ТЭЛА. Результаты: из 29 больных с ПСМ, удовлетворительные результаты лечения были достигнуты у 75,9% больных (n=22), общая летальность составила 6,9% (n=2). Таким образом: наиболее опасным в плане нарушения иммобилизации грудины является срок до 21 суток послеоперационного периода, ранний реостеосинтез грудины и применение этапного хирургического лечение позволяет сохранить каркасность грудной клетки и снизить риск рецидивов гнойного процесса.

1583. Малоинвазивный двухэтапный способ лечения срединных кист шеи

Воробьев И.Н., Киршина О.В., Воробьев А.И.

Екатеринбург

Уральский государственный медицинский университет

Введение: Срединные кисты шеи относятся к врожденным порокам и развиваются в результате нарушения редукции щитовидно-язычного протока в эмбриональном периоде развития. Для срединных кист и свищей шеи ведущими клиническими симптомами являются наличие опухолевидного образования в в/3 шеи. Единственным общепринятым способом лечения является оперативный метод, предполагающий иссечение кисты с эпителиальным ходом до корня языка, для чего приходится рассекать подъязычную кость. Травматичность и осложнения подобных операций побуждают к поиску малоинвазивных технологий лечения срединных кист шеи с воздействием на этиологический фактор без рассечения подъязычной кости и выделения протока до корня языка. Материалы и методы. В исследование включено 12 пациентов (8 женщин, 4 мужчины, возраст 19,3±6), направленные в Екатеринбургский консультативно-диагностический центр для аспирационной биопсии опухолевидных образований шеи под контролем УЗИ. У всех пациентов был подтвержден диагноз с помощью ультразвукового исследования и цитологии аспирата кисты. Средний размер кист по данным УЗИ составил 34 мм, средний объем содержимого – 9 мл. У 3 пациентов при цитологическом исследовании были выявлены признаки воспаления, у 9 пациентов полученный материал соответствовал кистозной полости без признаков воспаления. Всем пациентам проводилось лечение в 2 этапа: формирование свища и склерозирование эпителиального хода до ротовой полости. Содержимое кистозного образования эвакуировали под контролем УЗИ в режиме реального времени кубитальным катетером 0.9-1,2 мм Х40 мм (20-18G). Предварительно, в катетере проделывали отверстия в шахматном порядке не больше ¼ ширины. Катетер вводили снизу вверх, в направлении к корню языка. Катетер оставляли на 2-3 недели. При отсутствии отделяемого проверялась проходимость катетера. Один раз в 7 дней проводился контрольный осмотр и контроль УЗИ с оценкой степени формирования свищевого хода. При формировании на месте кисты свищевого хода не более 5 мм следующим этапом проводилось склерозирование эпителиального хода. Через катетер вводили 5 мл 70% этилового спирта до чувства жжения в ротовой полости. Затем вводили 5 мл 96% спирта, вызывая некроз эпителиального хода у корня языка. После, извлекали катетер и обрабатывали рану. Результаты исследования. У всех пациентов склерозирование протока прошло успешно и рецидивов не выявлялось на профилактических осмотрах за 3 года (осмотр 1 раз в год). У 3 пациентов с признаками воспаления после лечения проводилось иссечение кожного дефекта. Пациенты проходили лечение амбулаторно, что позволило уменьшить материальные затраты бюджета, а также нагрузку на медицинский персонал. Заключение. Двухэтапный метод лечения срединных кист шеи показал свою эффективность и требует дальнейшего его изучения и введения в клиническую практику.

---

1584. Лапароскопическая коррекция экстравазальной компрессии чревного ствола.

Мозговой П.В., Спиридонов Е.Г., Пироженко П.А., Луковская А.А., Уфимцев В.С., Короткова А.И.

Волгоград

ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет, Клиника №1

Цель: определить возможности лапароскопических операций в лечении пациентов с экстравазальной компрессией чревного ствола. Материалы и методы. В клинике №1 ВолГМУ в период с 2012-2014гг выполнено 14 вмешательств при стенотическом поражении чревного ствола. При выявлении стеноза чревного ствола основным показанием к выбору метода оперирования был этиологический фактор. В 8

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

случаях (57,1%) при атеросклеротическом поражении и формировании стеноза более 70 % выполнено стентирование баллонно-раскрываемым стентом. 6 пациентам (42,9%) произведена лапароскопическая декомпрессия чревного ствола по поводу его экстравазального сдавления с формированием гемодинамически значимого стеноза. При декомпрессии осуществляем резекцию срединной дугообразной связки и волокон ганглиев чревного сплетения. Конверсий в лапаротомию при выполнении лапароскопической операции не было. В раннем послеоперационном периоде у всех пациентов при контрольном УЗДС чревного ствола отмечали значительное снижение скорости кровотока. В одном случае (7,1%) было выявлено наличие резидуального стеноза 70%, что потребовало выполнения вторым этапом стентирования чревного ствола. При контрольной КТ-ангиографии у всех пациентов через 1, 6 и 12 месяцев после операции просвет чревного ствола проходим без рестенозов. Выводы. Всем пациентам в рамках предоперационного обследования необходимо верифицировать этиологический фактор стеноза чревного ствола с целью последующего выбора оптимального метода хирургического лечения. При экстравазальной компрессии чревного ствола показано этапное оперативное лечение – рассечение дугообразной связки диафрагмы с последующей возможной эндоваскулярной коррекцией зоны остаточного стеноза. Использование лапароскопических технологий позволяет адекватно выполнить оперативное лечение. При атеросклеротическом поражении чревного ствола эндоваскулярную реваскуляризацию считаем операцией выбора.

---

#### 1585.МОДИФИКАЦИЯ КРИТЕРИЕВ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА И ВЫБОР ТАКТИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ

Маскин С.С.(1), Карсанов А.М.(2), Дербенцева Т.В.(1), Климович И.Н.(1),Матюхин В.В.(1), Карсанова З.О.(2), Бесаев А.А. (2)

ВолгоградВладикавказ

(1) ГБОУ Волгоградский государственный медицинский университет (2) Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Абдоминальный сепсис (АС), являясь второй причиной летальности в ряду других источников тяжелого сепсиса (ТС), предъявляет особые требования к методу хирургического контроля источника абдоминальной инфекции. К факторам негативного прогноза при осложненной внутрибрюшной инфекции (ВБИ) относится неадекватный хирургический контроль ее источника и развитие синдрома интраабдоминальной гипертензии, купируемые, в первую очередь, местно направленными способами. Цель исследования. Изучение результатов различных методов хирургического контроля генерализованной ВБИ в контексте применения модифицированных критериев АС. Материалы и методы. В работе нами были использованы модифицированные критерии АС, когда наряду с наличием 2-х и более критериев синдрома системной воспалительной реакции (ССВР), считали необходимым присутствие дополнительных условий: наличия признаков синдрома кишечной недостаточности (СКН), как минимум второй степени, наличия критериев недостаточности одного органа (системы) экстраабдоминальной локализации, а при билиарном сепсисе – ССВР, сохраняющегося через 48 часов, несмотря на адекватное дренирование и полноценную консервативную терапию. К критериям тяжелого АС помимо СКН 2-3 степени, относили наличие полиорганной недостаточности (ПОН). Исследование было основано на результатах лечения 335 больных с распространенным гнойным перитонитом (РГП). Результаты лечения пациентов анализировались по трем группам: 1-я группа – больные, которым по окончании первичной операции была запланирована программированная релапаротомия (ПРЛТ) - 143 пациента (основная группа); 2-я группа (1-я контрольная) - больные, которым выполнялась однократная лапаротомия (ЛТ) - 192 пациента; из этой группы больных выделена 3-я - пациенты, которым потребовалось выполнить экстренную релапаротомию (ЭРЛТ) по поводу возникших внутрибрюшных осложнений или некупировавшегося перитонита (2-я контрольная группа) – 31 пациент. Согласно предложенным критериям перитонит без сепсиса был констатирован в 26,0±1,4% случаев, АС – в 45,1±2,4%, а тяжелый АС и септический шок (СШ) – в 28,9±1,6% случаев. Результаты и обсуждение. При РГП без сепсиса в 63,1% случаев для хирургического контроля источника ВБИ было

1131

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

достаточно выполнения однократной лапаротомии, что достоверно выше частоты необходимости ПРЛТ (20,8%) и ЭРЛТ (16,1%), между которыми не было достигнуто статистически достоверных отличий. При выборе метода хирургического контроля у больных с АС хирурги при первой операции в равной частоте случаев прогнозировали целесообразность ограничиться однократной лапаротомией (44,4%), либо планировали ПРЛТ (47,0%). Практическая обоснованность подобной тактики была подтверждена достоверно низким показателем необходимости в ЭРЛП у этой категории пациентов (8,6%) по сравнению с РГП без сепсиса (16,1%). Для тяжелого АС и СШ эта закономерность была присуща в еще более очевидной степени, так как частота ЭРЛТ при них составила всего 4,2%. ПРЛТ в 87,4% случаев выполнялась при наличии генерализации инфекционного процесса, в том числе в 37,8% случаев при ПОН. Показаниями к ЭРЛП одинаково часто являлись, как РГП без сепсиса (45,2%), так и АС без органной недостаточности (41,9%), что значимо превосходило число клинических случаев с тяжелой ПОН (12,9%). ЭРЛТ потребовались 31 пациенту с РГП (9,3%) и были обусловлены острой кишечной непроходимостью ( $38,7 \pm 6,6\%$ ), перфорацией полого органа ( $13,0 \pm 2,2\%$ ) и внутрибрюшными абсцессами ( $9,7 \pm 1,6\%$ ). Изначальный выбор однократной лапаротомии в качестве метода контроля над источником АС у данной группы больных реализовался прогрессированием гнойно-септического процесса, либо привел к развитию послеоперационных внутрибрюшных осложнений (ПВО). При этом исходно только у 45,2% из них не было достаточно оснований констатировать АС, хотя на момент ЭРЛТ септическими были признаны 87%. Наибольшее количество ЭРЛТ выполнено на 1-3 сутки от момента лапаротомии - 58% и обусловлены они были развитием ранних ПВО. Общая летальность у больных с РГП составила 31,9%. Применение метода программных санаций брюшной полости позволяет снизить летальность с 38,7% до 25,9% по сравнению с ЭРЛТ, что у пациентов с ТС и СШ оказалось еще более оправданным - с 69,2% до 27,7%, по сравнению с однократной лапаротомией. Летальность после ПРЛТ была достоверно ниже, чем после однократных лапаротомий (р

---

#### 1586. ПАНКРЕАТОБИЛИАРНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ГАСТРОПТОЗЕ

Латыпов Р.З., Плечев В.В., Титов А.Р., Чабин А.В.

Уфа

ГБОУ ВПО БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ МИНИСТЕРСТВА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ

Одной из причин развития гастроптоза является дуоденальная гипертензия. Нами для диагностики гастроптоза проводилась рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки, при проведении которой мы обращали основное внимание на взаиморасположение малой кривизны желудка, луковицы двенадцатиперстной кишки и дуоденоюнального изгиба. За основу брали линию, проведенную через нижнюю стенку луковицы двенадцатиперстной кишки, при этом малая кривизна желудка должна быть выше ее (во время перистальтической волны), а дуоденоюнальный изгиб ниже. При изменении взаиморасположения возникает нарушение пассажа пищи по кишечной трубке вначале на изолированном участке, а потом в процесс вовлекается и желудок, и двенадцатиперстная кишка, что в конечном итоге приводит к развитию гастроптоза и дуоденальной гипертензии. Совместное впадение в двенадцатиперстную кишку панкреатического протока и холедоха вызывают общность заболеваний поджелудочной железы, желчевыводящих путей и двенадцатиперстной кишки. В основе патологии лежит повышение внутри просветного давления в двенадцатиперстной кишке, что является причиной панкреатита и холецистита. Одной из главных причин повышения внутри просветного давления в двенадцатиперстной кишке является высоко расположенный дуоденоюнальный изгиб. Достоверным признаком дуоденальной гипертензии считаем наличие рефлюкса желчи в желудок. Нами проведен анализ 460 историй болезни больных пролеченных в Клинике БГМУ с диагнозами «острый панкреатит» и «обострение хронического панкреатита» за период с января 2010 по август 2013гг. Среди этих больных рефлюкс желчи отмечен в 246 случаях, что составляет 53,5% случаев. Из группы были исключены больные с деструктивным панкреатитом. Таких больных было 43, в этой группе больных рефлюкс наблюдался у 41, что составляет

1132

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

95,3%. Анализ 234 историй болезней с диагнозом желчнокаменная болезнь за тот же период, поступивших на плановое оперативное лечение показал, что рефлюкс желчи обнаружен в 15,4 % (36) случаев, у 292 больных поступивших в экстренном порядке с диагнозом «острый холецистит» в 51,7% (151) случаев обнаружен рефлюкс желчи в желудок. Из этих 292 больных у 137 был деструктивный холецистит, при этом рефлюкс наблюдался в 75,9% (104) случаев. Таким образом, дуоденальная гипертензия имеет отчетливую связь с заболеваниями поджелудочной железы и желчевыводящих путей, при этом, чем более выражен процесс, тем чаще встречается дуоденальная гипертензия.

---

## 1587.РЕЗУЛЬТАТЫ ТРОМБЭКТОМИИ ПРИ ЭББОЛОГЕННОМ ВЕНОЗНОМ ТРОМБОЗЕ БЕДРЕННО-ПОДВЗДОШНОГО СЕГМЕНТА.

ЗОЛКИН В.Н., МЕЛЬНИЧЕНКО А.Ю., БОГОМАЗОВ И.Ю.

МОСКВА

ГБУЗ "ГКБ № 57"

Цель: Оценить эффективность венозной тромбэктомии, дополненной наложением артерио-венозной фистулы (АВФ). Материалы и методы: с 2000 по 2014 гг. выполнена 296 тромбэктомий из вен подвздошно-бедренного сегмента. В 24 случаях тромбэктомия из вен подвздошно-бедренного сегмента, дополнена наложением АВФ. Средний возраст пациентов составил 48,2 (+/-16.7). Мужчин 18 (75,0%), женщин 6 (25,0%). Относительным показанием к наложению АВФ – давность венозного тромбоза более 7 дней. Абсолютным показанием к наложению АВФ мы рассматривали: 1. выявление вторичного тромбоза стволов глубокой бедренной вены (ГБВ) в области устья; 2. наличие выраженных воспалительных изменений в стенке общей бедренной вены; 3. частичная фиксация тромба к венозной стенке. Абсолютным противопоказанием к наложению АВФ – мы считаем вовлечение в тромбоз большой подкожной вены в области сафено-фemorального соустья. Всем пациентам выполнялось ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗДС) с целями: 1. установить границу тромбоза; 2. определить характер тромба; 3. оценить состояние стволов ГБВ в месте их впадения в общую бедренную вену. 4. Уточнить состояние большой подкожной вены и ее притоков. РИКГ выполнено у 4-х больных (16,6%), когда при УЗДС не удавалось определить верхнюю границу тромба. При подозрении на ТЭЛА проводилась ангиопульмонография (2 больных), ЭХО-кардиография (у 4-х больных). Всем пациентам в послеоперационном периоде проводилась антикоагулянтная терапия прямыми антикоагулянтами, в том числе и низкомолекулярными гепаринами (37.5%) с переходом на Варфарин (контроль МНО 2.0-2.5). В раннем послеоперационном периоде выполнялось ультразвуковое дуплексное ангиосканирование зоны операции: в первые-вторые сутки, 4-5 день и при выписке. Результаты: Ретромбоз в раннем послеоперационном периоде выявлен у одного пациента (4,2%), перенесшего тромбэктомию из ОПВ с наложением АВФ. Причиной тромботической реокклюзии послужил тромбоз артерио-венозной фистулы, обусловленный исходным тромбозом большой подкожной вены использованной в качестве АВФ. У 2-х пациентов (8.3%) в раннем послеоперационном периоде отмечала лимфорей из послеоперационной раны. Летальные исходы отсутствовали. Отдаленные результаты: В срок до 3-х лет отслежено 17 человек. За весь период наблюдения ретромбоза зоны операции выявлено не было. У 14 пациентов АВФ закрылась самостоятельно в срок от 1 до 3 мес. У 2-х пациентов закрытие АВФ выполнено путем открытой операции. У одного пациента выполнена эндовазальная эмболизация АВФ. Контрольное УЗДС выполнялось в сроки 3,6, 12 мес. Далее больные наблюдались клинически. Обсуждение: Наложение артерио-венозной фистулы позволяет восстановить проходимость при флотирующем венозном тромбозе подвздошно-бедренного сегмента в 95.7% случаев. Выполнение артерио-венозной фистулы является эффективной профилактикой ретромбоза при выполнении венозной тромбэктомии.

## 1588. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РАНЕНИЯХ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ

Сингаевский А.Б.(1), Данилов А.М.(2), Сигуа Б.В.(1), Ялда К.Д.(1)

Санкт-Петербург

1) СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2) СПбГУ, медицинский факультет

Определение диагностической тактики при ранениях поясничной области в условиях многопрофильного стационара остается актуальной задачей. При ножевых ранениях поясничной области повреждения внутренних органов встречаются в 5-29% случаев, при множественных их частота возрастает до 60-68%. При огнестрельных ранениях повреждения внутренних органов, в том числе множественные, наблюдаются у 62-100% пострадавших. Особенности анатомического строения поясничной области, вариабельность клинической картины и низкая информативность объективного осмотра требуют применения дополнительных инструментальных методов диагностики. В исследовании установлено значение некоторых инструментальных методов для диагностики повреждений при ранениях поясничной области. Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 308 пациентов с ранениями поясничной области, находившихся на лечении в больнице Святой преподобномученицы Елизаветы с 1990 по 2012 гг. Возраст больных составил от 17 до 77 лет. Преобладали мужчины трудоспособного возраста. Колото-резаные ранения выявлены у 267 (86,7%) пострадавших, резаные – у 19 (6,1%), огнестрельные – у 15 (4,9%), рвано-ушибленные – у 7 (2,3%), пациентов. В подавляющем большинстве – у 204 (66,2%) пострадавших – ранения были поверхностными. Проникающие ранения поясничной области выявлены у 104 (33,8%) пациентов. Результаты. Обследование раненых проводилось в условиях экстренной операционной, где выполнялись необходимые исследования, включая рентгенологическое и ультразвуковое, производилась ревизия и хирургическая обработка ран, при наличии шока одновременно проводились противошоковые мероприятия. У большинства пациентов с ранениями поясничной области клиническая картина, наряду с данными ревизии раневого канала и лабораторных исследований, оказались недостаточно информативными для установления характера ранения и наличия повреждений внутренних органов. При поступлении УЗИ было выполнено 28 пострадавшим. Признаков повреждения внутренних органов (наличие свободной жидкости в брюшной полости, забрюшинной гематомы, травмы паренхиматозных органов) ни у одного из них обнаружено не было, при этом истинноотрицательными результаты УЗИ были в 19 случаях. В 9 случаях результаты УЗИ оказались ложноотрицательными, что было установлено в процессе дальнейшего обследования и лечения пациентов. Таким образом специфичность УЗИ оказалась равной 67,9%. Оценить чувствительность метода при ранениях поясничной области в данном исследовании не удалось в связи с отсутствием истинно- и ложноположительных результатов. 30 пострадавшим была выполнена диагностическая лапароскопия. В 19 случаях при лапароскопии установлен проникающий характер ранения поясничной области. В 5 случаях признаков повреждения внутренних органов обнаружено не было, и конверсия доступа не проводилась. В 14 случаях была произведена конверсия доступа. Показаниями к конверсии служили наличие крови в брюшной полости, обнаружение забрюшинной гематомы или установление проникающего характера ранения с высоким риском повреждения кишки. В 9 из 14 случаев конверсии доступа была выполнена лечебная лапаротомия. Ложноотрицательных результатов диагностической лапароскопии не наблюдалось. В отдельных случаях для динамического наблюдения устанавливалась фторопластовая гильза. Чувствительность лапароскопии составила 100%, специфичность – 64,3%. Применение инструментальных диагностических методов позволило полностью избежать диагностических лапаротомий у пациентов с непроникающими ранениями поясничной области, снизить количество диагностических лапаротомий с 48,9% до 27,8%, повысить количество лечебных лапаротомий с 51,1% до 72,2% (р



1589. Роль используемых новых технологий в профилактике гнойно-септических осложнений при лечении тяжелого острого панкреатита.

Озова З.М., Рогаль М.Л., Иванов П.А., Степан Е.В., Агаханова К.Т., Кузьмин А.М.

Москва

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия

Актуальность исследования. Острый панкреатит (ОП) является одной из наиболее актуальных проблем современной хирургии. Среди острой патологии органов брюшной полости ОП традиционно занимает третье место, уступая лишь острому аппендициту и острому холециститу. Отмечается также значительный рост тяжелых деструктивных форм, в большинстве случаев сопровождающихся развитием гнойно-септических осложнений. Велика социальная значимость проблемы, так как большую часть пациентов составляют лица трудоспособного возраста. Результаты лечения панкреонекроза по-прежнему остаются неудовлетворительными, о чем свидетельствуют неизменно высокие показатели летальности, достигающие по разным данным 28-80%. Основными причинами смертельных исходов при панкреонекрозе в фазу панкреатогенной токсемии являются шок и полиорганная недостаточность, а в фазу деструкции - гнойно-септические осложнения. Результатом разработки методов лечения данной патологии вместо коренного улучшения результатов лечения явилось перераспределение смертельных исходов из группы «ранней» летальности в «позднюю». В настоящее время «поздняя» летальность преобладает над «ранней», что позволяет считать профилактику инфицирования при панкреонекрозе приоритетным направлением улучшения результатов лечения. Тяжелый острый панкреатит - частота встречаемости 20%, летальность при стерильных формах -10%, при инфицированных формах - 30%. Тяжелый панкреатит обычно проявляется вскоре после начала заболевания, быстро прогрессирует, иногда молниеносно. Тяжелый острый панкреатит ассоциируется с системными осложнениями (панкреатогенный шок, органная дисфункция/недостаточность) и/или местными осложнениями (острые жидкостные скопления, панкреонекроз, ретроперитонеонекроз, острая псевдокиста, инфицированная псевдокиста, панкреатогенный абсцесс). К осложнениям тяжелого панкреатита, также относят ферментативный перитонит и гидроторакс, острый панкреатогенный сахарный диабет, механическую желтуху, гнойный перитонит, сепсис, свищи, аррозивное кровотечение, ложные аневризмы и др. При наличии жидкостных скоплений у больных тяжелым острым панкреатитом использование методов детоксикации не всегда является эффективным в связи, с чем необходимо прибегать к удалению указанных осложнений. Цель исследования: использование новых технологий в профилактике гнойно-септических осложнений для улучшения результатов лечения. Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 996 пациентов с ОП, проходивших стационарное лечение с 2001г. в отделениях НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. Диагноз и форма острого панкреатита устанавливались на основании клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования (ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ) брюшной полости и забрюшинного пространства, лапароскопии, тонкоигльной пункции). Соответственно критериям Атлантской классификации у 672 (67,5%) больных был легкий острый панкреатит, у 324 (32,5%) тяжелый острый панкреатит, представленный мелкоочаговым 194 (60%), крупноочаговым 97 (30%), субтотальным или тотальным панкреонекрозом 33 (10%). Среди больных тяжелым панкреатитом преобладали пациенты мужского пола, которые составили 66,4%. При формировании диагноза учитывались: клиническая картина, степень тяжести острых функциональных изменений по шкале SAPS, наличие синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) и синдрома полиорганной недостаточности (СПОН). Консервативная тактика лечения была проведена у 154 (47,5%) больных тяжелым панкреатитом. При наличии свободного панкреатогенного выпота в брюшной полости использованы различные лечебные подходы. Показанием к консервативной тактике лечения служила свободная жидкость в брюшной полости в объеме не более 500 мл и отсутствие перитонеальной симптоматики. Различные оперативные вмешательства выполнены у 170 (52,5%) больных: у 74 (43,6%) миниинвазивные вмешательства, у 47 (27,6%) традиционные хирургические вмешательства, у 49 (28,8%) пациентов комбинация миниинвазивных и традиционных хирургических вмешательств. Видеолапароскопическая санация панкреатогенного выпота выполнена у 68 больных. Показанием служили: неэффективность консервативной терапии у 31 (45,6%) пациента, наличие большого объема свободной жидкости у 28 (41,2%) пациентов, перитонеальная симптоматика у 9 (13,2%). При этом конверсия в лапаротомию выполнена у 15 больных с ферментативным перитонитом: у 6 больных в связи с ошибочным диагнозом, у 3 с кровотечением при исследовании, у 1 пациента показанием к конверсии явилось ранение тонкой кишки при диагностической лапароскопии, у 3 больных в связи с неэффективностью ранее

выполненной видеолaparоскопии. В связи с трудностями дифференциальной диагностики при лапароскопии лапаротомия выполнена у 2 пациентов. Отграниченные острые жидкостные скопления наблюдались у 199 (61,4%) из 324 больных тяжелым острым панкреатитом. Среди острых жидкостных скоплений внутри-брюшные были у 79 (39,7%) больных, забрюшинно расположенные у 44 (22,1%) больных. Сочетание внутрибрюшных и острых забрюшинных жидкостных скоплений наблюдалось у 76 (38,2%) пациентов. При этом у больных наблюдалось от 1 до 5 острых ограниченных жидкостных скоплений. При острых жидкостных скоплениях консервативная тактика лечения использована у 97 больных, хирургическая - у 102. Чрескожно-пункционные вмешательства выполнены у 42 пациентов, чрескожные дренирующие вмешательства выполнены у 34 больных и традиционные вмешательства выполнены у 26 пациентов. Показанием к консервативной тактике лечения служили острые жидкостные скопления объемом до 100 см<sup>3</sup> по данным УЗИ и КТ. Эффективность консервативной тактики лечения контролировалась в ходе динамического ультразвукового мониторинга. Показанием к чрескожным пункционным вмешательствам служили стерильные забрюшинно расположенные острые жидкостные скопления объемом более 100 см<sup>3</sup> и без тенденции к уменьшению в течение 2-3 суток консервативной терапии. Показанием к дренирующим чрескожным вмешательствам служили: стерильные отграниченные жидкостные скопления, не отвечающие на консервативную терапию и многократному пункционному методу лечения. Продолжительность дренирования колебалась от одного до трех недель. У 8 больных сроки дренирования не превышали 24 часа, у 11 - от 2 до 7 суток, у 15 - более 7 суток. Результаты и обсуждение исследования. У 68 больных видеолaparоскопическая санация (ВЛС) оказалась эффективной и позволила купировать процесс в брюшной полости у 62 больных. У 6 пациентов ВЛС была неэффективной вследствие неадекватного дренирования панкреатогенного выпота в брюшной полости с последующим формированием отграниченных жидкостных скоплений. При пункционном лечении под ультразвуковым наведением жидкостные скопления ликвидированы в 14 наблюдениях из 42, в 28 - процесс прогрессировал, что в дальнейшем потребовало использования дополнительных дренирующих вмешательств. В большинстве этих наблюдений неэффективность пункционного метода наблюдалась в случаях формирования нескольких острых жидкостных скоплений. Из 34 пациентов у 19 больных на фоне дренирования острые ограниченные жидкостные скопления ликвидированы. У 15 больных процесс прогрессировал, требовалось дополнительное хирургическое лечение. Во всех этих случаях, чрескожное дренирование было безуспешным при формировании ограниченных жидкостных скоплений в большой массе забрюшинного некроза или при раннем инфицировании на фоне длительного дренирования острых ограниченных жидкостных скоплений. Жидкостные скопления ликвидированы в 14 случаях из 42, в 28 случаях процесс прогрессировал, что в дальнейшем потребовало использования дополнительных дренирующих вмешательств. В большинстве этих наблюдений неэффективность пункционного метода наблюдалась, в случаях формирования нескольких острых жидкостных скоплений в значительном массиве забрюшинного некроза или связи жидкостного скопления с протоковой системой ПЖ. «Ранние» лапаротомии использованы у 26 больных. Показанием к лапаротомии у 18 больных явились: нарастание токсемии, полиорганной недостаточности, когда все доступные консервативные мероприятия и миниинвазивные вмешательства были неэффективны, а у 8 при технической невозможности применить миниинвазивные чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства. После «ранних» операций умерли 13 из 26. Из них 10 больных оперированы по поводу нарастания токсемии, полиорганной недостаточности, трое больных оперированы по поводу технической невозможности применить миниинвазивные чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства. Выводы: в результате проведенных исследований установлено, что эффективность метода зависит от: 1. Сроков от начала заболевания на момент госпитализации, которые не превышали 2 суток; 2. Проведение однотипной консервативной терапии; 3. Использования миниинвазивных этапных вмешательств.

---

#### 1590.ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Власов А.П., Катков С.В., Анашкин С.Г., Рубцов О.Ю., Морозова М.М.

Саранск

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева»

До настоящего времени лечение панкреонекроза остается одной из главных проблем в современной хирургической панкреатологии. Ведущим фактором в пато- и танатогенезе панкреонекроза является эндогенная интоксикация. Эффективность терапии заболевания зависит от возможности лечебного влияния на весь спектр осложнений и патогенетических факторов, в том числе и на синдром эндогенной интоксикации. Основные принципы сдерживания прогрессирования эндотоксикоза являются: воздействие на очаги деструкции с гнойными жидкостными образованиями; повышение детоксикационной способности организма, в том числе влияние на состояние органов естественной детоксикации и процессы, приводящие к повышенной продукции токсических субстанций, в частности на мембранодеструктивные явления, которые зависят от характера поражения органа и от степени хирургической агрессии. В основу исследования положены материалы клинических наблюдений, разделенных на две группы: первую группу (сравнения) составили пациенты острым деструктивным панкреатитом с перитонитом, которым проводили базисную комплексную терапию в сочетании с хирургическими традиционными вмешательствами; во второй (основной) – комплексная терапия включала цитофлавин, а оперативные вмешательства проводились с использованием малотравматичных технологий. В контрольные сроки исследовали уровни маркеров эндотоксикоза в плазме крови, липидный состав, показатели активности перекисного окисления липидов, активности фосфолипазы А<sub>2</sub>, каталазы, супероксиддисмутазы плазмы крови. Результаты и обсуждение. Исследования показали, что у больных панкреонекрозом, осложненным ферментативным перитонитом выявлялись выраженные расстройства гомеостаза, которые ранние сроки послеоперационного периода нарастали, что обусловлено хирургической агрессией (больным проводилось дренирование брюшной полости и жидкостных скоплений традиционным способом). Использование базисной терапии в раннем послеоперационном периоде у больных острым панкреатитом позволяет уменьшить выраженность эндотоксикоза, уменьшает активность свободно-радикальных процессов липоперекисления и фосфолипазы А<sub>2</sub>, восстанавливает состав липидного спектра плазмы крови. Однако темп нарастания положительных эффектов стандартизированной терапии был низким. При применении лапароскопических технологий и цитофлавина в комплексной терапии острого деструктивного панкреатита, осложненным перитонитом, позволило в послеоперационном периоде в более ранние сроки уменьшить воспалительные процессы в брюшной полости. Это подтверждалось укорочением температурной реакции, уменьшением продукции экссудата брюшной полости, сравнительно быстрым восстановлением функции кишечника. Клинический положительный эффект комплексной терапии коррелировал с изменениями исследованных биохимических показателей. У больных острым деструктивным панкреатитом синдром эндогенной интоксикации был выражен в меньшей степени. Антиоксидантное и фосфолипаздепрессивное действие обнаруживалось уже в самые ранние сроки послеоперационного периода, что проявлялось в снижении выраженности липоперексидации и активности липолитических ферментов в плазме крови, что способствовало коррекции нарушений ее липидного состава. Таким образом, использование миниинвазивных вмешательств и включение цитофлавина в комплексную терапию больных острым деструктивным панкреатитом, осложненным перитонитом, позволяет оптимизировать лечебный процесс, подтверждением чего является не только улучшенные клинических характеристик течения раннего послеоперационного периода, но и сравнительно быстрое восстановление гомеостатических констант. Важнейшим эффектом комплексной терапии является способность уменьшать выраженность синдрома эндогенной интоксикации за счет повышения детоксикационной способности организма и уменьшения выраженности мембранодеструктивных процессов путем снижения оксидативного стресса и ингибирования повышенной фосфолипазной активности. Немаловажное значение в положительном детоксикационном действии препарата определено его гепатопротективной активностью, что выражалось в улучшении и альбуминсинтезирующей функции.

---

#### 1591. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО КЛАПАНА У БОЛЬНЫХ С ВИСЦЕРОПТОЗОМ

Латыпов Р.З., Плечев В.В., Титов А.Р., Гайнетдинов Э.Ф., Чабин А.В.

Уфа

ГБОУ ВПО БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ

В функциональной, хирургической гастроэнтерологии болезни сопровождающиеся болевым синдромом в правой подвздошной области остаются одной из сложных, и полностью не решенных проблем. Среди патологических состояний возникающих в правой подвздошной области особое место отводится недостаточности илеоцекального клапана. Целью исследования явилось изучение частоты и оценки причин, а также механизмов возникновения недостаточности илеоцекального клапана среди больных хирургического профиля. Для решения поставленной задачи нами проведен анализ полученных при иригоскопии данных в период с 2000 года по 2014 год у 206 больных, находившихся в Клинике БГМУ с наличием клинических и рентгенологических симптомов недостаточности илеоцекального клапана. Больные поступали в плановом и экстренном порядке, из них экстренно 109 (52,4%), и планово 107 (47,6%). При поступлении диагноз острый панкреатит был установлен у 49 (23,7%) больных, спаечная болезнь, болевая форма у 34 (16,5%), язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки у 26 (12,6%), острый холецистит у 23 (11,2%), СРТК у 21 (10,2%), синдром ободочных изгибов толстой кишки 16 (7,7%), острый аппендицит у 16 (7,7%), острая кишечная непроходимость 12 (5,8%), другие заболевания органов брюшной полости 5 (2,4%). При анализе подтвержденных клинических диагнозов после обследования первое место было отведено синдрому ободочных изгибов 85 (41,3%) из 206 пациентов, представленному с одной стороны висцероптозом, с другой аномалиями развития и фиксации ободочной кишки вызывающих удвоенную патологическую нагрузку на правый фланг ободочной кишки. На втором месте 45 пациентов с установленным диагнозом синдром раздраженной толстой кишки с наличием долихосигмы, у которых было нарушение транзитной функция в левом фланге поперечной ободочной кишки. Полученные данные позволяют сделать следующие выводы: Недостаточность илеоцекального клапана является частым и характерным осложнением висцероптоза указывающим на наличие нарушений проходимости в ободочных изгибах толстой кишки, и нуждается в хирургической коррекции.

---

1592. Оптимизация метода концевой колостомии

Гатауллин И.Г., З.М. Тойчуев, Б.И. Гатауллин

Казань

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России

Актуальность. После хирургических вмешательств завершающихся наложением колостомы, возникновение параколостомических осложнений значительно ухудшает результаты лечения, приводя больных к стойкой утрате трудоспособности и создают трудности социальной адаптации. В связи с этим поиск путей профилактики параколостомических осложнений остаётся актуальной задачей. Целью исследования является поиск оптимальных способов формирования концевой колостомы при раке средне и нижне-ампулярного отдела прямой кишки при брюшно-промежностной экстирпации. Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 153 больных с раком нижне- и среднеампулярного отделов прямой кишки. Пациенты проходили лечение в ГАУЗ РКОД МЗ РТ в период с 2009 по 2014 год. Всем больным выполнено хирургическое лечение в объеме брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки с формированием постоянной концевой колостомы на передней брюшной стенке. Все пациенты были разделены на 2 группы. Группу сравнения составил 101 больной, у которых после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки колостому накладывали классическим способом. В основную группу вошли 52 больных, где на конечном этапе операции формировали колостому с использованием аллопластического материала. Средний возраст больных составил 55,4+5,6 лет. Для улучшения результатов реабилитационного лечения больных с концевыми колостомами нами был разработан оптимальный комплекс послеоперационных мероприятий. Они включали в себя подбор оптимальной диеты с учетом действия пищевых компонентов на функцию желудочно-кишечного тракта. Для ликвидации воспалительных явлений в зоне колостомы использовались мази на гидрофильной основе, паста Лассара, актовегиновая,

1138

солкосериловая, метилурациловая мази, присыпки с трихополом, повязки с диоксидином. Результаты. В контрольной группе ранние послеоперационные осложнения в области постоянной концевой колостомы зарегистрированы у 19 больных из 101 пациента. Наиболее грозными из них были гнойно-воспалительные осложнения в виде параколостомического абсцесса (2 пациента) заворот тонкой кишки вокруг выведенной стомы (1 пациент) ретракция стомы (2 пациента), кровотечения из стенки стомы (4 пациента) некроз выведенной кишки (2 пациента), перфорация стенки колостомы (1 пациент) и эвентрация тонкой кишки в области колостомы (1 пациент). Поздние осложнения наблюдали у 14 пациентов, из них у 8 – параколостомические грыжи, у 3 – пролапс стомы, у 1 – колостомический свищ, у 2 – стриктура стомы. В основной группе на ранних сроках осложнения наблюдали у 1 больного – кровотечение из стомы, и у 1 пациента – частичный некроз стенки стомы. На поздних сроках наблюдения параколостомических осложнений не выявлено. Заключение. Разработанный способ формирования постоянной концевой колостомы с применением аллопластического материала позволил снизить количество ранних параколостомических осложнений с 18,8% до 14%, поздних параколостомических осложнений с 13,8% до 0% с по сравнению с традиционным методом.

---

### 1593. ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Карпов А.В., Захаров В.И., Богданов В.Л., Котов О.В., Андриасов К.Г., Авдеев Ю.В., Клименко А.М., Семенцова Н.А.

Ростов-на-Дону

ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница»

Цель работы. Улучшить результаты лечения больных с аневризмами брюшного отдела аорты. Материал и методы. Проведен анализ лечения 52 больных с аневризмами брюшного отдела аорты. У 16 выявлено расслоение и/или разрыв аневризмы. 4 пациента отправлены с рекомендациями на лечение по месту жительства, в связи с малым размером аневризматического расширения (менее 4,5 см), 32 пациента госпитализированы для хирургического лечения. Среди больных 50 мужчин и 2 женщины. Всего было прооперировано 46 пациентов, что составляет 88,5%. Средний возраст пациентов составил 69 лет. Результаты. По локализации аневризмы располагались в инфраренальном сегменте брюшной аорты у 48 пациентов (92,3%), в супраренальном отделе у 3 пациентов (5,8%). По своей форме аневризмы у большинства пациентов представляли собой веретенообразной формы расширение (94,2%), мешотчатая форма встречалась у 5,8% пациентов, у 45 больных (86,5%) аневризматическое расширение распространялось на подвздошные артерии. Средний максимальный диаметр аневризматического расширения у оперированных больных составил 79 мм (51-110 мм). Диагностика заболевания у плановых пациентов включала во всех случаях УЗТС брюшного отдела аорты и артерий нижних конечностей, СКТ-ангиографию брюшного отдела аорты и артерий нижних конечностей, наряду с исследованием коронарных резервов, артериальных и венозных бассейнов брахиоцефальных артерий и конечностей. У пациентов с разрывами аневризм в условиях УЗ-исследования проводилось 7 пациентам, СКТ-ангиография у 1 пациента, СКТ без контрастирования – у 4 пациентов, у 9 пациентов диагноз подтверждался только после лапаротомии. Среди пациентов, которым не производилось радикальное оперативное вмешательство – 3 пациента с супраренальной аневризмой брюшного отдела аорты. Среди причин аневризм в 100% случаев явился генерализованный атеросклероз. У 40% (21 пациента) в анамнезе ишемическая болезнь сердца (стенокардия напряжения и/или постинфарктный кардиосклероз), гипертоническая болезнь у 80% (42 пациентов), сахарный диабет 2 тип у 15% (8 пациентов). По объему оперативного вмешательства, выполненного по поводу аневризм брюшной аорты: бифуркационное аорто-бедренное протезирование у 45 пациентов, резекция аневризмы с линейным протезированием аорты у 7 пациентов. Средняя длительность хирургического вмешательства составила 5 ч 20 мин (3ч 15 мин – 7 ч 30 мин). Средний объем интраоперационной кровопотери составила 3,2 л (0,9л – 7,5 л). В послеоперационном периоде кровотечение из послеоперационных ран с ревизией и остановкой кровотечения отмечалось у 3 пациентов; эвентрация тонкого кишечника – у 1 пациента; случаев гнойно-септических осложнений зоны операции и тромбоза

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

бранш протеза не отмечалось. Общая операционная летальность в ближайшем послеоперационном периоде составила 7 пациентов (13,4% радикально прооперированных пациентов). Все летальные случаи зафиксированы у экстренных пациентов в ближайшем послеоперационном периоде. Заключение. Комплексный подход в лечении больных с аневризмами брюшного отдела аорты позволил достичь хороших и удовлетворительных результатов у 86,6 % больных. Результаты хирургического лечения аневризм брюшной аорты зависят от сроков проведения операции и степени кровопотери. Исход хирургического лечения больных с разрывом аневризмы брюшной аорты зависит от тяжести клинического течения заболевания.

---

1594.Профилактика послеоперационных гемореологических и гемоциркуляторных нарушений у больных колоректальным раком

Гатауллин И.Г (1), С.В. Городнов(2), А.В Жинов(2)

Казань,2)Ульяновск

ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Минздрава России» Ульяновский областной онкологический диспансер

Актуальность. Осложнения после операций по поводу колоректального рака составляют от 3 до 30 % случаев, а летальность достигает 18%. Современная научная концепция - все патологические состояния начинаются с реологических нарушений микроциркуляции и заканчиваются ими - вполне подходит для объяснения механизма послеоперационных осложнений (тромбозы, эмболии, несостоятельность анастомозов). Нарушение микроциркуляции ведет к гипоксии, метаболическим нарушениям. Цель исследования: оценить влияние внутривенных инфузий озонированных кристаллоидов на оксигенацию анастомозируемых тканей и коррекцию тканевой гипоксии. Материалы и методы. В основу работы положены данные обследования и лечения 122 больных колоректальным раком. Больные были разделены на две группы. Первая группа 62 больных, которым выполнено оперативное вмешательство без инфузии озонированных растворов (контрольная), вторая группа включала 60 больных, которым интраоперационно проводилось инфузия озонированных кристаллоидов. Для определения оксигенации в тканях кишки использовали неинвазивный спектрофотометрический комплекс «Спектротест». Контрольной группе проводили измерение насыщенности кислорода в шовной полосе анастомозируемых участков кишки и кишечного трансплантата интраоперационно на фоне проводимой традиционной инфузионной терапии. Второй группе больных измерения насыщенности кислорода кишечной стенки проводили до и после введения озонированных растворов . Результаты. Исходные показатели оксигенации стенки кишки в основной группе больных до введения озонированных растворов составили  $83.7 \pm 0.6\%$  а в контрольной группе  $83.4 \pm 0.6\%$  и статистически не отличались ( $p > 0.05$ ). После введения озонированных растворов уровень оксигенации стенки кишки повышался на 10.6%. (p

---

1595.Опыт лечения тяжелого сепсиса, сочетающегося с синдромом полиорганной недостаточности

Островский Е.М., Субочев А.Г., Максимов Д.И.

Одинцово

КБ123 ФМБА России

Основной причиной смерти больных с сепсисом является развитие синдрома эндогенной интоксикации и синдрома полиорганной недостаточности (СПОН). Все более возрастающая актуальность проблемы сепсиса связана с увеличением числа больных, высокой летальностью и значительными экономическими затратами на лечение. Несмотря на последние достижения в хирургии и интенсивной терапии, летальность при тяжелом сепсисе остается очень высокой, достигая 30-55% случаев, а при развитии полиорганной недостаточности и инфекционно-токсического шока - 60-90%. Нами изучены общие закономерности течения синдрома полиорганной недостаточности (СПОН) при тяжелом сепсисе (ТС) у больных с гнойно-некротическими заболеваниями различного генеза и локализации. 25 больных с тяжелым сепсисом были разделены на 2 группы. Контрольная группа (КГ): n = 12 (48 %), возраст  $47,3 \pm 2,3$  (42-68) года. Пациенты с тяжелым сепсисом, которым проводилось традиционное лечение. Критерии включения в КГ: больные с сепсисом, осложненным СПОН. Основная группа (ОГ): n = 13 (52 %), возраст  $60,2 \pm 2,1$  (51-73) года. Пациенты с тяжелым сепсисом, которым традиционное лечение дополнялось методами экстракорпоральной коррекции гомеостаза (ЭКГ). Всем больным выполнялись оперативные вмешательства, направленные на санацию очагов инфекции, тем или иным хирургическим способом в зависимости от локализации и принятой в клинике хирургической тактики. Больные обеих групп получали традиционную терапию в соответствии с рекомендациями РАСХИ. Проводилась коррекция водно-электролитного баланса. Инфузионная терапия основывалась на показателях среднего АД, центрального венозного давления (ЦВД), сатурации смешанной венозной крови. Проводилась эмпирическая антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия согласно рекомендациям РАСХИ (карбапенемы, цефалоспорины III-IV поколений, фторхинолоны и т.д. в максимальных терапевтических дозировках). После получения результатов бактериологического контроля, в среднем на 2 сутки, антибактериальная терапия назначалась с учетом чувствительности микроорганизмов. По показаниям применялась респираторная и вазопрессорная поддержка. Степень тяжести состояния оценивали по шкале APACHE II (Knaus W.A. et al., 1985), оценку органной недостаточности проводили по шкале SOFA (Vincent J.L. et al., 1996). Экспресс-диагностика и мониторинг сепсиса, СПОН проводилась с помощью полуколичественного иммунохроматографического метода определения концентрации прокальцитонина (ПКТ) в плазме или сыворотке крови (BRANMS), С-реактивного белка в крови. В структуре синдрома полиорганной недостаточности (СПОН) преобладала острая дыхательная недостаточность - у 78,4% больных, сердечно-сосудистая недостаточность - у 68,5%, почечная - у 61,8%, печеночная - у 29,7%. Среднее число дисфункций в расчете на одного пациента составило  $2,9 \pm 0,4$ . В раннем послеоперационном периоде сепсиса проводили экстракорпоральную коррекцию гомеостаза (ЭКГ) методом продленной вено-венозной гемофильтрации (ГФ) и гемодиализации (ГДФ) на гемопроцессоре PRISMA. В среднем было выполнено  $1,94 \pm 0,25$  процедур. Длительность одной процедуры составила  $16,31 \pm 2,10$  часов. Скорость кровотока  $155,67 \pm 2,34$  мл/мин, объем замещения  $51,62 \pm 4,54$  л. Тяжесть состояния больных обеих групп к началу исследования характеризовалась количеством баллов от 10 до 15 по шкале SOFA и более 25 баллов по шкале APACHE II, и по данным критериям показатели не имели достоверных различий. В дальнейшем уже к концу первых суток количество баллов по шкале SOFA в ОГ и КГ, достоверно ( $p < 0,05$ ) отличалось от исходных и аналогичных в ОГ. В последующие сутки в ОГ и КГ происходило прогрессивное снижение количества баллов по шкале SOFA. Нормализация показателей гомеостаза, то есть среднее количество баллов по шкале SOFA менее 5, отмечалось к концу третьих суток лечения. К концу четвертых суток при оценке полиорганной дисфункции по шкале SOFA количество баллов не превышало в среднем 2, что позволяло делать вывод о минимальном проявлении ПОН в этих группах. В ОГ динамика баллов по шкале SOFA имела аналогичный характер, но на протяжении всего периода исследования их значения оставались достоверно выше, чем в КГ. Нормализация показателей гомеостаза в данной группе отмечалась не ранее пятых суток лечения. Таким образом, проявления ПОН, оцененные с помощью шкалы SOFA, не имели достоверной разницы в группах в начале исследования и постепенно купировались в динамике, а в ОГ на протяжении всего исследования эти проявления носили более выраженный и стойкий характер. Летальность в КГ составила 41,4%, а в ОГ - 12,7%. Таким образом, развитие полиорганной недостаточности при сепсисе является отягощающим фактором. Для улучшения результатов лечения в комплексную терапию тяжелого сепсиса необходимо включать методы экстракорпоральной коррекции гомеостаза (гемодиализацию), что позволяет в более короткие сроки уменьшить выраженность эндогенной интоксикации и СПОН, снизить летальность.

1596. Популяционные факторы риска перфоративных язв

Лобанков В.М. (1), Камбалов М.Н. (2), Федоров Д.А.(3).

Псков, 2) Гомель, 3) Псков

1) ПсковГУ, 2) Гомельский ГМУ, 3) Псковская ОКБ

Цель – изучить популяционные факторы риска перфоративных язв (ПЯ). Материалы и методы. Проведено многолетнее ретроспективное клинико-эпидемиологическое исследование популяционной частоты (1: 100 тыс./г) ПЯ в Белоруссии и ряде регионов России. Результаты. В 1950 г. на фоне послевоенного «дефицита» мужчин в БССР частота ПЯ была всего 6,3, в 1955 – уже 10,1. По данным мониторинга ПЯ (1960-2012) в РБ установлено, что за 60-80-е годы показатель оставался относительно стабильным и составлял в среднем за каждую декаду  $13,3 \pm 0,6$ ;  $13,4 \pm 1,7$  и  $15,2 \pm 1,2$  случаев на 100 тыс. соответственно. За первую половину 90-х (после распада СССР) величина выросла вдвое и со второй половины 90-х стабилизировалась на уровне  $24,5 \pm 1,1$  и  $25,2 \pm 1,1$  случаев соответственно за вторую половину 90-х и первую - «нулевых». За вторую половину 0-х последовало снижение показателя до  $19,1 \pm 2,1$ . Сходные изменения 90-х отмечены в различных регионах РФ и стран СНГ. В РФ максимальный уровень ПЯ (31,2) был отмечен в 1999 г. как следствие «дефолта». На Псковщине и в многих других регионах РФ заболеваемость прободными до сих пор превышает таковую рубежа 80-х и 90-х. При анализе совокупной хирургии язвенной болезни (ЯБ) в Гомельской области за 1980-2012 г. выявлена сильная обратная зависимость частоты ПЯ от плановой хирургии. Кроме того, в РБ методом «остатков» выявлена достоверная обратная корреляция колебаний частоты ПЯ с 11-летними циклами солнечной активности. Обсуждение. Популяционная частота ПЯ имеет сложные взаимосвязи с социально-экономическими, демографическими, внешнесредовыми и медицинскими факторами, могущими играть превентивную роль. В отечественных условиях за полвека самым значимым фактором, негативно влияющим на величину показателя, явился социальный стресс. Такой медицинский фактор как внедрение эффективных антисекреторных препаратов и анти-Нр схем терапии ЯБ в отличие от индустриальных стран, где частота ПЯ в 3-5 раз ниже, не привел к заметному снижению показателя. Напротив, чрезмерное сокращение плановой хирургии ЯБ со второй половины 90-х стало одной из причин повышенного уровня ПЯ. Выводы. 1. Популяционная частота ПЯ зависит от многих объективных и медицинских факторов. 2. Сегодня в СНГ ведущими факторами, определяющими частоту ПЯ, являются уровень социального стресса, применяемость плановой хирургии ЯБ, естественные циклы внешней среды, но не консервативная терапия ЯБ.

---

1597. КЛИНИКО - РЕНГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА КОЛОНОПТОЗА ОСЛОЖНЕННОГО РЕФЛЮКС - ЭНТЕРИТОМ

Латыпов Р.З., Плечев В.В., Титов А.Р., Гайнетдинов Э.Ф., Чабин А.В.

Уфа

ГБОУ ВПО БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ

Вопросам диагностики колоноптоза посвящено большое количество отечественной и зарубежной литературы. Нами проведен ретроспективный анализ 165 историй болезни пациентов находившихся в клинике БГМУ с 2000 по 2014годы с установленным диагнозом колоноптоз. Женщин было 134 (81,2%), мужчин 31 (18,8%). При этом средний возраст женщин составил  $51,3 \pm 1,4$  лет, а у мужчин  $45,5 \pm 2,9$  лет. При поступлении в стационар подробно изучались жалобы указывающие на стадию дисфункции толстой кишки, характер стула, выраженность болей и их локализацию. Ирригоскопия проведена 165 больным с последующей количественной рентгенооценкой тонуса толстой кишки, с использованием разработанного в



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

клинике индекса соответствия поперечников толстой кишки (ИСП) патент РФ № 2151591. При этом мы исходили из того, что степень расширения стенок толстой кишки, получаемая в процессе тугого заполнения ее контрастной массой, зависит главным образом от исходного состояния тонуса различных ее отделов. По этой причине гипотония или гипертония возникшая на каком либо участке толстой кишки приводит к нарушению существующей в норме пропорции между поперечниками различных отделов толстой кишки. Рентгенооценка состояния тонуса с применением индекса соответствия поперечников толстой кишки позволяет, подтвердить наличие колоноптоза и определить степень нарушений проходимости ободочных изгибов толстой кишки. Индекс соответствия поперечников толстой кишки отражает динамику развития рефлюкс-энтерита при различных анатомических вариантах колоноптоза. Использование индекса соответствия поперечников толстой кишки позволяет определить дальнейшую тактику лечения таких пациентов.

---

1598. Возможности тепловизионного обследования в диагностике механической желтухи

Федоров В Э, Гусев К А

Саратов

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

Актуальность проблемы: В связи с высокой распространенностью желчекаменной болезни лечение таких ее осложнений как механическая желтуха (МЖ) является актуальной проблемой современной хирургии. Довольно часто больные с МЖ поступают в стационар в поздние сроки и в тяжелом состоянии, обусловленном развитием печеночной недостаточности и гнойно – деструктивными осложнениями. Все это обуславливает интерес к неинвазивным методам диагностики. Цель работы: Повышение качества диагностических и лечебных мероприятий у больных с МЖ. Задачи работы: 1. В клинических условиях оценить диагностические возможности локальной термометрии у больных с МЖ. 2. Оценить изменения распределения температур на передней брюшной стенке у больных с МЖ различного генеза и с различной стадией процесса. Материалы и методы: Было проведено тепловизионное обследование области передней брюшной стенки у 18 больных с МЖ госпитализированных в экстренное хирургическое отделение ГКБ № 2 города Саратова. У восьми пациентов желтуха носила злокачественный характер (опухоль головки поджелудочной железы – 5 человек, опухоль внепеченочных желчных протоков 3 человека). У десяти больных причиной МЖ являлся холедохолитиаз. Помимо тепловизионного обследования исследуемых больных фиксировались различные показатели эндотоксикоза (лейкоцитарный индекс интоксикации в модификации Рейса, лейкоцитоз, СОЭ), холестаза (фракции билирубина, степень расширения желчевыводящих путей по данным УЗИ) и цитолиза (уровень печеночных трансаминаз, коэффициент Де Ритиса, соотношение фракций билирубина). Также с помощью тепловизора и термометры типа К измерялась температура в различных точках передней брюшной стенки у 20 здоровых людей натошак. Точность измерения температуры составляла 0,01 °С. Результаты и обсуждение: В группе контроля натошак разница температур составила в среднем 0,6 градуса. Выявлено наличие температурной асимметрии по горизонтали в эпигастральной и мезогастральной области у 7 (70%) больных с холедохолитиазом (очаги гипертермии в правом подреберии, мезогастррии). Разница максимальной и минимальной температуры в среднем составила 1,95 градуса. Помимо термальной асимметрии в области передней брюшной стенки у этих пациентов присутствовали признаки цитолиза (коэффициент Де Ритиса в среднем составлял 3,6), признаки воспалительных процессов в желчевыводящих путях (лейкоцитоз 13\*10<sup>9</sup>/л и выше). У троих пациентов (30%) с холедохолитиазом значимой термальной асимметрии получено не было. Однако, в этой группе отсутствовали признаки цитолиза и воспалительные изменения в крови. В группе больных с опухолевой природой механической желтухи у всех больных было выявлено наличие температурной асимметрии: очаги гипертермии в правом подреберии и мезогастррии с средней разницей температур 2,1 градуса. Все пациенты этой группы находились в тяжелом состоянии за счет выраженных признаков цитолиза, печеночной недостаточности и воспалительных процессов в желчевыводящих путях. Выводы: 1. Методика тепловизионного обследования может быть применена у больных с механической желтухой как

1143

доброкачественного, так и злокачественного генеза. 2. Выраженная температурная асимметрия является признаком тяжелого состояния больного и выраженности воспалительных процессов, цитолиза и холестаза.

---

1599. Морфологическое и физическое обоснование преимущества изоляции сетчатого эндопротеза лоскутами грыжевого мешка, при моделировании ненатяжной герниопластики.

Байсиев А.Х. (1), Давыденко В.В.(1), Лапшин А.С.(1), Хаиров А.М (2).

Санкт-Петербург

1) ГБОУ ВПО Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский университет имени академика И.П. Павлова. НИИ хирургии и неотложной медицины. 2) СПб ГБУЗ "Городская Мариинская больница" хирургическое отделение №6

Актуальность. В послеоперационном периоде протезирующая герниопластика характеризуется длительной продукцией реактивной серозной жидкости в области импланта, объем которой может зависеть от способа герниопластики. Возникновения сером в раннем послеоперационном периоде является одним из провоцирующих факторов развития нагноения послеоперационной раны и рецидивов грыжи в отдаленные сроки. Чаще всего, местом рецидива грыжи является линия фиксации сетчатого эндопротеза. Цель работы.

1) На крысах сравнить выраженность ответной воспалительной реакции, скорость и характер фиброобразования сетчатого имплантата, при различных способах его расположения. 2) На кроликах сравнить прочность рубцовой ткани образующейся по линии фиксации протеза, при различных способах его расположения. Материал и методы. 1) Морфологическое исследование проведено на беспородных крысах самцах массой 180-200 г. Животные были разделены на 2 группы: 1. Основная группа, протез располагался между краями брюшной стенки (моделирование герниопластики с изоляцией протеза между лоскутами грыжевого мешка) 12 животных. 2. Группа сравнения протез фиксировался над апоневрозом (по типу заплатки) – 12 животных. В всех случаях использовался сетчатый протез стандартного размера и фиксировался обвивным непрерывным швом проленовой нитью 4/0 компании линтекс. После чего в обеих группах рана ушивалась узловыми швами. С местным применением антибиотика гентамицина. Метод исследования - Морфологический. Для гистологического исследования спустя 6 и 12 суток после операции импланты забирали вместе с окружающими тканями. Материал фиксировали и заливали в парафиновые блоки по стандартной гистологической методике. Парафиновые срезы толщиной 5мкм окрашивали гематоксилином-эозином и изучали, используя микроскоп Leica DM750 (Германия) при увеличении в 100 и 400 раз. Результаты оценивались заведующей патоморфологии доцентом Юкиной Г.Ю. Фотосъемку выполняли, используя фотокамеру ICC50 (Leica, Германия). 2) Исследование прочности сформировавшегося рубца при различных способах расположения сетчатого имплантата для герниопластики выполнено у 8 беспородных кроликов самцов массой 1600-2000 (1800±200). В зависимости от вида выполненной герниопластики исследуемые животные были разделены на 2 группы (по 4 кролика в каждой): основную группу и группу сравнения. 1. В основной группе иссекалась мышечно-апоневротическая часть передней брюшной стенки в форме квадрата. Затем выполнялось моделирование герниопластики с изоляцией сетчатого эндопротеза между лоскутами грыжевого мешка. 2. Группа сравнения. Моделировался аналогичный по размеру и форме дефект передней брюшной стенки, до брюшины с глубоким слоем мышц. Края протеза насаивались на переднюю брюшную стенку (по типу заплатки) – 5 животных. После операции, животные возвращались в клетки и за ними проводилось наблюдение. На 90 сутки после операции животные выводились из эксперимента и у них для физико-механического исследования забирали импланты вместе с окружающими тканями (сформированной соединительнотканной капсулой). Метод исследования - физический (прочность образовавшейся соединительной ткани по линии фиксации протеза – на разрыв). Протезы в сформированной соединительнотканной капсуле исследовались на разрывной машине РТ – 250 в соответствии с ГОСТ 8847–85 и приложением к нему, с целью определения механической прочности. Регистрировали удлинение образцов при нагрузке 8Н, 16Н, удлинение в момент разрыва и разрывную нагрузку. Данные обрабатывали методами математической статистики. Результаты исследования. 1) На 6-е и 12 сутки после операции в основной группе, где сетчатый протез изолировался

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

лоскутами грыжевого мешка, наблюдается менее выраженная воспалительная реакция ткани на протез и более быстрая скорость образования фиброзной ткани и организации ее в пучки, по сравнению с группой, где имплантат располагался над апоневрозом по типу заплатки. 2) Полученные данные и их математическая обработка показали, что все образцы обладают практически одинаковыми физико-механическими свойствами (различия прочностных свойств статистически не значимы). Соответственно изоляция протеза от подкожно-жировой клетчатки не снижает прочностных свойств образующегося рубца в сравнении со стандартным способом. Вывод. Изоляция сетчатого протеза от подкожной клетчатки лоскутом грыжевого мешка снижает степень воспалительной реакции тканей на имплантат, и увеличивает скорость образования и организации фиброзной ткани, не снижая при этом прочности образующегося рубца по линии фиксации.

---

#### 1600. ДАННЫЕ РОССИЙСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО БАРИАТРИЧЕСКОГО РЕЕСТРА ЗА 2014 ГОД

Хациев Б.Б. (1), Кузьминов А.Н.(1), Яшков Ю.И. (2), Неймарк А.Е. (3), Байчоров Э.Х. (1)

Ставрополь, 2) Москва, 3) Санкт-Петербург

1) Ставропольский государственный медицинский университет, 2) Центр эндохирургии и литотрипсии; 3) ФГБУ СЗФМИЦ

Российский национальный реестр бариатрических операций и наблюдений (РБОИН) был запущен в эксплуатацию в июле 2013 года. По состоянию на 1 июля 2015 года в Реестр внесены данные о 2146 операциях. За 2014 год в Реестр внесены данные о 756 бариатрических вмешательствах (за исключением установки внутрижелудочных баллонов). Среди выполненных вмешательств 460 (60,9%) продольных резекций желудка, 88 (11,6%) бандажирований желудка, 85 (11,2%) билиопанкреатических шунтирований (включая операции дуоденального переключения), 78 (10,3%) гастрощунтирований, 22 (2,9%) дуоденоилеощунтирования с одним анастомозом (SADI), 23 (3%) других вмешательств. Средний возраст пациентов составил  $40,6 \pm 10,2$  лет. 78,6% пациентов составляли женщины. Средняя масса тела оперированных пациентов  $127,6 \pm 29,2$  кг, максимальная – 248 кг, минимальная – 52 кг (пациенту выполнялась реконструктивная операция после избыточного снижения массы тела). Средний ИМТ пациентов  $45,5 \pm 9,4$  кг/м<sup>2</sup>, от 20,3 до 97,3 кг/м<sup>2</sup>. Нарушение толерантности к глюкозе до операции наблюдалось у 20,2% пациентов, сахарный диабет 2 типа у 14,4%. Средняя длительность заболевания сахарным диабетом 2 типа составляла  $2,2 \pm 3,9$  лет. Лапароскопически выполнено 78,6% операций, из них 1 выполнена однопортовым методом. 56 (7,4%) операций – ревизионные. Наиболее часто ревизии выполнялись после бандажирования желудка (23) и билиопанкреатического шунтирования (12). 234 (40,0%) операции сопровождались симультанными вмешательствами, наиболее частым из которых была холецистэктомия (83,8%). Средняя длительность операции варьировалась в зависимости от типа вмешательства и для самых распространенных вмешательств составила (без симультанных операций):  $98 \pm 46$  минут при продольной резекции желудка,  $61 \pm 28$  минут при бандажировании желудка,  $176 \pm 60$  минут при гастрощунтировании. Осложнения были зарегистрированы после 34 (4,5%) вмешательств. Наиболее частым осложнением (1,7% операций) явилось кровотечение. Повторные вмешательства по поводу осложнений выполнялись в 27 случаях (3,6%). Было зарегистрировано 2 летальных исхода (0,3%). Средняя продолжительность пребывания в стационаре после операции составила  $4,6 \pm 4,2$  дня. Для продольной резекции желудка этот параметр составил  $4,1 \pm 3,0$  дней, для бандажирования желудка  $3,2 \pm 6,2$  дня. Данные Реестра были использованы при составлении общемирового реестра бариатрических операций IFSO Global Registry. Реестр представляет собой удобный инструмент для мониторинга тенденций бариатрической хирургии в России, а также отслеживания непосредственных и отдаленных результатов бариатрических вмешательств.

1601. Непосредственные результаты лапароскопических операций при окклюзионных поражениях аорто-подвздошного сегмента.

Мозговой П.В., Спиридонов Е.Г., Пироженко П.А., Луковскова А.А., Исаев А.В.

Волгоград

ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет, Клиника №1

**ЦЕЛЬ.** Оценка непосредственных результатов аорто-подвздошных реконструкций с полностью лапароскопическим наложением центрального анастомоза у пациентов в сравнении с традиционными открытыми операциями. **МЕТОДЫ.** В отделении сердечно-сосудистой хирургии Клиники № 1 ВолгГМУ в период с 2012 по май 2015г оперировано 164 пациента с синдромом Лериша. Все пациенты были мужского пола, средний возраст составил  $63 \pm 5,1$  лет. Всего выполнено 66 (40,2 %) прямых реконструктивных операций с использованием полностью лапароскопической техники и 98 (59,8%) - с использованием одного из открытых традиционных доступов. Использовались наборы инструментов для лапароскопической хирургии аорты фирмы «Aescular», «Carl Storz», а также ультразвукового диссектора «Harmonic» и классического набора инструментов для сосудистой хирургии. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** Проводили анализ интра- и послеоперационных данных. Среднее время лапароскопических вмешательств составило  $173 \pm 37$  минут для унилатерального и  $215 \pm 47$  – для бифуркационного аорто-бедренного шунтирования. Интраоперационная кровопотеря  $450 \pm 45$  мл. Среднее время мобилизации аорто-подвздошного сегмента -  $45 \pm 14$  минут. Частота интраоперационных осложнений в составила 17, 4% (N=8). Ранний послеоперационный период у пациентов, оперированных лапароскопически, характеризовался более легким течением. Среднее время пребывания в палате реанимации пациентов, перенесших лапароскопическую реконструкцию, составило  $18 \pm 7,6$  часов. Послеоперационный парез кишечника разрешался не позднее 26 часов, со 2 суток пациенты на фоне восстановленного пассажа возвращались к обычной диете. Активизация пациентов после лапароскопических операций осуществлялась на 2 сутки. Средний послеоперационный койко-день после лапароскопических вмешательств составил  $7 \pm 3,7$  дней. **ВЫВОДЫ.** Оценка непосредственных результатов лапароскопических операций при окклюзионных поражениях аорто-подвздошного сегмента подтверждает сопоставимую эффективность в сравнении с традиционными «открытыми» вмешательствами. Преимуществами считаем снижение операционной травмы, раннюю активизацию пациентов, снижение частоты длительных парезов кишечника, сокращение сроков пребывания пациента в палате реанимации и профильном отделении и, как следствие, сокращение затрат на лечение данной группы больных.

---

1602. Сравнение осложнений малоинвазивного и традиционного хирургического лечения рака желудка.

Карамаликов С.А., Сагдиев Р.Д., Гильфанов А.Р., Тимербулатов М.В., Рахимов Р.Р.

Альметьевск, Уфа

Карамаликов С.А. (1), Сагдиев Р.Д. (1), Гильфанов А.Р. (1), Тимербулатов М.В. (2), Рахимов Р.Р. (2).1) РКОД РТ 2) ГБОУ ВПО БГМУ

Актуальность. Лапароскопическая гастрэктомия как альтернатива "открытой" операции для лечения раннего рака желудка получила распространение в некоторых странах. Цель работы - проанализировать опыт выполнения лапароскопической гастрэктомии для лечения как раннего, так и местнораспространенного рака желудка. Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование для оценки результатов и исходов лапароскопических и традиционных гастрэктомий, проведенных на базе Альметьевского филиала РКОД МЗ

РТ с января 2011 г. по январь 2015 г. Результаты. В исследование включены 102 пациента. В первой группе была выполнена 51 традиционная гастрэктомия с D2-лимфодиссекцией. Во второй группе (51 больной) применяли малоинвазивную технологию. Группы были рандомизированы по основным показателям. В дооперационном периоде в обеих группах применяли КТ с внутривенным контрастированием живота и груди, ФЭГДС с биопсией, эндоузи. Мы не являемся сторонниками ПЭТ-КТ при раке желудка из-за большого количества ложноположительных и ложноотрицательных результатов. Важное значение придаем 3-Д реконструкции КТ-ангиограмм для изучения особенностей индивидуальной ангиархитектоники. На заключительном этапе всем больным применяли лапароскопию для диагностики карциноматоза. Выполняли смывы с поверхности брюшины с экстренным цитологическим исследованием. В первой группе выполняли коррекцию раны четырьмя РСК-10 (крючки Сигала). Операцию выполняли традиционно для клиники. Всем больным выполняли эзофагоэуноанастомоз по 4 методу профессора Сигала М.З. Анастомоз выполняли однорядными швами по усовершенствованной нами методике. Во второй группе гастрэктомию выполняли лапароскопически использовали метод, разработанный китайскими авторами (Department of Gastric Surgery in Fujian Medical University Union Hospital, China). Применяли три 5 троакара, 10 мм оптический троакар и 12 мм троакар для гармонического скальпеля. Эзофагоэуноанастомоз выполняли по М.И. Давыдову в 20 случаях и по модифицированному нами методу М.З. Сигала у оставшихся больных. Среднее время традиционной операции составило 200 мин и 352 – для лапароскопической гастрэктомии. Несостоятельности анастомоза в первой группе не было. Во второй группе несостоятельность анастомоза была в двух случаях, и послужила причиной летального исхода. Нагноение раны было у 8 больных в первой группе и только у одного во второй. Острый панкреатит развился у 4 больных первой и у 6 больных второй группы. В обеих группах была по два случая ранней спаечной кишечной непроходимости, разрешившейся консервативно. Заключение. Наш первый опыт лапароскопической гастрэктомии с D2-лимфодиссекцией показал, что операция является достаточно безопасным методом лечения рака желудка с приемлемым уровнем послеоперационных осложнений.

---

1603.ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ МЕСТНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА (ПИЛОТНОЕ ДВОЙНОЕ СЛЕПОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Хациев Б.Б. (1), Узденов Н.А. (1), Джанибекова М.А. (1), Байчоров М.Э. (1), Кузьминов А.Н. (2)

Ставрополь, 2) Хобарт (Австралия)

1) Ставропольский государственный медицинский университет, 2) Menzies Research Institute Tasmania | University of Tasmania

Раствор ропивакаина (наропина) может применяться при ряде хирургических вмешательств для уменьшения уровня послеоперационной боли. Нами проведено пилотное двойное слепое рандомизированное контролируемое исследование для оценки применимости этого метода при лапароскопической продольной резекции желудка. На момент оценки предварительных результатов, 63 пациента, которым была запланирована лапароскопическая продольная резекция в начале операционного дня без симультанных вмешательств, были рандомизированы с использованием сгенерированной последовательности случайных чисел, для использования в ходе операции 0,5% раствора ропивакаина или физраствора. 20 мл раствора готовились операционной сестрой вслепую от хирургов, исследователей и пациентов. В начале операции производилось орошение раствором передней стенки желудка, ножек диафрагмы, сальниковой сумки (задней стенки желудка). Уровень боли и тошноты измерялся 100-балльной визуально-аналоговой шкалой через 2 часа после операции и в 21-00 дня операции, также отмечалась потребность в анальгезии и расход анальгетиков. Уровень послеоперационной боли через 2 часа после операции в группе ропивакаина составил  $49,7 \pm 30,9$ , в группе плацебо  $59,5 \pm 27,2$  ( $p=0,19$ ), в 21-00 –  $31,9 \pm 24,6$  в основной группе и  $35,6 \pm 25,8$  ( $p=0,56$ ) в группе плацебо. Потребность в опиоидах составила 41,2% в основной группе и 51,7% в контрольной ( $p=0,40$ ). Значимых различий в уровне послеоперационной тошноты и рвоты отмечено не было. Статистическая мощность данного пилотного исследования составила 26%. На основании полученных

данных необходимый размер выборки в 142 пациента обеспечит 80% статистическую мощность. Предварительные результаты продемонстрировали статистически не значимое снижение уровня послеоперационной боли после операции. С учетом низкой мощности исследования, не исключена вероятность ошибки 2 рода, и изучение эффекта ропивакаина следует продолжить.

---

1604.Видеолапароскопические и робот-ассистированные вмешательства при очаговых образованиях органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Кислицин Д.П., Хрячков В.В., Добровольский А.А., Колмачевский Н.А.

Ханты-Мансийск,Россия

Окружная клиническая больница

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения, оценить возможность применения видеолапароскопических и роботизированных технологий при очаговых образованиях органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Материал и методы: За период с 2006 года выполнено 77 видеолапароскопических вмешательств, в т.ч.- 12 с использованием роботизированного комплекса daVinci S. Нозологии распределились следующим образом: простые кисты и поликистоз печени-36 пациентов, эхинококковые кисты печени-12, кистозные опухоли надпочечников-14, кистозная опухоль селезенки-2, кистозные опухоли поджелудочной железы-4, аденома печени-5, ФНГ-2, первичный рак печени-1, рак БДС-1. В диагностике использовали ультразвуковое исследование, включая интраоперационное, спиральную компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию с режимом МРХПГ, иммунологические тесты, данные гистологии. Оперировано 48 женщин и 29 мужчин в возрасте от 22 до 68 лет. У пациентов с простыми кистами в 12 случаях выявлена одиночная киста, в 24-множественные кисты печени; выполнялась фенестрация, у 8 пациентов- при локализации в задних сегментах (VII-VIII, IVA)- с применением роботизированного комплекса da Vinci S. У пациентов с паразитарными кистами осложненная форма выявлена в виде нагноения и цистобилиарного сообщения у двух больных. Выполнены: неанатомическая резекция правой доли печени при гигантской одиночной неосложненной кисте в одном случае, эхинококкэктомия при одиночных кистах III,V,VI и VII сегментов- в 9 случаях, робот-ассистированная эхинококкэктомия нагноившейся кисты VIII сегмента и перичистэктомия неосложненной кисты II сегмента печени. Во всех случаях после эхинококкэктомии и перичистэктомии применяли аргон-плазменную коагуляцию, а при диффузном кровотечении из паренхимы печени-гемостатическую пластину Тахокомб. Антипаразитарную обработку полости кисты после эвакуации жидкостного содержимого проводили 20% раствором хлорида натрия с экспозицией 15 минут. Кистозные опухоли надпочечников во всех случаях имели одностороннюю локализацию. Адреналэктомия при кистозных опухолях надпочечников выполнялась в положении «на боку»,использовали аппарат «Лига Шу» -5 мм, клипсы «Гемалок» для обработки надпочечниковой вены-в 10 случаях. Экспресс гистологическое исследование проводилось интраоперационно в обязательном порядке, у одного пациента выявили адренокортикальный рак,выполнена лимфодиссекция. Спленэктомия выполнена у двух пациентов с доброкачественными кистозными опухолями селезенки.Ножка обработана сшивающими аппаратами.Дистальные резекции поджелудочной железы со спленэктомией у 4 пациентов выполнялись с использованием ультразвуковых ножниц, аппарата «Лига Шу» 5 мм, обработкой селезеночной вены и селезеночной артерии, пересечением железы по перешейку сшивающими аппаратами.При удалении аденом печени и ФНГ выполнялись неанатомические резекции печени в 2 случаях-с использованием роботизированного комплекса daVinci S.При первичном раке печени выполнена анатомическая правосторонняя гемигепатэктомия,обработка портальных и кавальных работ после ультразвуковой диссекции проводилась с использованием клипс «Гемалок» и сшивающего аппарата (правая печеночная вена). При раке БДС коллегами из Москвы выполнена лапароскопическая ПДР с вариантом однопетлевой реконструкции. Результаты: Осложнения имели место у четырех пациентов (5,2%) - формирование биломы после неанатомической лапароскопической резекции правой доли печени - устранено на релапароскопии клипированием билиарного протока на фиброзной капсуле; желчный свищ после правосторонней гемигепатэктомии закрылся самостоятельно на 23-е сутки; остаточная гнойная

полость после эхинококкэктомии нагноившейся кисты VII сегмента печени потребовала пункционно-дренажных методов лечения под контролем УЗИ. Послеоперационный панкреатит с формированием постнекротической кисты, осложненной аррозивным кровотечением из культи селезеночной артерии в просвет кисты на 18 сутки послеоперационного периода потребовали лапаротомии. Конверсия при неанатомической резекции аденомы печени была связана с неконтролируемым кровотечением. Осложнений анестезиологического пособия, летальных исходов не было. Заключение: 1. Методы хирургического лечения больных с очаговыми образованиями брюшной полости и забрюшинного пространства индивидуальны и зависят от общего состояния пациента, количества и расположения образований, наличия осложнений, что в значительной степени определяют данные лучевых методов диагностики. 2. Видеолапароскопические вмешательства возможны у пациентов с одиночными неосложненными кистами печени при планируемой эхинококкэктомии с тщательным соблюдением правил антипаразитарной обработки. 3. Применение современных методов гемо- и билиостаза позволяют снизить количество послеоперационных осложнений. 4. Использование роботизированного комплекса оправдано при «трудных» локализациях очаговых образований, с учетом большего количества «степеней свободы» рабочего инструмента при работе в ограниченном пространстве.

---

1605. Метод комбинированного ушивания прободных язв двенадцатиперстной кишки

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

Владимир, Москва

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

Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки осложненная перфорацией является общепризнанным, наиболее эффективным и основным методом. Особую значимость оно приобрело в связи с широким внедрением в клиническую практику новых видеоэндоскопических минимально-инвазивных технологий. Одним из грозных осложнений язвенной болезни являются перфорации, которые требуют неотложного хирургического вмешательства. Операцией выбора является ушивание перфоративной язвы с последующей санацией брюшной полости. Применение малоинвазивных хирургических технологий открывают новые возможности в лечении перфоративных гастродуоденальных язв. Выполнение операции при данном заболевании чисто лапароскопическим методом зачастую сопровождается некоторыми техническими трудностями. Мы располагаем опытом лечения больных с перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки с сочетанием видеолапароскопии для диагностики и санации брюшной полости и мини-доступа для ушивания перфоративной язвы с помощью разработанного М.И. Прудковым №1 комплекта инструментов. Методика, при необходимости, позволяет выполнить и ваготомию на этапе лапароскопии №2. В 2000 – 2014 гг. нами в экстренном порядке минимально-инвазивным методом была выполнена 88 операций. Все больные оперированы сразу после поступления в сроки от 1 до 5 часов от начала заболевания под эндотрахеальным наркозом. Среди оперированных все были мужчины от 18 до 35 лет. У всех пациентов диагноз перфоративной язвы был выставлен в дооперационном периоде по клинико-диагностическим данным. Техника операции. После обработки операционного поля в одной из параумбиликальных точек вводили 10 мм троакар и накладывали пневмоперитонеум CO<sub>2</sub> 10 мм рт. ст. При видеолапароскопии уточняли диагноз перфоративной язвы, ее локализацию, оценивали степень поражения и распространенности инфицированного выпота по брюшной полости. После этого в правом подреберье выполняли минилапаротомию длиной 3 – 4 см. Для визуализации использовали набор ретракторов и локальное освещение, используемое при холецистэктомии из мини-доступа. Ушивали перфоративное отверстие по принятой методике однорядным швом в поперечном направлении с фиксацией пряди сальника. По завершении указанного этапа в правой мезогастральной области вводили второй манипуляционный троакар (5мм). Для санации брюшной полости использовали стандартную лапароскопическую ирригационно-аспирационную систему. Санация брюшной полости заключалась в эвакуации экссудата и промывании мест его скопления. Операцию завершали установкой

1149

зонда в желудок для деком-прессии, дренажа в подпеченочном пространстве, при необходимости, и в малый таз. В послеоперационном периоде пациенты получали ненаркотические анальгетики, противовоспалительную терапию; после выхода из состояния наркоза – это через 2 – 3 часа после операции, больные вставали, ходили. Осложнений со стороны органов брюшной полости, операционной раны, а также летального исхода не было. Длительность госпитализации в хирургическом стационаре составляла 6 – 7 дней. Дальнейшее противовоспалительное лечение проходило в условиях гастроэнтерологического отделения. Таким образом, описанная оперативная техника сочетает преимущества и нивелирует недостатки лапароскопического пособия и мини-доступа. Лапароскопический этап позволяет установить и уточнить диагноз перфорации или выявить иную ургентную патологию, при котором объем вмешательства может быть другой; дает возможность оценить характер и распространенность поражения брюшины, провести адекватную санацию брюшной полости. Мини-доступ позволяет точно оценить морфологические изменения в зоне перфорации (размер язвенного инфильтрата, наличие пенетрации и стеноза) и выполнить адекватное оперативное пособие. Используемая нами методика ушивания перфоративных язв двенадцатиперстной кишки с лапароскопической санацией брюшной полости позволяет рекомендовать данную методику в клинической практике

---

#### 1606. ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ ЗАБРЮШИННЫХ ФЛЕГМОН ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Бахтин В.А., Янченко В.А., Патласов А.В.

Киров

ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России

Цель исследования: оценить результаты лечения панкреатогенных забрюшинных флегмон при использовании различных операционных доступов. Материалы и методы. В клинике кафедры госпитальной хирургии Кировской ГМА с января 2005 по май 2015 года находились на лечении 53 пациента с септическими забрюшинными флегмонами, что составляет 63,9 % от общего числа пациентов с инфицированным панкреонекрозом. В структуре забрюшинных поражений преобладала левосторонняя ретроколическая флегмона у 43 пациентов (81,1 %), парапанкреатическая у 33 (62,3 %), правосторонняя ретроколическая у 16 (30,2 %), тотальное поражение забрюшинной клетчатки у 7 пациентов (13,2 %), вовлечение паранефральной клетчатки у 5 (9,4 %), тазовой клетчатки у 4 (7,5 %). Результаты. Все больные оперированы. У 45 (84,9 %) пациентов была выполнена лапаротомия. Оментобурсостома сформирована путем верхнесрединной лапаротомии у 37 пациентов (69,8 %) и верхней поперечной лапаротомии у 8 пациентов (15,1 %). Вскрытие, санация и дренирование флегмон осуществлялось двумя различными способами: внебрюшинное вскрытие по Н.И. Пирогову в 16 случаях (30,2 %) и вскрытие флегмоны через лапаротомный доступ путем мобилизации соответствующих отделов толстого кишечника и выведения тампонов через люмботомическую контрапертуру либо лапаротомную рану – в 35 случаях (66,0 %). Большинство осложнений наблюдалось при формировании оментобурсостомы путем верхнесрединной лапаротомии в сочетании с чрезбрюшинным вскрытием ретроколических флегмон: гнойно-панкреатические свищи в 6 случаях из 11 (54,5 %), толстокишечные свищи – 3 из 7 (42,9 %), тонкокишечные свищи – 2 (100 %), дуоденозабрюшинный свищ – 1 (100 %), бактериальный перитонит – 2 из 3 (66,7 %), абсцессы брюшной полости – 7 (100 %), инфекционные осложнения со стороны послеоперационной раны у 10 из 11 (90,9 %), из них с эвентрацией у 4 пациентов. Значительно меньше осложнений в зоне операции отмечалось при оментобурсостомии путем верхней поперечной лапаротомии в сочетании с внебрюшинным вскрытием флегмон по Н.И. Пирогову: толстокишечный свищ – 1 (14,3 %), панкреатические свищи – 2 (18,1 %); со стороны послеоперационной раны осложнений не отмечено. Из 53 пациентов с септическими забрюшинными флегмонами умерло 15 (из них у 13 пациентов оментобурсостома была сформирована путем продольной лапаротомии и чрезбрюшинное вскрытие ретроколических флегмон, у 2 – вмешательство на забрюшинном пространстве без лапаротомии). Летальность в этой группе пациентов составила 28,3 %. При проведении поперечной лапаротомии и внебрюшинного вскрытия флегмоны все пациенты выписаны из



стационара с улучшением, летальных исходов не отмечено. Выводы. Таким образом, оптимальным доступом при хирургическом лечении септических забрюшинных флегмон при панкреонекрозе является верхняя поперечная лапаротомия с формированием оментобурсостомы в сочетании с внебрюшинным вскрытием флегмоны по Н.И. Пирогову.

---

## 1607.ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЭКСТРЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ.

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

Владимир, Иваново

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

Несмотря на наличие современной клинико-лабораторной, рентгенологической, КТ, СКТ, МРТ и УЗИ-диагностики, вопросы дифференциальной диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости остаются сложными. Это очевидно при стертой абдоминальной симптоматике или резко выраженной полярности симптомов заболевания. Улучшение диагностики и лечения стали возможными благодаря стремительному развитию лапароскопической хирургии. Анализ экстренной абдоминальной патологии, подвергшейся лапароскопической диагностике и лечению, проведён за период с 2000 по 2014 год. Выполнено около 5000 экстренных лапароскопических вмешательств. Структура острых заболеваний органов брюшной полости представлена следующей патологией: острый аппендицит (преимущественно деструктивные формы), острый холецистит (в том числе флегмонозный, гангренозный, с перивезикальным инфильтратом), перфоративная язва желудка и ДПК, острый панкреатит (в том числе с ферментативный перитонитом), тупая травма живота с повреждением и без повреждения внутренних органов, некроз жировых подвесков сигмовидной кишки, мезаденит, острая гинекологическая патология, онкологические заболевания тонкого и толстого кишечника, осложнённый дивертикулит, синдром абдоминальной ишемии, тромбоз мезентериальных сосудов, перитониты, осложняющие вышеперечисленные заболевания. При острой абдоминальной патологии лапароскопия является наиболее приоритетным по информативности и оперативности осуществления методом дифференциальной диагностики. При этом диагностическая лапароскопия всегда может быть переведена в лечебную с применением лапароскопических технологий оперирования и санации брюшной полости. В структуре экстренных лапароскопических вмешательств преобладают: диагностические лапароскопии, лапароскопические аппендэктомии, лапароскопические холецистэктомии, санация и дренирование брюшной полости при остром панкреатите. . Выполнено 245 лапароскопических аппендэктомий. Из них: 143 (58,3%) выполнено по методике обработки брыжейки червеобразного отростка монополярной коагуляцией и клипированием основания аппендикса; лигатурным способом выполнено 162 (66,1%) лапароскопических аппендэктомий. Лапароскопическая аппендэктомия выполнялась при всех формах строго аппендицита, преобладали деструктивные формы – флегмонозный аппендицит 240 (97,9%), гангренозный аппендицит 35 (14,3%).. Одной из наиболее грозных хирургических патологий является острый панкреатит. Доказано, что лапароскопическая санация брюшной полости, блокада круглой связки печени, декомпрессия по показаниям желчного пузыря, дренирование брюшной полости способны abortивно прервать острый процесс в поджелудочной железе и добиться ремиссии ферментативного перитонита. С 2000 года по настоящее время выполнена 131 диагностическая и лечебная лапароскопия по поводу острого панкреатита, с санацией и дренированием брюшной полости, раскрытием париетальной брюшины по флангам брюшной полости, формированием транскутанных транспечёночных или контактных холецистостом. При травме живота выполнена 169 диагностической и лечебной лапароскопии. При тупой травме живота без повреждения внутренних органов диагностическая лапароскопия в 101(59,7%) случаях позволила избежать неоправданных лапаротомий. При проникающих ножевых ранениях живота у 91(53,8%) пострадавших лапароскопия позволила исключить повреждение внутренних органов. Удаление некротизированных подвесков сигмовидной кишки выполнено у 46 пациентов. В 132 клинических наблюдениях, при выполнении диагностической лапароскопии,

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

констатировано отсутствие абдоминальной хирургической патологии, т.е. диагностирован ложный острый живот. Активное использование лапароскопических методик в диагностике и лечении ургентной абдоминальной патологии позволило сократить продолжительность времени динамического наблюдения пациентов с неясной или скрытой симптоматикой, минимизировать диагностические ошибки, снизить количество ненужных и необоснованных лапаротомий.

---

#### 1608.ПРОДОЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА В ЛЕЧЕНИИ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ – РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ

Хациев Б.Б., Байчоров Э.Х., Узденов Н.А., Джанибекова М.А., Кузьминов А.Н.

Ставрополь

Ставропольский государственный медицинский университет

За период с декабря 2011 по июнь 2015 сотрудниками Клиники эндоскопической и малоинвазивной хирургии Ставропольского государственного медицинского университета выполнено 299 продольных резекций желудка. Средний возраст пациентов составил  $39,1 \pm 10,5$  лет. Мужчин – 18%. Сахарным диабетом 2 типа страдали 9,6% пациентов, нарушение толерантности к глюкозе до операции было выявлено у 11,2%. Ограничение функционального статуса в связи с избыточным весом наблюдалось у 28,2% пациентов. Обструктивным апноэ сна страдали 40,4% пациентов. Средний ИМТ пациентов составлял  $46,6 \pm 8,2$  кг/м<sup>2</sup> (от 32,0 до 82,8 кг/м<sup>2</sup>), средняя масса тела 127 кг (от 78 до 220 кг). 99% операций выполнено лапароскопическим доступом. При резекции использовался калибровочный зонд диаметром 38-39 Fr. Среднее количество прошиваний шивающим аппаратом для формирования желудочного «рукава» составило  $5,6 \pm 0,8$ . Дополнительное укрепление степлерной линии выполнялось в 44,2% случаев. Средняя длительность операции (без симультанных вмешательств) –  $86 \pm 38$  минут. Длительность послеоперационного пребывания в стационаре –  $3,3 \pm 1,3$  дней. В послеоперационном периоде осложнения возникли у 21 (7,0%) пациентов. Из них кровотечение – у 11 (3,7%) пациентов, несостоятельность степлерной линии – у 6 (2,0%) пациентов. Повторные вмешательства выполнены 14 (4,7%) пациентам. Одному пациенту с несостоятельностью степлерной линии выполнена эндоскопическая коррекция. В отдаленном периоде хотя бы раз наблюдались 218 пациентов из 250 с давностью операции более 3 месяцев (87,2%). Средняя потеря веса через 3 месяца после операции составила  $39 \pm 10$  % от избыточной массы тела, через 6 месяцев –  $51 \pm 14$ %, через 9 месяцев –  $59 \pm 15$ %, через 12 месяцев  $64 \pm 12$ %. Через год и более (использовано последнее наблюдение) –  $58 \pm 15$ %. Улучшение течения сахарного диабета 2 типа и его ремиссия наблюдались у 84% пациентов. Улучшение функционального статуса отмечалось у 84% пациентов. Продольная резекция желудка является эффективным методом лечения морбидного ожирения, в том числе сопровождающегося сахарным диабетом 2 типа. На сегодняшний день в региональных центрах накоплен большой опыт выполнения этого вмешательства и оно может рекомендоваться как первичное при указанной патологии.

---

#### 1609.АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Бахтин В.А., Янченко В.А., Патласов А.В.

Киров

ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России

Цель исследования: Анализ результатов хирургического лечения пациентов с инфицированным панкреонекрозом. Материалы и методы. В клинике кафедры госпитальной хирургии Кировской ГМА с января 2005 по декабрь 2014 года находились на лечении 79 пациентов, оперированных по поводу инфицированного панкреонекроза (75,2 % от общего числа пациентов с деструктивным панкреатитом). Среди них 49 мужчин (62,0 %) и 30 женщин (38,0 %) в возрасте от 18 до 73 лет (средний возраст  $46,9 \pm 12,3$  лет). Срок от начала первых клинических признаков острого панкреатита до поступления в клинику составлял от нескольких часов до 90 суток (в среднем  $24,8 \pm 24,1$  дня). Среди гнойных осложнений панкреонекроза преобладали септические забрюшинные флегмоны у 49 (62,0 %) больных. Панкреатические и парапанкреатические абсцессы наблюдали у 46 (58,2 %) пациентов, абсцессы брюшной полости у 8 (10,1 %), бактериальный перитонит у 13 (16,5 %), сепсис у 10 (12,7 %), тонкокишечные и дуоденальные свищи у 3 (3,8 %), толстокишечные свищи у 7 (8,9 %), гнойно-панкреатические свищи у 10 (12,7 %), ферментативный перитонит у 10 (12,7 %), внутрибрюшное кровотечение из аррозированных сосудов у 3 (3,8 %), тромбоз ветвей воротной вены у 2 (2,5 %), тромбоз селезеночной вены у 1 (1,3 %), механическая желтуха у 1 (1,3 %) пациента. Результаты. Все больные оперированы. Показаниями к операции являлись инфицированный панкреонекроз, септическая флегмона забрюшинной клетчатки, абсцессы поджелудочной железы и парапанкреатической области, отсутствие эффекта от консервативной терапии. Объем операций варьировал в широких пределах от малоинвазивных вмешательств до обширных вмешательств на поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке. У 63 пациентов (79,7 %) выполнена некрсеквестрэктомия, у 11 (13,9 %) – резекции поджелудочной железы. Вскрытие забрюшинных флегмон у 49 пациентов (62,0 %), пункционное дренирование абсцессов под контролем УЗИ в 10 случаях (12,7 %), наружное дренирование абсцессов – 20 (25,3 %), остановка внутрибрюшного кровотечения – 3 (3,8 %), в т.ч. со спленэктомией – 2 (2,5 %), холецистэктомия и дренирование холедоха – 4 (5,1 %). Из 79 пациентов с инфицированным панкреонекрозом умерло 19. Летальность в этой группе пациентов составила 24,1 % (из 19 умерших у 15 была забрюшинная флегмона). Причинами смерти в послеоперационном периоде был сепсис у 11 больных (57,9 %), легочно-сердечная недостаточность у 6 (31,6 %), панкреатогенный шок у 1 (5,3 %). Выводы. Развитие осложнений панкреатита, в особенности забрюшинных флегмон, значительно утяжеляет течение заболевания и поддерживает летальность на высоком уровне.

---

1610.Использование чрекожных пункционно-дренирующих вмешательств при лечении внутрибрюшных послеоперационных осложнений в неотложной абдоминальной хирургии

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

Владимир, Иваново

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

Последнее столетие характеризуется значительным развитием хирургических технологий лечения неотложных заболеваний органов брюшной полости. Несмотря на значительные достижения медицины, релапаротомия является, согласно данным литературы, «вторым ударом» («second hit») в отношении организма больного, что может привести к полному истощению компенсаторных механизмов защиты и гибели пациентов. Путем выхода из создавшейся ситуации, наряду с профилактикой послеоперационных осложнений, является минимизация объема вмешательства, направленных на их ликвидацию. Цель исследования. Оценить эффективность чрекожных пункционно-дренирующих вмешательств под контролем УЗИ, направленных на ликвидацию послеоперационных осложнений у больных, оперированных по поводу неотложных заболеваний органов брюшной полости. Материалы и методы. В 2008-2014 гг. комплексное лечение послеоперационных осложнений с использованием пункционно-дренирующих вмешательств выполнено у 149 больных обоего пола в возрасте от 26 до 74 лет, оперированных по поводу неотложных заболеваний органов брюшной полости (основная группа). Для сравнения эффективности

1153

лечения проведен анализ историй болезней 125 больных, у которых были выполнены повторные открытые оперативные вмешательства на органах брюшной полости (группа сравнения). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, основным и сопутствующим заболеваниям, степени распространенности патологического процесса, тяжести состояния больных по шкале АРАСНЕ II. Пункционно-дренирующие вмешательства осуществляли под местной анестезией с использованием ультразвукового сканера фирмы «Philips HD-11 XE» с применением конвексного датчика частотой 2-5 МГц. Пункционные вмешательства осуществляли иглами фирм «Balton» и «Rusch» (16-20 G), а дренирование – с использованием дренажных комплектов «Balton» (6-16 F). 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. Вмешательство всегда осуществляли методом «hands free», что позволяло проводить санацию прикрытых скоплений по криволинейной траектории. Пункцию выполняли при жидкостных образованиях небольшого и среднего объема (14 больных). При этом аспирировали содержимое и полость промывали раствором антисептика. При наличии жидкостных скоплений объемом 500 мл и более, а также гнойных полостей, предпочтение отдавали чрезкожному дренированию. При поступлении большого количества тканевого детрита полость санировали не менее 4 раз в сутки. В послеоперационном периоде в обязательном порядке контролировали объем отделяемого по дренажам, проводили его бактериологическое и цитологическое исследования, ультразвуковой мониторинг полости. Время дренирования определялось строго индивидуально и зависело от количества отделяемого, скорости очищения от гнойно-некротических масс и объема остаточной полости. В послеоперационном периоде осложнения возникли у 16 (10,7%) больных основной группы, летальность до 30 суток составила 7%. В группе сравнения осложнения после выполнения релапаротомии возникли у 31 (24,8%) больных, летальность до 30 суток составила 20,8% ( $p \leq 0,05$ ). Применение пункционно-дренирующих вмешательств под контролем ультразвука при лечении послеоперационных осложнений позволяет значительно снизить как частоту развития осложнений, так и уровень летальности.

---

1611. Проблемы, лечение и профилактика вросшего ногтя

Павленко С.Г., Аледжанов Н.Ю., Пучков Г.В.

Краснодар

Кубанский медицинский институт

Вросший ноготь является сложным патологическим комплексом, возникающим вследствие ряда причин и сопровождающимся совокупностью морфологических и функциональных изменений со стороны ногтей пальцев стоп, их матрикс и мягких тканей. Данная патология встречается довольно часто. Резко болезненный вросший ноготь - одна из частых причин обращения пациентов к хирургам амбулаторной практики. Вместе с тем анализу причин и методам лечения вросшего ногтя уделяется недостаточно внимания. Внедрение ногтевой пластинки во внутренний край ногтевого валика приводит к воспалению с появлением гнойных выделений, гипергрануляций, что нередко осложняется развитием панариция или флегмоны, остеомиелитом костей стопы, присоединением грибковой или папилломавирусной инфекции. По нашим представлениям вросший ноготь и другие деформации пальцев имеют общие патогенетические истоки. В основе которых лежит хроническая перегрузка переднего отдела стопы (ПОС). Во многих представлениях главная причина деформаций и проблем ПОС - это ношение тесной обуви на каблуке. Однако это верно лишь отчасти, т. к. не все женщины, которые носят обувь на высоком каблуке, приобретают деформации пальцев, кроме того существуют деформации и у мужчин, которые не носят такую обувь, даже напротив, по данным некоторых авторов (Fayeq M. Darwish) у мужчин до 30 лет вросший ноготь встречается чаще, чем у женщин. Предложено множество методов лечения вросшего ногтя, включающие консервативный, ортопедический и оперативный способы, а также применение их комбинаций в сочетании с различными физико-химическими воздействиями. Наибольшее признание в практической

медицине получили хирургические способы лечения вросшего ногтя. Однако хирургический метод имеет ряд недостатков, характеризующихся развитием осложнений и рецидивов в 20-30 % случаев. Неудовлетворительные исходы оперативного лечения обычно обусловлены недостаточно полным удалением пораженных тканей в зоне ногтевой матрицы. Нами используется хирургический метод лечения с применением радиоволнового прибора Surgitron. Ткани пальца обрабатываются антисептиком, у основания накладывается жгут. Проводниковая анестезия выполняли «Ультракаином», через 10-15 минут удаляли грануляции, выполняли краевую резекцию ногтевой пластинки. Далее с помощью аппарата Surgitron электродом производили коагуляцию матрицы у основания резецированной ногтевой пластинки. По окончании операции накладывали повязку с мазью, содержащей антибиотик. Данный метод имеет по сравнению с другими имеет ряд преимуществ: отсутствует боль, послеоперационная рана практически не кровоточит, пациент может ходить, не испытывая дискомфорта, происходит быстрее заживление раны, наложение швов не требуется. Хирургический метод дополняется последующей коррекцией стопы индивидуальными ортезами по технологии медицинской системы FormTotics. С 2010 г. на базе «Лечебно-диагностического центра Доктора Дукина» (г. Усть-Лабинск, Краснодарский край) проведено лечение по описанной методике 452 больным. 418 из них подверглись коррекции стопы. Рецидивов у данной группы не выявлено. У остальных 34, которым не проводили коррекцию стопы, у двоих наблюдался рецидив заболевания. Использованный нами комплексный подход к лечению вросшего ногтя позволяет оптимизировать исходы лечения этой распространенной патологии стопы, а методы профилактики позволяют исключить рецидив заболевания.

---

#### 1612.К ВОПРОСУ О ЗАКРЫТИИ ЛАПАРОСТОМЫ

Абдуллаев Э.Г., Бабышин В.В.

Владимир

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

Одной из наиболее сложных проблем ургентной хирургии оста-ется лечение гнойно-воспалительных заболеваний органов брюшной полости и их осложнений. Летальность при этом по сей день остается высокой и по данным отечественных и зарубежных авторов достигает до 70%. (Шуркалин Б. К., с соавт, 1990, Шотт А.В, 1991, Atanasov D.A.,1991). Высокая послеоперационная летальность при распространенном перитоните побуждает хирургов к поиску новых, более эффективных методов диагностики и лечения, а иногда, к возрождению уже старых, на современном уровне знаний и оснащения. Этим и объясняется тот факт, что в последние десятилетия в хирургии распространенного пе-ритонита стали применять открытый метод лечения, как альтернативу традиционному. До настоящего времени нет единой точки зрения в терминологии метода лапаростомии. Многие авторы предлагают различные виды классификаций и терминологию метода. На наш взгляд более приемлемым является термин программи-рованная лапаростомия, программным этапным промыванием брюш-ной полости (Дадвани С.А., 1998) Лапаростома, как эффективный способ лечения тяжелого гной-но-деструктивного процесса брюшной полости, давно и прочно заня-ла свое место в хирургической практике. Начиная с 1987 года в го-родской клинической больнице скорой медицинской помощи г. Вла-димира ежегодно лечилось 2-3 пациента с применением лапаростомы. Вместе с тем и в нашей практике лапаростома являлась вынужденной мерой, используемой в случае невозможности устранить источник пе-ритонита, либо при тяжелом гнойно-деструктивном процессе брюш-ной полости разлитого характера, а так же при флегмоне краев лапа-ротомной раны. Число программированных санаций брюшной полости зависело от темпов очищения брюшной полости и колебалось от 5 до 11 в каж-дом конкретном случае. Интервал между санациями выбирался инди-видуально - 24 либо 48 часов, с ориентацией на выраженность гной-но-деструктивного процесса и количество отделяемого из брюшной полости. У выживших больных, к моменту принятия решения о за-крытии лапаростомы, как правило, формировался весьма обширный дефект передней брюшной стенки, порой до 18 см в поперечном направлении. Эффективное закрытие постлапаростомического дефекта перед-ней

брюшной стенки является серьезной хирургической проблемой. Предложенные многочисленные способы закрытия лапаростомы по-средством наложения швов через все слои с использованием силико-новых прокладок и с помощью сложных механических устройства для адаптации краев послеоперационной раны, далеко не всегда решают проблему закрытия брюшной полости, а главное не позволяют рано активизировать больных. Преследуя цель скорейшего закрытия лапа-ростомы без угрозы повышения внутрибрюшного давления и ранней активизации больного, мы шли по пути формирования временной вен-тральной грыжи. Во избежание натяжения тканей при наложении швов, с неминуемой угрозой их прорезывания, мы применяли широ-кую сепаровку кожи с клетчаткой к наружи, вплоть до спигелевой ли-нии. После тщательного гемостаза и экономного иссечения краев кож-но-жировых лоскутов, они сшивались непосредственно над кишечни-ком, с оставлением активных дренажей в послеоперационной ране. В нашей практике, в двух случаях возникло отграниченное поверхност-ное нагноенное в нижнем углу послеоперационной раны, купирован-ное местным лечением, в остальных случаях наступило заживление послеоперационной раны первичным натяжением и швы сняты на 11-12 сутки. В последующем, через 6-12 месяцев ,пациентам с временной вентральной грыжей, по мере достаточного увеличения подкожно-жировой клетчатки предпринималась операция с целью аллопластики передней брюшной стенки сетчатым полипропиленовым эндопроте-зом. Для установки эндопротеза применялся метод «on lay», как более простой и не требующий мобилизации кишечника из плотных сраще-ний по краям дефекта апоневроза. Кожно-жировой слой отсепа-ровывался также широко ,но с оставлением части жировой ткани на кишеч-нике во избежание контакта с ним сетчатого трансплантата. После-операционные раны велись с активным дренированием и швы снима-лись на 11-12 сутки. Трое больных воздержались от восстано-витель-ной операции по поводу временной вентральной грыжи и обходятся бандажами в течении двух лет. Применение тактики временного закрытия брюшной полости после лапаростомы посредством наложения швов на широко мобили-зованные кожножировые лоскуты, позволило рано активизировать тяжелых больных с абдоминальным сепсисом, избежать осложнений связанных с синдромом повышенного внутрибрюшного давления и сократить сроки лечения напрямую зависящие от проблем связанных с закрытием послалапаростомической раны. Ликвидация «вынужденной» грыжи в отсроченном порядке ме-тодом эндопротезирования является эффективным методом закрытия дефекта передней брюшной стенки. Таким образом, временное закрытие брюшной полости после лапаростомы с последующим эндопротезированием дефекта брюшной стенки является вынужденным, но надежным методом лечения боль-ных с распространенными перитонитами.

---

1613. Антибиотикорезистентность и пути ее преодоления в ОРИТ хирургической клиники

Бельский В.А., Хазов М.В., Руина О.В., Пузанов С.А., Уткин И.А., Самойленко А.В.

Нижний Новгород

ФБУЗ Приволжский окружной медицинский центр ФМБА России

Введение. Возникновение инфекционных осложнений у пациентов хирургической клиники значительно увеличивает стоимость лечения, риск развития неблагоприятных исходов, влияет на долгосрочную выживаемость. Трудности лечения подобных больных обусловлены антибиотикорезистентностью микроорганизмов, вызывающих инфекционные осложнения. Цель. Определить этиологический спектр и структуру микробных патогенов в отделении реанимации и интенсивной терапии хирургической клиники ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России, сравнить данные за 2011 - 2014 гг. в свете применения комплекса мероприятий, направленных на преодоление антибиотикорезистентности. Материалы и методы. Проведен анализ результатов микробиологических исследований различных биосубстратов у больных хирургического профиля в отделении реанимации и интенсивной терапии за 2011 - 2014 гг. Анализ проводился при помощи программы WHONET версия 5.4. Идентификация возбудителей проводилась общепринятыми микробиологическими методиками. Чувствительность определялась диско-диффузионным методом на среде Мюллера-Хинтон с использованием дисков BioRad. MRSA определяли в скрининговом тесте с цефокситином, выявление продукции БЛРС проводили фенотипическими методами. Этиологически

значимых штаммов было выделено в 2013г. – 133, а в 2014 – 128. В 2012 году - активное внедрение в рутинную практику протоколов периоперационной антибиотикопрофилактики, а в 2013 – создание и внедрение протоколов эмпирической антибактериальной терапии. Результаты. В общей структуре выявленных возбудителей в отделении реанимации и интенсивной терапии преобладают грамотрицательные бактерии (2011г. - 62%; 2012г. - 67%; 2013г. - 66%; 2014г. - 59%), доля БЛРС-продуцентов в 2014 году уменьшилась на 3,7% и составила 57%. Вместе с тем отмечается увеличение доли грамположительных бактерий по сравнению с 2013г. на 9% (в динамике: 2011г. - 37%; 2012г. - 22%; 2013г. - 23%; 2014г. - 32%), доля MRSA в 2014г. уменьшилась на 3,2% в сравнении с 2013г. и составила в среднем 18%. Отмечается стабилизация удельного веса микроскопических грибов в структуре возбудителей на уровне 9% (2011г. - 2%; 2012г. - 11%; 2013г. - 10%; 2014г. - 9%) и уменьшение в 2014г. количества резистентных к флюконазолу штаммов по сравнению с 2012 – 2013гг. Следует отметить сохранение стабильно высокого уровня патогенов ESKAPE (как наиболее трудно поддающихся лечению) в 2011 – 2014гг. (2011г. - 72%; 2012г. - 85%; 2013г. - 72%; 2014г. - 71%). В отделении анестезиологии и реанимации в структуре возбудителей лидировали в 2013г.: 1. P. aeruginosa - 20,1% 2. Kl. pneumoniae – 16,2% с уровнем БЛРС до 69,7% 3. Acinetobacter sp. – 11,1% 4. Семейство Enterobacteriaceae – 10,0% 5. Enterococcus spp. – 10,1% 6. E. coli - 8,2% "Лидеры" 2014г.: 1. Enterococcus spp. – 20% 2. E. coli - 18,3% 3. Acinetobacter sp. – 13,1% 4. Kl. pneumoniae – 12,2% с уровнем БЛРС до 58% 5. P. aeruginosa - 9,3% Наиболее проблемными микроорганизмами в отделении реанимации и интенсивной терапии ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России являются Acinetobacter baumannii; Pseudomonas aeruginosa и Klebsiella pneumonia, обладающие полирезистентностью к антибактериальным препаратам (MDR и XDR pathogens). В настоящее время нами выработаны схемы антибактериальной терапии, которые доказали свою высокую эффективность в отношении указанных микроорганизмов. Выводы. Анализ результатов микробиологического мониторинга показал различия частоты выделения микробных штаммов в отделении реанимации и интенсивной терапии в 2011 – 2014гг. В результате активного внедрения микробиологического мониторинга и знания микробиологического "пейзажа" отделения, активного внедрения протоколов периоперационной антибиотикопрофилактики и эмпирической антибактериальной терапии, отмечено уменьшение доли проблемных грамотрицательных патогенов (в том числе БЛРС-продуцентов, Acinetobacter spp. и Pseudomonas aeruginosa) и снижение антибиотикорезистентности.

---

#### 1614. СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ ПИЩЕВОДА - ОТ БУРХАВЕ ДО НАШИХ ДНЕЙ. РЕШЕНА ЛИ ПРОБЛЕМА?

Кулагин В.И.(1,2), Демко А.Е.(1), Пажитнов С.М.(1)

Санкт-Петербург

1) ГБУ СПб НИИ СП им.И.И.Джанелидзе, 2) ГБОУ ВПО СПбСЗМУ им.И.И.Мечникова

Герман Бургаве впервые описал наблюдение смертельного разрыва пищевода в 1724 году, однако более века потребовалось, чтобы распознать СРП при жизни, а история хирургического лечения насчитывает чуть более 60 лет. СРП относится к редкой, но крайне тяжелой патологии, сопровождающейся высокой летальностью. Приводимые в литературе сообщения не превышают десятков наблюдений. Тактика традиционного лечения в целом разработана. Вместе с тем, развитие новейших диагностических (компьютерная томография) и оперативных (лапаро- и торакоскопия, эндоскопическое стентирование и клипирование) технологий требует переосмысления лечебных подходов. За период с 2000 по 2014 год мы наблюдали СРП у 14 мужчин в возрасте от 40 до 76 лет. У 2 из них диагноз при жизни не был установлен. Классическая триада Маклера (рвота, интенсивная боль в груди, подкожная эмфизема на шее) отмечена менее чем в половине случаев. У всех был выявлен левосторонний плеврит. Только у одного больного диагноз СРП был поставлен при поступлении. Из-за недооценки всего многообразия клинической картины СРП у 13 больных первоначальный диагноз поставлен ошибочно. Это привело к поздней диагностике и задержке хирургического лечения у всех больных. Наиболее частыми клиническими масками были острый панкреатит, инфаркт миокарда, перфоративная язва, плеврит, спонтанный пневмоторакс. Новые

возможности в диагностике СРП открывает спиральная компьютерная томография. В 2 наблюдениях СКТ помогла поставить правильный диагноз и оценить степень воспалительных изменений в средостении и плевральной полости. Все 12 пациентов оперированы поздно в сроки от 24 часов до 7 суток. Лапаротомный доступ использовали у 10 больных, торакотомный - у 1, комбинированный - у 1. Основными моментами операции были ушивание дефекта стенки пищевода, санация и дренирование средостения и плевральной полости. Дефект в пищеводе ушивали, как правило, двухрядными швами, при необходимости линию швов укрепляли сальником или стенкой желудка (частичной или полной фундопликацией). Питание в послеоперационном периоде проводили через назогастральный зонд. Гастростому использовали у 3 пациентов. Преимуществом лапаротомного доступа явилась возможность наложения у 3 больных обходного гастроэнтероанастомоза при органическом стенозе в выходном отделе желудка или в начальном отделе двенадцатиперстной кишки. Умерло 3 оперированных больных. Из них несостоятельность швов была причиной смерти у 1. Еще один больной с несостоятельностью швов поправился. Выводы: Классическая картина при СРП наблюдается не всегда. Выявление левостороннего плеврита требует обязательного исключения СРП. Оперативное лечение является единственным путем спасения жизни пациента. Лапаротомный доступ предпочтителен.

---

#### 1615. ПЛАЗМЕННО-ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОМАТЕРИАЛА «КОЛЛОСТ» В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Суздальцев И.В., Печёнкин Е.В., Полапин И.А., Березуцкий В.В., Шигалов О.В.

Ставрополь

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ

Цель: разработать эффективные методы лечения гнойно-некротических форм синдрома диабетической стопы с использованием плазменных потоков монооксида азота аппаратом «Плазон» и биопластического материала «Коллост». Клиническая база: хирургическое отделение «МБУЗ 3-я городская больница города Ставрополя». Материал и методы: исследовано 112 больных в возрасте от 36 до 78 лет (75 женщин и 37 мужчин) с гнойно-некротической формой синдрома диабетической стопы без критической ишемии за период 2012-2014 г.г. Из них сахарный диабет I типа был у 48 пациентов, сахарный диабет II типа у 64 пациентов. Контрольная группа составила 56 человек, которым проводилось стандартное лечение синдрома диабетической стопы. Основной группе (56 пациентов) помимо стандартного лечения, местно на область инфицированной раны после некрэктомии и выполнения малых операций удаления пальцев стоп, резекций стоп на перевязках проводилась обработка плазменными потоками монооксида азота аппаратом «Плазон» в терапевтическом режиме с экспозицией 60 секунд на 1см<sup>2</sup> с расстояния 5-6 см. ежедневно до 10 сеансов. После очищения ран и с появлением грануляций на 10-12 сутки в рану фиксировался биопластический материал «Коллост» в виде биомембраны и накладывалась влажная асептическая повязка. Результаты: применение плазменно-хирургических технологий в комплексном лечении инфицированных форм синдрома диабетической стопы в сравнении с контрольной группой способствовало раннему заживлению ран. При этом, купированию перифокального воспаления на 4-6 сутки, очищению ран от некротических тканей на 2-3 сутки раньше по сравнению с контрольной группой. Отмечалось в основной группе ускорение процессов пролиферации в ранах, появление грануляций на 4-5 сутки, начало эпителизации на 6-7 сутки. Использование биомембран «Коллост» способствовало раннему пластическому закрытию ран с формированием полноценных покровных тканей. Выводы: на фоне стандартного комплексного лечения, обработка плазменными потоками экзогенного монооксида азота аппаратом «Плазон» в сочетании с местным использованием биопластического материала «Коллост» позволяет быстро и эффективно купировать воспалительный процесс в ране, ускорить заживление обширных инфицированных ран диабетических стоп с формированием полноценных покровных тканей в 2,3 раза по сравнению со стандартным лечением.



#### 1616.НОВЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

Власов А.П., Власов П.А., Болотских В.А., Муратова Т.А., Абрамова С.В.

Саранск

ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»

Перед современной хирургией стоит непростая задача оценки и прогнозирования энтеральной недостаточности при остром перитоните. Решение этого вопроса позволит не только дать оценку энтеральной дисфункции в раннем послеоперационном периоде, но и своевременно принимать тактические и стратегические решения по лечению больных перитонитом, в том числе определять показания к повторным операциям. На основе оценки взаимосвязи локальных (кишечник) и организменных гомеостатических расстройств нами разработаны диагностические и прогностические критерии энтеральной недостаточности при остром экспериментальном перитоните, результаты экстраполированы (с учетом ограниченных возможностей манипуляций) в клинику для прогноза энтеральной недостаточности у больных острым перитонитом. Решались следующие задачи. - в эксперименте на беспородных собаках в динамике при различной тяжести острого перитонита в крови локального (брыжеечные вены) и организменного (бедренная артерия) кровотока изучить уровень гидрофильных и гидрофобных токсических продуктов, молекулярных продуктов перекисного окисления липидов; - провести сравнительную характеристику полученных данных и сведений по моторике кишечника, на основе чего разработать прогностические критерии энтеральной недостаточности; - оценить эффективность антиоксидантов (на примере ремаксола) в коррекции энтеральной недостаточности в раннем послеоперационном периоде, с одной стороны, и получить дополнительные доказательства высокой информативности разработанных прогностических критериев энтеральной недостаточности – с другой; - в клинике у больных перитонитом различной тяжести в раннем послеоперационном периоде изучить показатели эндогенной интоксикации, перекисного окисления липидов и моторики кишечника, на основе чего разработать прогностические критерии энтеральной недостаточности. Результаты. Установлено, что объективная оценка энтеральной недостаточности при остром экспериментальном перитоните возможна по сравнительным данным ряда показателей гомеостаза на органном (брыжеечный кровоток) и организменном (общий кровоток) уровнях (заявка на патент). На основе сравнения в динамике показателей гомеостаза на органном (брыжеечный кровоток) и организменном (общий кровоток) уровнях, а также сведений по моторике кишечника разработаны прогностические критерии энтеральной недостаточности при остром перитоните (заявка на патент). Доказано, что применение в раннем послеоперационном периоде при остром перитоните антиоксидантной терапии приводит к коррекции энтеральной недостаточности и сопровождается содружественным изменением показателей прогностических критериев, что подтверждает высокую их информативность.

---

#### 1617.ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДОНОРСКИХ РАН ПОВЯЗКАМИ «MENZUL DRESSING» У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ.

Мензул В.А.(2), Демидова О.Н.(1), Ковалев А.С.(2), Юсупов И.Е.(2), Войновский Е.А.(2), Войновский А.Е.(2), Ильин В.А.(2), Баркалев М.А.(2), Лойч И.Б.(2), Шабалин А.Ю.(2), Мордяков А.Е.(1)

Ульяновск2) Москва

1)ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»2)Главный военный клинический госпиталь МВД России г. Балашиха Московской области

Традиционным и широко применяемым методом лечения донорских ран до сих пор остается закрытый метод с применением влажно-высыхающих марлевых повязок, пропитанных растворами антисептиков, с последующим высушиванием ран с помощью соответствующего оборудования. Этот способ является наиболее простым и дешевым (Даценко Б. М., 1985). Однако этот метод лечения не является идеальным, так как является весьма болезненным и не исключает развития гнойных осложнений со стороны донорских ран, частота встречаемости которых остается высокой и по данным различных авторов колеблется от 5 до 70% (Юденич В. В. и соавт., 1986, Атясов Н. И., 1989, Воробьев А. В., 2005). Поэтому остается актуальным поиск более совершенного способа лечения донорских ран. Цель исследования: изучить эффективность применения повязок «Menzul dressing» по сравнению с традиционными марлевыми повязками при местном лечении донорских ран у взрослых, оценить степень выраженности болевого синдрома и сроки эпителизации и частоту осложнений. Материалы и методы: в исследование были включены 42 пациента, с ожогами II-III степени (по классификации МКБ X) общей площадью до 20% поверхности тела, без значимой сопутствующей патологии, находившихся на стационарном лечении в ожоговом отделении ГУЗ «ЦГКБ г. Ульяновска» в 2014-2015 годах. Количество мужчин составило – 30 (71,4%) пациентов, женщин – 12 (28,6%). Средний возраст составил  $47,5 \pm 2,25$  лет. У всех пациентов взятие расщепленного кожного трансплантата выполнялось с помощью известных дисковых электродерматомов конструкции В.А. Мензула и К.А. Дроздова ДЭ-60-01 с многоразовыми дисковыми ножами и новой опытной моделью «Menzul dermatome» MD-61-01 с ультратонкими одноразовыми ножами (патент «Дерматом» №151212 от 05.03.2014 года, автор Мензул В.А.). Толщина срезаемых кожных лоскутов у всех пациентов составляла 0,3-0,4 мм. Все больные были рандомизированы на две группы. В первой группе (n=20) местное лечение ран донорских участков осуществлялось с применением опытных образцов «Перевязочного материала – MD» - стерильных одноразовых полиэтиленовых повязок «Menzul dressing», с внутренней стороны обработанных сухой минеральной смесью (патентная заявка № 2014127066, 2014 г.), во второй группе (n=22) - однослойными марлевыми повязками в сочетании с высушиванием донорских ран тепловентиляторами, флюидизирующим суппортом и инфракрасными излучателями. Лечение повязками «Menzul dressing» начиналось сразу с момента операции. После проведения гемостаза марлевыми салфетками с раствором адреналина раны закрывались повязками «Menzul dressing». Повязки фиксировались на ранах лейкопластырными полосками к здоровым участкам кожи и между собой (черепицеобразно), после чего укрывались марлевыми салфетками и фиксировались турами бинта. Смена повязок проводилась через 24-48 часов. В дальнейшем, когда рана зажила и покрылась тонким нежным эпителием (это хорошо подтверждается пальцевой пробой при нажатии на рану), её поверхность закрывали индифферентным перевязочным материалом, например, стерильными марлевыми салфетками с антисептиком или сетчатыми атравматичными повязками «Парапран» и «Бранолинд». Степень выраженности болевого синдрома у больных оценивалась по вербальной описательной шкале оценки боли (Verbal Descriptor Scale, Gaston-Johansson F., Albert M., Fagan E. et al., 1990). Согласно этой шкале баллы присваиваются в зависимости от субъективной степени выраженности болевого синдрома у пациента. Таким образом, возможны шесть вариантов оценки боли: 0 - нет боли; 2 - слабая боль; 4 - умеренная боль; 6 - сильная боль; 8 - очень сильная боль; 10 - нестерпимая боль. Статистическая обработка данных осуществлялась в пакете программа IBM SPSS Statistics 20. Результаты исследования: проведенное исследование показало, что в результате применения повязок «Menzul dressing» донорские раны в первой группе эпителизировались на  $7,05 \pm 0,19$  сутки, во второй группе пациентов - на  $11,18 \pm 0,32$  сутки (p

---

#### 1618.ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДЕКОМПРЕССИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ ПРИ СИНДРОМЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Порханов В.А. (1), Завражнов А.А. (2), Быков М.И. (1), Попов А.Ю. (1), Петровский А.Н. (1), Мельник Д.М. (2), Лищицин В.Я. (1)

Краснодар, 2) Сочи

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

1) ГБУЗ НИИ "Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского", 2) МБУЗ "Городская больница №4"

Среди малоинвазивных способов ликвидации механической желтухи (МЖ), эндоскопические методы позволяют не только решить вопрос о характере и причине заболевания, но и, не прибегая к «открытой» операции, окончательно устранить основную причину патологии. Цель: изучить причину и способы профилактики осложнений эндоскопических методов декомпрессии желчевыводящих протоков у больных с синдромом МЖ. Материалы и методы: За период с 2012 по 2014 гг. нами выполнено 713 эндоскопических вмешательств у больных с синдромом МЖ - как доброкачественного, так и злокачественного генеза. До и во время вмешательства у больных производилась профилактика панкреатита и кровотечения. Осложнения были отмечены у 32 (4,5%) пациентов. Летальных исходов не было. Результаты. Наиболее частым осложнением эндоскопических манипуляций (эндоскопической папиллосфинктеротомии, ретроградной холангиопанкреатографии, механической литотрипсии и механической литоэкстракции) был острый панкреатит, наблюдавшийся у 11 (1,5%) больных. Интра- и послеоперационная профилактика данного осложнения позволила снизить его до низкого уровня. В тех же случаях, когда наблюдались клинико-лабораторно-инструментальные признаки острого панкреатита, проводилась консервативная терапия в соответствии с имеющимися национальными и международными протоколами. На втором месте по частоте возникновения отмечено развитие послеоперационного холангита, который наблюдался у 6-ти больных (0,8%) после ЭПТ, ЭРХПГ и неудачной литоэкстракции, и у 3-х (0,4%) после эндоскопического стентирования. После клинико-инструментального подтверждения формирования холангиогенных абсцессов печени производилось назобилиарное дренирование и/или замена эндобилиарного стента на назобилиарный дренаж. Обтурацию эндобилиарных стентов и, как следствие, рецидив МЖ, мы наблюдали у 9 (1,3%) больных. Причиной данного осложнения является потеря персонального контроля за дренажем и/или нарушения временного контроля за его заменой. Во всех случаях выполнено эндоскопическое рестентирование. Выводы: современные методы эндоскопической декомпрессии желчевыводящих протоков характеризуются достаточно низким уровнем послеоперационных осложнений и летальности, а своевременная диагностика осложнений позволяет произвести их эффективное лечение.

---

#### 1619.РАДИОЧАСТОТНАЯ ХИРУРГИЯ ЛОР- ОРГАНОВ ПРИ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЕ

Кузьменко Дмитрий Евгеньевич

Донецк, Донецкой области

Институт неотложной восстановительной хирургии им.В.К.Гусака

Целью нашей работы явилось изучение эффективности применения радиочастотной хирургической установки ЭХВЧ 200 РХ, производства Украина у пострадавших с ранением ЛОР-органов при минно-взрывной травме. Материалы и методы. Нами в 2014-2015гг. в отделении пластической и реконструктивной хирургии головы и шеи наблюдались 11 пострадавших с ранением ЛОР-органов. Мужчин было 10(90,9%), женщин – 1(9,1%), у которых были повреждения ЛОР-органов. Данные пострадавшие составили основную группу. Пациентам основной группы оперативное вмешательство выполнялось с использованием радиочастотного аппарата (РА) совместно с отоларингологическими «волноводами» РА ЭХВЧ-200РХ является более мощным аналогом аппарата Сургитрон и позволяет точно дозировать мощность воздействия. Во вторую, контрольную группу вошли 20 пациентов, с аналогичной патологией. Данная группа составлена на основе данных архива. Эффективность лечения оценивали по следующим критериям: длительность оперативного пособия, интенсивность и длительность кровотечения, кровопотеря, тампонада послеоперационной полости, интенсивность и длительность послеоперационного отека, состояние микроциркуляции на основе данных ЛДФ-метрии и термометрии. Исследование микроциркуляции в мягких тканях, слизистой оболочке верхних дыхательных путей и кожных покровах у пострадавших в основной и контрольной группе выполняли с помощью лазерного анализатора капиллярного кровотока ЛАКК – 02 (Россия) в момент поступления в стационар, а также на 2, 5, 7, 10 и 14 сутки по методике (Д.Е.Кузьменко

1161

2012). Полученные результаты и их обсуждение. Широкое использование гемостатических свойств аппарата ЭХВЧ-200РХ позволило значительно снизить интенсивность, длительность кровотечения и сократить длительность оперативного пособия в 1,5-1,7 раза, а также в 90,9% случаев отказаться от тампонады послеоперационной полости. По данным ЛДФ-метрии, нарушение микроциркуляции при адекватном использовании радиочастотного аппарата ниже, чем при использовании электроножа и значительно ниже, чем при использовании гальванокаутера. Отрицательным моментом при использовании радионножа является более выраженный отек мягких тканей в послеоперационном периоде, который наблюдается при избыточной интенсивности воздействия. Выводы. Использование радиохирургического аппарата ЭХВЧ-200РХ с отоларингологическими «волноводами» высоко эффективно и может быть рекомендовано для применения в практике отоларингологических отделений и центров.

---

1620. Цитологическая оценка раневого процесса в эксперименте при лечении ран 5% гелем пектина

Хуранов А.А.(1), Евглевский А.А.(1), Павленко С.Г.(2)

Краснодар

1) Кубанский государственный медицинский университет 2) Кубанский медицинский институт

Лечение ожоговых ран подразумевает использование комплексной терапии, ведущее значение в которой принадлежит воздействию на местный раневой процесс. Наличие большого выбора перевязочных средств говорит о том, что продолжают поиски раневых покрытий и препаратов, отвечающих требованиям лечебного воздействия на рану в соответствии с фазой процесса. Защита раны, атравматичность, антимикробное воздействие, и положительное влияние на регенерацию - основные требования к раневым покрытиям и препаратам. В лечении ожоговых и гнойных ран хорошо зарекомендовали себя пектины [Донченко, 2000; Лазарева и соавт., 2002; Чумаков, 2006; Хубутя и соавт., 2012]. У 20 самцов крыс линии «Вистар» весом 180-200г, оценивали влияние 5% геля пектина с аминофталгидразидом на заживление экспериментальной модели ожоговой раны глубиной IIIA степени. Анализу подверглись мазки-отпечатки с раны в сроки на 1-е, 3-и, 7-е и 10-е сутки после отторжения ожогового струпа. Группу сравнения составили также 20 самцов крыс линии «Вистар» весом 180-200г, подвергнутых лечению мазью левомеколь. Исследование мазков экссудата, полученных с поверхности ран через 1-е сутки после отторжения ожогового струпа в экспериментальной ране крыс и окрашенных по Май-Грюнвальду показало, что в его составе присутствует большое количество полинуклеаров, которые, по всей видимости, являются сегментоядерными нейтрофильными лейкоцитами, мононуклеаров было меньше приблизительно в 2-2.5 раза. На 3-и сутки после отторжения ожогового струпа и начала лечения визуальная цитологическая картина мазка экссудата практически осталась прежней по отношению к наблюдаемой на предыдущем сроке исследования, однако количественные показатели претерпели существенные изменения. На 7-е сутки после начала эксперимента цитологическая картина мазка экссудата претерпела серьезные изменения по сравнению с выявленной на предыдущем сроке исследования. В мазках, полученных от всех исследованных групп животных, отмечено резкое снижение общего числа клеток, как гематогенного, так и гистиогенного происхождения. Так в контроле общее число клеток упало на 68%, количество мононуклеаров уменьшилось на 40%. На 10-е сутки эксперимента визуальная цитологическая картина в мазках раневого отделяемого животных контрольной группы характеризовалась бедностью клеточных форм. Наблюдаемые клетки отличались сильными дегенеративными изменениями, касающимися их морфологической структуры. Многие клетки имели нарушения целостности внешней оболочки, ядра многих из них были сильно фрагментированы, цитоплазма вакуолизирована. В основном в экссудате присутствовали клетки гематогенного происхождения - поли- и мононуклеары. Таким образом, анализ результатов цитологического исследования показал, что в ожоговых ранах исследованных групп лабораторных животных, как в контроле, так и с применением 5% гелепектина в комплексе с аминофталгидразидом, наблюдается положительная динамика, характеризующаяся переходом воспалительно-регенераторной тканевой реакции к регенераторной. Однако, с применением 5% гелепектина в комплексе с аминофталгидразидом динамика процесса предпочтительней, так как уже на 3-и сутки отмечается переход процесса из воспалительно-

регенераторной фазы к регенераторно-воспалительной. Следует отметить, что у 2-х животных основной группы на 3-и сутки наблюдался переход процесса даже в регенераторную стадию, что не отмечалось ни у одного лабораторного животного контрольной группы. Использование 5% гелепектина в комплексе с аминофталгидразидом для лечения ожоговых ран является целесообразным также и при клинических испытаниях.

---

1621. Выбор способа обработки культи червеобразного отростка при лапароскопической аппендэктомии по поводу деструктивных форм острого аппендицита.

Вертянкин С.В., Потапов Д.Ю., Власов Г.В., Якубенко В.В., Греков В.В., Киселев А.М.

Саратов

ГБОУ ВПО "Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского"

В лечении больных с острым аппендицитом (ОА) всё чаще применяется лапароскопическая аппендэктомия (ЛАЭ). Спорным является вопрос применения различных способов обработки культи червеобразного отростка при ЛАЭ при деструктивных формах ОА. Развитие послеоперационного перитонита, как некупируемого, так и развившегося вследствие несостоятельности культи отростка или перфорации кишки, после ЛАЭ может происходить вследствие электрохирургического ожога купола слепой кишки; несостоятельности культи отростка при её клипировании или наложении лигатуры; неадекватной санации и дренирования брюшной полости. (Хубутия М.Ш., 2014г.) Цель исследования: проанализировать случаи послеоперационного перитонита после выполнения ЛАЭ при использовании различных способов обработки культи червеобразного отростка. Материалы и методы: исследованы истории болезней и протоколы операций 1045 пациентов, оперированных по поводу острого деструктивного аппендицита в Клинике факультетской хирургии и онкологии КБ им. С.Р. Миротворцева СГМУ в период с 2009 по 2015 годы. В указанный период времени в лечении пациентов применялись как ТАЭ, так и ЛАЭ. В 2009-2011 годах основным способом обработки культи аппендикса при ЛАЭ было клипирование. Начиная с 2012 года, в подавляющем большинстве случаев применяли лигирование с помощью узла Рёдера и сочетание лигатурного способа с наложением эндоскопического кисетного шва. Наши критерии выбора метода обработки культи аппендикса при деструктивном аппендиците заключались в следующем: при наличии деструкции основания отростка и инфилтративных изменений купола слепой кишки применяем лигатурный метод в сочетании с наложением эндоскопического кисетного шва. При отсутствии указанных выше изменений и толщине отростка более 5-6 мм считаем достаточным применение лигатурного метода без наложения кисетного шва. Если же основание отростка мало изменено, а его толщина не превышает 5 мм считаем допустимым применение как лигатурного метода, так и обработки культи аппендикса путём клипирования (титановой клипсой размером 8 мм). Результаты: За анализируемый период времени по поводу деструктивных форм ОА выполнено 353 ЛАЭ. По поводу флегмонозного ОА оперировано 299 (85,1%), по поводу гангренозного ОА – 54 (14,9%) пациента. ОА, осложнённый распространённым перитонитом, имелся у 14 (3,8%) больных. Для обработки культи при флегмонозном ОА клипирование применяли в 116 (38,8%) случаях, узел Рёдера – в 161 (53,8%) и кисетный шов в 12 (7,6%) случаях. При гангренозном ОА обработка культи клипированием произведена у 4 (7,1%) больных, узлом Рёдера у 34 (63%) и кисетным швом у 16 (29,6%) пациентов. Число послеоперационных случаев перитонита за исследуемый период составило 4 на 353 ЛАЭ или 1,1%. У двоих из этих больных причиной повторной операции явился некупирующийся перитонит, который имелся при поступлении, поэтому эти случаи были исключены из дальнейшего анализа. У одного пациента после наложения на культю отростка узла Рёдера и у одного при применении сочетания лигатурного способа и наложения кисета возник послеоперационный перитонит, что составило 0,57%. В обоих случаях больные были оперированы по поводу флегмонозного ОА. Все больные с исследуемыми осложнениями были оперированы повторно, объём операции – видеолапароскопическая санация и дренирование брюшной полости. Летальные исходы отсутствовали. Случаев электрохирургического ожога кишечника и несостоятельности культи червеобразного отростка не было. Причиной развившегося перитонита при отсутствии источника во время повторной операции считаем

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

неадекватную санацию во время первой операции. Выводы: 1) При ЛАЭ по поводу деструктивных форм ОА считаем возможным применение различных известных способов обработки культи червеобразного отростка. Применение предложенного алгоритма выбора способа обработки культи червеобразного отростка позволило избежать несостоятельности культи червеобразного отростка. 2) При использовании предложенного нами алгоритма обработки культи червеобразного отростка не выявлено связи между способом обработки культи и частотой возникновения послеоперационного перитонита.

---

1622.Миниинвазивные технологии в лечении рака правой половины толстой кишки

Карукес Р.В., Абовян А.Р., Чернышев А.А.

Ростов-на-Дону

НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Главный ОАО «РЖД», хирургическое отделение №4

В статье приведен первый опыт выполнения видеоассистированных операций при раке правой половины толстой кишки. Лапароскопия, как лечебное и диагностическое пособие, в настоящее время является одним из ведущих и активно разрабатываемых направлений в современной хирургии. Благодаря постоянному совершенствованию методик малоинвазивных хирургических вмешательств, технического обеспечения последних, лапароскопические вмешательства на кишечнике давно вышли за рамки эксклюзивных. В большинстве таких обширных рандомизированных управляемых многоцентровых исследований, как Barcelona, COST, COLOR, CLASICC (Bonjer и соавт., 2007) показано, что исходы после лапароскопических процедур по сравнению с открытыми по крайней мере эквивалентны. Хотя данные по долгосрочному выживанию все еще требуют подтверждения, но многочисленные краткосрочные преимущества лапароскопии были подтверждены многими исследованиями. Цель. Оценить эффективность использования лапароскопических технологий у пациентов с опухолями правой половины толстой кишки. Материалы и методы. В хирургическом отделении № 4 наравне с традиционными операциями внедрены лапароскопически-ассистированные операции при раке ободочной и прямой кишки. Мы используем 5-троакарный доступ и медиальную мобилизацию правой половины толстой кишки с обязательным пересечением сосудов на начальном этапе и выполнением лимодиссекции. Этапы мобилизации с лимфодиссекцией выполнялся при помощи ультразвукового скальпеля «Harmonic», а также аппарата «EnSeal». Во всех случаях формировался экстракорпоральный анастомоз «бок в бок» ручным способом через минилапаротомный разрез после эвакуации «препарата». Минидоступ выполнялся в правом подреберье или трансректальным доступом. Длина разреза составляла от 4 см до 6 см. 16 больным была выполнена видеоассистированная правосторонняя гемиколэктомия по поводу рака правой половины ободочной кишки с лимфодиссекцией в объеме D3. Анатомическая локализация опухоли была следующая: рак слепой кишки – 9 (56%) пациентов; рак восходящей ободочной кишки – 2 (12,5%) пациента и рак печеночного изгиба – 3 (18,5%). По классификации TNM распределение следующее: T2N0M0 – 4 пациента (25 %), T3N0M0 – 5 (31,2 %) пациентов, T3N1M0 – 7 (43,8 %) пациентов. Результаты. Длительность операции составила от 105 мин до 240 мин, средняя продолжительность — 130 ±20,5 мин. Кровопотеря в среднем 120 ± 30 мл. Послеоперационный период протекал благоприятно, ранних послеоперационных осложнений не было, летальных исходов не зарегистрировано. Пациенты велись по методике «fast track». В первые сутки пациенты активизировались, удалялся назогастральный зонд, разрешалось питье воды, энтеральных смесей, парез разрешался на 2-3-и сутки, тогда же начиналось расширение диеты пациентов. Выписка пациентов из стационара осуществлялась на 5-8 сутки послеоперационного периода при возможности амбулаторного наблюдения в нашей клинике. Выводы. Использование лапароскопической хирургии и ее положительных сторон, таких, как малая травматичность, хорошая визуализация, хороший косметический эффект, позволило снизить потребность в наркотических анальгетиках за счет уменьшения болевого синдрома, сократить послеоперационный койко-день и реабилитационный период более чем в 2 раза по сравнению с аналогичными показателями при хирургических вмешательствах, выполненных путем лапаротомии, без ущерба онкологическому радикализму.

1623. Тактика хирургического лечения тяжёлых форм язвенного колита

В.Н. Кашников, С.И. Ачкасов, А.В. Варданыян, К.В. Болихов

Москва

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» МЗ РФ

Цель: улучшение результатов хирургического лечения пациентов с резистентными и осложнёнными формами язвенного колита. Характеристика больных: за период с 2007 по 2013 гг. из 249 поступивших в клинику больных с тяжёлыми формами язвенного колита было оперировано 209 (83,9%) пациентов, мужчин – 105 (50,2%), женщин – 104 (49,8%), средний возраст -  $36,5 \pm 14,2$  лет. Показанием к операции послужили осложнения ЯК (кровотечение, перфорация, токсическая дилатация) у 10 (4,8%) пациентов, гормонально-резистентная форма ЯК – в 141 (67,5%) наблюдениях, гормонально-зависимая форма – в 58 (27,7%) случаях. Критерии резистентности к гормональной терапии: боли в животе, объём каловых масс с кровью > 800 мл/сутки, суточная кровопотеря > 100 мл, температура тела > 37,5°C, тахикардия > 100 в 1 минуту, потеря более 10% веса тела, анемия (гемоглобин < 90 г/л), СОЭ > 30 мм/час, нейтрофильная реакция, альбумин плазмы < 30 г/л, пневматоз толстой кишки, по рентгенологическим данным, выраженная активность воспалительного процесса, по данным колоноскопии. Показание для операции при гормоно-резистентной форме: отсутствие положительной динамики или наличие отрицательной динамики по 2 или более критериям на фоне проведения адекватной терапии в течение 5 - 7 дней. При гормонально-зависимой форме ЯК операция показана при необходимости применения кортикостероидов (преднизолон  $\geq 10$  мг/сутки) для поддержания ремиссии или минимальной активности более 3 месяцев или развитие обострения заболевания в течение 3 месяцев после прекращения приёма стероидов. Результаты: характер оперативного вмешательства на первом этапе хирургического лечения: колэктомия или субтотальная резекция ободочной кишки с илеостомой выполнена у 144 (68,9%) больных, колпроктэктомия с формированием постоянной илеостомы – в 32 (15,3%) наблюдениях, колпроктэктомия с формированием тонкокишечного резервуара – у 33 (15,8%) больных. Послеоперационные осложнения возникли в 23 (11,0%) случаях, летальности не было. Реконструктивно-пластический этап с формированием тонкокишечного резервуара в последующем выполнен у 113 (78,5%) из 144 больных. Заключение: необходимость в хирургическом лечении ЯК возникла при развитии тяжёлых форм ЯК в 83,9% наблюдений. Применение разработанных критериев позволяет в течение 5 - 7 дней определить неэффективность проводимого лечения и установить показания к операции при тяжёлой, резистентной к терапии, форме ЯК. Своевременное установление показаний к операции и рациональный выбор тактики хирургического вмешательства при тяжёлых формах ЯК позволяют добиться низкой частоты послеоперационных осложнений (11,0%) и свести к минимуму риск летальных исходов.

---

1624. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУРЫ ПИЩЕВОДА ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Смирнов Д.Б.(1), Зигинова Т.М.(2), Ванюкова О.В.(1), Антропова Е.С.(2), Лаврукова О.С.(2), Ванюков А.В.(3), Зиалян А.А.(2)

Петрозаводск

1) Больница скорой медицинской помощи, 2) Петрозаводский государственный университет, 3) НУЗ ОКБ ОАО РЖД на ст. Петрозаводск

Среди злокачественных новообразований рак пищевода занимает 7е место в мире, встречается в 5% случаях. По данным статистических исследований преобладают мужчины пожилого и старческого возраста (80% пациентов старше 60 лет). Актуальность проблемы связана с тем, что в 70-80% случаев рак пищевода диагностируется поздно и на момент выявления, больные являются инкурабельными из-за распространенности опухолевого процесса или тяжелой сопутствующей патологии. Дисфагия является основным клиническим симптомом распространенного рака пищевода и кардиального отдела желудка и возникает при сужении просвета на 50-75%. Средняя продолжительность жизни пациентов с тяжелой опухолевой дисфагией составляет 90 дней. Основными задачами паллиативного лечения при раке пищевода являются устранение дисфагии, повышение качества жизни и увеличение сроков выживаемости пациентов. Материалы и методы: проведен анализ лечения 222 больных с диагнозом стенозирующего рака пищевода, находившихся в хирургическом отделении Республиканского онкологического диспансера г. Петрозаводска с 2011 по 2013 гг. Все пациенты поступали в плановом порядке, возраст больных составил от 42 до 91 лет. Большая часть пациентов были мужчины – 73%(n=161), женщин – 27%(n=61). У 9%(n=25) пациентов применены радикальные методы лечения: экстирпация пищевода с пластикой, резекция пищевода с пластикой, гастротомия с удалением опухоли. В качестве симптоматического лечения применяли гастростомию(n=42) и еюностомию (n=3). Паллиативное лечение (химио и лучевая терапия) получили 32% пациентов из 222. Выбор метода лечения определялся индивидуально, ориентировались на стадию опухоли, клинические симптомы, возраст и общее состояние пациента. После наложения гастростомы, устраняющей симптомы дисфагии, пациенты лишаются возможности приема пищи через рот, что несомненно нарушает усваивание питательных веществ, ухудшает качество жизни и является дополнительной психологической травмой. Для устранения дисфагии и восстановления питания через рот в настоящее время активно внедряются новые методы лечения – реканализация и эндопротезирование стенозированного пищевода нитилоновым саморасправляющимся стентом с силиконовым покрытием. Первое описание эндоскопической методики установки расширяющегося металлического стента в стенозированном пищеводе было сделано в 1983 году Grimberger. В настоящее время в клинической практике применяется множество видов металлических спиральных и сетчатых саморасправляющихся стентов с пластиковым покрытием и без него, с антирефлюксными клапанами. В 2014г в БСМП г. Петрозаводска у 6 больных со стенозирующим раком пищевода 4 степени выполнили эндопротезирование пищевода под двойным эндоскопическим и рентген-контролем. Диаметр нитилонового стента при полном расправлении 18-20 мм, длина рабочей части 8-12 см, общая длина 13-17 см. Такие размеры позволяют герметично закрывать свищи и перфорации пищевода. После эндопротезирования устранена дисфагия. Больные получили возможность приема жидкой, кашицеобразной пищи и сбалансированного полноценного питания через рот. У одной больной выявлен рак дистального отдела пищевода с поражением кардиального отдела желудка, был установлен аналогичный эндопротез с антирефлюксным клапаном. У одного из 6 пациентов стентирование успешно выполнено при локализации опухоли в средней трети пищевода с распадом и наличием пищеводно-бронхиального свища с развитием вторичной субтотальной пневмонии. После выполнения эндопротезирования по данным клинического и рентгеноконтрастного исследований, достигнут эффект герметичного закрытия свищевого отверстия с восстановлением питания через рот. Выводы: в сравнении с другими методами паллиативной помощи инкурабельным больным с опухолевым стенозом пищевода и желудка эндоскопическая реканализация и эндопротезирование саморасправляющимися нитилоновыми стентами является оптимальным вариантом комплексного лечения. Использование возможностей современных методов эндоскопического лечения открывает перспективы для проведения полноценной паллиативной терапии больным с данным видом патологии.

---

1625. Опыт эндовидеохирургических операций у больных с злокачественными новообразованиями прямой кишки.

Ивануса С.Я., Литвинов О.А., Онницев И.Е., Арутюнян О.А.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ



В последние десятилетия повсеместно отмечается неуклонная тенденция к росту заболеваемости раком прямой кишки. По современным литературным данным, в хирургическом лечении больных раком верхне- и среднеампулярного отдела прямой кишки преобладает методика тотальной мезоректумэктомии с формированием колоанального анастомоза, степлерного наданального анастомоза, или резервуара. Уровень послеоперационных осложнений и летальности в данной группе больных остается сравнительно высоким и достигает 20 % и более. Стремление избежать серьезных осложнений привело к тому, что стало общепринятым дополнение низких сфинктеросохраняющих операций превентивной стомией, чаще всего илеостомией в 70-100% операций. Обязательная превентивная стома несет в себе необходимость в повторной операции, которая сопровождается хирургическим и анестезиологическим риском. Послеоперационные осложнения при закрытии стомы могут достигать 28-40%. Цель работы: улучшение функциональных результатов и показателей качества жизни больных раком средне- и верхнеампулярного отделов прямой кишки. Материалы и методы. В период с 2011 по 2015 год прооперировано 16 больных раком прямой кишки. Большое внимание уделялось отбору пациентов, отсутствие в анамнезе «открытых» оперативных вмешательств на органах брюшной полости, клиническая стадия по TNM- классификации и хорошая очистка кишечника (слабительные, очистительные клизмы). Все хирургические вмешательства были выполнены по поводу аденокарциномы, различной степени дифференцировки. Препарат удалялся через минилапаротомный разрез. Анастомоз накладывался циркулярным сшивающим аппаратом (29 мм и 33 мм). Обязательным условием отказа от наложения стомы являлась состоятельность анастомоза. Всем пациентам проводилась пневмо-гидропроба. Анализируя послеоперационное патоморфологическое исследование, большая часть пациентов имели II (n=7) и III ст. (n=9) заболевания. Средняя продолжительность операции – 208 мин. Интраоперационная кровопотеря 70±30 мл. При локализации опухоли на уровне переходной складки брюшины и ниже, т.е. расположение нижнего края на условном расстоянии ниже 10 см от аноректальной складки) для определения адекватной дистальной границы резекции интраоперационно проводили пальцевое исследование. Среднее значение дистальной границы резекции составило 2-3см. Во всех случаях, поражения краев резекции опухолевыми клетками не определялось. Конверсия доступа (n=1) у пациентки с повышенным индексом массы тела (ИМТ =35 кг/м<sup>2</sup>). Летальность – 0, частота послеоперационных осложнений: анастомозит n=1. Средняя продолжительность койко-дней составила 9±4 суток. Выводы. При резекции низко расположенных опухолей (ниже 10 см от аноректальной складки) может быть рекомендован вариант пальцевого исследования с целью определения адекватного дистального клиренса резекции (2-3 см). Критериями для наложения превентивной толстокишечной стомы являются: неудовлетворительная подготовка толстой кишки, наличие тяжелой сопутствующей патологии которая может быть неблагоприятным фоном для периферического кровоснабжения в области сформированного анастомоза (сахарный диабет, генерализованный атеросклероз).

---

## 1626. РОЛЬ ТРАДИЦИОННЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Макарова Н.П.(1,2), Чернядьев С.А.(1), Лещинская А.Ю.(1,2)

Екатеринбург

1)Кафедра хирургических болезней лечебного факультета ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России 2)Отделение сосудистой хирургии МАУ ГКБ40

Острая мезентериальная непроходимость остается одной из наиболее тяжелых видов ургентной хирургической патологии. Несмотря на несомненный прогресс в развитии современной медицины, добиться снижения показателей летальности в большинстве клиник не удается. Проблема связана не только с поздним обращением пациентов за медицинской помощью, но и со сложившимися стереотипами при выборе тактики в отношении вопросов диагностики и лечения данной категории пациентов. Цель исследования – оценить информативность традиционных диагностических методик и лечебных подходов в отношении пациентов с острой мезентериальной непроходимостью. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, пролеченных в 2013-2014 г.г. с диагнозом: острая

мезентериальная непроходимость в 2-х хирургических клиниках г. Екатеринбурга – ГКБ №40 и ГКБ №14. Общее число наблюдений - 75, среди заболевших преобладали женщины 47 (62,7%), мужчин было 28 (37,3%). Возраст больных находился в диапазоне от 38 до 97 лет, в среднем 75,0±0,6 лет. Ведущим критерием включения пациентов в исследование стало наличие у пациентов тромбоза в системах верхней брыжеечной артерии (ВБА), нижней брыжеечной артерии (НБА), брыжеечных венах по данным инструментальных методов диагностики, интраоперационной ревизии или секционного исследования. Результаты. Срок заболевания на момент поступления пациентов в приемный покой был от 2,5 часов до 12 суток, среднее время составило 58,4±0,2 часа. Состояние на момент поступления расценено, как крайне тяжелое и тяжелое у 52 (69,3%) пациентов. У 69 (92%) пациентов были выявлены сопутствующие заболевания, среди которых наиболее частой патологией был атеросклероз с поражением различных сосудистых бассейнов – 56(74,7%), гипертоническая болезнь – 52(69,3%), также нарушения сердечного ритма выявлены у 27(36%), сахарный диабет у 19(25,3%) больных. При этом у 15 (20%) пациентов острая мезентериальная непроходимость развилась на фоне постоянного приема дезагрегантов, а у 2(2,7%) антикоагулянтов в лечебной дозе. Синдром хронической абдоминальной ишемии (ХАИ) по данным анамнеза удалось выявить также только у 2(2,7%) больных. У 29(38,7%) заболевших сбор анамнеза был затруднен в связи с тяжестью состояния. Как известно, клиника острой мезентериальной непроходимости вариабельна, зависит от стадии заболевания и не имеет специфических черт. Наиболее частой жалобой, предъявляемой больными была боль – 69(92,0%), слабость отмечали 48(64%) из числа заболевших, тошноту – 45(60%), рвоту - 40(53,3%) пациентов, сухость во рту – 34(45,3%), вздутие живота – 28(37,3%), диарею – 21(28,0%), задержку стула 13(17,3%) больных. Для уточнения диагноза использованы традиционные лабораторные и биохимические тесты, на которых выявлено, что общее число лейкоцитов в периферической крови варьировало от 3,3 до 38,3 в литре (среднее число 17,2±0,2), анемия была выявлена у 14 (18,7%), гематокрит находился в диапазоне от 22 до 57,7 (в среднем 37,9). Электролитные нарушения выявлены у 32 (42,7%) пациентов. Из стандартных инструментальных методов выявления патологии органов брюшной полости наиболее часто использовано ультразвуковое исследование без дуплексного сканирования артериального кровотока в висцеральных артериях – (56)74,7% случаев, на котором только у 11 пациентов (14,6%) удалось выявить наличие свободной жидкости в брюшной полости, у остальных пациентов острая хирургическая патология не была заподозрена. Рентгенография органов брюшной полости выполнена у 48 (64,0%), при этом признаки ургентной патологии на рентгенограмме выявлены у 22 (29,3%) от общего числа заболевших. КТ-АГ проведена лишь 4 (5,3%) пациентам, по результатам которой и был установлен окончательный клинический диагноз. Учитывая клинику острой хирургической патологии, у 68 (90,7%) пациентов предпринята активная хирургическая тактика, остальные 7(9,3%) в связи с тяжестью состояния требовали предоперационной подготовки, в процессе которой они погибли. Наиболее распространенным инвазивным методом диагностики была лапароскопия – 56 (74,7%), на которой диагностирована разная по объему гангрена кишки. При сомнениях в оценке площади поражения у 19 (25,3%) от общего числа больных была произведена конверсия доступа до лапаротомии. У 40 (58,8%) оперированных пациентов гангрена кишки развилась в зоне кровоснабжения ВБА и чревного ствола, у 9 (13,2%) - НБА, у 19 (28,0%) – тотальная гангрена тонкой и толстой кишки. В 58 (85,3%) случаев проведенные оперативные вмешательства носили лишь диагностический характер и только у 10 (14,7%) пациентов с острой мезентериальной непроходимости операция была закончена резекцией нежизнеспособной части кишки, при этом в 1 (1,5%) случае выполнена эмболектомия из ствола ВБА. В 18 (26,5%) операционных протоколах не найдено описание этапа ревизии магистральных артерий и вен. У 6 (8,0%) пациентов острая мезентериальная непроходимость явилась осложнением проведенных ранее операций по поводу различных видов острой хирургической патологии. Послеоперационный период длительностью от 30 минут до 744 часов (в среднем 34,8 ± 0,2 часа) пациенты проводили в палате реанимации, где получали посиндромную терапию, а затем в отделении. Выписаны с выздоровлением только 6 (8%) от общего числа заболевших острой мезентериальной непроходимостью (5 - после резекций кишки, 1 - с установленным по КТ-АГ тромбозом ВБА на фоне синдрома ХАИ без развития гангрены кишки). Отдаленные результаты лечения известны у выживших пациентов в срок до 12 месяцев: живы 4 пациента, при этом у 1 выявлена тромбофилия, рекомендован длительный прием непрямых антикоагулянтов. 2 пациента погибли в срок 3 и 4 месяца от операции от острых сердечно-сосудистых событий. В изученной группе больных патологоанатомическое исследование проведено 60 умершим (86,9% от общего числа погибших), у остальных не выполнено в связи с волеизъявлением родственников. В 54 случаях (90%) при патоморфологическом исследовании обнаружено тяжелое атеросклеротическое поражение стенки брюшной аорты и в 41 (68,3%) – атероматоз 3-4 степени стволов ВБА и НБА. Выводы. 1. Традиционные клинические, лабораторные и инструментальные методы диагностики острой хирургической патологии, в том числе лапароскопия на ранних этапах развития острой мезентериальной непроходимости малоинформативны. КТ – ангиография выполнена только у 5,3% пациентов с данной патологией, что не позволяет сделать вывод о ее диагностической ценности. 2. Учитывая, что только 1,5% всех хирургических

вмешательств при острой мезентериальной непроходимости дополнено реконструктивными вмешательствами на артериях, а различные по объему резекции нежизнеспособной части кишки выполнены у 14,7% больных, обязательным этапом интраоперационной ревизии при острой мезентериальной непроходимости должна быть оценка состояния магистральных сосудов для определения возможности восстановления магистрального кровотока 3. При патологоанатомическом исследовании 68,3% пациентов имели тяжелую степень атероматоза брыжеечных артерий, однако только у 2,7% в анамнезе выявлены клинические проявления синдрома ХАИ. Больше внимание должно уделяться вопросам диагностики хронических проявлений недостаточности мезентериального кровообращения и разработке мер профилактики развития острой мезентериальной непроходимости.

---

1627.Лапароскопический доступ при выполнении операции Вертгейма в лечении рака шейки матки

Берлим А.А., Карукес Р.В.

Ростов-на-Дону

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Главный» ОАО «РЖД»

В структуре онкологической заболеваемости женщин злокачественные опухоли шейки матки составляют почти 15% и среди поражений органов репродуктивной системы стабильно занимают третье место после рака молочной железы и рака эндометрия. В структуре онкологической смертности рак шейки матки (РШМ) также занимает третье место, уступая лишь раку яичников и раку эндометрия. Заболевание относят к разряду «визуальных локализаций», при этом качество диагностики не улучшается. В России начальный рак выявляют у 15,8% первичных больных, запущенный РШМ стадий III–IV — в 39,5% наблюдений. В развитых странах РШМ составляет 4,4% всех злокачественных новообразований, в России — 5,1%. Конец 20 века и начало 21 века ознаменовался бурным развитием медицинской науки и технического прогресса. Появляются и совершенствуются новые подходы в лечении данной категории пациентов. Лапароскопия в настоящее время является одним из ведущих и активно разрабатываемых направлений в современной оперативной гинекологии. Так операции, выполненные лапароскопически, по сравнению с оперативными вмешательствами, выполненными лапаротомным доступом, обладают рядом преимуществ, такими как сокращение сроков реабилитации, малая травматичность, хорошая визуализация, низкая частота послеоперационных осложнений, возможность в более ранние сроки при необходимости начать лучевую терапию. Цель. Оценить эффективность и ближайшие результаты лапароскопической операции Вертгейма в лечении рака шейки матки. Материалы и методы. На базе гинекологического отделения (территория Батайск) и хирургического отделения (территория Батайск) 11 пациенткам по поводу рака шейки матки выполнена лапароскопическая операция Вертгейма (включает в себя экстирпацию матки с верхней третью влагалища и расширенную подвздошно-тазовую лимфаденэктомию с обязательным удалением obturatorных лимфоузлов). Возраст пациенток колебался от 40 до 65 лет. У 6-ти пациенток имелась сопутствующая патология – гипертоническая болезнь 2-3 ст, ожирение 2 ст., у 1-й – сахарный диабет 2 типа, средней ст. тяжести в стадии компенсации. По классификации TNM пациентки распределились следующим образом: T1a1N0M0 – 3; T1a2N0M0 – 5; T1b1N1M0 – 3. Операция всем пациенткам выполнялась типично из 4-х троакарного доступа, сначала выполнялась экстирпация матки с придатками и резекция верхней трети влагалища, препарат помещался в контейнер и трансвагинально удалялся, затем выполнялась расширенная подвздошно-тазовая лимфаденэктомия с обязательной визуализацией мочеточников и obturatorных нервов и удалением obturatorных лимфоузлов. Этапы мобилизации и лимфодиссекции выполнялись при помощи ультразвукового скальпеля «Harmonic», а также аппарата «LigaSure» и «Erbe». Результаты. Средняя продолжительность операции составила 137 ±13 мин. Кровопотеря в среднем 150 ± 30 мл. В послеоперационном периоде осложнений и летальных исходов не было. В первые сутки пациенты активизировались, разрешалось питье воды, со второй половины дня жидкая пища, парез разрешался на 1-2-е сутки. Выписка пациентов из стационара осуществлялась на 3-4 сутки послеоперационного периода. У одной пациентки в течение 5 суток сохранялась дисфункция мочевого пузыря. Выводы. Применения лапароскопических технологий в лечении данной категории больных позволяет снизить травматичность

вмешательства, добиться значительного снижения болевого синдрома, скорейшей активизации пациенток, значимо сократить послеоперационный койко-день и восстановительный период, а также добиться максимального косметического эффекта. Хорошая экспозиция органов и структур малого таза, превосходящая таковую в открытой хирургии, позволяет выполнять лапароскопические операции с высокой прецизионной техникой и соблюдением всех принципов онкологического радикализма.

---

1628. СПОСОБ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВЫХ РАН У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПОВЯЗКАМИ «MENZUL DRESSING»

Демидова О.Н.(1), Мордяков А.Е.(1), Кобелев К.С.(1), Мензул В.А.(2).

Ульяновск2) Москва

1) ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска», г. Ульяновск, Россия 2) Главный военный клинический госпиталь МВД России г. Балашиха Московской области, Россия

Проблема местного лечения ожогов у детей актуальна и по сей день и требует дальнейшего изучения. Известно, что среди обожженных детей преобладают больные с площадью поражения до 10% поверхности тела, составляя 66,7% среди всех детей, поступающих в стационары (Алексеев А.А., 2009). Такие поражения хоть и не всегда приводят к развитию тяжелых проявлений ожоговой болезни, но требуют эффективного консервативного местного лечения, которое стимулировало бы регенерацию в зоне раневого дефекта, а также было максимально атравматичным. Закрытые способы лечения под влажно-высыхающими и мазевыми марлевыми повязками, атравматичными раневыми покрытиями, которые являются традиционными способами лечения ожоговых ран, имеют недостатки. В первую очередь это дополнительная травматизация ожоговой поверхности, возникающая при смене повязок. В связи с этим является актуальным поиск перевязочных средств, обладающих атравматичностью и сокращающих срок эпителизации ран. Цель исследования: оценить степень выраженности болевого синдрома и сроки эпителизации у детей раннего возраста с поверхностными ожогами при местном лечении повязками «Menzul dressing» по сравнению с традиционными марлевыми повязками с мазью левомеколь. Материалы и методы: в исследование были включены 66 пациентов с термическими ожогами II степени (по классификации МКБ X), общей площадью до 10% поверхности тела, без значимой сопутствующей патологии, находившихся на стационарном лечении в ожоговом отделении ГУЗ ЦГКБ в 2014-2015 годах. Средний возраст больных составил 1 год 4 месяца  $\pm$  0,7 мес. Все исследуемые больные были рандомизированы на две группы. В опытной группе (n=37) местное лечение осуществлялось с применением опытных образцов «Перевязочного материала – MD» - стерильных одноразовых полиэтиленовых повязок «Menzul dressing», с внутренней стороны обработанных сухой минеральной смесью (патентная заявка № 2014127066, 2014 г.). В контрольной группе (n=29) местное лечение проводилось марлевыми повязками с мазью левомеколь. Лечение повязками «Menzul dressing» начато в срок до 3 суток от момента получения травмы. После проведения туалета раневой поверхности, раны закрывали повязками «Menzul dressing», после чего фиксировали их на ранах лейкопластырными полосками к здоровым участкам кожи и между собой (черепицеобразно), затем закрывали марлевыми салфетками и фиксировали турами бинта. Перевязки проводились 2-3 раза в неделю (через 48-72 часа). Степень выраженности болевого синдрома у больных оценивалась по поведенческой болевой шкале FLACC (Face - лицо, Legs - ноги, Activity - активность, Cry - плач, Consalability - возможность успокоить). Каждый из параметров оценивают по шкале от 0 до 2 баллов. Результат составляет от 0 до 10 баллов. Статистическая обработка данных осуществлялась в пакете программ IBM SPSS Statistics 20. Результаты исследования: анализ данных исследования выявил достоверное снижение сроков эпителизации в опытной группе, которые составили  $7,22 \pm 0,22$  суток, в контрольной группе эпителизация наступала на  $9,14 \pm 0,31$  сутки. Выраженность болевых ощущений также была меньше в опытной группе и составила  $2,7 \pm 0,2$  балла – легкий дискомфорт по шкале FLACC, в контрольной группе болевой синдром был более выражен –  $7,62 \pm 0,13$  баллов, что соответствует сильной боли по шкале FLACC. Полиэтиленовые повязки «Menzul dressing», находясь на ране, создают собственную жидкую среду, которая состоит из раневого экссудата и фибрино-лейкоцитарной оболочки, которая

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

снижает степень болезненности, стимулирует регенерацию и является своеобразным временным протезом утраченного кожного покрова. Кроме того, гидрофобные свойства полиэтиленовой повязки в сочетании с постоянно присутствующим под повязкой экссудатом полностью исключают прилипание повязки к ране, а эластичность повязки позволяет легко моделировать её по любому рельефу раны, что так же снижает степень болевых ощущений. В ряде случаев в опытной группе для заживления ран было достаточно одной перевязки, прозрачность повязки обеспечивала контроль за состоянием раневого процесса. Различия между опытной и контрольной группой статистически достоверны (р

---

1629. Результаты применения лапароскопического ультразвукового исследования при «остром животе»

Гусев А.В., Вахеева Ю.М., Соловьев А.Ю., Лебедев А.К.

Иваново

ИвГМА

Актуальность работы. Качество диагностики является актуальной проблемой, особенно в ургентной хирургии, так как от этого зависит тактика дальнейшего лечения. Цель. Оценить диагностические возможности интраоперационного ультразвукового исследования (ИОУЗИ). Материалы и методы. ИОУЗИ выполнялось, когда трансабдоминальное ультразвуковое исследование было невозможно выполнить по ряду причин: экстренные показания к операции; ночное время суток. ИОУЗИ выполнялось ультразвуковым аппаратом BK Medical Profocus 2210 с использованием датчика Type 8666- RF(5- 12 MHz), установленным через отдельный порт, при лапароскопических операциях и линейным датчиком Type 8811(5- 12 MHz) при лапаротомиях. Все пациенты госпитализированы в экстренном порядке. Результаты. ИОУЗИ выполнено в следующих случаях: дивертикулез 1, мезентериальный тромбоз 1, желчнокаменная болезнь -3, спаечная болезнь брюшной полости и межпетельный абсцесс -1, болезнь Крона-2. В 3 случаях при желчнокаменной болезни ИОУЗИ позволило определить анатомическое взаиморасположение внепеченочных желчных ходов (трудность дифференцировки возникла ввиду воспалительного процесса). При операции по поводу спаечной болезни брюшной полости ИОУЗИ выполнялось с дифференциально-диагностической целью, в толще конгломерата (состоящего из петель подвздошной кишки) определена полость с негомогенным жидкостным содержимым - межпетельный абсцесс. В 4 случаях ИОУЗИ выполнено для точной диагностики изменений в кишечнике. Установлены: Болезнь Крона; мезентериальный тромбоз. При подозрении на аппендицит (в 4 случаях, отростки располагались ретроцекально, ретроперитонеально) при ИОУЗИ признаков воспаления аппендикса не выявлено, что позволило избежать операции. В одном случае при выполнении аппендэктомии, по поводу острого гангренозного аппендицита с помощью ИОУЗИ выявлен периаппендикулярный абсцесс, последний не обнаружен при визуальной ревизии. Выводы. Внедрение ИОУЗИ в ургентную хирургию позволило улучшить эффективность диагностики и, как следствие, выбрать оптимальную тактику лечения.

---

1630. Лапаро-торакоскопические эзофагэктомии. Некоторые особенности и ближайшие результаты.

Аллахвердян А.С., Фролов А.В., Анипченко Н.Н.

Москва

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

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»

**АКТУАЛЬНОСТЬ** – сравнительный анализ возможностей и целесообразности выполнения эзофагэктомий с одномоментной гастропластикой лапароскопическими и торакокопическими доступами. **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** В период с марта 2014г. по июнь 2015 г. было выполнено 19 эзофагэктомий и экстирпаций пищевода с использованием лапароскопического и торакокопического доступов с одномоментной эзофагогастропластикой. 10 больным была выполнена лапароскопическая трансхиатальная экстирпация пищевода с одномоментной гастропластикой: в 7-ти случаях при ахалазии кардии; в 2 – при раке, в 3 – при послеожоговых рубцовых стриктурах; в 2 – при пептической стриктуре. Миналапаротомия для «руки помощи» не использовалась. 9 больным операция была выполнена комбинацией лапароскопического и чресплеврального доступа. Так, 4 больным при раке была выполнена эзофагэктомия комбинированным лапароскопическим и торакотомным доступом справа. 4 была выполнена эзофагэктомия комбинированным лапароскопическим и торакокопическим доступом справа: в 1 случае при ахалазии кардии; в 3 – при раке. 1 больной при послеожоговой стриктуре была выполнена экстирпация пищевода комбинированным лапароскопическим и торакокопическим доступом справа в сочетании с чресшейным доступом. В половине случаев эзофагэктомия выполнялась после предшествовавших абдоминальных вмешательств. **РЕЗУЛЬТАТЫ:** Послеоперационные осложнения отмечены всего у 3 больных после лапароскопическая трансхиатальная экстирпация пищевода. У одного больного развилась послеоперационная пневмония. Локальная несостоятельность пищеводного анастомоза на шее возникла у 1 больного. В одном случае (больной оперированный по поводу рака шейного отдела пищевода) – лимфоррея в правую плевральную полость. Осложнение ликвидировано после релапароскопии с прошиванием лимфатической цистерны. Заживление сформировавшегося свища было отмечено в течение 4-х недель. Послеоперационная летальность в обеих группах больных не отмечена. Средняя продолжительность операции при лапароскопической трансхиатальной экстирпации пищевода составила 4 ч 43 мин. При комбинации лапароскопического и чресплеврального доступов 7 ч 12 мин. Продолжительность ИВЛ после операции составила 7 ч 33 мин и 3 ч 12 мин соответственно. Средняя продолжительность нахождения в реанимации составила 20 ч и 17 ч соответственно. Энтеральное питания после операции начинали на 7 и 5 сутки соответственно. Средний послеоперационный койко-день составил 8,7 и 7,3 соответственно. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Лапароскопическая трансхиатальная экстирпация пищевода сопровождается продолжительным напряженным карбоксилапаромедиастинумом. Это приводит к гиперкапнии и изменениям кислотно-щелочного равновесия определяют потребность больных в послеоперационной протективной ИВЛ до нормализации газового состава крови. Очевидные преимущества лапароторакокопических эзофагэктомий: четкость визуализации, хороший контроль гемостаза, удобство мобилизации желудка и пищевода, ранняя активизация больных в послеоперационном периоде, сокращение сроков стационарного лечения.

---

## 1631. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Абушкин И.А.(1), Денис А.Г.(2), Лапин В.О.(1), Романова О.А.(1), Привалов В.А.(1), Васильев И.С.(1), Лаппа А.В.(1).

Челябинск, 2)Тверь

1)ЮУГМУ, 2)ДОКБ

**Цель:** Улучшение результатов диагностики и лечения венозной мальформации (ВМ) у детей и взрослых. **Материалы и методы:** В работе использовали классификацию Международного общества по изучению сосудистых аномалий ISSVA (International Society for the Study of Vascular Anomalies), принятую в 1996 году. С 2004 года лечили более 7000 больных с врожденными сосудистыми аномалиями, из них 58 (0,8%) пациентов в возрасте от 4 месяцев до 66 лет были с ВМ. Дети в возрасте до 18 лет с ВМ составили 74%. Преимущественной (более 60%) локализацией ВМ была голова и шея. ВМ проявлялась косметическим

1172

дефектом и локальными болями. С 2007 года всем больным с сосудистыми аномалиями на этапе диагностики и лечения проводили ультразвуковое исследование с цветным доплеровским картированием (УЗИ с ЦДК). В лечении использованы три технологии: бесконтактная, внутритканевая и внутрисосудистая 0,97 и 1,56 мкм-лазерная термотерапия. Участки мальформации, выходящие на кожу или слизистую подвергались бесконтактной лазерной термотерапии в непрерывном или импульсном режиме. Внутритканевая и внутрисосудистая термотерапия под контролем ультразвукового исследования использована для более глубоких частей мальформации. Эффективность лечения оценивали по удовлетворенности пациента или родителей ребенка остаточным косметическим дефектом, уменьшению или исчезновению болевого синдрома, данным ультразвукового исследования с определением размеров, распространенности и ангиоархитектоники мальформации. У 20 больных (первая группа) термотерапию мальформации проводили с использованием диодного 0,97 мкм – лазера. У 38 пациентов (вторая группа) применяли оптоволоконный 1,56 мкм-лазер. Группы пациентов были сопоставимыми между собой и отличались только методами лечения. У всех больных лазерную термотерапию проводили под общим обезболиванием. Отдаленные результаты прослежены в срок от 6 месяцев до 10 лет. Результаты: VM относится к редкой патологии, составляя 0,8% от всех больных с сосудистыми аномалиями. Очень часто (более 80%) наблюдались ошибки в диагностике VM. Больные годами лечились или наблюдались с другими диагнозами. Одной из пациенток правильный диагноз VM был поставлен только в 66-летнем возрасте. Одной из ошибок был вариант, когда VM принимали за кавернозную (подкожную) или комбинированную по классификации С.Д. Терновского (1959) гемангиому. Лечение VM мальформаций под видом гемангиомы у всех пациентов было неэффективным. Часто допускались ошибки при ультразвуковом исследовании образования. Нами было установлено, что при VM в аномальных сосудистых полостях ток крови очень низок. УЗИ с ЦДК, выполняемые в обычном режиме, не позволяли выявить такой низкий кровоток и полости трактовались как кистозные изменения. Применение в лечении VM лазерной термотерапии позволило получить хороший клинический результат (незначительный косметический дефект, отсутствие болей) у всех пациентов второй группы (1,56 мкм-лазер) и у 85% больных первой группы (0,97-мкм-лазер). При этом количество проведенных сеансов лечения в первой группе пациентов было в 2 раза больше, чем во второй. Выводы: 1. Венозная мальформация редкий вариант сосудистых аномалий при котором допускается более 80% диагностических ошибок. 2. Скорость тока крови в аномальных сосудистых полостях крайне низка, что необходимо учитывать во время ультразвукового исследования. 3. 1,56 мкм-лазерная термотерапия высокоэффективна в лечении венозных мальформаций и может быть рекомендована к широкому клиническому применению у больных с данной патологией.

---

1632. Трансанальные операции у больных с опухолями прямой кишки

Кочатков А.В., Лядов В.К., Негардинов А.З.

Москва

ФГАУ «Лечебно – реабилитационный центр» Минздрава России. Директор: член-корр., РАН, проф. Лядов К.В.

Введение Трансанальные эндоскопические операции (ТЭО) рассматриваются как основной метод лечения аденом прямой кишки. Показана предпочтительность ТЭО по сравнению с эндоскопическим удалением опухоли: частота удаления опухоли “en bloc” повышается с 87,8% до 98,7%, частота R0 резекций с 74,6% до 88,5%; при сопоставимой вероятности осложнений 8,4% и 8%, соответственно. Продолжительность операции составляла от 45 до 113 мин., варьируя, в первую очередь, от размеров образования. Материал и методы С января 2014 по июнь 2015 года включительно в отделение онкологии хирургического профиля ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России радикально оперировано 267 больных с опухолевыми заболеваниями ободочной и прямой кишки. Средний возраст больных составил 65,1±11,1 лет (28 – 87) лет, из них 61 пациент (22,8%) – старше 75 лет. У 85 пациентов (31,8%) диагностировано опухолевое поражение прямой кишки. Показаниями к ТЭО считаем выявление тубулярной аденомы и рака (Tis) прямой кишки. Результаты ТЭО выполнено 12 больным: средний возраст составил 68,3±10,5 лет, ИМТ

1173

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

– 26,2±3,5 кг/м.кв., средний размер образования составил 44±15,1 мм, продолжительность операции - 53±34 мин., частота удаления опухоли “en bloc” – 91,7% (не достигнуто в одном наблюдении, где размер новообразования составил 6,7 см). Все операции выполнены в объеме R0. Объем интраоперационной кровопотери не превышал 20 мл. При плановом гистологическом исследовании только у 3 больных подтверждена аденома кишки, тогда как Tis верифицирован у 4 больных, T1 и T2 рак прямой кишки – у 2 и 3 больных, соответственно. Двум больным из трех с верифицированной T2 опухолью выполнена лапароскопическая передняя резекция прямой кишки и одному пациенту 85 лет с выраженными сопутствующими заболеваниями и без признаков метастатического поражения лимфатических узлов проводится динамическое наблюдение. Интраоперационное осложнение – перфорация «свободной» стенки прямой кишки (опухоль 5,5 см, передней стенки на 13 см от ануса) диагностирована в одном наблюдении, операция закончена передней резекцией прямой кишки. Послеоперационные осложнения (лихорадка, купировавшаяся на фоне приема пероральных антибиотиков) отмечены у 2 больных (16,7%); тяжелых послеоперационных осложнений не было. Средний послеоперационный койко-день составил 2,6±1,7 дня. Отдаленные результаты оценены у всех больных в сроки от 12,4 мес. (в среднем продолжительность наблюдение – 6,1±4,7 мес). Признаков рецидива заболевания не выявлено ни в одном наблюдении. Выводы ТЭО является безопасным и предпочтительным методом лечения опухолей прямой кишки с низким потенциалом злокачественности (аденомы и Tis рак прямой кишки), и может рассматриваться как эксцизионная биопсия образования с целью адекватного стадирования, а в группе неоперабельных по соматическому статусу пациентов ТЭО может являться вариантом лечения локализованного рака прямой кишки.

---

1633. Закрытие превентивной илеостомы после передней резекции прямой кишки: 48 часов госпитализации

А.В. Кочатков А.В. , А.З. Негардинов, В.К. Лядов

Москва

ФГАУ «Лечебно – реабилитационный центр» Минздрава России. Директор: член-корр., РАН, проф. Лядов К.В.

Введение Целью данной работы является анализ результатов лечения, основанного на созданном протоколе ведения пациентов, госпитализирующихся для закрытия превентивной илеостомы. Материал и методы Протокол основан на принципах ускоренной реабилитации больных. С марта 2013 по март 2015 г в ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России выполнено 29 закрытий стом у больных, перенесших переднюю резекцию прямой кишки по поводу злокачественных новообразований. 11 больных оперированы лапароскопическим и у 18 больных оперированы лапаротомным доступом. Результаты Средний возраст больных 59,5±8,9 лет, средний индекс массы тела 25,9±4,0 кг/м<sup>2</sup>. Средняя продолжительность операции составила 70±29 (мин). Средний койко-день составил 3,8±2,5. Осложнения: у 3 пациентов (10,3%) развилось нагноение послеоперационной раны; у 2 больных (6,9%) отмечена острая спаечная кишечная непроходимость, связанная с осложненным течением первичной операции, и у 2 больных (6,9%) диагностирована несостоятельность анастомоза. Через 48 часов после операции выписаны 69% пациентов. После выписки повторных госпитализаций не было. Выводы На основании данных литературы и собственных результатов, можно заключить, что, выписка больных после хирургического закрытия превентивной илеостомы через 48 часов после операции является безопасным и предпочтительным методом ведения пациентов. Внедрение подобного протокола ведения больных является важным и клинически значимым и позволит улучшить качество и своевременность оказания хирургической помощи пациентам.



1634.Первый опыт апробации система помощи хирургу на основе дополненной реальности «Автоплан»

Колсанов А.В., Сонис А.Г., Чаплыгин С.С., Колесник И.В., Зельтер П.М., Кузнецов И.С.

Самара

ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение в клиническую практику компьютерной томографии (КТ) значительно расширило диагностические возможности лучевого исследования. Недостатками метода являются неполная информация о конфигурации объемного поражения и отношения его к трубчатым структурам, встречающиеся диагностические ошибки. Однако, для некоторых клинических задач, подобных хирургическому планированию, необходимо понимать 3D структуру во всей ее сложности и видеть дефекты. Опыт показал, что "умозрительная реконструкция" объектов по изображениям их сечений чрезвычайно трудна и сильно зависит от опыта и воображения наблюдателя. В таких случаях хотелось бы представить человеческое тело так, как его увидел бы хирург или анатом. В Самарском государственном медицинском университете в течение двух лет реализуется проект разработки систем автоматизированного планирования, управления и контроля результатов хирургического лечения «Автоплан». На первом этапе работы системы проводится реконструкция трехмерных моделей органов и внутренних структур (3D моделей) на основе данных КТ. Второй этап реализуется блоками трекинга и регистрации. Задача блока трекинга в детектировании и реконструкции трехмерного положения маркерных объектов, закрепленных на хирургических инструментах и объектах операционного поля. Блок регистрации выполняет преобразование модели, построенной на первом этапе к положению в пространстве, соответствующему положению маркеров, полученных в результате этапа трекинга. Для верификации полученных результатов проведено обширное экспериментальное сравнение, как с использованием общедоступных тестовых наборов данных, так и на основе собственных медицинских данных. Система дополненной реальности «Автоплан» апробирована в хирургическом отделении №1 клиники пропедевтической хирургии Клиник СамГМУ. За период 2014-15 гг. с применением данной методики (3D) было выполнено 8 оперативных вмешательств, у пациентов с заболеваниями панкреатобилиарной зоны. Мужчин было 6; женщин – 2. Средний возраст составил 48,4±6,2 лет. Структура нозологических форм выглядела следующим образом: поликистоз печени - 1 пациент; паразитарные кисты печени - 2; гигантские гемангиомы печени - 2; хронический панкреатит - 3 пациента (у одного из них были множественные абсцессы поджелудочной железы). Применение системы «Автоплан» позволило: 1) увидеть результаты обследования в удобном для хирурга виде 3D моделей; 2) детально распланировать ход будущей операции и наметить анатомические маркеры, прогнозировать возможные интраоперационные осложнения, точно рассчитать остающийся после резекции объем органа; 3) в ходе операции обращаться к 3D модели для уточнения топике органов и тканей и положения анатомических маркеров; 4) уменьшить продолжительность операций на 15-20%, интраоперационную кровопотерю на 12-15%, максимально избежать послеоперационных осложнений. Применение разработанной системы особенно актуально для распознавания, выделения и диссекции выжных анатомических образований, топика и расположение которых значительно изменены патологическим процессом.

---

1635.Вторичная саркопения у больных раком ободочной и прямой кишки: критерии стратификации

Негардинов А.З., Кочатков А.В., Лядов В.К., Кучерук О.В., Мершина Е.А.

Москва

ФГАУ «Лечебно – реабилитационный центр» Минздрава России. Директор: член-корр., РАН, проф. Лядов К.В.

Введение Саркопения – синдром, характеризующийся общей и прогрессирующей потерей массы скелетной мускулатуры мышечной силы, сопровождающийся повышенным риском развития нежелательных явлений, таких как физическая недееспособность, плохое качество жизни и смерть. Термин «саркопения» изначально предназначался для определения снижения мышечной массы и силы при старении. Сейчас выделяют и вторичную саркопению, связанную с тяжестью течения основного заболевания. Изменение состава тела при злокачественных новообразованиях – клинически значимое событие, которое определяет вероятность развития осложнений проводимой терапии, а также прогноз общей выживаемости. Следует отметить, что в России изменению состава тела у больных раком ободочной и прямой кишки уделяется непозволительно мало внимания: мы не имеем данных о распределении показателей состава тела в популяции российской группы больных. Целью настоящего исследования явилась оценка состава тела больных раком ободочной и прямой кишки, проходивших лечение в ФГАУ «ЛРЦ», и определение пол-специфических критериев стратификации по параметрам изменения состава тела. Материал и методы С января 2014 по июнь 2015 года включительно в отделение онкологии хирургического профиля ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России радикально оперировано 267 больных с опухолевыми заболеваниями ободочной и прямой кишки. Средний возраст больных составил  $65,1 \pm 11,1$  лет (28 – 87) лет, из них 61 пациент (22,8%) – старше 75 лет. Состав тела при КТ брюшной полости определен у 147 пациентов: мужчины - 75, женщины – 72 пациента. Для определения и оценки состава тела применяли компьютерно-томографический метод с обработкой результатов в SliceOmatic. Использование КТ для анализа состава тела считаем наиболее оправданным, поскольку это не требует дополнительных методов обследования помимо а priori используемых в рамках «стандартного» обследования больного. При исследовании оценивались: индекс скелетной мускулатуры (ИСМ), индекс подкожной жировой клетчатки (ИПЖ), индекс висцеральной жировой клетчатки (ИВЖ) и рассчитывали мышечно-жировой индекс (МЖИ). Результаты В соответствии с классификацией ВОЗ, дефицит массы тела диагностирован у 3 (2%) больных, норма – у 71 (48,2%), предожирение – у 47 (31,9%), ожирение 1 ст., - у 20 (13,6%), ожирение 2 ст., - 6 (4%) больных. Распределение среднего значения индекса массы тела (ИМТ) составило  $26,4 \pm 3,9$  кг/м.кв., и  $25,6 \pm 4,3$  кг/м.кв., у мужчин и женщин, соответственно. Средний ИСМ составил  $49,7 \pm 8,1$  см.кв./м.кв., и  $40,2 \pm 9,0$  см.кв./м.кв., средний ИПЖ -  $47,9 \pm 25,0$  см.кв./м.кв., и  $74,8 \pm 35,2$  см.кв./м.кв., средний ИВЖ  $69,8 \pm 34,8$  см.кв./м.кв., и  $52,9 \pm 31,7$  см.кв./м.кв., средний МЖИ -  $33,3 \pm 12,4$  и  $26,7 \pm 10,3$  у мужчин и женщин, соответственно. На основании распределения ИСМ и МЖИ в нашей выборке больных, пол-специфическими критериями стратификации по параметрам состава тела считаем следующие. Q1-ИСМ: мужчины – до 43,6 см.кв./м.кв; женщины – до 36,1 см.кв./м.кв; Q2-ИСМ: мужчины – 43,7 – 49,1 см.кв./м.кв; женщины – до 36,1 см.кв./м.кв; Q3-ИСМ: мужчины – 49,2 – 54,5 см.кв./м.кв; женщины – до 36,1 см.кв./м.кв; Q4-ИСМ: мужчины – более 54,5 см.кв./м.кв; женщины – до 36,1 см.кв./м.кв. Q1-МЖИ: мужчины – до 24,2 см.кв./м.кв; женщины – до 20 см.кв./м.кв; Q2-МЖИ: мужчины – 24,2-29,4 см.кв./м.кв; женщины – 20-23,7 см.кв./м.кв; Q3-МЖИ: мужчины – 29,4-38,5 см.кв./м.кв; женщины – 23,7-32 см.кв./м.кв; Q4-МЖИ: мужчины – более 38,5 см.кв./м.кв; женщины – более 32 см.кв./м.кв; Выводы Нами проанализирована выборка российских пациентов в соответствии с распределением показателей состава тела и сформированы пол-специфические критерии стратификации российских пациентов, страдающих раком ободочной и прямой кишки, по параметрам изменения состава тела.

---

## 1636. ТАКТИКА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Черепанин А.И., Поветкин А.П.

Москва

Клиническая больница Медси в Отрадном

Цель исследования. Разработать классификацию, тактику диагностики и лечения раневых осложнениям в хирургии паховых грыж. Материалы и методы. Проведен анализ 697 плановых паховых герниопластик: 115 пациентам проведена открытая аутопластика задней стенки пахового канала, 478 пациентам выполнена операция типа Лихтенштейна, 104 пациентам выполнено эндовидеохирургическое протезирование задней стенки пахового канала методом трансабдоминальной и тотальной преперитонеальной пластик – TAPP и TEP. Результаты и их обсуждение. Общее число раневых осложнений не превышало 5%. На основе полученных данных была составлена классификация, базирующаяся на клинической картине и методах инструментальной диагностики. В качестве первой диагностической скрининг-линии при отклонении от нормального течения послеоперационного периода проводилось обязательное ультразвуковое исследование паховой области, позволившее выделить три типа жидкостных скоплений в области герниопластики: I тип – острое жидкостное скопление, которое исчезает в течение месяца и не приводит к каким-либо последствиям; II тип – подострое жидкостное скопление, разрешающееся в течение полугода, и которое может привести к расхождению послеоперационной раны, формированию свищей, и, в самом неблагоприятном случае, – к ее нагноению; III тип – жидкостное скопление, существующее более полугода: вторичные гидроцеле, фуникулоцеле, сперматоцеле, киста послеоперационного рубца, полное и неполное отторжение протеза. При отсутствии жидкостного скопления проводилось «традиционное» консервативное лечение «инфильтрата»: антибиотикопрофилактика, физио-, витамин-, и пероральная ферментная терапия. При сочетании болей, отека, лихорадки, а также при наличии жидкостного скопления проводится тонкоигльная пункция и аспирация. В случае аспирации крови диагноз перекалифицировался в понятие «гематома». С патогенетической и практической точек зрения мы выделяем шесть типов гематом, являющихся осложнением пахового грыжесечения: 1. экхимозы кожи мошонки; 2. – имбибиция краев раны кровью; 3. – гематома семенного канатика (или его имбибиция кровью); 4. – непосредственно гематома мошонки (гематоцеле); 5. – гематома предбрюшинного пространства; 6. – гематома отсеченного грыжевого мешка, оставленного в мошонке. Экхимозы кожи, как правило, не требуют активного лечения. Гематома кожной раны достаточно часто приводит к ее расхождению и самостоятельному дренированию; лечение, в основном, заключается в проведение перевязок с растворами антисептиков, как при диагностированном «инфильтрате». Гематома в проекции семенного канатика и яичка требует наряду с УЗ-исследованием проводить триплексное ультразвуковое сканирование, которое до, во время и после выполнения аспирационного и консервативного лечения позволяет контролировать адекватность кровоснабжения семенного канатика и яичка с целью своевременной диагностики и лечения орхита и эпидидимита. В качестве примеров отклонения от предложенного тактико-диагностического алгоритма приводим случаи встретившейся нам поздней диагностики осложнений после паховой герниопластики, выполненной в различных клиниках России и ближнего зарубежья. 1. Нагноение, вызванное *corpus alienum* в ране – марлевым тампоном. В стационаре, где проводилась операция, пациентке был поставлен диагноз «инфильтрат», была выписана, лечилась консервативно. 2. и 3. Нагноение межмышечной и предбрюшинной гематомы – после операции Лихтенштейна и TAPP, соответственно. У пациентов длительное время отмечались выпячивания брюшной стенки краниальнее паховой области, к врачу не обращались. 4. Орхэктомия после операции по Шоулдайсу. В течение двух недель в поликлинике по месту жительства без уточняющей диагностики проводилось консервативное лечение по поводу «орхита». 5. Нагноение хронической гранулемы послеоперационного рубца после операции Лихтенштейна у больного с инфильтратом послеоперационной раны и длительной лимфореей. Ранняя диагностика не проводилась. Выводы. 1. Скопление раневого отделяемого в области операции является естественным физиологическим процессом, который в большинстве случаев нивелируется самостоятельно либо посредством консервативного лечения. 2. Проведение ультрасонографии необходимо при симптомном отклонении от нормального течения послеоперационного периода. 3. При наличии отека, гиперемии, болей, лихорадки и жидкостного скопления показано проведение тонкоигльной пункции и аспирации. 4. Триплексное ультразвуковое сканирование сосудов семенного канатика и яичка позволяет своевременно диагностировать и лечить стертые формы орхита и эпидидимита.

---

1637. Рак ободочной и прямой кишки: сравнительный анализ опыта выполнения миниинвазивных и «открытых» вмешательств

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

Лядов В.К., Кочатков А.В., Негардинов А.З., Ананьева А.И.

Москва

ФГАУ «Лечебно – реабилитационный центр» Минздрава России. Директор: член-корр., РАН, проф. Лядов К.В.

Введение Лапароскопические технологии нашли широкое применение в хирургии рака ободочной и прямой кишки и являются одним из наиболее динамично развивающихся методов хирургического лечения. Целью настоящего исследования является анализ собственного опыта выполнения оперативных вмешательств на ободочной и прямой кишке при опухолевых заболеваниях. Материал и методы С января 2014 по июнь 2015 года включительно в отделение онкологии хирургического профиля ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России радикально оперировано 267 больных с опухолевыми заболеваниями ободочной и прямой кишки (мужчин - 122, женщин – 145 человек). Средний возраст больных составил  $65,1 \pm 11,1$  лет (28 – 87) лет, из них 61 пациент (22,8%) – старше 75 лет. У подавляющего большинства больных (148 пациентов (55,4%)) опухоль проросла мышечный слой кишечной стенки, и у 45 больных (16,8%) стадирована как T4 (T4a – 34 и T4b – 11 больных). N0 статус верифицирован у 151 больного (56,5%), а множественное метастатическое поражение лимфатических узлов (N2) – у 33 больных (12,4%). Этапное комбинированное лечение проведено 30 больным (11,2%) в связи с отдаленными метастазами (M1a – 25 и M1b – 5 больных). Сопутствующие заболевания: у 75% пациентов диагностирована ИБС, у 55% - гипертоническая болезнь, у 17,5% - ДЭП с перенесенным ОНМК, у 15% - сахарный диабет 2 типа средней степени тяжести или тяжелого течения, у 10% - ХОБЛ и/или бронхиальная астма. 35% пациентов пожилого и старческого возраста потребовали предварительной госпитализации для дообследования и компенсации сопутствующих заболеваний. Вне зависимости от доступа, все оперативные вмешательства выполнялись по одному стандартному протоколу с пересечением и лигированием соответствующих артерии и вены по краю верхней брыжеечной вены (для правосторонних резекций) и выполнением лимфодиссекции в объеме D2 при раке слепой кишки и D3 при раке восходящей ободочной и поперечной кишки; при левосторонних резекциях - у устья нижних брыжеечных сосудов с удалением апикальных лимфатических узлов. Стандартным направлением мобилизации комплекса являлась медиально-латеральная мобилизация. При стандартных лапароскопических операциях препарат удаляли через поперечный доступ над лоном. Течение послеоперационного периода стратифицировали по тяжести осложнений в соответствии с классификацией D. Dindo, N. Demartines и P. Clavien. Критериями соответствия состояния больного выписки являлись: достаточность пероральных нестероидных противовоспалительных средств для адекватного обезболивания, отсутствие тошноты и возможность принимать полный суточный рацион пищи, обычная физическая активность, отсутствие патологических изменений по данным контрольного УЗИ брюшной полости и значимого повышения уровня с-реактивного белка крови, а также согласие пациента выписаться. Результаты 108 операций выполнено лапароскопически и 159 – «открытым» доступом: правосторонняя гемиколэктомия - 29 и 42 операции, резекция поперечной ободочной кишки - 0 и 5 операций, левосторонняя гемиколэктомия – 7 и 24 операции, резекция сигмовидной кишки – 20 и 37 операций, субтотальная колэктомия – 0 и 3 операции, передняя резекция прямой кишки (с тотальной и парциальной мезоректумэктомией) – 31 и 35 операций, брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки – 8 и 4 операции, соответственно. Также выполнено 10 экзентераций таза и 12 трансанальных эндоскопических операций. В нашей выборке из 193 больных с T3-T4a/v опухолями лапароскопически оперированы только 63 пациента (32,6%). Средняя продолжительность операции не различалась и составила для правосторонней гемиколэктомии при лапароскопическом и «открытом» доступе – 02:50 (чч:мм) и 02:40 (чч:мм); для резекции сигмовидной кишки – 02:56 (чч:мм) и 03:05 (чч:мм); для передней резекции прямой кишки с парциальной мезоректумэктомией – 03:15 (чч:мм), и 03:33 (чч:мм); для передней резекции с тотальной мезоректумэктомией – 03:59 (чч:мм) и 04:31 (чч:мм), соответственно. Экзентерации таза длились в среднем  $5:48 \pm 2:30$  (чч:мм). Практически все операции проходили с минимальной кровопотерей (до 100 мл.). Лишь у 7 пациентов (2,6%) объем кровопотери не превышал 500 мл, и только у 2 больных (0,7%) объем кровопотери составил 700 и 1000 мл. У одного больного (pT3N2b опухолью среднеампулярного отдела прямой кишки, после проведенной химиолучевой терапии) отмечен R1 статус операции за счет прилегания в циркулярном крае опухолевого сателита. Среднее число оцененных морфологически лимфатических узлов составило 14. R2 резекций не было. Клинически значимые послеоперационные осложнения (класс IIIa-b, IV и V по классификации Dindo и Clavien) отмечены у 43 больных (16,1%): несостоятельность анастомоза – 19 пациентов (7,1%); нагноение послеоперационной раны – 25 больных (9,3%); ранняя спаечная кишечная непроходимость – 4 пациента (1,5%) и др. Послеоперационная летальность – 2 наблюдения, причиной которых явилась острая сердечнососудистая недостаточность на фоне развившегося острого инфаркта

1178

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

миокарда. Послеоперационный койко-день при лапароскопических и открытых вмешательствах составил: правосторонняя гемиколэктомия  $8,3 \pm 4,3$  и  $12,2 \pm 8,7$  дня, резекция сигмовидной кишки –  $7,2 \pm 4,2$  дня и  $11,8 \pm 7,6$  дня, передняя резекция прямой кишки –  $8,9 \pm 3,8$  дня и  $14,1 \pm 7,3$  дня, соответственно. Различий в длительности послеоперационной госпитализации больных в зависимости от доступа после левосторонней гемиколэктомии, брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки, которая составила  $8,0 \pm 3,2$  против  $9,9 \pm 4,0$  дня и  $13,4 \pm 5,1$  против  $10,8 \pm 5,6$ , при лапароскопическом и «открытом» доступе, мы не отметили. Состояние всех больных контролировали по телефону через 2, 10 и 30 суток. Через 4 недели после операции вернулись к нормальному ритму жизни 77% пациентов после лапароскопических и 64% больных после «открытых» операций. В связи со сроками наблюдения адекватно оценить отдаленные результаты не представляется возможным: умерло 9 пациентов: двое больных – от прогрессирования заболевания и 7 пациентов – от других причин. Выводы Пациенты, которым показано оперативное лечение по поводу рака ободочной и прямой кишки, можно отнести к тяжелой группе больных с, зачастую, запущенным онкологическим заболеванием и выраженными сопутствующими заболеваниями. Сравнение результатов лечения между различными клиниками возможно только при сопоставлении распределения выборки больных не только по стадии заболевания, но и по коморбидности. Лапароскопические технологии оперирования совместно с внедрением в клиническую практику концепции ускоренной послеоперационной реабилитации являются основой в современной хирургической революции, трансформировавшей представления врачей о должном ведении пациентов при различных вмешательствах.

---

1638. Применение лапароскопической пликация нижней полой вены у пациентов с эмболоопасными илиокавальными тромбозами

Мозговой П.В., Спиридонов Е.Г., Пироженко П.А., Луковскова А.А., Исаев А.В.

Волгоград

ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет, Клиника № 1

Цель исследования: определить возможности использования лапароскопической пликации нижней полой вены, как метода хирургической профилактики ТЭЛА у пациентов с острыми эмболоопасными илиокавальной тромбозами. Материалы и методы: Проанализированы непосредственные и отдаленные результаты хирургической профилактики ТЭЛА у 136 больных с острыми эмболоопасными тромбозами илиокавального сегмента. Мужчин – 84 (63,9%), женщин – 49 (36,1%). Средний возраст -  $64,3 \pm 6,1$ . Пликация нижней полой вены (НПВ) выполнили 69 пациентам. Пликация НПВ традиционным доступом выполнена в 33 случаях (55%), из мини-доступа – в 17 (23,3%). С 2012г. в Клинике №1 выполняется лапароскопическая пликация НПВ (ЛПНПВ), данная операция произведена 19 пациентам (21,7%). Имплантацию кава-фильтра выполнили в 67 случаях (50,8%). Результаты: В раннем послеоперационном периоде тромбозов НПВ, летальных исходов и рецидивов ТЭЛА после пликации НПВ независимо от метода оперирования мы не наблюдали. Парез кишечника при открытой пликации НПВ встречался в 4 случаях (12,12 %), после ЛПНПВ данного осложнения не наблюдали. После открытых операций полная активизация пациентов возникала в среднем через 108,2 часа, после пликации НПВ из мини-доступа – через 41,5, после лапароскопической методики – через 32,1 часов. Инфицирование и гематома послеоперационной раны при открытых операциях встречались в 8 случаях (24,2%). Раневые осложнения при ЛПНПВ отсутствовали. Среднее время лапароскопической операции составило  $35,7 \pm 18,3$  минуты, что достоверно ниже, чем в группе пациентов после открытой операции ( $86,34 \pm 12,45$  минут) и в группе пациентов с мини-доступом ( $69,55 \pm 10,11$  мин), что объясняется отсутствием необходимости выполнения доступа и последующего ушивания послеоперационной раны. Выводы. Лапароскопическая пликация нижней полой вены является эффективным и менее травматичным способом профилактики ТЭЛА у пациентов с илиокавальными эмболоопасными тромбозами по сравнению с пликацией НПВ из мини-доступа и операцией, выполненной из традиционного лапаротомного или забрюшинного доступа.

1639.К 110-ЛЕТИЮ ПРОФЕССОРА МИХАИЛА СЕРГЕЕВИЧА МАКАРОВА

Карташев А.В.

Ставрополь

Ставропольский государственный медицинский институт

В следующем году исполняется 110 лет со дня рождения неординарного хирурга, ортопеда и травматолога, уроженца города Ставрополя Михаила Сергеевича Макарова. Он родился 2 октября 1906 года в городе Ставрополе. В 1931 году окончил медицинский факультет Северо-Кавказского университета в г. Ростове-на-Дону. Первое время работал хирургом на руднике «Коминтерн» Шахтинского района Ростовской области. В 1932 году служил врачом-льготником в Новочеркасском 220-м стрелковом полку, затем вновь до августа 1936 года продолжал работу на руднике. С августа 1936 по январь 1938 года заведовал хирургическим отделением в межрайонной больнице в Калаче-на-Дону. В 1938 году переехал в г. Ставрополь, где работал заведующим лечебной частью интерната физически дефективных детей. С марта 1940 года стал начальником хирургического отделения эвакогоспиталя № 1626, продолжая работать в интернате. В 1941 году, работая в эвакогоспитале, совместно с М.П. Покровской предложил и разработал метод цитологической диагностики ран методом препаратов-отпечатков, а в 1942 году Военно-санитарным управлением РККА работа «Цитология раневого экссудата, как показатель заживления ран» была издана и разослана по всем госпиталям Красной Армии. С 1 февраля 1946 года стал ассистентом кафедры госпитальной хирургии Ставропольского медицинского института. В апреле того же года защитил кандидатскую диссертацию. В 1953 году избран по конкурсу на должность доцента кафедры госпитальной хирургии. В 1962 году провел первую операцию по удалению горба, возникшего на фоне костного туберкулеза. Предложенные им методики были признаны уникальными, и сегодня они носят его имя. О М.С. Макарове писали центральные газеты и журналы, его показывали на центральном телевидении. После этого в его адрес хлынул поток писем со всей территории Советского Союза и из-за рубежа. За годы своей деятельности он провел более сорока подобных операций. В 1967 году М.С. Макаров Указом Президиума Верховного Совета СССР награжден орденом Ленина. В 1968 году решением ВАК М.С. Макарову была присуждена ученая степень доктора медицинских наук. В 1970 году М.С. Макаров избран на должность заведующего кафедрой ортопедии и травматологии, которую возглавлял до 1977 года, практически до последних дней жизни.

---

1640.ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ГЕЛЕМ ПЕКТИНА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Шевчук В. Ю., Павленко С. Г., Тарасьев А.В.

Краснодар

Кубанский медицинский институт

Проблема борьбы с послеоперационным спаечным процессом брюшной полости и связанным с ним осложнениями продолжает оставаться актуальной для общей хирургии. Общепринято, что основным этиопатогенетическим фактором формирования спаек брюшной полости является повреждение мезотелия брюшины, склеивание раневых поверхностей фибрином, выпавшим из перитонеального экссудата, и организация соединительной ткани между листками поврежденной брюшины. В связи с этим мы считаем наиболее перспективным применение средств в виде гелей, разграничивающих раневые поверхности, и

1180

вызывающие эффект гидрофлотации. Для профилактики образования послеоперационных спаек нами предложен способ, заключающийся во внутрибрюшном введении 5% геля пектина, являющегося биополимером полигалактуроновой кислоты. Гель пектина при внутрибрюшном введении псевдопластичен, не токсичен, обладает биологической устойчивостью и хорошими сорбционными свойствами. В эксперименте на лабораторных животных нами доказано сохранение этих свойств при введении в брюшную полость в течение 3-4 суток, при этом гель пектина не вызывает асептического воспаления. При введении геля пектина в брюшную полость на завершающем этапе операции развивается эффект гидрофлотации, предотвращается их склеивание раневых поверхностей фибрином с последующим формированием спаек и создаются условия для полной регенерации брюшины. Нами произведена серия экспериментов, заключающихся в моделировании спаечного процесса брюшной полости двум группам крыс линии Вистар (по 30 животных в каждой) путем травмирования брюшины. В асептических условиях под эфирным наркозом производилась лапаротомия, в рану выводился органокомплекс, состоявший из петель тонкой, толстой кишки, сальника, который обрабатывался 3% раствором калия перманганата; на передней брюшной стенке с обеих сторон иссекалась париетальная брюшина площадью 2 см<sup>2</sup> X 2 см<sup>2</sup>, в основной группе перед ушиванием лапаротомной раны вводилось 5 мл 5% геля пектина, в контрольной группе рана передней брюшной стенки ушивалась без введения препарата. В контрольной группе 6 животных погибли на 6-7 сутки от развившейся спаечной кишечной непроходимости, у 5 животных развились наружные кишечные свищи в месте припаивания петель кишечника к десерозированным участкам париетальной брюшины. Остальные животные выводились из эксперимента на 10-е сутки. В контрольной группе имело место прочное подпаивание и сращение петель кишечника с поврежденной париетальной брюшиной и послеоперационным рубцом. В основной группе только у 4 животных сформировались рыхлые сальниковые спайки с послеоперационным рубцом. Крысы подвергались аутопсии, выраженность спаечного процесса оценивали визуально и по балльной системе, при этом производили гистологическое исследование париетальной брюшины и органов по общепринятой методике с фиксацией в формалине, заливке в парафин, окраской гематоксилин-эозином и по Ван-Гизону. Выраженность спаечного процесса в основной группе составила 0,03 балла, а в контрольной группе 3,4 балла. В основной группе на 10-е сутки париетальная брюшина на десерозированных участках не отличается от интактной. В контрольной группе в местах спаек имеется коллагеновая сеть с фибробластами и фиброцитами. Приведенные результаты достоверно свидетельствуют о выраженных противоспаечных и регенераторных свойствах геля пектина.

---

1641. Нутритивная поддержка при распространенном гнойном перитоните

Белик Б.М., Родаков А.В., Абдурагимов З.А.

Ростов-на-Дону

РостГМУ

Цель работы: улучшить результаты хирургического лечения больных с неотложной гастроэнтерологической патологией, осложнённой развитием распространённого гнойного перитонита (РГП), путём применения программы раннего энтерального питания (РЭП) с учётом комплексной оценки морфофункционального состояния кишечника. Материалы и методы: в основу работы положен клинический анализ лечения 386 больных с РГП различной этиологии, осложнённым синдромом острой кишечной недостаточности (СОКН). На кафедре общей хирургии в соответствии с представлениями о патогенезе перитонита, принят обязательным комплекс лечебных мероприятий после устранения источника перитонита, включающий тотальную назоинтестинальную интубацию с проведением энтеральных методов детоксикации, включая программу РЭП. У больных с III степенью тяжести синдрома острой кишечной недостаточности мы выполняли длительную тотальную назоинтестинальную интубацию. Для интраоперационной тотальной декомпрессии кишечника применяли отечественные двухпросветные полихлорвиниловые и силиконовые зонды длиной 2,5 м и наружным диаметром 6-8 мм, с круглыми боковыми отверстиями диаметром 1,5-2,5 мм (ЗЖКС-25 ЗАО «МедСил»). У больных с I-II степенью тяжести СОКН мы выполняли длительную назоинтестинальную интубацию начальных отделов тонкой кишки (40-50 см от связки Трейца). Для этой

цели мы использовали отечественный многофункциональный двухканальный силиконовый зонд (ЗКС №21 ЗАО «МедСил»), предназначенный для аспирации кишечного содержимого, проведения тестовых исследований переваривания и всасывания и проведения РЭП. В 1-2-е сутки после операции всем больным проводилось только парэнтеральное питание. Начиная со 2-3 суток начиналась программа РЭП. Для проведения РЭП нами использовались: солевой энтеральный раствор с лечебной смесью (глутамин, пектин, гепатосан, «Дюфалак»); электролитно-мономерные смеси («Оксепа» и др.); полисубстратные сбалансированные смеси («Нутризон», «Пептамен» и др.) с обязательным добавлением полиферментных препаратов («Креон») и препарата нормальной кишечной флоры. Всем больным проведена оценка степени тяжести эндотоксикоза и СОКН по разработанной в клинике схеме. Результаты: включение РЭП в комплексное лечение больных РГП является мощным лечебным фактором, способствующим разрешению иммунодепрессии, более раннему восстановлению функций кишечника, улучшению азотистого баланса, тем самым улучшению результатов лечения, сокращения длительности интенсивной терапии. У больных отмечается более быстрое разрешение СОКН, снижение тяжести эндотоксикоза и нарушений гомеостаза, что позволило, в целом, уменьшить число послеоперационных осложнений на 9,8%, среднюю длительность пребывания больного на койке – на 2,92 суток. Выводы: программа РЭП в неотложной гастроэнтерологии должна быть основана на поэтапном введении в тонкую кишку смесей нарастающей нутритивной ценности и должна зависеть, прежде всего, от степени восстановления секреторной, переваривающей, всасывательной и моторно-эвакуаторной функций тонкой кишки. Правильное применение программы РЭП в раннем послеоперационном периоде позволяет добиться: - предотвращения атрофии слизистой оболочки и более быстрого восстановления функций желудочно-кишечного тракта; - более быстрого устранения метаболических расстройств; - коррекции водно-электролитных нарушений и гиповолемии; - коррекции нарушений питательного статуса; - профилактики и лечения бактериальной транслокации; - понижения риска инфекционных осложнений и развития полиорганной недостаточности; - иммуномодулирующего действия. Применение современных технологий в области энтерального питания позволяет достоверно снизить длительность пребывания в хирургическом стационаре, частоту послеоперационных осложнений и уровень летальности.

---

#### 1642. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

Минаев С.В., Лескин В.В., Филиппева Н.В., Исаева А.В., Качанов А.В., Загуменная И.Ю., Поташникова Е.Я., Анисимов И.Н.

Ставрополь

Ставропольский государственный медицинский университет, Российская Федерация Краевая детская клиническая больница

Острый гематогенный остеомиелит (ОГО) остается одной из актуальных проблем детской гнойной хирургии, выделяясь тяжелым течением, трудностями ранней диагно-стики и частотой неблагоприятных исходов. Цель исследования: улучшение результатов лечения ОГО в детском возрасте. Материалы и методы: В отделении гнойной хирургии краевой детской клинической больницы г. Ставрополя находилось 90 детей с острым гематогенным остеомиелитом длинных трубчатых костей. Мальчиков было 50 (55,6%), девочек – 40 (44,4%). По возраст-ту, пациенты распределились следующим образом: 3-5 лет – 16 детей (17,8%), 5-10 лет – 29 (32,2%), 10-15 лет – 45 (50,0%). Изолированное поражение кости отмечалось у 31 ребенка (34,4%), тазобедренный сустав был вовлечен в воспалительный процесс - у 26 (28,9%), коленный сустав - у 12 (13,3%), суставы другой локализации - у 21 (23,3%). Все дети были разделены на 2 группы в зависимости от сроков госпитализации. В ранние сроки (до 3-х суток) госпитализировано 29 детей (32,2%), в поздние сроки - 61 ре-бенок (67,8%). У детей первой группы септико-пиемических форм не было, у 16 детей (17,8%) из второй группы имелась септико-пиемическая форма. Всем детям выполнено оперативное лечение: остеоперфорация пораженной кости, вскрытие флегмоны. Техника оперативного вмешательства позволила не только дрениро-вать гнойный очаг, но и предотвратить пути распространения гнойных затеков. В после-операционном периоде проводилась комплексная терапия. Результаты. Хронизации

1182



процесса у детей с местной формой ОГО не отмечено в обеих группах. У детей из 2-й группы с септикопиемической формой ОГО отмечалось развитие пиемических очагов у 4 (6,6%) пациентов. Клинически в первой группе отмечалась более ранняя, чем во второй группе (в среднем на  $6 \pm 0,5$  суток) активизация больных, нормализация температуры тела, снижение СОЭ, лейкоцитоза, нормализации формулы крови. Длительность госпитализации детей из первой группы составляла в среднем 21 день, а второй - 24 дня. Выводы: Таким образом, результаты нашего исследования свидетельствуют о необходимости проведения раннего оперативного вмешательства (до 3 суток) у детей с ОГО, позволяющего избежать развития осложнений и хронизации течения воспалительного процесса.

---

1643. Результаты хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж способами ненатяжной герниопластики.

Байсиев А.Х.(1), Давыденко В.В.(1), Лапшин А.С.(1), Хаиров А.М.(2).

Санкт-Петербург

1) ГБОУ ВПО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова. НИИ хирургии и неотложной медицины. 2) СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» хирургическое отделение №6.

Введение. Протезирующая герниопластика сопровождается длительной продукцией реактивной серозной жидкости в послеоперационном периоде. Цель работы. Сравнить особенности течения раннего послеоперационного периода и отдаленных результатов при хирургическом лечении ПВГ различными методиками. Материал и методы. Исследование выполнено у 64 больных с ПВГ оперированных в клинике госпитальной хирургии №2 с 2007г по 2013г. В исследуемой группе было 44 (68,8%) женщины и 20 (31,2%) мужчин. Средний возраст пациентов составил  $61,5 \pm 5,1$ . Избыточная масса тела выявлена у 25 (39,1%) пациентов, ожирение I ст.- у 21 (32,8%), ожирение II ст.- у 4 (6,3%) и ожирение III ст.- у 2 (3,1%) больных. Большинство пациентов имели сопутствующую патологию. Во всех случаях производилось дренирование подкожной жировой клетчатки по Редону. Для оценки динамики раневого процесса всем пациентам выполнялось УЗИ области послеоперационной раны на 2-е и 10-е сутки после удаления дренажа. Для оценки отдаленных результатов, спустя 12 месяцев после операции, каждый пациент приглашался в клинику и обследовался, на предмет наличия рецидива грыжи и свища, а так же для оценки качества жизни по стандартному опроснику SF-36 Health Status Survey. В зависимости от метода выполнения ненатяжной герниопластики больные были разделены на 2 группы. Основная группа - 30 человек (46,9%) – оперированы с сохранением грыжевого мешка и расположением протеза между его лоскутами, по оригинальной методике принятой в клинике госпитальной хирургии №2. При этом протез изолировался от подкожно-жировой клетчатки лоскутом грыжевого мешка. В группу сравнения вошли 34 пациента (53,1%). Протез фиксировался к грыжевым воротам поверх апоневроза, и непосредственно контактировал с подкожно-жировой клетчаткой. Результаты исследования. В основной группе средний послеоперационный койко-день, средний срок удаления из раны дренажа, длительность скопления и количество воспалительной жидкости в ране в зоне протеза, число пункций необходимых для ее эвакуации были достоверно меньше, чем в группе сравнения. Этим можно объяснить, более легкое для больного течение послеоперационного периода, сокращение сроков госпитализации, возможность избежать экономических затрат, связанных с назначением курса антибиотикотерапии и дополнительных пункций раны у пациентов основной группы по отношению к группе сравнения. Проведенный анализ течения раннего послеоперационного периода показал, что наибольшее скопление и более длительная продукция реактивной воспалительной жидкости в зоне расположения имплантата, как в основной группе, так и в группе сравнения наблюдались у пациентов с ожирением и с сахарным диабетом. В отдаленные сроки в основной группе не наблюдалось осложнений и рецидивов, в то время как в группе сравнения было выявлено два случая хронических лигатурных свищей в зоне операции, и два случая рецидивов грыж. Качество жизни в основной группе было несколько лучше за счет физического компонента здоровья. Средние значения психического компонента здоровья сопоставимы в исследуемых группах и свидетельствуют о хорошем результате. Вывод. При выполнении ненатяжной

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

герниопластики у пациентов с ПВГ изоляция сетчатого эндопротеза от подкожной жировой клетчатки снижает частоту рецидивов, за счет уменьшения местных воспалительных осложнений области герниопластики, в раннем послеоперационном периоде и является надежной в плане предупреждения повторного образования грыж и возникновения лигатурных свищей, не снижая при этом качество жизни.

---

#### 1644.ИННОВАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Герасименко И.Н., Минаев С.В., Быков Н.И., Тимофеев С.В., Анисимов И.Н., Филиппева Н.В.

Ставрополь

Ставропольский государственный медицинский университет, Российская Федерация Краевая детская клиническая больница

Цель исследования. Использование аргон-плазменной коагуляции в обработке остаточной полости при эхинококкозе печени больших размеров. Материал и методы; На кафедры детской хирургии с курсом ДПО ГБОУ ВПО СтГМУ Минздрава России проходили лечение 15 пациентов в возрасте 5-16 лет с эхинококковыми кистами больших размеров в печени. Клиническое и общеклиническое обследование проводили с учетом эпидемиологического анамнеза. Объем визуализированных кист при ультразвуковом исследовании и рентгеновской компьютерной томографии составлял от 200 до 500 см<sup>3</sup>. Всем пациентам нами была выполнена лапароскопическая эхинококкэктомия печени. Ход оперативного вмешательства состоял в следующем. Постановка первого троакара 5 мм производилась области пупка для видеокамеры. Второй 5 мм троакар - над областью кисты. Третий троакар 12 мм (XL Jonson&Jonson) - по левому флангу живота. Вскрытие фиброзной оболочки со стенкой печени осуществляли с помощью ультразвукового скальпеля «Гармоник» и биполярной коагуляции Enseal. После извлечения хитиновой оболочки, стенки кисты обрабатывали аргон-плазменной коагуляцией, что позволяет максимально провести полное ликвидацию сколексов эхинококка. Ликвидацию остаточной полости осуществляли методом оментопластики. Результат и обсуждение: Интра- и послеоперационных осложнений в наших наблюдениях не отмечалось. Ранний послеоперационный период протекал значительно без легче по сравнению с традиционной операцией. Выводы: Таким образом лапароскопическая эхинококкэктомия с обработкой остаточной полости аргон-плазменной коагуляцией является безопасным и эффективным методом хирургического лечения больших эхинококковых кист печени у детей, что снижает риск рецидивов заболевания.

---

1645.Роль динамической объективной оценки тяжести состояния пациентов в лечении больных с острым деструктивным панкреатитом

Завражнов А.А., Бардин С.А., Пятаков С.Н.

Краснодар 2) Сочи

1) ГБОУ ВПО КубГМУ Минздравсоцразвития России. 2) ГБУЗ НИИ «Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского» 3) МБУЗ «Городская больница №4»

Цель: улучшить результаты оказания медицинской помощи больным с острым деструктивным панкреатитом в условиях многопрофильного стационара. Материалы и методы: За период с 2011 по 2014 гг. в Краевой клинической больнице №1 им. С.В. Очаповского г. Краснодара и Городской больнице №4 г. Сочи пролечено 312 больных с острым деструктивным панкреатитом, из них 192 мужчин (61,5%) и 120 женщин (38,5%). Для диагностики острого панкреатита и его тяжести использовались данные клинической картины, результаты клиничко-биохимического исследования, данные ультразвукового исследования и компьютерной томографии с определением степени поражения поджелудочной железы по Balthazar. Всем больным, находившимся на лечении в условиях реанимационного отделения, ежедневно проводилась оценка тяжести состояния по шкалам APACHE II, SOFA и ВПХ-СС. Последняя оказалась наиболее информативной и специфичной (специфичность 85%). Ухудшение состояния пациента по шкале ВПХ-СС на 10 и более баллов в течение 2 суток (в любой момент времени за период госпитализации) говорило о прогрессировании заболевания, в результате чего выполнялось дополнительное диагностическое исследование (КТ, УЗИ), и, при необходимости, оперативное вмешательство, которое производилось либо малоинвазивными (микрохирургические дренирующие операции под ультразвуковым и/или рентген-контролем), либо открытыми (оментобурсопанкреатостомия, лапаростомия) методами. Результаты: В течение 2-х суток ухудшение состояния на 10 и более баллов отмечено у 65 больных (20,8%). Данным больным было произведено дополнительное УЗИ либо КТ исследование, по результатам которого 60 больным выполнены различные оперативные вмешательства (92,3% от числа больных с ухудшением состояния). При этом доля летальных исходов для больных с явлениями ПОН на фоне гнойно-септических осложнений составила 54,2% (26 больных), что на 11,6% ниже, чем за аналогичный период без использования объективных оценочных систем. Общая летальность в исследуемой группе составила 14,7% (46 больных) – на 6,2% ниже. Выводы: использование системы ежедневной динамической оценки тяжести состояния больных позволяет объективно диагностировать прогрессирование патологического процесса до развития ПОН и своевременно выполнить оперативное вмешательство в должном объеме, что в конечном итоге проявляется в снижении частоты летальных исходов при таких тяжелых системных осложнениях как тяжелый сепсис, ПОН тем самым снизив общую летальность больных с острым деструктивным панкреатитом.

---

1646. Роль диагностической лапароскопии в диагностике и лечении острого аппендицита.

Тимербулатов М.В.(1), Ибатуллин А.А.(1), Хафизов Р.М.(2), Губа О.А.(2), Гарифуллин А.А.(2), Кулушев А.С.(2)

Уфа

(1)Башкирский государственный медицинский университет(2)ГКБ №21

Актуальность. Среди пациентов, госпитализированных в стационары неотложной хирургии, до 50% составляют больные с подозрением на острый аппендицит, при этом диагностические ошибки достигают 25%. Несмотря на появление новых методов диагностики и лечения данного заболевания, количество «напрасных» аппендэктомий при гистологическом отсутствии воспалительных изменений в червеобразном отростке составляет 17—43%. Цель исследования: определить роль диагностической лапароскопии в диагностике острого аппендицита и как метод выбора хирургического лечения. Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 1338 пациентов находившихся на стационарном лечении в отделении общей хирургии. Критерий включения: все пациенты, у которых в диагнозе звучал диагноз острый аппендицит. 1 группа: 638 больных, находившиеся на стационарном лечении в 2004 г., 279 мужчин (43,7%), 359 женщин (56,3%) 2 группа: 700 больных, находившиеся на стационарном лечении в 2014 г. 287 мужчин (41%) и 413 женщин (59%) Средний возраст в первой группе составляет 29 лет, и 32 года – во второй. В первой группе удельный вес диагностической лапароскопии составил 18%, тогда как во второй группе этот показатель составил 50,6%. Результаты: Благодаря внедрению диагностической лапароскопии удалось снизить количество катаральных форм острого аппендицита в 4 раза с 19,1% до 4,3% тем самым снизилось количество диагностических ошибок и напрасных аппендэктомий. Удельный вес лапароскопических аппендэктомий во второй группе составил 42,4% (167 операций), тогда как в первой группе

лапароскопические аппендэктомии не выполнялись. Осложнения после лапароскопических аппендэктомий составили 4,8%: послеоперационный инфильтрат – 1,8%, абсцесс брюшной полости – 0,6%, нагноение троакарной раны – 2,4%. Послеоперационные осложнения после традиционной аппендэктомии выше и составили 7,2%. Заключение. Диагностическая лапароскопия является наиболее точным методом диагностики острого аппендицита и позволяет определить оптимальный метод хирургического лечения острого аппендицита. Лапароскопическая аппендэктомия является методом выбора хирургического лечения.

---

#### 1647. ЛЕЧЕНИЕ НЭК У ДЕТЕЙ

Минаев С.В., Обедин А.Н., Киргизов И.Н., Качанов А.В., Быков Н.И., Товкань Е.А., Филиппева Н.В., Исаева А.В.

Ставрополь

Ставропольский государственный медицинский университет, Краевая детская клиническая больница

Актуальность: Диагностика и лечение некротического энтероколита (НЭК) у новорожденных остается актуальной проблемой современной детской хирургии. Это объясняется высоким процентом гнойно-септических осложнений и большой летальностью у данной группы больных. Подавляющим большинством пациентов являются недоношенные дети с массой тела менее 1500г, с задержкой внутриутробного развития. Принимая во внимание определяющую роль нарушения кровоснабжения кишечника новорожденного в патогенезе развития НЭК следует думать о том, что эффективное обезболивание может способствовать уменьшению количества осложнений и снижению летальности у пациентов с развившимся НЭК. Цель исследования: сравнить эффективность обезболивания у новорожденных с НЭК при проведении пресакральной анестезии различными препаратами. Материал и методы: При проведении двойного слепого контролируемого проспективного рандомизированного исследования за период с 2012 по 2014 год нами было пролечено 19 новорожденных с НЭК. Степень тяжести заболевания была различной: от 1б до 3а стадии по клиническим данным и в зависимости от измерения толщины стенки кишечника по данным ультразвукового исследования. В группу №1 вошли 10 новорожденных с НЭК, которым в комплексном лечении применялась разработанная нами методика пресакральной анестезии 0,5% р-ром ропивакаина из расчета 0,1 мл/кг. Группу №2 составили 9 новорожденных с НЭК, которым совместно с традиционным комплексом методов интенсивной терапии НЭК однократно проводились блокады раствором прокаина 0,25% из расчета 0,5 мл на одно введение оценивалась степень и выраженность болевого синдрома по шкале СНЕОПС при поступлении, через 2, 4, 8, 16 часов после проведения пресакральной анестезии. Конечными точками исследования являлись летальность и количество осложнений, требующих проведения оперативных вмешательств (перфорация полого органа или развитие разлитого перитонита) к исходу 3-х суток от момента установления диагноза НЭК. Результаты: При установлении диагноза НЭК уровень болевого синдрома у больных первой и второй группы был существенно выше, чем у новорожденных из группы контроля. При этом оценка по шкале СНЕОПС между группами 1 и 2 достоверно не различалась и составляла соответственно в среднем 11,7±0,028 и 12,0±0,01 балла (p=1,0). Проведении адекватного обезболивания существенно снижается периферическое сосудистое сопротивление у новорожденных, что может подтверждать теорию о том, что болевая импульсация способствует нарушению кровоснабжения кишечника у новорожденных, инициируя тем самым некротические изменения в стенке кишки. Выводы: В комплексе лечения детей с НЭК следует широко применять пресакральные блокады с раствором ропивакаина как эффективный и безопасный метод анальгезии у новорожденных с указанной патологией; использование у новорожденных с НЭК для анальгезии однократного введения в пресакральное пространство раствора прокаина нецелесообразно ввиду кратковременности действия (не более 2 часов) и малой его эффективности.

---

1648. ПРОТЕКЦИЯ СТЕППЛЕРНОЙ ЛИНИИ КАК ПРОФИЛАКТИКА ОСНОВНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РУКАВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА.

Глухов А.А., Самойлов В.С., Чвикалов Е.С.

Воронеж

ВГМА им. Н.Н. Бурденко, НУЗ "ДКБ на ст. Воронеж-1 ОАО "РЖД",

В настоящее время рукавная резекция желудка (рукавная гастропластика, продольная резекция желудка, sleeve-резекция) является одной из стандартных бариатрических операций, наряду с регулируемым бандажированием желудка, желудочным шунтированием, билиопанкреатическим шунтированием. Соотношение между этими операциями постоянно меняется, демонстрируя бурный рост выполняемых рукавных гастропластик. По данным Национального бариатрического реестра в нашей стране доля рукавной резекции желудка составляет 51% от всех выполненных по поводу морбидного ожирения вмешательств. Для рукавной резекции желудка характерны два основных осложнения: кровотечения из линии скрепочного шва и «Ахиллесова пята» данной операции - несостоятельность линии скрепочного шва. Существуют различные технические способы снижения частоты этих осложнений. Наиболее часто используется полное или частичное ушивание линии скрепочного шва, ее клипирование, использование покрытий из различных материалов. Целям одномоментной профилактики как несостоятельности линии скрепочного шва, так и кровотечений из нее максимально соответствует нанесение клеевых субстанций непосредственно на линию степплерного шва. В НУЗ «ДКБ на ст. Воронеж-1 ОАО «РЖД» лапароскопическая рукавная резекция желудка при морбидном ожирении выполнена 79 пациентам, что составило 52% от всех выполненных бариатрических операций. В 12 (15,2%) случаях линия скрепочного шва обрабатывалась нанесением клея «сульфакрилат» с использованием специально разработанной методики. При остальных 67 операциях проводилось традиционное непрерывное ушивание всей линии скрепочного шва нитью v-lus или иным шовным материалом. Остальные этапы хирургического вмешательства были стандартно одинаковыми. В группе с традиционным ушиванием линии скрепочного шва в 2 случаях возникла несостоятельность и утечка, в 3 случаях – кровотечение из достоверно невыявленного источника, потребовавшее проведения релапароскопии. Средняя продолжительность операции при использовании клеевой протекции сократилась в 1,3 раза по сравнению с ушиванием линии шва. Различий в динамике %EWL при отдаленном наблюдении в обеих группах достоверно не обнаружено. Таким образом, нанесение клея «сульфакрилат» является безопасным и эффективным способом обработки линии скрепочного шва при продольной резекции желудка, позволяющим проводить одновременную профилактику несостоятельности и кровотечений степплерной линии.

---

1649. Хирургическое лечение ректоцеле с помощью трансвагинальной леватеропластики с использованием сетчатого трансплантата

А.В. Богданов, А.В. Ощепков

Екатеринбург

ГБУЗ СОКБ №1

Нами обследованы 46 женщин страдавших переднем ректоцелем, лечившиеся в клинике с 2012 по 2015 годы. Трансвагинальная леватеропластика с использованием сетчатого импланта выполнена 40 пациенткам. Средний возраст оперированных женщин составил 48 лет. У пациенток причиной ректоцеле являлась

травма промежности в родах. 36 женщин страдали 2 степенью ректоцеле и у 4 пациенток отмечалась 3 ст. Критериями к применению оперативной тактики явились: неэффективность консервативной терапии нарушений опорожнения прямой кишки и применение пациентами ручного пособия при дефекации. Выполняли лирообразный разрез слизистой, острым путем отсепаровывали ограниченный разрезом лоскут, затем тупым и острым путем выделяли разошедшиеся мышцы леваторов прямой кишки в латеральные стороны раны, после этого избыточную переднюю стенку ампулярного отдела прямой кишки гофрировали отдельными узловыми викриловыми швами, далее выкраивали по размеру дефекта Н-образный трансплантат, который устанавливали в ткани ректовагинальной перегородки до тазовой брюшины, выделенные волокна мышц леваторов сшивали между собой рассасывающимся шовным материалом, далее из мышц влагалища выкраивали мышечные лоскуты, которые переводили на питающей ножке во фронтальную плоскость и противоположные стороны сшивали между собой рассасывающимся шовным материалом над сетчатым трансплантатом, ушивали слизистую влагалища и перианальную кожу непрерывным швом. После оперативного лечения женщины находились в стационаре в среднем 5 суток. Ближайшие результаты отмечались в сроке от 1 до 3 месяцев. Хорошие результаты отмечены у 39 пациенток. Осложнений оперативного вмешательства не отмечено ни у одной пациентки. Трансвагинальная леватеропластика с применением сетчатого трансплантата относится к ненапряжным видам аллопластик мышечного каркаса прямой кишки и применима при переднем ректоцеле 2 и 3 ст.

---

1650. Эволюция хирургического лечения огнестрельных проникающих ранений груди, полученных в боевых условиях

Брюсов П.Г.

Москва

Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко

Огнестрельные проникающие ранения груди (ОПРГ) в современных войнах и военных конфликтах остаются наиболее тяжелым видом боевой травмы, характеризующимся высокой летальностью на поле боя, достигающей 30%. Создание системы авиамедицинской эвакуации привело к сокращению сроков доставки раненых в госпитали до 2-6 часов, в результате чего количество доставляемых на этот этап эвакуации тяжелораненых существенно возросло. При тяжелых ОПРГ выбор оптимальной хирургической тактики представляет определенные трудности. Традиционно выполнялась торакотомия, что преследовало цель как завершающей диагностики, так и окончательного лечения. Но такой тактики сегодня придерживаются все меньше клиник и больниц, предпочитая эндовидеохирургический подход. Проследить эволюцию хирургического лечения огнестрельных проникающих ранений груди можно при оценке опыта лечения раненых в двух военных конфликтах, в которых участвовала Россия. Произведено сравнение результатов лечения 1920 раненых в грудь в войне в Афганистане (1979-1989) и 367 – в военном конфликте на Северном Кавказе (1994-1996). При огнестрельном ранении груди многоэтапная система оказания медицинской помощи, принятая в Афганистане, сменилась в Чечне двухэтапной, при которой раненые доставлялись к специалисту в многопрофильный военный госпиталь, развернутый в зоне боевых действий. В Афганистане на первоначальном этапе войны частота торакотомий достигала 18%. Но при этом у каждого пятого оперированного раненого развивалась тяжелая послеоперационная эмпиема плевры. К завершающему периоду войны стала доминировать концепция максимального ограничения широких торакотомий, частота которых не превышала 10-12%. При анализе всего материала было установлено, что при неотложных и срочных торакотомиях в 72,3% случаев осуществлялись операции небольшого объема (ушивание ран легкого – в 44,6%, атипичная резекция легкого – в 27,7%), при отсроченных и поздних операциях объем таких операций был еще больше – 87% (плеврэктомия и декорткация легкого, удаление свернувшегося гемоторакса, удаление инородных тел, атипичная резекция легкого). Именно эти операции в последующем стали основными в развитии нового направления в торакальной хирургии – эндовидеохирургического. Первую операцию при травме груди с помощью оперативной видеоторакокопии (ОВТС) в мирное время выполнил М.Г. Ochsner (1993), что послужило толчком к бурному развитию метода

в клиниках США и Европы. Внедрение новых технологий в торакальной хирургии привело к тому, что к 1995 году и в ГВКГ им. Н.Н.Бурденко был освоен метод ОВТС. Военный конфликт на Северном Кавказе дал стимул к развитию данного направления и в военно-полевой хирургии. Метод ОВТС был впервые применен в 1996 г. при оказании специализированной хирургической помощи раненым в 238 военном госпитале (первый эшелон специализированной медицинской помощи). Для этого с помощью фирмы Auto Suture был собран первый полевой эндхирургический видеоконкомплекс и в ВГ убыла специализированная группа из 4 человек. В течение двух месяцев ОВТС выполнена у 14 тяжелораненых с хорошим исходом. Метод ОВТС оказался малотравматичным и высокоэффективным способом лечения ОПРГ и во многих случаях заменил широкую торакотомию, частота которой на сплошном потоке раненых была снижена до 4,8%. С помощью ОВТС производилось большинство внутригрудных вмешательств, еще недавно выполнявшихся с помощью торакотомного доступа: резекция и ушивание ран легкого, остановка кровотечения, удаление массивного свернувшегося гемоторакса, костных фрагментов, пуль, осколков, а также хирургическая обработка ран грудной стенки со стороны плевральной полости. В войне в Афганистане частота гнойных осложнений составила 21,8%, в Чечне – 14,7%, а летальность соответственно 16,2% и 8%. При применении ОВТС не было ни одного случая гнойного осложнения или летального исхода. Установлены существенные преимущества видеоторакоскопии перед торакотомией, проявляющиеся в меньшей травматичности операции, благоприятном течении послеоперационного периода, лучших результатах лечения и значительном сокращении сроков лечения раненых. В результате была пересмотрена современная концепция лечения огнестрельных проникающих ранений груди и оперативная видеоторакоскопия при некардиальных ранениях признана альтернативой широкой торакотомии, которую можно применять уже в госпиталях 1-го эшелона специализированной медицинской помощи. В последующем метод ОВТС был применен при выезде российского полевого госпиталя в Югославию (1999-2000), на кафедре военно-полевой хирургии ВМедА был собран отечественный усовершенствованный полевой эндхирургический видеоконкомплекс, с которым хирурги выезжали на Северный Кавказ (1999-2002) и активно оперировали. В настоящее время ОВТС повсеместно используют хирурги внутренних войск МВД. Сегодня пришло время определить место ОВТС (video-assisted thoracoscopic surgery) при оказании помощи раненым на войне - на каком этапе, кем и по каким показаниям она должна выполняться. При этом ОВТС не заменяет традиционную хирургическую тактику у раненых с абсолютными показаниями к торакотомии (их 10). Эндоскопической техникой при ранениях груди должен владеть и свободно выполнять операции хирург с опытом работы и в открытой ургентной торакальной хирургии и в эндоскопической, умеющий своевременно выполнить конверсию в торакотомию, что свидетельствует о благоразумии и опыте хирурга. Показания к широкой торакотомии устанавливаются только у 5-10% раненных в грудь. Остальные 90% раненых могут подвергаться при стабильной гемодинамике ОВТС, а не лечиться с помощью трубчатой торакостомы. Таким образом, речь идет о необходимости развития эндоскопических навыков у всех военных торакальных хирургов, что требует обучения и постоянной практики. А также о необходимом оснащении отделений торакальной хирургии всем необходимым и готовности применить эти навыки при оказании помощи раненым в боевой обстановке.

---

#### 1651.РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ И ПРИОБРЕТЕННЫМ КОРОТКИМ ПИЩЕВОДОМ.

Борота А.В. (1), Совпель О.В. (1), Мате В.В. (2)

Донецк

1) Кафедра общей хирургии №1 Донецкого национального медицинского университета им.М.Горького2) Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение

Цель работы- улучшить результаты хирургического лечения больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) в сочетании с приобретенным коротким пищеводом (ПКП) . Материалы и методы. С 2011 по 2014 год в ДоКТМО прооперирован 51 пациент с диагнозом ГПОД, у которых интраоперационно

выявлено укорочение пищевода II степени. Всем больным выполнена лапароскопическая фундопликация по Nissen. Контрольную группу составили 23 (45.1%) пациента, которым операция Nissen была дополнена билатеральной ваготомией, Исследуемую группу составили 28(54.9%) больных, которым при установлении диагноза «короткий пищевод» произведена лапароскопическая операция Nissen-Collis. Группы сформированы путем ретроспективной рандомизации, исходя из этапов накопления опыта выполнения подобных операций. У этих больных проводился анализ послеоперационных осложнений, а также изучалось качество жизни для чего использована шкала GIQLI (Gastrointestinal Quality Life Index). В нашем исследовании с помощью индекса GIQLI мы провели оценку общего состояния больных ГЭРБ до операции и после оперативного вмешательства. Также показатели качества жизни больных исследуемой и контрольной групп сравнивались с аналогичными показателями больных после выполненной операции Nissen при неосложненном течении заболевания. Оценка полученных результатов. В послеоперационном периоде через 12 мес. у 7 (25.9%) пациентов контрольной группы диагностирован рецидив заболевания. При выполнении повторных операций у всех пациентов этой группы причиной рецидива являлся «slippage syndrome». Миграции манжетки в средостение у пациентов этой группы не установлено. Ретроспективный анализ самой технологии удлинения пищевода путем билатерального пересечения стволов блуждающих нервов при выявлении короткого пищевода II степени показал недостаточную эффективность данного технического приема, в результате которого полученная длина абдоминального сегмента составляла  $3 \pm 1,2$  см. при необходимой длине - 5см. Кроме того, у 8(34.8%) пациентов отмечена атония желудка с нарушением эвакуаторной функции. В 3 случаях потребовалось выполнение дренирующей операции - лапароскопической пилоропластики. В исследуемой группе осложнений в раннем послеоперационном периоде нами не отмечено. Также мы не отмечали в исследуемой группе рецидивы заболевания. До операции у всех пациентов гастрининдекс (ГИИ) был снижен и равен  $83,3 \pm 3,7$  балла. В контрольной группе пациентов, после выполнения билатеральной ваготомии, выявлено снижение значений GIQLI –  $94,2 \pm 5,8$  баллов (больные после выполненной пилоропластики исключены из группы изучения функциональных результатов). Средний уровень GIQLI после операции Nissen-Collis был равен  $120,3 \pm 4,8$  балла и достоверно коррелировал с показателями операции Nissen, выполненной при неосложненном течении ГЭРБ. Выводы. Операцией выбора, при коротком пищеводе II степени является лапароскопическая операция Nissen-Collis. Не увеличивая удельный вес послеоперационных осложнений, является фактором профилактики возникновения рецидива, позволяет добиться удовлетворительного качества жизни после операции.

---

1652.Трансабдоминальная холедоскопия в диагностике и лечении патологии желчевыводящих путей.

Курбангалеев А.И.,Фасхутдинова Г.Т.

Казань

Казанский государственный медицинский университет

Цель работы: оценить эффективность холедохоскопии в диагностике и лечении патологии внепеченочных желчных путей. Материалы и методы: Выполнено 271 холедохоскопий. Из них 233 исследования выполнены при лапароскопическом доступе, 31 при лапаротомии и 7 холедоскопий проведено через фистулу. Интраперационная холедохоскопия проводилась у всех больных с обоснованным подозрением или доказанным холедохолиазом, механической желтухой неясной этиологии, билиарным панкреонекрозом, холангитом. При проходимом пузырьном протоке, нормальном или незначительно расширенном холедохе до 10-12 мм, малых размерах камня до 5-6 мм холедохоскопию осуществляли через пузырьный проток, который при необходимости предварительно бужировался. При чрезпузырном доступе использовали уретенонефроскоп «Olimpus» диаметром 3,3 мм. При необходимости доступ расширялся с переходом на стенку холедоха, что давало возможность использовать 5 мм холедохоскоп и соответствующие инструменты. Расширение холедоха более 12 мм, наличие крупного конкремента, множественных конкрементов были показаниями к проведению холедохоскопии через супрадуоденальную холедохотомию. При холедохоскопии проводились бактериологическое исследование желчи, морфологическое исследование



слизистой холедоха. Удаление конкрементов при холедохоскопии проводилась с помощью корзинки Dormia или зондом Фогарти, небольшие фиксированные в терминальном отделе камни «выдавливались» в 12-перстную кишку. При несоответствии диаметра инструмента манипуляционному каналу холедохоскопа экстракция камней выполнялось «вслепую» с последующим холедохоскопическим контролем. Проходимость в 12 перстную кишку определялась визуально с помощью бужей или зондов. Коррекция стеноза проводилась одновременно путем атнеградной папиллотомии, ретроградной папиллотомии, антеградной баллонной дилатации. После диагностической чрезпузырной холедохоскопии при отсутствии патологии дренирования желчевыводящих путей не проводилось. Во всех остальных случаях после манипуляций внутри протоков проводилось наружное дренирование по Холстеду-Пиковскому с ушиванием холедохостомического отверстия или по Вишневному. Лапароскопический ХДА наложен у 12 больных. Результаты. При лапароскопическом доступе холедоскопию не удалось провести у 2 пациентов из-за выраженных инфильтративных изменений. При открытом оперировании холедохоскопия была возможна во всех случаях. Холедохолитиаз был обнаружен у 228 пациентов, стеноз терминального отдела с последующей его коррекцией у 56 больных, структура у 3 пациентов, гнойно-фибринозные формы холангита обнаружены 83 случая, онкопроцессы с морфологическим подтверждением выявлены в 21 случае. Резидуальный камень после холедоскопии был оставлен только у 1 (0,3%) пациента. Умерло 2 (0,73%) больных. Заключение: Трансабдоминальная холедохоскопия является доступным, безопасным и высокоэффективным методом диагностики и лечения патологии желчных протоков. Наиболее высокая эффективность метода при лапароскопическом лечении холедохолитиаза.

---

1653.К вопросу о выборе метода хирургического лечения цистного эхинококкоза печени

Лукманов М.И., Нартайлаков М.А.

Уфа

Башкирский государственный медицинский университет

После оперативного лечения цистного эхинококкоза печени рецидив заболевания, по данным разных авторов, составляет 3 – 50%. Столь широкий разброс показателя частоты рецидивов может быть обусловлен разными причинами, в том числе и правильностью выбора метода хирургического лечения. В настоящее время часто продолжают использовать традиционные оперативные вмешательства (эхинококкэктомия, перичистэктомия, удаление кисты путем резекции печени), а также новые сохраняющие, минимально инвазивные методики. В основе показаний к выбору тактики операции лежат ультразвуковые, магнитно-резонансные признаки состояния эхинококковых кист. Однако остается мало изученным вопрос о значимости определения природы происхождения рецидива в выборе тактики хирургического вмешательства. В организме человека могут развиваться имплантационные, метастатические, реинвазивные, резидуальные по природе происхождения рецидивные кисты. Ряд авторов предлагают шире использовать резекционные технологии, поскольку считают, что основным фактором развития рецидива является имплантационная киста. В то же время есть мнение, что частой причиной рецидива становится реинвазивная киста и поэтому рекомендуют с осторожностью относиться к повышению радикальности оперативного вмешательства. Разработка способа для установления природы происхождения рецидивной кисты является существенной в выборе метода хирургии эхинококкоза печени. В последние десятилетия на основании молекулярно-генетических исследований были определены внутривидовые варианты (штаммы) *Echinococcus granulosus*: G1 - общий, домашних овец (common, domestic sheep), G2 - тасманийских овец (Tasmanian sheep), G3 - буйволов (buffalo), G4 лошадей (horse), G5 крупного рогатого скота (cattle), G6 - верблюдов (camel), G7 - свиней (pig), G8 - оленей, «северная» форма (cervid 'northern form'), G9 - людей (human), G10 - скандинавских оленей (Fennoscandian cervid). Внутри каждого штамма выявлены также генетически полиморфные варианты. Использование сравнительного анализа ДНК первичной и рецидивной кист, позволит выявить их сходство (или различие), и таким образом дифференцировать причину возникновения рецидива. Для этого можно применить анализ маркерного фрагмента генов, кодирующих цитохромоксидазы с и b (cox1-3 и cob), никотинамиддегидрогеназы (nad1-6), аденозинтрифосфатазы (atp6,

8), рибосомную РНК (rnl, rns) и фрагменты транскрибирующихся спейсеров ядерной ДНК (ITS1, ITS2) у изолятов *E. granulosus*.

---

1654. Доброкачественные опухоли толстой кишки: возможности эндоскопического лечения

Шитиков И.В., (1) Галин В.А., (1) Кабанов О.П., (1) Дмитриев А.В. (2)

Ростов-на-Дону

1) МБУЗ Городская больница №20 2) Ростовский государственный медицинский университет

Актуальность. Удаление доброкачественных опухолей ободочной и прямой кишки эндоскопическим способом приобретает всё большую актуальность. Это обусловлено совершенствованием эндоскопического оборудования, малоинвазивностью вмешательства, ранней реабилитацией больных, а также эффективностью лечения. На современном этапе развития медицины эндохирургическое удаление доброкачественных новообразований толстой кишки позволяет в большинстве случаев заменить традиционные оперативные вмешательства. Цель. Оценка эффективности эндоскопического удаления доброкачественных опухолей ободочной и прямой кишки. Материалы и методы. Проанализировано 78 клинических случаев с доброкачественными опухолями толстой кишки, находящихся на стационарном лечении в МБУЗ "Городская больница № 20 города Ростова-на-Дону. Всем пациентам выполнено эндоскопическое удаление новообразований. Период наблюдения составил с 2011 по 2014 гг. В исследуемой группе было 32 мужчин (41 %) и 46 женщин (59 %) в возрасте от 10 до 82 лет (45,2±5,4). Размеры опухоли были более 30 мм в диаметре. Максимальный размер составлял 65 мм. Всем больным в предоперационном этапе выполнялась диагностическая видеокOLONOSКОПИЯ с мультифокальной биопсией для исключения малигнизации процесса. Операцию выполняли колоноскопами Olympus 180-й серии (Япония), инъекторами и диатермическими петлями фирмы Olympus (Япония) и Endo-Flex (Германия), электрохирургическим блоком ЭХВЧ 350 (Россия). Использовался общепринятый способ эндоскопической диссекции слизистой оболочки толстой кишки. При гистологическом исследовании макропрепарата ни в одном случае не выявлен злокачественный процесс. Всем больным в послеоперационном периоде назначался постельный режим, анальгетическая и гемостатическая терапия. С целью контроля зоны оперативного вмешательства проводились плановые эндоскопические обследования с целью раннего выявления рецидива опухоли. Результаты и их обсуждение: за анализируемый период было выполнено 28 (35,9 %) манипуляций в прямой кишке, 33 (42,3 %) - в сигмовидной кишке и 17 (21, 8 %) - в остальных отделах толстой кишки. Все образования были удалены фрагментарно. У 11 (14,1 %) пациентов были зарегистрированы осложнения в виде кровотечений с последующим эндоскопическим гемостазом в виде клипирования. В 4 случаях (5,1%) данное осложнение привело к приостановке дальнейшей манипуляции и, как следствие, к двухэтапному удалению образования. У 3 пациентов (3,8 %) наблюдался рецидив новообразования в сроки от 3 месяцев до 1 года, в связи с чем, было произведено повторное эндоскопическое удаление. Динамическое наблюдение проводилось через 1, 3, 6 и 12 месяцев, 2-й год - каждые 6 месяцев, а в дальнейшем - 1 раз в год. Подобное диспансерное наблюдение повышает шанс выявлять рецидив опухоли в самом начале ее развития, что позволяет своевременно выполнять повторные вмешательства, тем самым улучшая отдаленные результаты лечения. Выводы: Эндохирургическое удаление доброкачественных опухолей толстой кишки при видеокOLONOSКОПИИ является эффективным методом лечения, что позволяет в ряде случаев избежать традиционного оперативного пособия. Активное диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими эндоскопическое вмешательство, позволяет выявлять рецидивы опухоли на самых ранних стадиях развития.

1655.Десятилетний опыт хирургического лечения морбидного ожирения в условиях отделения общей хирургии, осложнения, ошибки.

Гладкий Е.Ю.(1), Гладкая Е.А.(2)

Краснодар

1.НУЗ ОКБ на ст. Краснодар ОАО "РЖД"2.ГБУЗ НИИ "ККБ №1 им. проф. С.В. Очаповского"

Среди заболеваний, угрожающих здоровью человечества и продолжающих свой неуклонный рост в 21 веке, ожирение является актуальной мультидисциплинарной проблемой. Усилия в решении данной проблемы объединяют многие специалисты- диетологи, психотерапевты, эндокринологи, микробиологи, фармацевты, гастроэнтерологи. Однако лечение морбидного ожирения остается приоритетом бариатрических хирургов. С 2005 по настоящее время в стационаре проходили бариатрическое лечение 234 больных с морбидным ожирением. Из них 87 мужчин и 147 женщин. В возрасте от 18 до 65 лет. МТ пациентов варьировала от 87 до 230 кг. ИМТ составил от 35 до 73 кг/м<sup>2</sup>. Установка баллонов была осуществлена у 48 больных (жидкостные баллоны фирмы ВІВ-Allergan, США, АМИ- Австрия, баллоны с воздушным наполнением- Helioscopie, Франция, GAMED, Россия, МЕДСИЛ, Россия), субъективных различий между жидкостным и воздушным наполнением баллоном с точки зрения пациентов не отмечалось. У 40 больных баллонирование желудка применялось как подготовительный этап к последующим бариатрическим операциям, у 8 больных - как самостоятельное лечение ожирения, причем у 3 больных это было последовательное 2-х кратное баллонирование желудка, через 2 недели после удаления первого баллона. Под наркозом осуществлена установка 14 больным, остальным баллоны устанавливались под местной анестезией. Удаление баллонов осуществлялось только под наркозом. Средняя потеря массы тела в данной группе составила 29,4% от избыточной массы тела. У этой категории пациентов имели место следующие осложнения (6,25%): перфорация баллона – 3 пациента, у одной больной перфорированный баллон вызвал кишечную непроходимость, которая разрешена оперативным путем. У одного пациента- стойкая не купирующаяся рвота в течение 7 дней, после чего баллон удален. Летальности в данной группе больных не было. 64 больным осуществлено бандажирование желудка (использованы бандажи SAGB VC Velociti, Джонсон-и-Джонсон, Швейцария; АМИ - Австрия; Гелиогаст, Helioscopie, Франция; LAP-BAND, Allergan, США). У 62 пациентов операция завершена лапароскопически. Одной больной со спаечным процессом изначально бандажирование выполнялось после выполнения лапаротомии, адгезиолизиса. У одного больного на фоне кровотечения выполнена конверсия, гемостаз, установка бандажа. Средняя потеря массы тела после регулировок через год составила 43,3% от избыточной массы тела. При обследовании больных через 5 лет наблюдался некоторый возврат веса, которое составило около 4,5%. Из осложнений (12,5%) были отмечены: нагноение порта - 2 случая, негерметичность манжеты с подтеканием физиологического раствора - 2 случая, слиппейдж-синдром - 4 случая (у одного пациента осложнение ликвидировано консервативным путем, в двух случаях – лапароскопически путем удаления манжеты, в одном случае манжета была лапароскопически переустановлена). Умер один больной - 1,6%. У 11 больных выполнено билио-панкреатическое шунтирование, в 9 случаях по Гесс-Марсо, в 1 одном случае по Скопинаро, все больные были с «метаболическим синдромом», операции осуществлены лапаротомным доступом. Общую петлю оставляли на протяжении 80 см. Средняя потеря массы тела через год составила 93,4%. Осложнений и летальности в данной группе больных не было. Все больные находятся под наблюдением, с применением заместительной терапии. У 74 больных осуществлена операции Sleeve-1, в данной группе больных отмечено 1 осложнение- несостоятельность скрепочного шва в области угла желудка, с образованием абсцесса левого поддиафрагмального пространства, потеря массы тела через год составила 72,1 %, у 34 больных осуществлена Sleeve-2, осложнений не было, средняя потеря массы тела составила через год 63 %. Осложнений и летальности не было. У 2- х больных выполнено гастрощунтирование. Средняя потеря массы тела составила 86%. Осложнений и летальности не было. В начале освоения бариатрической хирургии выполнено 1 еюно-илеощунтирование, потеря массы тела составила 53%, больная находится под наблюдением, с применением заместительной терапии. Таким образом, наш опыт проведения бариатрических операций позволяет отметить следующее: 1. В группе больных с бандажированием желудка получено самое большое количество жалоб, осложнений, летальность, что подразумевает пересмотр показаний к данному виду рестриктивного вида вмешательства, в сторону выполнения Sleeve-1 и Sleeve-2. 2. Баллонирование желудка в условиях нашей клиники осуществляется, в большинстве случаев, как подготовительный этап к последующему этапу хирургического лечения, в основном у больных с ИМТ выше 50 кг/м<sup>2</sup>, а также с тяжелой сопутствующей патологией, не позволяющей осуществить одномоментное

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

оперативное лечение. 3. Больным с ИМТ>50 кг/м<sup>2</sup>, а также больным с метаболическим синдромом необходимо выполнение комбинированных шунтирующих операций.

---

#### 1656.ТЕЛЕКОНФЕРЕНЦИИ – КАК СПОСОБ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ПОЛИТРАВМОЙ

Завражнов А.А.(1), Блаженко А.Н. (2), Боско О.Ю. (1), Шевченко А.В. (2), Муханов М.Л. (1)

Сочи, 2) Краснодар

1) МБУЗ "Городская больница №4", 2) ГБУЗ НИИ "Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского"

Актуальность. В Краснодарском крае внедрена региональная «травмосистема» (этапное оказание медицинской помощи пострадавшим с политравмой), которая объединяет ГБУЗ «НИИ ККБ №1 им. профессора Очаповского» и 50 ЛПУ (травмоцентров II и III уровня) края. Цель. Улучшить работу региональной «травмосистемы» путем использования возможностей телемедицины. Материал и методы. Около 80% пострадавших с политравмой в Краснодарском крае первоначально госпитализируют в травмоцентры II и III уровня. После устранения жизнеугрожающих последствий травмы, сведения о пострадавшем (выполненном обследовании и лечении) сообщают в отделение санитарной авиации регионального многопрофильного стационара и заносят в региональный регистр пострадавших с политравмой. С марта 2013 г. по май 2014 г. произведен телемедицинский клинический разбор 47 из 1259 пострадавших, занесенных в краевой регистр политравмы. Средняя тяжесть повреждений по шкале AIS/NISS у них составила 36,6±5,7 баллов. В результате телеконференций принималось решение о необходимости перевода в региональный многопрофильный стационар «от себя» (1), выезде специализированной бригады медицинской помощи с эвакуацией пострадавшего «на себя» (2) и продолжении лечения в стационаре первичной госпитализации (3). Результаты. Все травмоцентры II, III уровня Краснодарского края в ходе телеконференций были разделены на 7 групп по принципу смежного расположения (от 6 до 9 ЛПУ в каждой группе). Клинический разбор главные специалисты края проводили с участием заместителей главных врачей по лечебной работе ЛПУ, заведующих профильных отделений и/или врачей, принявших пострадавшего (ими производился доклад об особенностях оказания помощи). Все участники телеконференции из других ЛПУ давали оценку уровню оказания помощи и вносили предложения о способах и возможностях устранения выявленных дефектов диагностики и лечения. Завершали телеконференцию лекцией одного из ведущих специалистов многопрофильного стационара, посвященной проблемам лечения обнаруженных повреждений.

---

#### 1657.Лапароскопические вмешательства при острой патологии тонкой и толстой кишки

Егиев В.Н., Лебедев И.С., Самойлов А.В.

Москва

Городская клиническая больница №1

Работа основана на анализе клинических наблюдений 20 пациентов, находившихся на обследовании и лечении по поводу острой патологии тонкой и толстой кишки в ГКБ№1 им. Н.И. Пирогова в период с 2014 по 2015 годы. Больные были разделены на три группы. В первую группу вошли пациенты с дивертикулярной болезнью толстой кишки, с перфорацией дивертикула. В эту группу вошли 5 пациентов (0 мужчин, 5 женщин), средний возраст  $61,8 \pm 12,7$ . Вторую группу составили 5 пациентов (2 мужчин, 3 женщины), средний возраст  $54,8 \pm 16,9$  с острой спаечной кишечной непроходимостью. Третья группа - обтурационная кишечная непроходимость опухолевого генеза. В эту группу вошли 10 пациентов (6 мужчин, 4 женщины), средний возраст  $68,5 \pm 12,77$ . 1. Пациентам с острой спаечной кишечной непроходимостью выполнялся лапароскопический адгезиолизис, в двух случаях выполнена дополнительно миналапаротомия для ушивания десерозированной кишки. Осложнений в раннем послеоперационном периоде не выявлено. 2. Пациентам с дивертикулярной болезнью толстой кишки выполнялось лапароскопическое ушивание перфорации дивертикула в двух случаях. В двух случаях проведена конверсия с выполнением операции Гартмана. Один из этих случаев в дальнейшем потребовал выполнение этапной санации, ликвидации лапаростомы. В одном случае произведено вскрытие абсцесса. У троих из пяти пациентов выявлен фибринозно-гнойный перитонит. Всем пациентам было выполнено дренирование брюшной полости. Осложнений в раннем послеоперационном периоде не выявлено. 3. Пациентам с обтурационной кишечной непроходимостью опухолевого генеза в 6 случаях выполнена лапароскопически ассистированная правосторонняя гемиколэктомия (эксракорпоральное наложение анастомоза), в одном – левосторонняя, в одном – резекция поперечно-ободочной кишки, в двух – резекция сигмовидной кишки. В двух случаях проводилась конверсия. В одном случае потребовалось выведение илеостомы, в одном – трансверзостомы, в одном – илеотрансверзостомы. У одного из пациентов по поводу ранней спаечной кишечной непроходимости выполнена релапаротомия, адгезиолизис через 8 дней после первого оперативного вмешательства. Таким образом, больные с перфорацией дивертикулов толстой кишки, с острой спаечной кишечной непроходимостью, с обтурационной кишечной непроходимостью опухолевого генеза должны рассматриваться с точки зрения выполнения лапароскопических вмешательств в экстренном порядке. Современные хирургические технологии позволяют успешно оперировать больных с подобными патологиями, которые ранее считались операбельными только открытым доступом.

---

#### 1658. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОТКРЫТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ГОЛЕНИ И ОБШИРНЫМИ ДЕФЕКТАМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВАКУУМНОГО ЗАКРЫТИЯ РАН

Хунафин С.Н.(1), Блинов А.В.(2), Кунафин М.С.(1), Холкин С.А.(2)

Уфа

1) Башкирский ГМУ, 2) ГКБ №18 г.Уфы

Открытые переломы голени преобладают среди открытых повреждений длинных трубчатых костей, составляя, по данным разных авторов от 54,6 до 78%. Лечение открытых переломов представляет проблему из-за высокого уровня развития инфекции (>50 %), длительного заживления, замедленного сращения перелома, развития ложных суставов и вторичных ампутаций. Открытые переломы являются тяжелыми, но редкими травмами с высоким риском тяжелых осложнений и инвалидности. Целью нашей работы явилось определить эффективность методики вакуумного закрытия ран при открытых переломах голени у пациентов с большой вероятностью неблагоприятного прогноза (ампутации конечности) и внедрить ее в травматологическом отделении ГКБ№ 18 г. Уфы. Материалы и методы: за период 2013-2014гг. нами было пролечено 6 пациентов с открытыми переломами типа IIIA и IIIB по Gustilo/Anderson с обширными дефектами мягкой тканей (более 10 см) у которых была высокая вероятность неблагоприятного исхода (вторичная ампутация). После хирургической обработки и обильного промывания ран (до 9 л физиологического раствора), стабилизации переломов стержневыми аппаратами внешней фиксации, раневая поверхность заполнялась простерилизованной автоклавируемой поролоновой губкой, вырезанной по размерам раны. Рану герметично заклеивали хирургической пленкой со встроенной в нее трубкой, подключенной к дренажному отсасывателю В40А (Россия), обеспечивающему постоянное отрицательное

давление -125 мм.рт.ст. Смена повязок проводилась каждые 48 часов, во время которых проводилось промывание и при необходимости выполнялась вторичная хирургическая обработка. Дефекты костной ткани устранялись с помощью костной аутопластики из крыла подвздошной кости по Раріеаи, либо путем острого укорочения в аппарате Илизарова с последующим удлинением. Дефекты кожи диаметром до 5 см закрывались самостоятельно, при больших размерах дефекта кожи использовалась свободная кожная пластика расщепленным лоскутом. С первого дня лечения проводилась эмпирическая антибиотикотерапия антибиотиками широкого спектра действия (меропенем, тиенам, ванкомицин), в дальнейшем – антибиотикотерапия с учетом результатов бактериологических посевов до получения отрицательных результатов. Фиксация в аппаратах внешней фиксации (стержневые, спицестержневые) проводилась до рентгенологического подтверждения сращения перелома. Результаты: У всех пациентов наблюдалось ускоренное закрытие ран без признаков хронической инфекции. Сращение переломов с сохранением оси конечности достигнуто в сроки от 7 до 13 мес. У одного пациента осталось укорочение голени на 4 см. От операции по удлинению пациент отказался. Все пациенты способны ходить без дополнительной опоры на расстояние более 500м. За последние 2 года в отделении не отмечено ни одного случая вторичной ампутации конечности, тогда как до внедрения данной методики - подобное осложнение встречалось у 14% пациентов с обширными дефектами мягких тканей при открытых переломах голени. Заключение: Таким образом, данная методика позволила ускорить заживление больших дефектов мягких тканей, сохранить конечность, снизить число вторичных ампутаций и может быть использована в условиях как травматологического, так и хирургического отделения. В настоящее время в Республике Башкортостан отсутствуют учреждения для лечения осложненной травмы, нет системы долечивания больных. Создание отделения осложненной травмы, внедрение методов вакуумной терапии в травматологических отделениях позволит улучшить показатели лечения пациентов с обширными дефектами мягких тканей при открытых переломах трубчатых костей.

---

1659.Подход к выбору способа оперативного лечения паховых грыж в ГБ №4 г. Сочи

Завражнов А.А., Козлов М.И., Пятаков С.Н., Боско О.Ю., Лютов А.А., Ралко С.Н., Бардин С.А.

Сочи

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздравсоцразвития РоссииМБУЗ «Городская больница №4»

Тактика в выборе оперативного лечения паховых грыж передней брюшной стенки определяется современным подходом к этой проблеме. Техническое оснащение стационара и мануальные навыки хирургов позволяют применять лапароскопический метод в лечении паховых грыж. За последний год нами пролечено 274 пациента с паховыми грыжами. Соотношение между «открытыми» вмешательствами (грыжесечение с пластикой по Лихтенштейну) и лапароскопическими составило 1:3 (72 пациента прооперировано из «открытого» доступа, 202 – лапароскопически). При допустимых степенях анестезиологического риска предпочтения всегда отдаются миниинвазивным методикам. Определенным «золотым» стандартом в нашей клинике стала TAPP – пластика при паховых грыжах (трансабдоминальная преперитонеальная пластика). При освоении методики полипропиленовый трансплантат в паховом промежутке всегда фиксировался герниостеплером. В последнее время при небольших паховых грыжах мы свободно укладываем полипропиленовую сетку без фиксации, а париетальный листок брюшины ушивается интракорпоральным швом. Отказ от фиксации сетки сокращает число случаев послеоперационного болевого синдрома. Сроки пребывания пациентов в случаях, когда применялась миниинвазивная методика составили 3+1 к/д. Частота рецидивирования при этом составила 0,15%. «Открытый» способ лечения паховых грыж применялся в основном у пациентов старческого возраста при наличии сопутствующей патологии, а также при отказе пациентов от эндотрахеальной анестезии со средним сроком госпитализации 5+1 к/д и долей рецидивов 1,2%. Выводы: Быстрый восстановительный период пациентов, низкий процент рецидивов, короткое пребывание пациентов в стационаре. Все это позволяет считать нам этот метод преимущественным, при выборе способа оперативного лечения паховых грыж.

1660.ОРГАНИЗАЦИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ

Крючков Р.А.(2),Хунафин С.Н.(1),Кунафин М.С.(1), Загреддинов А.Ш.(2), Юшков Н.Р.(2)

Уфа

1) Башкирский ГМУ, 2) ГКБ №18 г.Уфы

Согласно статистических данных в ежегодно отмечается увеличение заболеваемости населения онкологическими заболеваниями. Несмотря на наличие разветвленной сети специализированных онкологических лечебных учреждений, многие больные со злокачественными опухолями, в большей части с запущенными формами, поступают на неотложное лечение в общую медицинскую сеть - в хирургические, гинекологические и другие отделения больниц. При этом страховые компании, контролирующие работу хирургических отделений по вопросам обоснованности их госпитализации, объема оказания неотложной и квалифицированной медицинской помощи на основании несовершенных на сегодня медико-экономических стандартов, предъявляют претензии общим хирургам и наказывают их штрафами. Согласно существующих нормативных документов онкобольные с осложнениями не могут госпитализироваться в специализированные отделения и центры. За 2011-2013 гг. в хирургическом отделении МУ ГКБ № 18 г. Уфы с онкологической патологией было госпитализировано 107 человек, что составило 1,82% от общего количества пролеченных больных. Мужчин было 49(45,8%), женщин 58(54,2%). В возрасте 30 - 45 лет – было 2 (1,9%) больных; 45-60 лет - 24 (22,4%) больных; 60-75 лет - 51 (47,7%) больных; 75 лет и выше - 30 (28%) больных. Большинство больных (87,9%) поступало по экстренным показаниям с различными осложнениями, такими как: острая обтурационная кишечная непроходимость в 47 случаях (50%), кровотечение – 15 (15,9%), механическая желтуха – 14 (14,9%), перфорация опухоли – 10 (10,7%), прочие – 8 больных (8,5%). Из 107 больных у 57 (53,3%) был диагностирован рак толстой кишки, из них оперировано 52 (91,2%) больных. Чаще всего встречался рак сигмовидной кишки – 31 случай (54,4%), слепой кишки - 9 (15,8%), печёночного угла 6 (10,5%), прямой кишки 6 (10,5%), селезеночного угла 4 (7 %), нисходящего отдела ободочной кишки в 1 (1,75%) случае. При раке толстой кишки производилось: наложение кишечного свища с резекцией и без резекции опухоли у 21 (40,3%) больного, операция Гартмана - у 14 (27%) больных, гемиколэктомия - у 8 (15,3%) больных, первичная резекция с наложением межкишечного анастомоза - у 3 (5,8%) больных и обходной межкишечный анастомоз выполнен у 3 (5,8%) больных, и в 3 (5,8%) случаях вследствие неоперабельности операция заканчивалась диагностической лапароскопией. С раком желудка и пищевода было 18 (16,8%) больных. При раке пищевода в одном случае выполнена гастростомия, при раке желудка в 2 случаях выполнена резекция желудка, в 3 случаях наложен гастроэнтероанастомоз, 12 больных после обследования были направлены в онкодиспансер. Большая группа - 17 (15,9%) больных поступили с раком поджелудочной железы, печени и внепеченочных желчных протоков. Лейомиосаркома, рак яичников, легкого, предстательной железы, молочной железы, почки, ротоглотки встретились у 15 (14%) больных. Выписано 90 (84,11%), умерло 17 (15,89%) больных, в том числе 15 больных после операции и 2 без оперативного лечения. Послеоперационная летальность составила 14% (15 больных). Таким образом, в неотложной общехирургической практике чаще встречается рак толстой кишки. Большинство - 94 (87,9%) больных поступали в экстренном порядке с осложненными формами онкологической патологии, в основном это были лица пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями, которые усугубляют тяжесть их состояния и влияют на исход лечения.

---

1661.Ранняя лапароскопия и санация брюшной полости при остром панкреатите

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

Абдуллаев Я.П., Рубцов М.А., Скрыбин О.Н., Плисс М.М., Галеев Ш.И.

Санкт-Петербург

СПбГБУЗ Клиническая больница Святителя Луки, Санкт-Петербург

Актуальность лечения деструктивного панкреатита обусловлена значительным числом больных и стабильно высокой летальностью, ассоциированной с системными осложнениями, получающими развитие за период нахождения пациента в стационаре. В последнее время, нередко, с целью снижения эндотоксемии в течение 1-2 нед. заболевания применяется лапароскопическое дренирование брюшной полости и сальниковой сумки. Целью исследования явился сравнительный анализ эффективности консервативного лечения и лапароскопического дренирования брюшной полости в отношении влияния на динамику системных осложнений заболевания. Проведен анализ результатов лечения 57 пациентов: 42 – только консервативное лечение в течение первых 1-3 недель (контрольная группа); 15 – перитонеальный лаваж в начальной фазе заболевания (2006-2014 г.г.). Для характеристики местных и системных осложнений воспалительного процесса в поджелудочной железе использованы критерии консенсуса «Атланта, 1992», многопараметрические балльные шкалы APACHE II, MODS. Мониторинг системных осложнений осуществляли с помощью шкалы MODS с интервалом в 48 ч. Все пациенты находились в ОРИТ. Результаты. В отношении структуры местных осложнений (жидкостные скопления / некроз железы), выделенные группы оказались сопоставимыми, статистически значимых различий в баллах шкалы APACHE II на момент госпитализации отмечено не было. Летальных исходов в течение первых 1-3 недель заболевания не было. Лечебно-диагностическая лапароскопия с лаважом и дренированием брюшной полости выполнялась в среднем на 5,1 сут с момента начала заболевания. В течение первых суток после операции отмечено усугубление системных расстройств, нашедшее отражение в росте баллов по шкале MODS по сравнению с днем до операции (в среднем на 1,9 балла). 3-м пациентам после выполнения операции потребовалось введение вазопрессоров. Клинически значимого эффекта (динамика баллов по шкале MODS) в группах перитонеального лаважа / дренирования и консервативного лечения отмечено не было. Таким образом, лечебно-диагностическая лапароскопия не привела к значимой редукции системного ответа в раннюю фазу заболевания и даже наоборот. В связи с этим мы практически отказались от подобного рода вмешательств, отдавая предпочтение консервативной терапии.

---

#### 1662. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

Кунафин М.С.(1), Хунафин С.Н.(1), Крючков Р.А.(2), Токарева Н.Б.(2)

Уфа

1) Башкирский ГМУ, 2) ГКБ №18 г.Уфы

Широкое внедрение металлоостеосинтеза при лечении больных с переломами длинных трубчатых костей увеличивает число случаев послеоперационного остеомиелита. Нами анализированы результаты лечения 102 больных, перенесших остеосинтез с применением металлических конструкций, которые находились в 2008-2011 гг. на лечении в хирургическом отделении по поводу послеоперационного остеомиелита. В отделении травматологии МУ ГКБ №18 за 2006-2009гг. выполнено 2497 остеосинтезов с применением металлоконструкций, из них у 80 (3,2%) развился послеоперационный остеомиелит. Мужчин было 75 (73,5%), женщин - 27 (26,5%). Распределение по возрасту: от 15 до 30 лет – 17 (16,7%), 30-45 лет – 21 (20,6%), 45-60 лет – 43 (42,1%), 60 лет и выше – 21 (20,6%). Остеосинтез выполнен на плечевой кости в 14 (13,8%) случаев; на костях предплечья - 3 (2,9%); ключице - 10 (9,8%); костях таза - 3 (2,9%); бедренной кости - 5 (4,9%); голени - 35 (34,3%); надколеннике - 5 (4,9%); пяточной кости - 9 (8,9%); костях пальцев - 2 (1,9%). Накостный остеосинтез проведен у 75 (73,6%) больных; наложены спицы 18 (17,7%) больным; интрамедуллярный остеосинтез – 8 (7,8%) и протезирование тазобедренного сустава выполнено 1 (0,9%)

1198



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

больному. В хирургическое отделение в срок до 2 месяцев после операции поступило 22 больных, с 2 до 6 месяцев - 32, с 6 месяцев до 1 года - 29 и после года - 19 больных. В предоперационном периоде больным проводилось традиционное клиничко-лабораторное исследование, рентгенография. У 60 больных (58,8%) со свищевой формой послеоперационного остеомиелита выполнена фистулография. При исследовании раневого отделяемого выявлены - *Staphylococcus aureus* - 61,8%; *Staphylococcus epidermidis* - 6,9%; *Enterobacter faecalis* - 3,9%; *Corynebacter xerosis* - 7,8%, микробные ассоциации - 19,6%. Оперирован 81 больной с послеоперационным остеомиелитом: удаление металлоконструкции выполнено 60 (58,8%) больным; секвестрнекрэктомия - 11 (10,8%); вскрытие абсцессов и флегмон - 10 (9,8%). Консервативная терапия проводилась 21 (20,6%) больному. Все больные выписаны с благоприятным исходом, летальных случаев не было. У каждого второго оперированного послеоперационного рана зажила первичным натяжением. Таким образом, результаты наших клинических наблюдений свидетельствуют о том, что после остеосинтеза с использованием металлических конструкций при закрытых переломах трубчатых костей в 3,2% случаях развивается послеоперационный остеомиелит. Чаще всего послеоперационный остеомиелит возникает после накостного остеосинтеза костей голени. Возбудителем в 61,8% случаев является золотистый стафилококк. При развитии послеоперационного остеомиелита показано ранее удаление металлоконструкции и дренирование гнойного затека.

---

1663.Современные малоинвазивные методы лечения при остром калькулезном холецистите ослабленным холедохолитиазом, механической желтухой.

Тимербулатов М.В., Сендерович Е.И., Зиганшин Т.М., Казаков Н.М., Гимаев Э.Ф.,

Уфа

БГМУ

Проблема лечения больных с холедохолитиазом сохраняет свою актуальность. Одним из главных и тяжелых осложнений желчнокаменной болезни в плане диагностики и лечения является холедохолитиаз, который встречается у 7,4%- 18 %, достигая у лиц пожилого и старческого возраста 21- 24,3 %. Первичное образование камней в желчных протоках происходит редко, не более, чем в 1- 3 % случаев, возникая при гемолитической болезни, стриктурах, воспалительных процессах и инородных телах желчных протоков. В настоящее время острый калькулезный холецистит занимает в структуре острых заболеваний органов брюшной полости 2-ое место после острого аппендицита (В.П. Еременко и др., 1999). Холедохолитиаз, как проявление желчнокаменной болезни, встречается у 15-30% этих больных (А.Е. Борисов и др., 2004; Palazzo L., 1997; F. Prat et al., 1999), и приводит к таким осложнениям, как механическая желтуха в 58,2 - 85% (Б.С. Брискин и ДР., 1996). Инструментальные методы диагностики холедохолитиаза в настоящее время представляют широкий диапазон: от неинвазивных методов — ультразвукового исследования, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, до инвазивных - ретроградной эндоскопической холангиографии, внутривенной холангиографии, интраоперационной холангиографии. В нашей клинике лапароскопическая фиброхоледохоскопия применяется с 2008 г. Для проведения лапароскопической фиброхолангиоскопии использовалась эндоскопическая стойка с интраоперационным управляемым холедохо-фиброскопом фирмы «КАРЛ ШТОРЦ» с внешним диаметром 3.5 , инструментальным каналом -1.5 мм. для подачи-аспирации жидкости, а также проведения диагностических и лечебных манипуляций. Всем больным в предоперационном периоде диагноз холедохолитиаза был установлен по результатам эндоскопической ретроградной холангиопанкреатография (ЭРХПГ), ультразвукового обследования органов брюшной полости, компьютерной и магнитно-резонансной томографии. Около 80 % предшествовала ЭРХПГ. При обнаружении множественного холедохолитиаза или конкрементов размером более 12 мм эндоскопическая литоэкстракция не проводилась. В этих ситуациях окончательное восстановление проходимости желчных путей переносилось на этап основной операции. Проведение лапароскопической холангиоскопии в сочетании с лапароскопической холецистэктомией считали показанными в следующих случаях: диагностированного до операции холангиолитиаза, не устраненного эндоскопической ретроградной холангиолитоэкстракцией; дилатации гепатикохоледоха свыше 10 мм , установленной во

1199

время операции; механической желтухи; гнойного холангита; во всех случаях при сомнении в наличии холангиолитиаза (эпизоды печеночной колики, сопровождающиеся кратковременной желтухой; отсутствие убедительных данных эндоскопической ретроградной холангиографии и других методов исследования, наличие мелких конкрементов в желчном пузыре при широком пузырном протоке). Всего за период 2008-11 гг. в отделении выполнена 107 лапароскопическая холецистэктомия при желчнокаменной болезни. Современные тенденции в лечении желчнокаменной болезни - это применение малоинвазивных технологий. Однако, сочетание острого калькулезного холецистита с холедохолитиазом значительно усложняет выбор рационального хирургического вмешательства (И.М. Норманн, 1989; С.Е. Ларичев, 1995; U. Herzog et al., 1992). Сдерживающей причиной широкого внедрения ретроградного дуоденоскопического чрезпапиллярного устранения холедохолитиаза является высокая частота осложнений (6-10%), в том числе смертельных (1-4%), неудачи выполнения операций (5-7%), необходимость разрушения неизмененного большого дуоденального сосочка, в отдаленных результатах рубцовый стеноз большого дуоденального сосочка (А.С. Балалыкин и др., 2005; В.П. Сажин и др., 2005; Ю.В. Снигирев и др., 2005). Применение лапароскопической холедохоскопии с последующей холедохолитэкстракцией характеризуется сложностью технического исполнения, зачастую требующей конверсии и применения традиционного оперативного вмешательства (М.И. Прудков, 1993, 1995; С.И. Возлюбленный и др., 2002; А.Е. Борисов; 2003). Лабораторное обследование является обязательной составной частью диагностики больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом. Результаты лабораторно - биохимического исследования не являются определяющими в его диагностике, но позволяют различать его формы, а также выявлять осложненное течение данной патологии. По данным Н.А. Майстренко, В.В. Стукалова (2000), при типичной картине течения заболевания у 29% процентов больных выявлена анемия различной степени. Лейкоцитоз, имевший место у 26% пациентов был связан с сопутствующим холедохолитиазу воспалением желчного пузыря, желчевыводящих путей (58). По данным Н.М. Кузина и др. (1995), Н. Pernthaler et al. (1991), E.H. Phillips et al. (1993), Q.Q. Contractor, et al. (1997) у 12-18% больных холедохолитиазом имеет место повышение уровня печеночных ферментов. Данные изменения печеночных ферментов при механической желтухе позволяют оценить функцию печени и провести дифференциальную диагностику причины желтухи. При обструкции терминального отдела холедоха и затруднении отхождения панкреатического сока отмечается повышение активности амилазы. В большей мере повышается активность аланиновой трансаминазы, если в норме АсАт/АлАт равен 1,3-1,4, то при желтухе он снижается (111, 58). Особо значимую роль определение уровня АЛТ, АСТ, амилазы крови играет в диагностике холедохолитиаза при отсутствии механической желтухи. Повышение этих показателей позволяет заподозрить холедохолитиаз при минимальном нарушении оттока желчи, не проявляющемся клинически (194). Печеночная недостаточность вследствие желтухи и холангита приводит к снижению уровня альбумина до 30 г/л и менее, альбумин-глобулиновый коэффициент снижается и становится равным менее 1 (111). Многочисленные исследования подтверждают, что клиничко- биохимические показатели (повышение уровня сывороточного билирубина, АлТ, АсТ, щелочной фосфатазы) позволяют у 50-65% от всех больных только заподозрить наличие холедохолитиаза - при достаточной специфичности данные методы обследования обладают низкой чувствительностью (73, 70, 71, 256). При сочетании таких факторов, как холангит, расширение общего желчного протока по данным УЗИ более 8мм, увеличение содержания трансаминаз и прямого билирубина вероятность наличия у больного холедохолитиаза составляет 99%, однако при их отсутствии камни во внепеченочных желчных протоках обнаруживаются в среднем у 7% пациентов (102, 253, 152). Обследование пациентов с ЖКБ проводится в несколько этапов, с использованием новейших диагностических методов. При диагностике больных ультразвуковой метод исследования занял главенствующее положение и, в настоящее время, вытеснил пероральную и внутривенную холангиографию [50,70,93,120,187,201,202,216,300]. Проблематично обнаружить конкременты желчных протоков, если они не расширены, однако применение УЗИ в динамике и подготовка пациента к исследованию повышает чувствительность метода до 85 %.

---

1664.Имплантация кава-фильтров - наш опыт и результаты.

Медведев А.П. (1), Дерябин Р.А. (2), Маклашин А.В. (1), Серегин А.А. (3), Чеботарь Е.В. (4)

Нижний Новгород

1) Нижегородская Государственная Медицинская Академия, 2) Городская клиническая больница №5, 3) Приволжский окружной медицинский центр ФМБА России, 4) Специализированная клиническая кардиохирургическая больница

Частота эмбологенного венозного тромбоза составляет 160 случаев на 100 000 населения. Согласно рекомендациям ESC и АФР, для профилактики тромбоэмболии легочных артерий (ТЭЛА) и ее рецидива применяются антикоагулянтная терапия, тромбэктомия ипликация вен и имплантация кава-фильтров (КФ). Цель исследования: Изучить результаты и уточнить показания к имплантации кава-фильтров по поводу жизнеугрожающего венозного тромбоза. Материал и методы: В исследование вошло 124 пациента с КФ «Cordis Trap Easy», «COOK Select» и др., имплантированными в 2002-2014 гг. Из них 58 – кава-фильтры съемной модели. В связи с двусторонним илеофemorальным флеботромбозом и распространением на нижнюю полую вену, верхний доступ использовался в 50 случаях (40,3%). Женщин было 68 (54,8%), мужчин 56 (45,2%), средний возраст пациентов составил 54,6±12,1 (от 25 до 80) лет. Источником эмболии во всех случаях был бассейн нижней полой вены. Анализ проводился на основе данных медицинской документации, непосредственного опроса и клинического обследования, включавшего ультразвуковое исследование. Показаниями к имплантации КФ были: угроза ТЭЛА при эмболоопасном венозном тромбозе – 24 (19,3%), высокий риск рецидива эмболии при острой ТЭЛА – 50 (40,4%) и рецидивирующая ТЭЛА – 50 (40,4%). У 8 пациентов с высоким риском рецидива ТЭЛА кава-фильтр имплантировали перед оперативным вмешательством (4 – протезирование тазобедренного сустава, 4 – объемные гинекологические вмешательства). У двух пациентов в связи с распространенным тромбозом временный КФ устанавливался выше почечных вен. Результаты: При выписке состояние всех пациентов оценивалось как удовлетворительное, имелась отчетливая достоверная положительная динамика на фоне проводимого консервативного лечения в виде улучшения самочувствия, уменьшения клинической симптоматики венозного тромбоза, одышки. При изучении медицинских карт стационарного больного, выявлено, что в 23 случаях (18,5%) не был рекомендован профилактический прием варфарина. Отдаленные результаты прослежены у 41 больного в сроки от 2 до 11 лет. У большинства – 89 (71,8%) пациентов выявлено нарастание признаков прогрессирующей хронической венозной недостаточности нижних конечностей (ХВН) – с классов С1-2 до классов С3-6 по классификации CEAP. Число пациентов с незначительной одышкой увеличилось в 2 раза. Документально подтверждено 10 (8%) массивных эмболий в кава-фильтр. Профилактический прием варфарина при выписке был рекомендован 101 (72,5%) пациенту, но только половина из них принимали препарат контролировали МНО регулярно. Погибло 6 (4,8%) пациентов с массивной ТЭЛА в анамнезе, причиной летальных исходов послужила постэмболическая легочная гипертензия. Выводы: Имплантация КФ при соблюдении режима антикоагулянтной терапии позволяет предотвратить массивную ТЭЛА. При нарушении режима антикоагулянтной профилактики имплантация КФ не исключает прогрессирование венозного тромбоза, прогрессирования постэмболической легочной гипертензии, усугубления явлений хронической венозной недостаточности. При этом имплантация кава-фильтра требует постоянной контролируемой антикоагулянтной терапии, достоверно усугубляет развитие и течение ХВН.

---

1665. Опыт работы амбулаторного операционного отделения на базе поликлиники

Хусаинов Р.А., Халфин Р.М., Аллаярова Р.М.

Уфа

ГБУЗ РКБ №2 (Республика Башкортостан, г.Уфа)

В настоящее время стационарзамещающие технологии все шире используются в арсенале, как многопрофильных больниц, так и малых медицинских учреждений (как частных, так и государственных).

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

Использование технологии «surgery one day» конечно же, имеет свои преимущества и недостатки. К преимуществам технологии можно отнести: - экономический аспект – нет необходимости нахождения пациента на дорогостоящей «хирургической» койке, многофункциональность участников процесса лечения (оперирующий врач-хирург является и лечащим врачом, операционная сестра является также и перевязочной, процедурной и постовой медсестрой); - психологический аспект – пациент, который находится на лечении в стационаре, психологически чувствует себя больше «больным», а находящийся в домашних стенах больше «выздоровливающим». К недостаткам можно отнести: - ограниченное количество возможных оперативных вмешательств, - невозможность использования данной технологии при недостаточном материально-техническом и кадровом уровне учреждения. В ГБУЗ Республиканской Клинической Больнице №2 (Республика Башкортостан, г. Уфа) после реконструкции здания поликлиники в 2011 году было организовано операционное отделение, являющееся структурным подразделением данной поликлиники. Следует отметить, что в составе РКБ№2 имеются только отделения терапевтического профиля (3 терапевтических, неврологическое, диспансерное). Операционное отделение в своем составе имеет малую операционную с предоперационной, 2 палаты временного пребывания пациентов на 2 пациента каждая, регистратура и ряд необходимых технических помещений. Наличие палат временного пребывания пациентов позволяет работать отделению на уровне дневного стационара. На стадии становления в отделении выполнялись операции, которые можно было отнести только к разряду амбулаторных (удаление доброкачественных новообразований кожи и подкожной клетчатки, пункции суставов и прочее). На данный момент в отделении выполняются операции хирургического профиля (удаление доброкачественных и злокачественных новообразований, имеющих поверхностную локализацию, малое грыжесечения), урологические (водянка яичка, удаление кист и опухолей поверхностной локализации, циркумцизио, и т.п.), гинекологические (удаление кист и доброкачественных опухолей влагалища, установка и удаление ВМС, диагностические гистероскопии), операции с использованием хирургического лазера (удаление бородавок и папиллом, пилинги, выведение татуировок), эстетические операции (блефаропластика, оттопластика, ограниченные липосакции, липофилинг, миниабдоминопластика, интимная пластика и тп). С 2015 года в отделении проводятся операции под общим, в том числе эндотрахеальным наркозом. За время работы отделения отмечается отчетливая тенденция, как к увеличению количества операции, так и росту доли более сложных операций. Появление амбулаторного операционного отделения в составе РКБ№2 позволило: - увеличить количество операций (ранее в среднем 300-350 в год, после 2014 года – 700-750 операций в год); - расширить объем оперативных вмешательств; - привлечь пациентов, не относящихся территориально и по месту работу к РКБ№2 на хозрасчетной основе. Таким образом, можно сделать следующие выводы: 1. Использование технологии «хирургии одного дня» позволяет выполнять ряд операций в рамках одного, даже амбулаторного учреждения, что облегчает маршрутизацию пациентов, а также снижает стоимость их лечения. 2. Амбулаторное операционное отделение позволяет пациентам испытывать меньшую психологическую травму (меньше находятся в больнице), и больший психологический контакт с врачом – он же и оперирует, он же и лечит, он же и наблюдает, он же и перевязывает и т.п. 3. Организация подобного отделения позволило обеспечить открытие дополнительного финансового потока (пациентов по хозрасчетным услугам) в медицинское учреждение.

---

1666. СТРУКТУРА АМБУЛАТОРНОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

Маракуца Е.В., Ботезату А.А., Райляну Р.И.

Тирасполь, Молдова

ПГУ им. Т.Г. Шевченко, медицинский факультет, кафедра хирургии с циклом акушерства и гинекологии

Проводимое в последние годы реформирование отечественного здравоохранения, смещение акцента в сторону амбулаторно-поликлинических учреждений привели к появлению новых форм их организации и работы, в том числе при оказании помощи колопроктологическим больным. Прием колопроктологических

1202

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

больных как ни в одной другой профессии требует неукоснительного соблюдения моральных, этических и эстетических норм. Согласно данным ряда авторов, 35-40% больных с проктологическими заболеваниями могут быть успешно излечены в амбулаторных условиях. Целью исследования явилось уточнение обращаемости, объема и характера лечебно-диагностических мероприятий в колопроктологическом кабинете, повышение эффективности его работы в современных условиях. Исследование проводилось в колопроктологическом кабинете консультативной поликлиники ГУ РКБ г. Тирасполя. Анализу подверглись карты амбулаторного больного, операционные журналы, талоны уточненных диагнозов. Проанализировано 7348 обращений к колопроктологу. По полученным данным в структуре обращаемости доминирующее положение занимали больные с хирургическими неопухолевыми заболеваниями аноректальной области (67,3%) и с функциональными заболеваниями толстой кишки (19,6%). Обращения по поводу колоректального рака и полипов толстой кишки составили 5,4%, из них с колоректальным раком (1,2%) и полипами (4,2%), пациенты с воспалительными заболеваниями кишечника составили 7,7%. Соотношение первичных и повторных обращений составило 1:2,5, госпитализация была проведена в 3,7% случаев. Среди госпитализированных 46,3% направлено в экстренном и 53,7% - в плановом порядке. 92,5% обратившимся в колопроктологический кабинет оказана амбулаторная в т.ч. хирургическая помощь. В группе обратившихся с хирургическими заболеваниями аноректальной области оперативные вмешательства были выполнены в 24,7% случаев. Лечение пациентов с хроническим геморроем I стадии, основной жалобой которых является выделение крови при дефекации, с высокой эффективностью может проводиться с помощью современных флеботропных препаратов, использованием свечей и масляных ирригаций, активизирующих репаративные процессы в слизистой оболочке. У 43,6% больных выполнены различные вмешательства при геморрое, в т.ч. латексное лигирование в 18,3%, удаление анальных бахромок в 8,7%, тромбэктомию в 6,2% и склеротерапия этоксисклеролом в 4%. Второе место в структуре хирургических вмешательств занимали операции при остром парапроктите (26,4%). Удельный вес операций по поводу хронической анальной трещины, эпителиального копчикового хода, остроконечных кондилом и перианальных папиллом составил 9,4%. Все вмешательства, при которых требуется обезболивание, проводились под местной анестезией, у соматически сохраненных пациентов с отсутствием риска возникновения послеоперационных осложнений (по результатам данных осмотра, анамнеза, предварительного и при необходимости дополнительного обследования больного). Выводы. 1. Малоинвазивные методы лечения и некоторые традиционно выполняемые в стационаре оперативные вмешательства могут быть эффективно применены в амбулаторных условиях при наиболее часто встречающихся проктологических заболеваниях. 2. С укреплением материально-технической базы амбулаторно-поликлинической службы открывается перспектива расширения внебольничной хирургической помощи пациентам с патологией прямой кишки и околопрямокишечной зоны, что позволит добиться значительного экономического эффекта за счет высвобождения коечного фонда стационаров.

---

## 1667. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ И КОМБИНИРОВАННОЙ ФЛЕБЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Шилов Р.В., Ларьков Р.Н., Сотников П.Г., Лазарев Р.А., Колесников Ю.Ю., Загаров С.С.

Москва

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Варикозная болезнь нижних конечностей представляет собой одну из важнейших медико-социальных проблем современного здравоохранения. Заболевание характеризуется высокой распространенностью. Цель: Изучение результатов и сравнительная оценка эффективности эндовенозной лазерной облитерации (ЭВЛО) и комбинированной флебэктомии у больных с хроническими заболеваниями вен (ХЗВ). Материалы и методы: С 2013 года у нас появилась возможность проведения эндовенозной лазерной облитерации. Всего с варикозным расширением вен нижних конечностей отобрано 27 пациентов. Диагноз устанавливался в соответствии с международной классификацией хронических заболеваний вен Clinical Etiology Anatomy

1203

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

Pathogenesis (CEAP). Из всех больных с варикозным расширением вен нижних конечностей выполнить ЭВЛО стало возможным у 12 пациентов с ХЗВ С2-С4 класса по классификации CEAP (1 группа). Показанием для выполнения ЭВЛО считали: расширение большой подкожной вены в области устья не более 10 мм, незначительная сеть варикозно-расширенных притоков, относительная прямолинейность хода. Большинство пациентов (11) имели С2 класс ХЗВ, признаки хронической венозной недостаточности С3 класса были выявлены только у 1 больного. В двух случаях из 12 помимо ЭВЛО, дополнительно была выполнена кроссэктомия. Основанием для выполнения ЭВЛО с кроссэктомией стало в одном случае - невозможность проведения световода непосредственно к устью большой подкожной вены (БПВ). Во втором случае – образование тромба в устье БПВ с выходом тромба в просвет общей бедренной вены. Эндовенозная лазерная облитерация (ЭВЛО) была выполнена на аппарате KLS MARTIN DIOMAX Diode Laser (Germany) с длиной волны 980 нм и максимальной мощностью 20 Вт. Пункция магистральной вены и установка световода проводилась через периферический внутривенный катетер 19G под контролем УЗС, кончик световода позиционировали в зоне устья наружной эпигастральной вены или в 10 мм от терминального клапана сафено-фemorального соустья. Нами были применены радиальные световоды VENEX 360. Все вмешательства были выполнены под местной туменесцентной анестезией под контролем УЗС. В качестве анестетика мы использовали 0,2% лидокаин. Количество энергии на стенку вены производили из расчета длины и диаметра вены, которая в среднем составила 10-15 Вт при скорости 3-5 мм/сек. Вытягивание световода осуществляли в ручном режиме. Во всех случаях ЭВЛО сочеталась с минифлебэктомией варикозно-расширенных притоков. У 15 пациентов была выполнена комбинированная флебэктомия (удаление большой подкожной вены с минифлебэктомией варикозно-расширенных притоков и перфорантных вен на голени) - 2 группа. Показанием было расширение устья БПВ более 10 мм с множеством варикозно-расширенных притоков. 10 пациентов имели С2 класс ХЗВ, С3 класс имели 3 пациента и у 2 пациентов был С4 класс хронической венозной недостаточности. По окончании проводили эластико-компрессионную терапию. Контрольное УЗДС проводилось на следующий день после операции, через 3 недели и через 6 месяцев после операции. Результаты: Эффективность лечения оценивали по нескольким критериям: наличие болевых ощущений в зоне операции, образование подкожных гематом, парестезии на голени, послеоперационный койко-день. Болевые ощущения в зоне операции отмечали 2 пациента из 1 группы (с кроссэктомией) и 15 пациентов из 2 группы. Подкожные гематомы, не требующие каких-либо вмешательств, отметили у 1 пациента из 1 группы и у 10 пациентов из 2 группы. Парестезии на голени, регрессирующие в течение 3-х недель, отметили у 2 пациентов из 2 группы. Послеоперационный койко-день в 1 группе в среднем составил 3,91 день (3-6) ±1,04, во 2 группе – 6,67 дней (3-12) ±3,43. В одном случае в раннем послеоперационном периоде был выявлен тромбоз устья БПВ вены с выходом тромба в просвет общей бедренной вены. Выполнена тромбэктомия из устья БПВ и ОБВ с кроссэктомией. Через 3 недели у всех больных послеоперационные осложнения регрессировали, через 6 месяцев реканализаций и рецидивов заболевания не отмечено. Выводы: Эндовенозная лазерная облитерация не уступает по эффективности комбинированной флебэктомии, является малоинвазивным методом, снижает характер и частоту послеоперационных осложнений и позволяет значительно сократить пребывание пациента в стационаре, но должна выполняться по строгим показаниям и требует тщательного отбора пациентов.

---

1668. Максимально корригирующие операции при хроническом панкреатите

Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г., Семенов И.А., Шефер А.В.

Москва

Первый МГМУ им. И.М Сеченова

Введение. Разнообразие клинических проявлений хронического панкреатита (ХП), включающее рецидивирующие осложненные псевдокисты (ПК) поджелудочной железы (ПЖ), панкреатические свищи (ПС), ложные аневризмы сосудов, развитие желчной гипертензии, механической желтухи, портальной гипертензии, требуют комплексного подхода к диагностике и выбору способа лечения больных. Современная тенденция к преимущественному использованию минимально инвазивных вмешательств

1204

(транспапиллярные, транскутанные, трансмуральные способы дренирования), не оправдала себя в достижении конечного полноценного результата. Одна из причин заключается в том, что эти вмешательства, так же как операция цистозентеростомии направлены лишь на ликвидацию одного из проявлений заболевания и не решают проблем, связанных с фиброзом паренхимы (особенно головки) ПЖ, а также изменениями главного панкреатического протока. Цель. Проанализировать результаты резекционно-дренирующих операций (дуоденумсохраняющая резекция головки ПЖ с наложением панкреатоэнтероанастомоза) у больных ХП с различным распространением фиброза паренхимы ПЖ, наличием ПК и ПС, присутствием желчной гипертензии и механической желтухи. Материал и методы. За период с 2002 по 2014 г. 125 больным произведена дуоденумсохраняющая резекция головки ПЖ с наложением панкреатоэнтероанастомоза. Длительность заболевания составила  $49 \pm 5$  мес, острый панкреатит в анамнезе отмечен у 73% больных. У 64% больных присутствовали ПК, у 14% - ПС. Повторные операции по поводу рецидивирующих ПК и ПС перенесли 38% больных. Признаки желчной гипертензии отмечены у 35% больных (у 22%-механическая желтуха), у 38% - регионарная портальная гипертензия, у 34%-сдавление двенадцатиперстной кишки. Показанием к операции был выраженный болевой синдром. Диагностический алгоритм включал использование УЗИ, ЭГДС, КТ с болюсным введением контрастного препарата. У всех больных исследовали маркер СА 19-9. При локализации фиброза только в головке ПЖ производили резекцию головки с наложением панкреатоэнтероанастомоза. При фиброзном поражении всех отделов ПЖ резекцию головки дополняли продольным панкреатоэнтероанастомозом (ПЕА) с включением в него ПК (при их присутствии). При наличии механической желтухи дополнительно формировали внутренний билиопанкреатический или гепатикоэнтероанастомоз. Результаты. Длительность операции составила  $290 \pm 60$  мин, интраоперационная кровопотеря составила  $600 \pm 150$  мл. Осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 25% больных, наиболее серьезными были: кровотечение из резецированной паренхимы головки ПЖ (7), частичная несостоятельность панкреатоэнтероанастомоза (4), несостоятельность билиодигестивного анастомоза (1), спаечная непроходимость (1). В послеоперационном периоде умер 1 (0,8%) больной. Отдаленные результаты ( $3 \pm 0,5$  г) изучены у 88 (70%) больных. Исчезновение болевого синдрома отметили 74% больных, у 12% боль беспокоила не чаще 1 раза в месяц, у 14% больных сохранялся ежесдельный болевой синдром. Профессиональной реабилитации достигли 60% больных. У большинства стабилизировался или увеличился индекс массы тела. У больных, имевших сахарный диабет до операции, он сохранился. Вновь выявленный диабет отмечен у 5 больных. Заключение. Максимально корригирующее вмешательство – дуоденумсохраняющая резекция головки ПЖ с наложением по показаниям ПЕА, ликвидацией ПК и ПС снимает болевой синдром, восстанавливает трудоспособность у 60-70% больных. Это вмешательство в настоящее время следует считать операцией выбора при ХП.

---

#### 1669.ХОЛАНГИОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ХОЛАНГИТА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Кунафин М.С.(1), Хунафин С.Н.(1), Загретдинов А.Ш.(2), Ахмеров Д.Р.(2), Ишмухаметов П.А.(2), Филиппов И.В.(2)

Уфа

1) Башкирский ГМУ, 2) ГКБ №18 г.Уфы

Своевременная диагностика и целенаправленное лечение холангита при механической желтухе остаются в настоящее время актуальными вопросами. Гнойный холангит и его осложнения нередко становятся основной причиной летальных исходов после оперативных вмешательствах на желчевыводящих путях. С 2000 г. по 2015 г. в ГБУЗ РБ ГКБ№18 Г. Уфы проведено 422 интраоперационных холангиоскопий (ИОХС). ИОХС применялась в тех случаях операций на желчных путях, когда другие методы до - и интраоперационного обследования больных не давали ясного представления о наличии причины механической желтухи, состояния фатерова соска и степени выраженности холангита. При проведении ИОХС у 202-х больных причиной желтухи явились конкременты общего желчного протока (47,8%), в 15 случаях обнаружены конкременты печеночных протоков (3,6%). Камни удалены эндоскопически

1205

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

атравматично катетером Фогарти, корзиной Dormia или вымыванием конкрементов напором водяной струи. В 14,9% случаев выявлен стеноз БДС (63 больных), опухолевое поражение желчных протоков у 21 больного (4,9%). Всем больным с опухолями желчных протоков произведена прицельная биопсия. В 24 случаях (5,6%) патологии в желчных путях не выявлено. В 265 случаях (62,8%) как осложнение выявлены различные формы холангита. Степень холангита оценивалась по характеру деструктивных изменений со стороны слизистой желчных протоков. В 20 (4,7%) случаях в терминальном отделе холедоха отмечался фибриновый холангит с эрозиями разной формы без нарушения проходимости Фаттерова соска. Изменения в холедохе были расценены как последствия транзитного холедохолитиаза, Гнойный холангит выявлен в 160 (37,9%) случаев. При выявлении холангита после эндоскопического удаления конкрементов производились забор желчи с целью анализа флоры и ее чувствительности к антибиотикам, промывание желчных протоков раствором антисептиков. При бактериологическом исследовании у 143 больных выявлена кишечная палочка, у 17 результат отрицательный. Таким образом, применение ИОХС больным с механической желтухой имеет следующие преимущества: 1. Позволяет определить характер патологических изменений слизистой желчевыводящих путей с морфологической верификацией диагноза. 2. Определяет степень холангита с последующим бактериологическим исследованием желчи. 3. Дает возможность произвести полноценную санацию желчевыводящих путей под визуальным контролем. 4. Осуществляет атравматическое удаление выявленных конкрементов, особенно при локализации их в печеночных протоках. 5. При опухолевой патологии позволяет с минимальной травматизацией взять гистологический материал. 6. В совокупности, в зависимости от выявленных изменений слизистой желчевыводящих путей и состояния фаттерова соска помогает выбрать оптимальный метод завершения операции: глухой шов, билиодигестивный анастомоз или наружное дренирование желчных протоков.

---

1670. Дигностические ошибки и осложнения в лечении перфоративных язв

Кадиров К.М., Журавлев Г.Ю.

Липецк

ГУЗ ЛГБСМП №1

Несмотря на успехи хирургии, послеоперационные осложнения и летальность при перфоративной язве ДПК остаются на высоком уровне. Послеоперационные осложнения и летальность тесно связаны и с объёмом операции. Так у женщин после ради-кальных операций осложнения и летальность достигают 20%. В этой связи, а так же с появлением лапароскопических технологий, и качественных лекарственных препаратов для лечения язвенной болезни, многие авторы рекомендуют в качестве операции выбора минимальное по объёму вмешательство. Материалы и методы. Был проведён анализ историй болезни 542 больных с прободными язвами пилородуоденальной зоны. Анализировались показатели на догоспитальном и госпитальном этапах. Результаты. К сожалению, как на догоспитальном, так и госпитальном этапах встречаются диагностические ошибки (таблица №1), что затягивает выполнение операции и ухудшает результаты лечения. Наибольшее количество диагностических ошибок, в связи с редкостью встречаемой патологии, наблюдают при перфорации у лиц старческого возраста и у женщин. Классическими язвенными больными считаются люди астенического телосложения, пониженного питания. По нашим данным 20,6% женщин с прободными язвами были повышенного питания, 41,2% умеренного и 38,2% пониженного. 79,4% были нормо- и гипер-стенического телосложения. У 62,3% женщин, не отмечался классический болевой синдром, в 50,8% симптомы раздражения брюшины либо не определялись, либо были слабо выражены или сомнительны и определялись локально. Общее состояние у 52,2% расценено как удовлетворительное, спокойное поведение, не ярко выраженный болевой синдром, несоответствие внешности общепринятому виду язвенного больного, нельзя недооценивать при постановке диагноза. У мужчин в большинстве наблюдений клиническая картина и габитус достаточно типичны, и трудности в диагностике возникают редко. Тем не менее, в 61,7% наблюдений обзорная рентгенография брюшной полости была неинформативна, в 42,1% наблюдений лапароскопия не помогла правильно поставить диагноз, хотя, безусловно, помогла выставить в 87,5% наблюдений показания к экстренной опера-

1206



ции. Трудности в диагностике ПГДЯ существуют, но это не значит, что в каждом отдельном случае нет достаточно убедительных данных для постановки правильного диагноза. Анализ диагностических ошибок показывает, что ошибки встречаются чаще всего там, где врачи не используют весь арсенал диагностических средств, анамнестических и клинических данных, а так же обусловлены неправильной трактовкой имеющихся симптомов, на фоне тяжёлых сопутствующих заболеваний, атипичной клиникой заболевания, несовершенством диагностических пособий. Эти факторы являются одной из основных причин поздней госпитализации и оперативных вмешательств, высокой послеоперационной летальности; В лечении больных допускаются так же большое количество хирургических ошибок. Это ошибки: 2. тактического плана: неправильно выбранный объём оперативного вмешательства: • превышение объёма операции у ослабленных, истощённых больных, с сопутствующей хирургической патологией; • выполнение резекции желудка или ваготомии у больных с разлитым фибринозно-гнойным перитонитом; 2. технического плана: • выполнение ваготомии не в полном объёме; • использование нерассасывающегося шовного материала; • применение 2-х рядного шва при ушивании язвы; • неадекватная санация брюшной полости; • неправильная постановка дренажей и использование дренажных трубок малого диаметра; Выполнение резекции желудка или ваготомии в условиях перитонита, у неподготовленных и необследованных больных, приводит к увеличению в 2-3 раза послеоперационных осложнений и летальности. В отдалённом периоде у этих больных в 3 раза чаще развиваются болезни оперированного желудка, сравнительно с больными, оперированными радикально в плановом порядке. В городских и особенно районных медицинских учреждениях операцией выбора должна быть минимальная по объёму операция - ушивание перфоративной пилородуоденальной язвы, при возможности - лапароскопическое ушивание. При большой хронической ПГДЯ и невозможности ушивания - иссечение язвы и дуодено- или пилоропластика. Нерассасывающийся шовный материал поддерживает язвенный процесс, заживление происходит более тяжело и длительно, использование рассасывающегося шовного материала особенно на атравматической игле позволяет избежать в последующем образование внутренних лигатурных свищей, создаются более благоприятные условия для регенерации. При ушивании необходимо использовать однорядный шов, укрепляя его при необходимости прядью сальника. 2-х рядный шов приводит к гастростазу, выраженной деформации и стенозу в последующем. При принятии решения о выполнении радикальной органосохраняющей операции, необходимо производить 2-х стороннюю ваготомию. Применение СПВ в условиях экстренной хирургии, ограниченном временном промежутке, в большинстве наблюдений ведёт к неполной денервации желудка, и как следствие рецидиву язвы. При санации брюшной полости особенно ответственно необходимо относиться к ревизии малого таза, подпечёчного и поддиафрагмального пространства. Наиболее типичные ошибки при дренировании брюшной полости - использование резиновых дренажей (от многоцветных инфузионных систем), которые забиваются фибрином уже через 6-10 часов, и отказ от постановки дренажа в подпечёчное пространство к месту ушивания, где наиболее часто развиваются абсцессы в послеоперационном периоде. Выводы. Грамотный, взвешенный подход к диагностике и хирургическому лечению ПГДЯ, позволит избежать грубых, часто фатальных ошибок при лечении данного осложнения язвенной болезни.

---

## 1671. РОЛЬ БИОЭТИЧЕСКИХ ТРЕНДОВ В СОВРЕМЕННОЙ КОНЦЕПЦИИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ

Маскин С.С.(1), Карсанов А.М.(2), Карсанова З.О.(2), Худиева Э.М.(1), Наниев С.А.(2)

Волгоград Владикавказ

(1) ГБОУ Волгоградский государственный медицинский университет (2) ГБОУ Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Цель исследования. Изучить эффективность новой биоэтической стратегии в повышении безопасности хирургических пациентов. Материалы и методы. Работа основана на результате анализа клинического исследования потребовавшего изменения парадигмы взаимоотношений между всеми участниками процесса лечения пациентов. В контрольной группе пациентам было проведено лечение, соответствующее

современным клиническим рекомендациям. Определяющим трендом в дизайне исследования были оригинальные подходы к лечению больных в основной группе, базирующиеся на высокой мотивационной составляющей инициаторов и всех участников исследований, всестороннем изучении данных литературы, высокой степени профессиональной консолидации хирургов и анестезиологов-реаниматологов, структурированной форме информированного согласия пациента на все компоненты лечебной программы и виды профилактики возможных осложнений, внедренной в клиниках на основе действующего законодательства и на возросшей роли пациента в процессе лечения по сравнению с контрольными группами. Клиническая часть первой работы основана на опыте хирургического лечения 183 больных раком ободочной кишки (РОК), осложненным компенсированной формой нарушения кишечной проходимости с 2007 по 2012 гг. Основную группу составили 80 пациентов, которым периоперационные лечебные мероприятия реализовывались на основании протокола ускоренной реабилитации (УР). В контрольной группе (103 больных) была использована традиционная методика ведения больных. Результаты. При анализе осложнений в группах сравнения получены статистически достоверные отличия, как среди общих, так и среди хирургических осложнений. В основной группе преобладали общие осложнения. В контрольной группе, наряду с абсолютным ростом частоты хирургических осложнений (13,6%), по сравнению с основной (2,5%), возросла как их доля в общей структуре осложнений по сравнению с основной группой (с 18% до 52%), так и степень их тяжести. В результате сотрудничества всех участников лечебного процесса, в том числе и самого пациента, удалось достичь средней частоты воспроизведения запланированного протокола УР на уровне 81%. При этом значительно возрастает активная роль самого пациента в лечебном процессе. Такие меры, как информирование и наставления пациента, профилактика венозных тромбоэмболических осложнений, периоперационная антибактериальная профилактика, рестрикция объема инфузии, интраоперационная нормотермия, ограничение режима применения наркотических анальгетиков были выполнимы в 90-100% случаев. При ограничении режима назначения наркотических анальгетиков мы придаем важное значение тщательным наставлениям пациента, так как неоднократно убеждались в жизнеспособности постулата о том, что физическая боль и социальный дистресс имеют общие нейрокогнитивные механизмы. Заключение. Ввиду разной степени комплаентности пациентов реализуемость протокола ТУВ может варьировать от 48% до 100%. Наиболее показательным положительным эффектом от внедрения усовершенствованных биоэтических принципов в хирургический лечебный процесс является снижение выраженности болевого синдрома и потребности в наркотических анальгетиках, а это ввиду большей активности пациента, благотворно сказывается на снижении частоты таких послеоперационных осложнений, как кишечная непроходимость, осложнения со стороны респираторного тракта, тромбоэмболические осложнения.

---

1672. Хирургическое лечение травматических повреждений магистральных сосудов.

Бегоулов С.М., Каткова В.О., Мясников О.О., Фарутин Н.А., Козлов Д.В., Шведов П.Н.

Москва

ГКБ №7, 16-ое отделение сердечно-сосудистой хирургии

Сотрудниками отделения сердечно-сосудистой хирургии с января 2010 по март 2015 гг. прооперировано 48 больных с травматическими повреждениями магистральных сосудов. Среди больных преобладали пациенты мужского пола – 42 (87,5%). 46 (95,9%) повреждений сосудов были открытыми и только в 2 (4,1%) случаев – закрытые. Наиболее частой причиной была колото-резанная ранения 42 (87,5%), огнестрельные ранения – 3 (6,25%), ушибленные (ранения костным отломком) – 3 (6,25%) больных. Возраст пациентов колебался от 17 до 67 лет, средний возраст составил 31,8±12,1 лет. 24 (50%) пациентов поступили в состоянии алкогольного опьянения. Средний срок госпитализации колебался от 1 до 51 дня и составил в среднем – 8,4±8,1 дней. У 44 (91,7%) пациентов - изолированная травма магистральных артерий. Повреждение магистральных сосудов у 4 (8,3%) пациентов сочеталась с переломами костей. Повреждение сосудов шеи – у 10 (20,8%), сосудов верхних конечностей – 18 (37,5%), нижних конечностей – 19 (39,6%), сочетанное поражение сосудов шеи и верхних конечностей – у 1 (2,1%) больного. Повреждение артерий – у

1208

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

24 (50%) больных, вен – у 17 (35,4%), сочетание повреждения артерий и вен – 7 (14,6%) больных. У 8 пациентов – повреждение лучевой артерии, локтевой артерии - 5, бедренной артерии - 7, подколенной артерии - 1, общей сонной артерии - 1, внутренней сонной артерии -1, плечевой артерии – 9, внутренней яремной вены - 7, наружной яремной вены – 6, лицевой вены - 1, наружной подвздошной вены – 3, общей бедренной вены – 3, поверхностной бедренной вены – 5, большой подкожной вены – 2, подколенной вены – 1, плечевой вены 1. С целью остановки наружного артериального кровотечения выполнены следующие виды операции: циркулярный шов лучевой артерии (пластика конец в конец) – 11 (18,6 %), боковой шов (ушивание дефекта) – 11 (18,6%), бедренно-подколенное протезирование реверсированной аутовеной – 1 (1,6 %), протезирования – 7 (11,8%) больным, из которых аутовеной – 6 (10,1%), 1 (1,6%) больному ССП; лигирование – 53: артерий – 24 , вен – 29. Ампутация конечностей выполнена у 1 (2,1%) больного. Летальный исход наступил у 7 (14,6%) пациентов. Средний койко-день составил у погибших больных составил – 2,0±2,6 дней. Причинами летального исхода явились: тяжелая степень геморрагического шока, тяжелая сочетанная травма, развитие синдрома полиорганной недостаточности.

---

## 1673. НЕГАТИВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ОПЫТА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Волков С.В., Еремеев А.Г., Голубев А.А., Попов С.Г., Никольский А.Д.

Тверь

ГБОУ ВПО "Тверской Государственный медицинский Университет"

Цель работы. Анализ ближайших и отдалённых результатов лечения симптомных грыж пищевода отверстия диафрагмы (ГПОД) и выявление мотиваций, затрудняющих процесс лечения. Материалы и методы. С 2000 г. по 2015 г. оперировано 262 пациента с ГПОД (170 женщин, 92 мужчин), в возрасте от 32 до 76 лет. В определённое время показания к применению оперативного лечения данной патологии значительно расширились, особенно при сложившейся возможности применения малоинвазивных технологий. Клиническими проявлениями заболевания явились изжога (96,5% больных), болевой синдром (64,1%), дисфагия (4,7%), симптомы компрессии органов грудной клетки (2,3%). Кардиальные грыжи отмечены в 202 (77,1%) случаях, кардиофундальные - у 42 (16,0%), субтотальные - у 8 (3,1%), паразофагеальные у 10 (3,8%). У 23 (8,7%) пациентов выявлялся эрозивный эзофагит, а у 6 больных (2,3%) диагностирован пищевод Барретта. Всем пациентам в течение 2-3 месяцев под контролем гастроэнтеролога проводилась предоперационная подготовка (купирование рефлюкс-эзофагита ингибиторами протонной помпы, плановое снижение массы тела). В период 2000-2011 гг. клинически значимо преобладала лапароскопическая технология оперирования ГПОД (97,7%). Данная ситуация была вполне объяснима хирургическим энтузиазмом, наличием адекватного (применимого и исправного) эндохирургического инструментария. В последнее время, вопреки современным тенденциям, вновь стали чаще выполняться «открытые» операции. Последние произведены у 64 (24,4%) пациентов - открытая фундопликация по Nissen-Rossetti с задней диафрагмокрурорафией, дренированием брюшной полости. Не оспаривая конкретные клинические показания к операциям из лапаротомного доступа, данную ситуацию принципиально считаем негативной хирургической тенденцией. Генез обстоятельства явно связан с недостаточной подготовкой широкого круга врачей-хирургов по методологии современного лечения данной патологии. При ограниченном ресурсе использования электрохирургического и эндохирургического инструментария, затруднениях в возможностях привлечения к работе молодых хирургических кадров, планирование малоинвазивных операций высокой сложности стало представлять в ряде регионов определённую проблему. Тем не менее, преимущества лапароскопической коррекции ГПОД остаются неоспоримыми. В нашей клинике лапароскопическая коррекция ГПОД проведена у 198 (75,6%) больных. При этом задняя диафрагмокрурорафия выполнена в 189, а комбинированная - в 9 случаях. Во всех случаях на этапе мобилизации органов стремились к удалению паракардиальных липом. Для диссекции тканей с успехом применяем ультразвуковой скальпель Harmonic (98 операций - 49,5%), что сокращает время операции и значительно упрощает работу хирурга. При выраженной атрофии ножек диафрагмы и

1209

выраженном расширении пищеводного отверстия диафрагмы выполняли диафрагмопластику с использованием синтетических эндопротезов (7). Фундопликационную манжету формировали по Nissen (135 больных), Nissen-Rossetti (60), Toupet (2), Dor (1), стремясь к созданию безнатяжной манжеты. Средняя длительность операции составила  $102 \pm 21$  минут. Дренирование брюшной полости в типичном варианте операции не производилось. Симультанные операции выполнены у 94 (47,5%) пациентов (лапароскопическая холецистэктомия, фенестрация кист печени, герниопластика). Результаты. Интраоперационные осложнения отмечены у 7 (2,6%) пациентов: кровотечение из коротких сосудов желудка - 3 (конверсия – 1 пациент), перфорация желудка (1 - ушита лапароскопически), повреждения плевры - 3. Средний послеоперационный койко-день составил  $5,3 \pm 0,6$ . После «открытых» операций этот показатель составил  $9,2 \pm 0,2$  дня. В раннем послеоперационном периоде осложнения выявлены у 6 (2,3%) больных: перфорация желудка - 2, пневмония - 2, кратковременная дисфагия - 4. Летальных исходов не было. Послеоперационное наблюдение опытного гастроэнтеролога считаем обязательным. В результате, положительные результаты достигнуты у 225 (85,8%) пациентов. Удовлетворительные результаты в виде значительного уменьшения клинических проявлений отметили 32 (12,2%) больных. У 5 (2,0%) пациентов после оперативной коррекции ГПОД отмечен рецидив заболевания (при этом у 1 - после лапаротомной операции). Анамнестически установлено, что причиной рецидива у этих больных явилось несоблюдение рекомендаций (в частности - необходимость щадящего трудового режима не менее 5-6 месяцев, о чём районные хирурги обычно не осведомлены – клиническая симптоматика исчезает практически сразу, а пациент сам настаивает на активном образе жизни). Обоснованность данной рекомендации в литературе должного обсуждения не нашла, но наш опыт показывает, что эта тенденция является системной и заслуживает многоцентрового анализа. Повторно лапароскопически оперировано 4 больных. При этом причинами рецидива выявились несостоятельность фундопликационной манжеты (3), несостоятельность швов ножек диафрагмы (3). Все повторные лапароскопические операции сопровождалась диафрагмопластикой синтетическим эндопротезом. У одного пациента в отдалённые сроки после операции выявлен пролежень эндопротезом стенки пищевода, что потребовало оперативного удаления импланта с последующей антирефлюксной пластикой пищеводно-желудочного перехода аутотканями. В этой связи мы отказались от использования эндопротезирования с циркулярным (охватывающим пищевод) наложением фиксирующих швов. Заключение. Малоинвазивные вмешательства являются высокоэффективным способом лечения ГПОД. Для улучшения их результатов необходима адекватная предоперационная подготовка пациентов, слаженность работы хирургической бригады, использование современных технологий (ультразвуковой скальпель) и (при наличии показаний) - рациональное применение эндопротезирования пищеводного отверстия диафрагмы. Стратегия предоперационной подготовки таких пациентов должна основываться на своевременном и достаточном обеспечении качественными расходными материалами (эндопротезы, степлеры и т.п.). Кроме того, в регионах настоятельно требуется регулярное обучение хирургов «продвинутым» эндохирургическим технологиям.

---

#### 1674. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ.

Ярема В.И. (1), Сенченко И.С. (1), Медведев Д.А. (2)

Москва

1) ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, 2) ГБУЗ г. Москвы «ГКБ № 64 ДЗМ»

Актуальность. В настоящее время эндоскопия располагает огромным арсеналом возможностей для гемостаза. Существующие в настоящее время методы имеют определенные недостатки, ограничивающие их применение. Несвершенство имеющихся возможностей эндоскопического гемостаза, относительно высокая частота рецидивов кровотечения, послеоперационная летальность при рецидиве кровотечения требуют внедрения более эффективного лечения язвенных дуоденальных кровотечений. Биологические методы имеют преимущество перед остальными в аспекте стимуляции трофических и регенераторных процессов. Материал и методы. Проведено сравнительное клиническое рандомизированное исследование, в ходе которого изучены результаты эндоскопического PRGF-гемостаза язвенных дуоденальных

кровотечений. По методу остановки кровотечения больные были разделены на две группы. Всем поступающим больным проводились диагностические и лечебные мероприятия, направленные на выявление локализации и устранение источника кровотечения. При необходимости перед проведением ЭГДС выполнялось промывание желудка через назогастральный зонд. Инфильтрационный гемостаз осуществлялся путем подслизистого обкалывания язвенного дефекта лекарственным препаратом на расстоянии 0,5-1 см. от источника кровотечения из одной или нескольких точек. В основной группе применялся инъекционный эндогемостаз с использованием PRGF, полученной из цельной аутокрови путем разделения последней по градиенту плотности с последующей активацией тромбоцитов. В контрольной – эндоскопические инъекции этилового спирта, раствора глюкозы, аппликации клеевых композиций, орошение гемостатиками. Пациентам обеих групп проводилась стандартная консервативная терапия, включающая инфузионную, гемостатическую, антисекреторную, эрадикационную терапию. Переливание компонентов крови и другие лечебные мероприятия назначались по показаниям. Оперативное лечение выполнялось при неэффективном эндоскопическом гемостазе, рецидиве кровотечения, невозможности достигнуть стабильного гемостаза при эндоскопическом мониторинге. Результаты и выводы. В основной группе соотношение мужчин и женщин составило 2,33, средний возраст 53,16 лет, скорость эпителизации язвы 0,66 мм/сут., частота рецидивов – 1,6%, среднее количество койко-дней в стационаре 9,6. В контрольной группе имели место следующие показатели: соотношение мужчин и женщин составило 3,28, средний возраст 53,7 лет, скорость эпителизации язвы 0,29 мм/сут., частота рецидивов – 8,33%, среднее количество койко-дней в стационаре 14,9. В обеих группах летальность отсутствовала. Полученные результаты демонстрируют эффективность эндоскопического PRGF-гемостаза в лечении дуоденальных кровотечений язвенного генеза. Указанный метод позволяет выполнить две задачи: 1) успешно остановить кровотечение или выполнить превентивный гемостаз за счет механического сдавления сосудов и экскреции тромбоцитами факторов свертывания крови, участвующих в первичном гемостазе; 2) добиться увеличения скорости эпителизации язвенного дефекта, что в свою очередь снижает риск рецидива кровотечения. В сравнении с другими группами биологических эндогемостатиков PRGF-гемостаз обладает отличительными достоинствами: низкой стоимостью, быстротой приготовления, биологической безопасностью, безопасностью при введении. Противопоказаниями к применению являются: системные заболевания крови, злокачественные заболевания. Применение эндоскопических технологий способствует снижению оперативной активности и летальности. Только адекватное и обоснованное использование гемостатиков может привести к эффективной остановке кровотечения.

---

#### 1675. Хирургическое лечение и диагностика при постхолецистэктомическом синдроме

Вертянкин С.В., Якубенко В.В., Амиров Э.В., Козлов А.Е.

Саратов

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Минздрава РФ

Термин «Постхолецистэктомический синдром» впервые появился в медицинской литературе в 30-х годах прошлого века. С тех пор ведутся споры о возможности его использования. Тем не менее, данный термин сохраняет свою жизнеспособность и до настоящего времени, присутствуя в МКБ-10 под шифром K91.5. Однако, следует отметить, что ПХЭС — по сути не является самостоятельной нозологической формой. Это - собирательное понятие, распознавание причин формирования которого требует больших усилий, как хирургов, так и терапевтов. Причем его частота на протяжении многих десятилетий остается величиной постоянной, составляя в среднем 10-15%. Отсутствие единого этиологического и патогенетического фактора для развития данного синдрома приводит к выделению различными авторами множества причин его возникновения и клинических проявлений. Так М.И. Кузин выделяет 3 основные группы причин: болезни органов желудочно-кишечного тракта, органические поражения желчных путей и заболевания органов гепато-панкреатодуоденальной зоны. Т. Д. Звягинцева развитие клинических симптомов после операции связывает с состояниями, которые не были устранены при операции, с изменениями, которые возникли

вследствие хирургического вмешательства, с поражениями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, с органическими заболеваниями других органов и систем и с функциональными нарушениями желчных путей и двенадцатиперстной кишки, возникающими вследствие отсутствия желчного пузыря. А.А. Ильченко в качестве причин ПХЭС выделяет дисфункции сфинктера Одди, тактические и технические погрешности операции и хроническую билиарную недостаточность. Согласно «Римскому консенсусу по функциональным расстройствам органов пищеварения» (1999г.), вместо термина «постхолецистэктомический синдром» предложено использовать термин «Дисфункция сфинктера Одди». Мы предлагаем разделять ПХЭС на 2 вида: ПХЭС 1 типа, вызванный функциональными причинами, и ПХЭС 2 типа, имеющий органическую этиологию. И, если лечение первого является задачей гастроэнтерологов, то для оказания адекватной помощи остальным больным необходимы хирургические методы. Таким образом, основной задачей обследования пациентов с ПХЭС является именно исключение структурных нарушений (в подавляющем большинстве случаев, резидуального холедохолитиаза и стриктур желчевыводящих путей). В нашей клинике факультетской хирургии СГМУ используется следующая схема обследования. Наряду со стандартными исследованиями крови и мочи исследуется уровень прямого и непрямого билирубина, трансаминаз, амилазы, ГГТ, щелочной фосфатазы. Из инструментальных обследований у всех больных применяем УЗИ, ФГДС с обязательным осмотром большого дуоденального сосочка, рентгеноскопию желудка, МР-ХПГ (МРТ в режиме холангиографии). Следует отметить, что ЭРХПГ мы считаем достаточно инвазивным методом и применяем только для проведения папиллосфинктеротомии или стентирования холедоха при обнаружении органических поражений внепеченочных желчных протоков при МР-ХПГ или в случаях, когда последняя противопоказана. Тактический алгоритм, предлагаемый нами, основан на результатах обследования. В случае резидуального холедохолитиаза выполняется эндоскопическая папиллосфинктеротомия с механической литоэкстракцией. При невозможности данного метода – оперативное лечение (холедохолитотомия с наложением различных видов билиодигестивных анастомозов или дренированием холедоха по Керу). При стриктурах операцией выбора является стентирование протоков, а также выполняется наложение билиодигестивного анастомоза. Из последних предпочтению отдается гепатико- или холедохоеюноанастомозу по Ру. В редких случаях, при невозможности доступа к большому дуоденальному сосочку, используется чрескожная чреспеченочная холангиостомия. Имеется опыт антеградного стентирования желчных протоков. Таким образом, использование четкого алгоритма позволяет своевременно выявлять больных ПХЭС 2 типа, сочетая высокую диагностическую точность обследования с его минимальной инвазивностью.

---

## 1676. ЭСКАЛАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ТРОМБОЭМБОЛИЙ

Карсанов А.М.(1), Маскин С.С.(2), Слепушкин В.Д.(1), Карсанова З.О.(1), Худиева Э.М.(1), Дербенцева Т.В.(2), Наниев С.А.(1), Климович И.Н.(2), Матюхин В.В.(2)

ВладикавказВолгоград

(1) ГБОУ Северо-Осетинская государственная медицинская академия(2) ГБОУ Волгоградский государственный медицинский университет

Периоперационная безопасность пациентов является основой современной медицинской помощи. С учетом роста объемов и диапазона хирургических вмешательств предъявляются особые требования к эффективности современной хирургии, одной из тенденций которой является создание национальных программ медицинской безопасности, базирующихся на структурированной по видам осложнений системе профилактики послеоперационных осложнений (ПО). Цель исследования. Разработать и внедрить принципы эскалационного подхода к профилактике венозных тромбоземболических осложнений (ВТЭО), как компонента хирургического лечения пациентов с абдоминальными дигестивными локализациями рака. Материалы и методы. Результаты профилактики ВТЭО у оперированных онкологических больных анализировались за два периода наблюдения: “период рутинной профилактики ВТЭО” (2000-2007 гг.) – 184 пациента (контрольная группа), в которой были применены современные международные и национальным

рекомендации по профилактике ВТЭО и “период эскалационной профилактики ВТЭО” (2008-2013 гг.) – 254 пациента (основная группа), у которых комплекс мер по профилактике ПО реализовывался в рамках адаптированного нами варианта протокола ускоренного восстановления (ПУВ). Среди нозологических форм рака в исследование были включены только пациенты с дигестивными локализациями рака. В зависимости от частоты воспроизводимости в конкретном исследовании, компоненты ПУВ были градируются по трем уровням. Высокий уровень воспроизводимости (УВ) “А” включал мероприятия, воспроизведенные нами с частотой 81-100%; средний УВ “В” - с частотой 61-80% и к низкому УВ “С” отнесены мероприятия, воспроизведенные с частотой  $\leq 60\%$  от всех пациентов основной группы. В основной группе компоненты ПУВ, способствующие эскалации мер профилактики ВТЭО реализовывались в рамках различных УВ. Так к УВ “А” относились: введение низкомолекулярного гепарина (НМГ) эноксапарина по 40 мг за 12 часов до операции - 100%, удаление центрального венозного и уретрального катетеров в течение 48 часов (83,5%), внутрибрюшинные технологии профилактики послеоперационной кишечной непроходимости и синдрома внутрибрюшной гипертензии (84,6%). УВ “В” соответствовали: ультразвуковое компрессионное ангиосканирование (УЗАС) вен нижних конечностей (73,4%), создание адекватного режима регидратации путем инфузии кристаллоидов по 2 мл/кг/ч (66,7%), интраоперационный мониторинг с включением оценки уровня сознания по БИС-монитору для дозирования гипнотиков и электромиографии для дозирования миорелаксантов (73,2%), дополнительная инфузия при гипотонии или олигурии (74,2%), использование с целью анальгезии инфузий раствора парацетамола 1000 мг через 8 часов и инъекций кеторола по требованию (86,4%), активизация в виде принятия сидячего, а то и вертикального положения к исходу 1-х суток (73%), со ступенчатым удлинением периода активизации. УВ “С” соответствовали: эхокардиография при сочетании нескольких факторов риска для выявления потенциальных источников тромбоемболов (14,4%), УЗАС вен нижних конечностей на 3-и сутки после операции (38,6%), повышение суточной профилактической дозы НМГ на 25-50% на 3-и сутки, при отсутствии увеличения теста АЧТВ, как минимум в 1,2 раза от исходного у конкретного больного и при ухудшении ряда гемостазиологических показателей более чем на 20% от исходных и, что наиболее значимо, пролонгирование инъекций НМГ до 30 суток на основе добровольного информированного согласия при сочетании нескольких факторов риска (21,4% случаев). Результаты. В контрольной группе интегральный показатель, получивший название “индекс риска эмбологенности” (ИРЭ) и вычисляемый, как частное от соотношения относительных показателей проксимальных и дистальных ВТ, к которым нами были отнесены не только тромбоз глубоких вен, но и варикотромбофлебит, составил 0,73, что коррелировало с частотой ТЭЛА (1,1%) и тем более фатальной ТЭЛА (0,5%). При внедрении эскалационного подхода к профилактике ВТЭО ИРЭ составил 0,33, что не только свидетельствовало о двукратно превосходящем риске ТЭЛА в контрольной группе, но и фактически отразилось в отсутствии летальности от ТЭЛА в основной. Эффективность эскалационного подхода к профилактике ВТЭО была реализована в виде сокращения всех категорий послеоперационных ВТЭО с 4,9% до 2%. При внедрении стратегии активной переоценки клинической ситуации по ходу лечения наиболее значимым является снижение частоты проксимальных ВТ (с 1,6% до 0,4%) и отсутствие фатальной ТЭЛА. Заключение. Обеспечение периоперационной безопасности является основой современной хирургии. Достижение низких показателей послеоперационных ВТЭО является одной из слагаемых концепции периоперационной безопасности пациентов. Профилактика ВТЭО должна основываться на внедрении внутреннего протокола, основанного на определении степени риска и активной переоценке ее эффективности на всех этапах лечения. Внедрение эскалационного подхода к профилактике в рамках общей стратегии ПУВ позволяет добиться у больных высокого риска более чем двукратного снижения частоты ВТЭО по сравнению со стандартными мерами.

---

1677. Стентирование в лечении дисфагии опухолевой этиологии у пациентов старших возрастных групп.

Мизиев И.А., Базиев З.М., Таукенова Л.И., Созаева С.Р.

Нальчик

Кабардино-Балкарский государственный университет им. Бербекова Х.М.

Несмотря на улучшение диагностических возможностей, лечение запущенных форм рака пищевода и кардиоэзофагеального перехода не утратило своей актуальности. По данным различных авторов в 70-80% случаев рак пищевода диагностируется на 3-4 стадиях заболевания, в подавляющем большинстве случаев у лиц старших возрастных групп, когда радикальное лечение уже невозможно. В этих ситуациях на первое место выходит обеспечение достаточного комфорта и достойного качества жизни. Пациентам из старших возрастных групп часто невозможно проведение необходимой в данных клинических ситуациях химиолучевой терапии. Кроме того не секрет, что операция по установке гастростомы несут за собой не меньшие риски, учитывая необходимость общей анестезии, вскрытие полого органа. В ГБУЗ «Онкологический диспансер» МЗ КБР в период 2013-2014 гг. на лечении находились 12 пациентов с диагнозом рак пищевода или кардиоэзофагеального перехода 3-4 стадии. Средний возраст от 65 до 80 лет, как правило сопровождался неблагоприятным интеркуррентным фоном. У всех пациентов 3 степень дисфагии. Эндоскопическая картина: сужение просвета пищевода до 0,3-0,5см. У данной группы пациентов в качестве разрешения дисфагии мы использовали методику стентирования пищевода нитиноловыми стентами (с антирефлюксными клапанами или без) под комбинированным рентгенэндоскопическим контролем. Применяемая анестезия - местная, при необходимости умеренная внутривенная седация. В своей практике мы использовали при необходимости бужирование пищевода не более чем до 0,5 см, с целью только проведения системы доставки стента. Далее при установке стента происходит равномерное расправление и по нашему мнению более равномерное распределения бужирование просвета до нужного диаметра в течение 24-48 часов. Что также по нашему мнению играет определенную роль и в качестве профилактики миграции стента. Пациенты наблюдались в стационаре в среднем 1 сутки. Через 2 часа мы разрешали пить, через 24 часа есть жидкую пищу (бульоны, картофельное пюре, смеси для энтерального питания и т.д.). Все пациенты по данным на октябрь 2014г. живы. У 1 пациентки стент функционирует 8 месяцев. У 1 пациентки стент перестал функционировать через 7 месяцев. В 1 случае у пациента с первичномножественным синхронным раком пищевода и легкого через 6 месяцев выше по пищеводу – произведено рестентирование по типу «стент-в-стент», функционирует удовлетворительно. В 1 случае через 1 неделю после установки стента пациент нарушил режим питания в связи с чем стент мигрировал в желудок. В остальных случаях стенты функционируют в среднем 6 месяцев удовлетворительно. Большинство пациентов отмечают прибавку массы тела в среднем на 1-1,5кг. Выводы: Стентирование пищевода является методом выбора у пациентов старших возрастных групп с высоким операционным риском и выраженной дисфагией опухолевой этиологии, значительно улучшающее качество жизни и социальную адаптацию.

---

#### 1678.МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ И МОНИТОРИНГУ ИНЦИЗИОННЫХ ИНФЕКЦИЙ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Маскин С.С.(1), Климович И.Н.(1), Карсанов А.М.(2), Карсанова З.О.(2), Наниев С.А.(2), Дербенцева Т.В.(1), Матюхин В.В.(1)

ВолгоградВладикавказ

(1) ГБОУ Волгоградский государственный медицинский университет (2) ГБОУ Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Улучшение непосредственных результатов хирургического лечения РОК позволяет не только улучшить качество жизни пациента, повысить безопасность лечения, снизить материальное бремя на лечебное учреждение, но и стратегически повышает радикализм противоопухолевого лечения. Цель исследования. Оценить возможности внедрения протокола профилактики и мониторинга инцизионных инфекций (ИИ) в хирургии рака ободочной кишки (РОК). Материалы и методы. Работа основана на анализе частоты и характера инфекций области хирургического вмешательства (ИОХВ), развившихся в результате хирургического лечения 183 больных РОК, оперированных открытым способом с 2007 по 2012 гг. и рандомизированных на две группы сравнения. В основной группе (80 больных) периперационный



комплекс лечебных мероприятий реализовывался на основании адаптированного варианта протокола ускоренного восстановления - «Fast track surgery» (FTS), в контрольной группе (103 больных) была использована традиционная методика ведения больных. В основной группе среди мер, имеющих прямую корреляцию с вероятностью развития ИОХВ были применены (после дефиса указана частота соблюдения): отказ от механической очистки толстой кишки - 94%, антибактериальная профилактика путем селективной деконтаминации ЖКТ - 71% и внутривенном введении разовой дозы цефалоспоринов без псевдомонадной активности за 30 минут до разреза - 100%; протекция операционной раны - 47%, формирование ручных анастомозов продольным однорядным экстрамукозным абсорбируемым швом - 77%, недопущение интраоперационной гипотермии – 100%, при зашивании лапаротомной раны после герметизации апоневроза - последовательный лаваж водным раствором хлоргексидина и 3% раствором перекиси водорода с экспозицией 3 минуты, тщательная адаптация всех слоев раны, шов кожи полипропиленом и бесповязочное ведение. К послеоперационным осложнениям были отнесены возникшие в течение 30 суток после операции. Для оценки ИОХВ применены общепринятые критерии CDC, а для инцизионного раневого процесса - интегральная шкала ASEPSIS, начиная с 3-х и через каждые двое суток послеоперационного периода. Результаты. При анализе осложнений в группах получены статистически достоверные отличия, как среди общих, так и среди хирургических осложнений. В контрольной группе наряду с абсолютным ростом частоты хирургических осложнений (13,6%), по сравнению с основной (2,5%), возросла как их доля в общей структуре осложнений по сравнению с основной группой (с 18% до 52%), так и степень их тяжести. При межгрупповом анализе частоты и характера ИОХВ выявлены существенные отличия в частоте регистрации ИОХВ по критериям CDC и ASEPSIS. По CDC: всего ИОХВ было зарегистрировано 2,5% и 8,7%; раневых поверхностных - 2,5% и 3,5%, раневых глубоких - 0% и 2,9%; органа/полости - 0% и 1,9%, в основной и контрольной группах соответственно. По шкале ASEPSIS: удовлетворительное заживление раны было - в 97,5% и 90%; нарушенное (замедленное) заживление - в 2,5% и 2,9%; ИИ легкой степени - в 0% и 1%; ИИ средней степени - в 0% и 2%; тяжелая ИИ – в 0% и 1% случаев в основной и контрольной группах соответственно. Применение протокола FTS в хирургии РОК, позволяет добиться сокращения продолжительности лечения (8,9 против 13,1 дней (без учета случаев повторной госпитализации), снижения частоты и тяжести послеоперационных осложнений (13,7% против 26,2%). При попытке объективизировать оценку частоты ИОХВ у больных РОК с помощью шкалы ASEPSIS, были получены противоречивые по структуре раневых осложнений результаты. Хотя при межгрупповом сравнении обе шкалы продемонстрировали статистически достоверные результаты. Заключение. Большинство компонентов классической мультимодальной программы FTS могут быть успешно внедрены при лечении РОК. Основным преимуществом технологии FTS является нивелирование последствий операционной агрессии, выразившееся в достоверном снижении как общих, так и хирургических осложнений. Применение шкалы ASEPSIS для интегральной динамической оценки и регистрации характеристик течения раневого процесса у больных РОК продемонстрировало не только сопоставимые по качественным параметрам результаты с общепринятой системой CDC, но и большую вариабельность и динамизм анализируемых параметров и хроно-морфологических нюансов репаративного процесса. Дальнейшее изучение результатов практического применения интегральных шкал для оценки течения послеоперационного раневого процесса является оправданным в силу их объективности и очевидно большей динамичности.

---

1679.С чего все началось. Первый съезд российских хирургов

Лушников А. В.

Москва

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

Отечественная хирургия имеет славную историю. Деятельность научных хирургических обществ отражала состояние хирургии своего времени. Работа обществ вписывается в историю науки и является не последним звеном в развитии культуры нашей страны. Как же создавалось объединение хирургов в России? Пионером, кто стоял у истоков создания объединения хирургов России был Н. В. Склифо-совский, который в 1890 г.

высказал мысль об создании такого объединения и проведения съездов хирургов. Его предложение не было поддержано хирургами. Лишь в 1894 г. его предложение было поддержано Хирургическим обществом в Москве, для чего была избрана Комиссия (Л. П. Александров, А. А. Бобров, П. И. Дьяконов). Комиссия выработала устав съезда, который был предоставлен общественности для обсуждения. В ходе поднятой дискуссии 1895 г. хирургическое общество в Москве пришло к заключению, что устройством съездов должны заниматься инициативные русские хирурги, не состоящие членами хирургического общества в Москве. В силу разных причин процесс организации съезда затянулся. 2 февраля 1899 г. была избрана новая комиссия в составе: А. А. Бобров, П. И. Дьяконов, А. П. Левицкого, Ф. И. Сеницына, А. Н. Соловьева. Ей было поручено переработать проект устава с учетом высказанных хирургами замечаний. Переработанный проект устава был утвержден 13 июня 1900 г. Министерством внутренних дел, после чего члены-учредители решили созвать съезд в декабре 1900 г. Был избран организационный комитет: П. И. Дьяконов — председатель, А. А. Бобров, Ф. А. Рейн, А. В. Мартынов и др. 28 декабря 1900 г. в 9 часов утра в помещении Совета Старейшин Московского собрания врачей председатель организационного комитета П. И. Дьяконов объявил I съезд российских хирургов открыт, который проходил с 28 по 30 декабря 1900 г. На съезде присутствовало 63 члена-учредителя, 206 действительных членов Российского общества хирургов. Было заслушано 50 докладов по 5 разделам: общая хирургическая патология и терапия; хирургия головы; хирургия шеи, груди, позвоночника; хирургия брюшной и тазовой полости; хирургия конечностей. Съезд прошел с большим успехом, положив начало объединению усилий русских хирургов в разработке актуальных проблем хирургии. На съезде был принят устав Общества российских хирургов, избрано первое Правление Общества российских хирургов: председатель — А. А. Бобров, товарищ председателя — П. И. Дьяконов, секретари — Ф. А. Рейн и А. В. Мартынов, казначей — Ф. И. Березкин, члены правления — С. Ф. Дерюжинский, Ф. И. Сеницын, А. Н. Соловьев. Так началась история съездов российских хирургов и Общества российских хирургов.

---

1680. Опыт организации экстренной эндовидеохирургической службы в условиях общехирургического стационара

Мизиев И.А., Базиев З.М., Ахкубеков Р.А., Дабагов О.Ю., Гудов А.Х., Ачабаева А.Б., Созаева С.Р.

Нальчик

Кабардино-Балкарский государственный университет им. Бербекова Х.М.

Неотложная хирургическая помощь остается одним из наиболее сложных и ответственных разделов медицины. Диагностика неотложных состояний органов брюшной полости занимает одно из ведущих мест среди современных вопросов хирургии. Одним из решений этого вопроса явилось применение видеолaparоскопии (ВЛС). Так по данным Н.В. Лебедева, М.М.Абакумова и В.И. Малярчука (2002г. Москва) у 34-53,4% больных с повреждениями органов брюшной полости ВЛС позволяет оказать неотложную специализированную хирургическую помощь в полном объеме не прибегая к лапаротомии, что благотворно сказывается на послеоперационном течении. В связи с изначальным негативным отношением большинства хирургов к лапароскопическим методам, традиционную окулярную лапароскопию выполняли врачи-эндоскописты. Учитывая наличие интра- и послеоперационных осложнений (кровотечение, перфорация органа и т.д.) и следовательно необходимость вмешательства квалифицированного врача-хирурга, а также количество напрасных лапаротомий до 44% назрела необходимость радикального решения этого вопроса с учетом современных тенденций. С 2005г. на базе нашей клиники создано отделение экстренной эндохирургии, выделена видеолaparоскопическая стойка. Коллектив отделения состоит из врачей-хирургов прошедших специальную подготовку, т.е. владеющие как открытыми, так и лапароскопическими методами оказания экстренной хирургической помощи. Таким образом, отпала необходимость смены хирургической бригады при необходимости конверсии. Кроме того, хирург сам определяет показания и объем оперативного вмешательства. За период с 2005 по 2014гг. в нашей клинике видеолaparоскопия произведена 315 больным в возрасте от 18 до 85 лет. Причем около 60% приходилось на трудоспособный возраст от 21 до 50 лет. У 192(61%) больных проведение ВЛС было обусловлено

травматическими поражениями, при этом у больных повреждения различной степени выявлены в 48(24,2%) случаях, у 144(75,8%) больных проведение ВЛС позволило не делать лапаротомию. ВЛС у 123(39%) больных выполнено при острых воспалительных заболеваниях, при этом в 27(22%) случаях удалось избежать напрасной лапаротомии, в 22(18%) случаях операцию удалось завершить лапароскопически. Осложнений за означенный период не отмечено, несмотря на проведение ВЛС в экстренном порядке, и даже у больных с ранее проводимыми операциями на органах брюшной полости. При этом больные с изолированной травмой живота без повреждений органов брюшной полости выписывались из стационара в удовлетворительном состоянии на 2-3 сутки, что значительно ускоряет реабилитацию и возвращение больных к полноценной жизни. Таким образом, выводы не многозначны: послеоперационные осложнения минимальны, сроки госпитализации больных уменьшаются, трудоспособность практически не страдает.

---

#### 1681. ПЕРФОРАТИВНЫЕ ЯЗВЫ: ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА

Лобанков В.М. (1), Дитрих И.И. (2), Камбалов М.Н. (3)

Псков, Гомель

1) ПсковГУ, 2) Псковская ОКБ, 3) Гомельский ГМУ

Цель – изучить индивидуальные факторы риска перфоративных язв (ПЯ). Материалы и методы. Проведен проспективный многофакторный анализ клинико-анамнестических и демографических показателей больных ПЯ в сравнении с демографическими показателями жителей Пскова и Гомеля. По специальной схеме интервьюировано 194 пациента с ПЯ 12-перстной кишки. Результаты и обсуждение. В группе 166 мужчины (85,6%) средний возраст  $36,9 \pm 1,2$  лет и 28 женщин (14,4%) средний возраст  $53,9 \pm 3,5$  лет. Более половины (54,2%) до прободения имели анамнез язвенной болезни (ЯБ) свыше 5 лет, а 37,9% – свыше 10 лет, у трети (32,1%) заболевание сопровождалось и другими осложнениями. Самым распространенным вариантом лечения ЯБ, имевшим место у 46,6% пациентов, было бессистемное симптоматическое самолечение. Более половины отличались низким уровнем комплаенса. «Немые» ПЯ были у 15 мужчин и 1 женщины – 8,3%. У 66,3% больных с ПЯ установлен наследственный анамнез ЯБ, причем у 57,4% признак был выраженным. Злоупотребляли алкоголем 35,8% мужчин с ПЯ, клинически к алкоголикам отнесены 9,9% мужчин. Курящими были 84,7% пациентов, отдельно мужчины - 92,0% что в 1,7 раза превышает показатель населения. Среди мужчин, злоупотребляющих алкоголем, некурящих не было. По уровню образования больные с ПЯ заметно уступали показателям населения. Лица с высшим и средне специальным образованием встречаются вдвое реже. Напротив, имеющие общее среднее и среднее техническое образование, встречались в 1,5 и 2 с лишним раза чаще. По профессиональной и социальной принадлежности подавляющее большинство больных ПЯ – рабочие: что на пятую часть больше, чем среди работающих горожан, количество служащих вдвое меньше, а удельный вес руководителей чрезвычайно мал. Доля неработающих на порядок выше из-за безработных. По аналоговой шкале выявлен высокий уровень (38,9%) семейного дистресса. Заключение. Пациенты с ПЯ характеризуются целым рядом клинических и личностных особенностей, негативно влияющих на течение ЯБ. Тезис о возросшей доле «немых» прободений, по анализу медицинской документации, не подтверждается. Важнейшими факторами риска ПЯ следует считать низкую медицинскую активность, высокую приверженность вредным привычкам, семейную неустойчивость.

---

1682. Применение чрескожного чреспеченочного дренирования желчевыводящих путей под ультразвуковым наведением у больных с синдромом механической желтухи

Мизиев И.А., Базиев З.М., Калибатов Р.М., Созаева С.Р., Бакуева В.М., Таукунова Л.И.

Нальчик

Кабардино-Балкарский государственный университет им. Бербекова Х.М.

Совершенствование методов диагностики значительно расширили возможности выявления патологических процессов органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Благодаря широкому внедрению в практику новых средств визуализации значительно сократилась потребность в инвазивных методах обследования. Вместе с тем, знаменем времени стал перенос части «малых» хирургических операций в ультразвуковые кабинеты. Ультразвуковое исследование (УЗИ) привлекает специалистов своей эффективностью при динамическом контроле за выполнением пункции внутривенных желчных протоков. Отсутствие противопоказаний к использованию УЗИ, а также отсутствие лучевой нагрузки открывает возможность использованию УЗИ в любой возрастной группе, без временных ограничений. Особую группу составляют больные с заболеваниями, вызывающими обструкцию желчных протоков, осложненной механической желтухой. Известно, что выполнение хирургического пособия на высоте желтухи сопряжено с тяжелыми послеоперационными осложнениями уже в раннем послеоперационном периоде с возможным летальным исходом. С другой стороны выжидательная тактика также неприемлема, так как, по данным ряда авторов, уже к концу первой недели в печени возникают изменения, приводящие к печеночной недостаточности или в отдаленном периоде к циррозу печени. Одним из решений этого вопроса является применение чрескожного чреспеченочного дренирования желчевыводящих путей. Как у любого инвазивного вмешательства у чрескожного чреспеченочного дренирования желчевыводящих путей могут быть определенные осложнения: кровотечения, желчеистечение в брюшную полость, перфорация полого органа, ранение плевральной полости и т.д. Для сокращения количества осложнений необходимо строго учитывать противопоказания к данному методу: Абсолютных противопоказаний к проведению операции нет. Относительные противопоказания: Коагулопатия, неадекватное состояние пациента (деменция, возбуждение и др.), асцит, терминальное состояние пациента, гнойничковые заболевания кожи в зоне вмешательства, эмпиема плевры справа. На базе нашей клиники мы применили дренирование желчевыводящих путей под УЗ-контролем у 50 пациентов с механической желтухой, на различных сроках развития синдрома. Из них 45 больных с раком поджелудочной железы и 5 с холедохолитиазом. В 30 случаях мы проводили чрескожную чреспеченочную холецистостомию, в 20 холангиостомию. У одного больного чрескожное чреспеченочное дренирование проводилось на фоне развивающейся печеночной недостаточности и не принесло ожидаемого положительного эффекта. У остальных больных эффективность проведенных вмешательств невозможно переоценить. Уже на вторые сутки отмечалось снижение показателей билирубина крови, наметилась тенденция к снижению показателей трансаминаз. Осложнений в данной группе больных не было. Вторым этапом этим пациентам проводилась радикальная операция, стентирование желчевыводящих путей, либо чрескожное вмешательство являлось окончательным методом лечения в связи с запущенностью основного заболевания или отказом пациента от других методов лечения. Таким образом напрашиваются следующие выводы: Отсрочка оперативного вмешательства при синдроме механической желтухи (СМЖ) увеличивает количество неблагоприятных исходов у таких больных вследствие нарастающей печеночной недостаточности. С другой стороны классические радикальные оперативные вмешательства проведенные на высоте гипербилирубинемии нередко сопровождаются рядом осложнений вплоть до летального исхода. Миниинвазивные пункционные вмешательства под УЗ-контролем под местной анестезией не оказывают существенного влияния на организм пациента с СМЖ. Необходимо отказаться от выжидательной тактики при ведении больных с синдромом механической желтухи и применять чрескожное чреспеченочное дренирование желчевыводящих путей в качестве первого этапа оперативного лечения сразу после установления причины желтухи, т.е. практически сразу после получения результата УЗ-исследования.

---

1683. ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В НУЗ «ДОРОЖНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА НА СТ. ВОРОНЕЖ-І ОАО «РЖД».

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

Новомлинский В.В., Глухов А.А., Самойлов В.С., Чвикалов Е.С., Вдовин В.В., Хальченко Е.А., Реминный А.В., Малкина Н.А.

Воронеж

НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Воронеж-1 ОАО "РЖД", Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

В НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Воронеж-1 ОАО «РЖД» бариатрическая хирургия организована в 2010 году. Реализация внедрения данного хирургического направления проводилась в 3 условных этапа. Первый этап был наиболее трудоемким и важным, включающим в себя обучение персонала, организацию и внедрение методики, работу по информированию и привлечению потенциальных пациентов. Второй условный этап приходился на 2011-2012 гг., когда внедрялись и отрабатывались основные стандартные бариатрические методики. К 3-му этапу можно отнести последние два года, когда, уже при наличии определенного опыта выполнения стандартных вмешательств, начата апробация новых современных бариатрических операций, а так же рутинное тотальное выполнение операций лапароскопически. За истекшие 5 лет в НУЗ «ДКБ на ст. Воронеж-1 ОАО «РЖД» выполнена 151 операция при морбидном ожирении. Структура вмешательств распределена следующим образом: выполнено 24 (16%) эндоскопических установок баллонов в желудок, 14 (9%) пациентам произведено регулируемое бандажирование желудка, в 17 (11%) случаях – желудочное шунтирование по Ру или минижелудочное шунтирование, 11 (7%) пациентам выполнено билиопанкреатическое шунтирование, 81 (53%) - продольная резекция желудка. В оставшихся 4% случаев выполнялись иные хирургические вмешательства, как повторные при ранних и поздних осложнениях, так и первичные. Среди пациентов 72% составляли женщины, 28% мужчины. Основная возрастная группа - 30 - 40 лет. В 2011 году было выполнено 5 вмешательств, в 2012 г. – 20 вмешательств, в 2013 г. – 42 вмешательства по поводу морбидного ожирения, в 2014 г. – 51 операция. В первом квартале 2015 г. прооперировано 33 пациента. 76% от всех операций выполнено лапароскопически, оставшаяся часть пришлось на эндоскопический и открытый доступы. Конверсий не было. Количество осложнений составило 3,9 %. Летальных исходов не было. 1\3 пациентов до операции имела признаки нарушений углеводного обмена. При 76% follow-up, т.е. постоянной курации и наблюдении 3\4 прооперированных у нас пациентов, мы не имеем данных о сохранении сахарного диабета у кого-либо из них в послеоперационном периоде. Таким образом, стойкая ремиссия углеводных нарушений приближена к 100%. Территориальный охват по данному виду помощи включает Воронежскую и соседние Липецкую, Белгородскую, Курскую, Орловскую, Тамбовскую области, составляющие 78% потока пациентов, а так же отдаленные регионы, дающие 22% обращающихся в НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Воронеж-1 ОАО «РЖД» для хирургического лечения пациентов с морбидным ожирением.

---

1684.Использование видеолапароскопии в дифференциальной диагностике и лечении острых заболеваний органов брюшной полости и малого таза

Мизиев И.А., Базиев З.М., Ачабаева А.Б., Султанов Э.И.

Нальчик

Кабардино-Балкарский государственный университет им. Бербекова Х.М.

Не секрет, что клинические проявления «острого живота» схожи как в хирургии, так и в гинекологии. Поэтому неудивительно, что хирурги в практической деятельности постоянно сталкиваются с подобными больными. Диагностические ошибки в стационаре по данным И.Л. Роткова (1988) составляют от 3 до 15%, а на догоспитальном этапе до 70%. Нередко правильный диагноз устанавливается только на операционном столе. При этом во многих случаях оперативное вмешательство несет характер диагностического, чаще при обнаружении гинекологической патологии многих оперируют с дооперационным диагнозом - острый

1219

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

аппендицит. Решающую роль при этом играет ориентировка врача не столько на уточнение диагноза, сколько на выявление показаний к операции. В этом случае мы предлагаем максимально активно подойти к диагностике, отказаться от выжидательной тактики. То есть если уже выставлены показания к оперативному вмешательству (лапаротомии (ЛТ)), почему бы не воспользоваться таким методом диагностики как видеолaparоскопия (ВЛС), которая позволяет провести полноценную ревизию органов брюшной полости, а при необходимости обеспечить необходимый объем оперативного пособия менее травматично. С целью уточнения диагноза в таких ситуациях мы начинали оперативное вмешательство с видеолaparоскопии у 36 пациенток. Все эти больные консультированы гинекологами, но при этом наши сомнения не были полностью развеяны. В случае обнаружения гинекологической патологии приглашались гинекологи или же нами проводилось видеолaparоскопическое пособие. Так, например, в 7 случаях гнойного сальпингита проводилась санация брюшной полости, которая завершалась дренированием малого таза. В одном случае при сочетании гнойного сальпингита, перитонита, кисты яичника проводилась лапаротомия, адгезиолизис, инстиляция маточных труб, резекция левого яичника, дренирование брюшной полости, малого таза. В случае с сочетания гнойного сальпингита, оофорита, периметрита и перитонита совместно с гинекологами произведена надвлагалищная ампутация матки с трубами через лапаротомный доступ. При разрывах кист яичников мы пытались во всех случаях обойтись видеолaparоскопическим пособием. Это нам удалось в 5 случаях, была произведена резекция яичника, удаление кисты лапароскопически. В 2 случаях из-за значительного гемоперитонеума те же операции были проведены через лапаротомный доступ. В 1 случае нарушения трубной беременности удалось провести лапароскопическую тубэктомия, во втором, учитывая содружественную патологию, переход на лапаротомия и завершили операцию гинекологи – тубэктомия, резекция обоих яичников. При обнаружении у 2 больных с болевым синдромом склерополикистоза яичников и спаечного процесса в малом тазу мы предприняли видеолaparоскопическое вскрытие кист и адгезиолизис. В послеоперационном периоде боли у этих больных купировались, восстановился нормальный менструальный цикл. При выявлении острого аппендицита в зависимости от показаний проводилась лапароскопическая аппендэктомия или классическая. В 9 случаях острого флегмонозного аппендицита мы успешно предприняли лапароскопическую аппендэктомию. При наличии гангренозного аппендицита или флегмонозного с разлитым перитонитом проводилась классическая аппендэктомия. Анализ длительности госпитализации показал, что существенно снижается количество койко-дней после ВЛС вмешательств (от 3 до 7 к/д, в среднем 5 к/д) по сравнению с ЛТ (от 3 до 16 к/д, в среднем 8 к/д). при этом следует отметить, что короткие сроки пребывания больных в хирургическом отделении после ЛТ связаны с переводом в гинекологию, а после ВЛС больные выписываются на амбулаторное долечивание. Среди данной группы больных летальных исходов и осложнений ВЛС не было. Выводы: ВЛС является высокоинформативным, безопасным, объективным методом диагностики. Она показана во всех сложных диагностических ситуациях. ВЛС позволяет избежать неоправданных лапаротомий, и выявить истинную патологию. ВЛС обеспечивает лучший косметический эффект, сокращается длительность госпитализации, ускоряется реабилитация больных. ВЛС позволяет не только провести диагностику, но и оказать хирургическую помощь в полном объеме. При необходимости оперативного вмешательства у женщин во всех сомнительных случаях рекомендуем начинать с видеолaparоскопии.

---

1685. Пликация вен малого таза как метод хирургической профилактики тромбоэмболии легочной артерии.

Галкин С.В.(1), Маклашин А.В. (2), Пашин Н.В. (1), Дедюхин И.Г. (1), Александров А.Г. (1)

Йошкар-Ола, 2) Нижний Новгород

1) ГБУ РМЭ «Республиканская клиническая больница», отделение торакальной и сосудистой хирургии, г. Йошкар-Ола, республика Марий Эл 2) ГБОУ ВПО Нижегородская Государственная Медицинская Академия Минздрава России, ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №1

Тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей и вызванная им тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) представляют собой одну из важных проблем медицины. Частота ТГВ в общей популяции составляет до 160 на 100 000 с частотой фатальной ТЭЛА 60 на 100 000 населения в год. Более 25% случаев ТГВ и ТЭЛА

1220

напрямую связаны с хирургическими вмешательствами. Цель исследования: Оценка безопасности и эффективности метода хирургической профилактики ТЭЛА – операции пликация глубоких вен нижних конечностей и таза – в условиях ГБУ РМЭ «Республиканская клиническая больница», г. Йошкар-Ола. Материал и методы: На базе отделения сосудистой хирургии ГБУ РМЭ РКБ с 2010 по 2014 год выполнено 43 операции пациентам с флотацией головки тромба глубоких вен нижних конечностей. Более половины оперированных составляли пациенты гинекологического и травматологического профиля по основному заболеванию, у которых ТГВ протекал бессимптомно и был выявлен в ходе предоперационного УЗДС. 28 (65,15%) операций выполнено на уровне бедренного сегмента, 13 (30,2%) операций на уровне подвздошного сегмента и 2 (4,65%) операции на нижней полой вене. Профиль оперированных пациентов: первичные «сосудистые» пациенты (с ТГВ) – 17 (39,5%), гинекологического профиля (в т.ч. беременные) – 5 (3) (11,6%), травматологического профиля – 18 (41,86%), общехирургического профиля – 1 (2,3%), кардиологического профиля – 2 (4,6%). Возраст пациентов от 21 года до 82 лет, 25 (58,1%) женщин и 18 мужчин. Всего за период 2009 – 2014 г. выполнена 43 операции 42 пациентам, из них: пликация вены – 13 (30,2%), пликация + тромбэктомия из вены – 24 (55,8%), пликация + кроссэктомия – 4 (9,3%), тромбэктомия + кроссэктомия БПВ – 2 (4,6%). Вне отделения (в других ЛПУ) прооперировано 3 пациента (7%). Операция пликации вены заключалась в наложении 1-3 (в зависимости от диаметра вены) отдельных П-образных швов с захватом обеих стенок, швы накладывались вдоль вены нитью пролен 5/0. Расстояние между швами 2-3 мм. У 26 пациентов (60,5%) пликация вены комбинировалась с тромбэктомией из дистальных отделов венозного русла. Консервативное лечение пациентов в периоперационном периоде не отличалось от стандартов лечения неосложненного флотацией тромбоза глубоких вен. Результаты: После операции наблюдалось 37 пациентов (86%). На отдаленных сроках при УЗДС контроле было выявлено 100% сохранение пликации на сроке 3 месяца, у 44,2% (19 пациентов) произошла реканализация, то есть прорезывание швов с восстановлением просвета вены, на сроке до 6 месяцев, у 81,4% (35 пациентов) реканализация на сроке 12 месяцев, у 97,3% (35 пациентов из 36) реканализация наступила через 24 месяца. У 7 пациентов (24,3%) произошла эмболия уровня пликации оторвавшейся головкой тромба с последующей классической реканализацией – срабатывание «ловушки». Один летальный исход (2,5%) произошел у пациентки после тромбэктомии из ОБВ с кроссэктомией (без пликации). Фатальная молниеносная ТЭЛА на 5-е сутки послеоперационного периода. Источник ТЭЛА на аутопсии не установлен. Выводы: Пликацию вены выше уровня флотирующей головки тромба (с тромбэктомией из дистальных отделов венозного русла), можно считать операцией выбора при отсутствии возможности имплантации временного кава-фильтра. Преимущества пликации вены перед перевязкой заключается в сохранении кровотока по вене после выполнения пликации, при этом не происходит усугубления явлений венозной недостаточности. При отсутствии тромбоза на уровне пликации происходит прорезывание швов с восстановлением просвета вены на отдаленных сроках. Пликация вен технически возможна на различных уровнях венозной системы, от уровня бедренной вены до нижней полой вены для минимизации гемодинамических нарушений. Операция технически выполнима специалистом-сосудистым хирургом в условиях общехирургического отделения (хирургические стационары городских больниц, ЦРБ, в том числе при выездах по «санитарной авиации»), не требует технически сложного и дорогостоящего оборудования и специалистов (ангиограф, кава-фильтр, специалист-рентгенэндоваскулярный хирург) – «экономический» аспект операций.

---

1686.Редкие атипичные формы перфораций язв желудка

Столяров С.И., Добров А.В., Рыжков Р.В., Столярова Л.Ю., Оленин В.В., Лепешкин А.П., Григорьев В.Л., Можайкина О.Ю., Катайкин А.Н.

Чебоксары

БУ " Республиканская клиническая больница"

Диагностика и лечение атипичных перфораций язв желудка и 12 – перстной кишки до сих пор являются серьезной проблемой в современной неотложной хирургии. Нами наблюдались двое пациентов с редкими причинами атипичных прободений язв желудка. Наблюдение 1. Больная Б., 73 лет, поступила в

1221

хирургическое торакальное отделение из городской больницы 10.08.2011 с жалобами на одышку, боли в левой половине грудной клетки, повышенную температуру тела, резкую слабость. 2 недели тому назад появились резкие боли в левой половине грудной клетки, иррадиирующие в левую половину шеи, надключичную область, левое плечо, повысилась температура тела до 38 град. Был выставлен диагноз: Межреберная невралгия. 09.08.2011 госпитализирована в городскую больницу. Диагностирован левосторонний гнойный плеврит, проведено дренирование левой плевральной полости по Бюлау. Два месяца тому назад больная перенесла операцию - рефундопликацию по Ниссену по поводу рецидива скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Общее состояние тяжелое, кожные покровы и видимые слизистые бледные. Тоны сердца приглушены. АД 160/100 мм рт.ст. Пульс 76 в минуту, удовлетворительных качеств. Дыхание справа везикулярное, слева выслушивается только в верхних отделах. Частота дыхания 34 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. В эпигастрии послеоперационный рубец. Имеется дренажная трубка в левой плевральной полости в VII межреберье, выделяется гнойный экссудат. Анализ крови: Нб 77 г/л, эр. 2,29 • 10<sup>12</sup> /л, л. 13,4 • 10<sup>9</sup> /л, п. 30%, с. 39%, лимф. 19%, мон. 10%, пл. клетки 2%; СОЭ 62 мм/ч. Токсогенная зернистость нейтрофилов +. В моче 0,0330/00 белка. На рентгенограмме органов грудной клетки от 10.08.2011 гомогенное затемнение левой плевральной полости с уровнем газа на уровне второго межреберья. При приеме метиленовой сини через рот отмечено появление сини через плевральный дренаж. После кратковременной подготовки с диагнозом: Спонтанный разрыв пищевода, гнойный медиастинит, гнойный плеврит 10.08.2011 в 18.30 пациентка взята на операцию. Произведена левосторонняя задне-боковая торакотомия в 7 межреберье. В плевральной полости около 800 мл зеленоватого жидкости с фибрином, многокамерные полости в верхних отделах гемиторакса. Проведен интраплевральный пневмолиз. В средостении склеротический процесс. Позади пищеводного отверстия диафрагмы, ретроперикардиально обнаружен дефект до 2 см с пролабированием слизистой желудка. Для уточнения проведена интраоперационная ФЭГС, дефект стенки желудка подтвержден (пенетрированная и перфорированная через диафрагму язва кардии, при осмотре выявлена дренажная трубка в плевральной полости). С большими техническими трудностями дефект зашит мнофиламентной нерассасывающейся нитью на атравматической игле. Линия швов дополнительно укреплена внебрюшинно выделенным П-образным диафрагмальным лоскутом. Выполнена ранняя декорткация легкого. Плевральная полость дренирована тремя дренажами. В желудке установлен трансназально зонд для декомпрессии. Послеоперационный период тяжелый, осложнился повторяющимися желудочными кровотечениями из острых язв и эрозий желудка. В виду неэффективности консервативного лечения 19.08.2011 выполнена операция – Лапаротомия, гастротомия, прошивание кровоточащих эрозий и язв. Несмотря на проводимую терапию состояние прогрессивно ухудшалось и 30.08.2011 на фоне нарастающей полиорганной недостаточности наступила смерть. При патологоанатомическом исследовании – ушитый дефект желудка состоятелен, левая плевральная полость санирована. Причина смерти: Клиническое наблюдение 2. Пациентка С., 35 лет, переведена из ЦРБ 16.02.12 в 02:30 с диагнозом : Левосторонний гидропневмоторакс. 13.02.12 после употребления грибов появились боли в эпигастрии. Была госпитализирована с диагнозом: Острый панкреатит. 14.02.12 наблюдалась рвота цвета «кофейной гущи». Проводилась гемостатическая терапия. 15.02.12 в 16:00 появились резкие боли в левой половине грудной клетки, одышка. Проведена обзорная рентгенография органов грудной клетки. Выявлен левосторонний гидропневмоторакс. При плевральной пункции эвакуирован воздух, жидкость цвета «кофейной гущи». При поступлении. Состояние крайне тяжелое. Кожные покровы бледные. Акроцианоз. Одышка в покое. ЧД 36 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Имеется подкожная эмфизема на шее слева. Дыхание слева не проводится, справа везикулярное. Пульс 104 в минуту, ритмичный. АД 90/60 мм рт.ст. Анализ крови: Нб 97 г/л, эр. 2,99 • 10<sup>12</sup> /л, л. 23,4 • 10<sup>9</sup> /л, п. 60%, с. 19%, лимф. 9%, мон. 10%, пл. клетки 2%; СОЭ 62 мм/ч. Токсогенная зернистость нейтрофилов ++. В моче 0,0660/00 белка. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки от 16.02.12 картина левостороннего напряженного гидропневмоторакса. Проведена экстренная ФГС, обнаружены признаки острых язв желудка, геморрагического гастрита. Данных за повреждение пищевода не обнаружено. Отмечено плохое расправление желудка при инсуффляции воздухом. Дренирование плевральной полости в 6 межреберье. По дренажу выделилось около 700 мл геморрагической икорозной жидкости. С подозрением на спонтанный разрыв пищевода 16.02.12 в 12:50 проведена торакотомия слева. В левой плевральной полости до 500 мл икорозного экссудата. Имеется релаксация сухожильной части левого купола диафрагмы в котором имеется дефект размером 2х2 см, через который имеется пролабирование участка большого сальника размером 8х8 см с признаками некроза. Проведена диафрагмотомия, резекция некротизированного участка большого сальника. Рассечены спайки в поддиафрагмальном пространстве. Желудок интимно сращен с релаксированной частью диафрагмы. Серо-бурая жидкость поступает из сальниковой сумки. Проведена интраоперационная ФГС. на задней стенке кардиального отдела желудка ближе к малой кривизне имеется дефект до 2 см, которая покрыта участком малого сальника. Наложен 3-рядный шов, после освежения раны. Дренирование плевральной полости по Бюлау. Полость малого



сальника, плевральной полости промыты растворами антисептиков. В послеоперационном периоде пациентка перенесла неоднократные оперативные вмешательства по поводу перфораций тонкой кишки ЖКТ. В итоге лечения наступило выздоровление в итоге многократных общехирургических операций. Несмотря на классические варианты проявлений экстренной патологии органов брюшной полости заболеваний в практике хирурга могут встретиться неклассические варианты осложнений этих заболеваний, которые не всегда диагностируются врачами-хирургами отделений экстренной хирургической патологии.

---

1687.Первый опыт резекционных операций в торакальной хирургии без интубационного наркоза.

Матвеев В.Ю., Хасанов Р.М., Гайфуллин Р.Ф., Швецова Н.Г.

Казань

кафедра хирургических болезней №1 КГМУ, ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ

В течение последних двух десятилетий в лечении больных с различными заболеваниями органов грудной клетки интенсивно стали внедряться малоинвазивные эндовидеотехнологии, направленные, прежде всего, на снижение интраоперационной травмы, с целью более быстрой реабилитации больных. Но данное обстоятельство вынуждает применять более агрессивное анестезиологическое пособие, проводить раздельную интубацию бронхов, что может сопровождаться повреждением трахеи и бронхов. С целью снижения рисков анестезиологической травмы нами впервые в России была применена методика без интубационного наркоза при анатомических резекциях легких. Материалы и методы. В отделении торакальной хирургии Республиканской клинической больницы МЗ РТ с декабря 2014года накоплен опыт применения ВАТС без интубационного наркоза в лечении 6 пациентов с бронхоэктатической болезнью в возрасте от 26 до 62 лет, средний возраст составил 40,8 лет. У всех больных выявлены бронхоэктазы легких: у 2-х больных бронхоэктазы локализовались в нижней доле и язычковых сегментах левого легкого, у 2-х в нижней доле левого легкого, у 1-го – в нижней доле правого легкого, у 1-го – в средней доле. Операции проводили на спонтанном дыхании через ларингеальную маску под внутривенным наркозом по однопортовой ( 3 пациента) и по 2-х портовой(3 пациента) методики. Использовали инфузии пропофола, фентанила с подбором дозы, не угнетающей дыхание. 5 –ым пациентам проводили эпидуральную анестезию. Интраоперационно дополнительно применяли местную анестезию раствором наропина (2мг\мл, в объеме около 40-60мл) в проекции операционного доступа, межреберную, вагосимпатическую, паравертебральную блокады. Всем больным проводили мониторинг: биспектральный индекс, контроль гемодинамики, ЭКГ, SpO<sub>2</sub>, парциальное давление CO<sub>2</sub> на выдохе. Однопортовый доступ осуществляли в 5 межреберье в области передней аксиллярной линии длиной около 5см, у 3 пациентов, по средне-аксиллярной линии в 7межреберье, устанавливали дополнительный порт для видеокамеры. Двум пациентам выполнена нижняя лобэктомия с резекцией язычковых сегментов, у 3 - нижняя лобэктомия, у 1- средняя лобэктомия. Выход из анестезии у пациентов был в среднем на 5-7минуте после наложения кожных швов. Результат исследования. Всем больным удалось коллабировать легкое на спонтанном дыхании за счет открытого пневмоторакса. Периодически приходилось проводить вагосимпатическую и межреберную блокаду. Длительность операции колебалась от 100минут до 180мин, в среднем 165мин. Интраоперационный мониторинг не у одного пациента не зафиксировал гипоксию, наблюдалась только небольшая гиперкапния. Все пациенты хорошо перенесли операцию, в тот же день активно перемещались по палате. В послеоперационном периоде осложнения не наблюдались. Наркотические препараты не применялись. Средний койко-день составил 7,8. Заключение. Применение малоинвазивных однопортовых, 2-х портовых видеоторакоскопических операций без интубации трахеи способствует снижению операционной и анестезиологической травм, что способствует более быстрому выздоровлению пациентов. Но данная методика требует дальнейшего изучения, совершенствования, определения показаний к ее применению у определенного контингента пациентов.

---

1688. Эндоскопические вмешательства в диагностике и лечении травм органов брюшной полости и грудной клетки.

Мизиев И.А., Базиев З.М., Созаева С.Р., Султанов З.Э., Дадыев И.А., Айтеков Х.М.

Нальчик

Кабардино-Балкарский государственный университет им. Бербекова Х.М.

Диагностика и лечение повреждений органов брюшной полости и грудной клетки одно из самых сложных направлений хирургии. В случае затруднений в диагностике нередко вопрос решается в пользу лапаротомии или торакотомии, часто в диагностических целях. Одним из решений вопроса предлагаем использование эндоскопических вмешательств: видео-лапароскопии (ВЛС) и торакоскопии (ВТС). В нашей клинике с 2005 по 2010 гг. экстренные эндоскопические вмешательства проводились 271 больным (231 лапароскопические и 40 торакоскопические). Пациенты с сочетанной травмой разделены на 3 группы. I – группа: В данной группе ограничились диагностической ВЛС. Признаков повреждений нет. Летальный исход в 2 случаях: при повреждении 2 и 3 анатомических областей. При изолированной травме живота, а также при сочетании с травмой не требующей стационарного лечения количество койко-дней ограничивалось минимально 1 день, максимально 7 днями, в среднем 4,8. Сроки госпитализации других лимитировались необходимостью лечения сопутствующих повреждений. II – группа: В 12 случаях выявлены забрюшинные гематомы различного размера. В данной группе гематомы не имели тенденции к нарастанию и ограничились ВЛС и дренированием брюшной полости. При надрывах связок мы непосредственно визуализировали места надрывов без продолжающегося кровотечения, учитывая тяжелое состояние больных проводили эвакуацию крови и ограничивались дренированием брюшной полости. Также поступили при наличии небольшого надрыва правой доли печени без продолжающегося кровотечения, поверхностных субсерозных кровоизлияний стенки толстой кишки. Во II группе ограничились ВЛС пособием. III – группа. При наличии крови в левом боковом канале или фиксированного сгустка крови в левом подреберье ставили диагноз разрыва селезенки. Проводилась спленэктомия. Уверенно диагностировались разрывы печени и желчного пузыря. В случаях с массивным гемоперитонеумом, переходили к лапаротомии не уточняя локализацию повреждения. При разрывах кишечника в 1 случае выявлен разрыв стенки кишки, в остальных диагноз выставлялся на основании наличия в брюшной полости кишечного содержимого и явлений перитонита. При изолированной травме живота летальности не отмечалось. Наибольший процент летальности отмечался при сочетанной травме 4 и более анатомических областей. При открытых ранениях живота ВЛС проводилась для выявления повреждений органов брюшной полости, или исключения торакоабдоминального характера ранения. Летальных случаев не было. С проникающими ранениями было 9 человек, с непроникающими 7 человек. Диагноз выставлялся на основании повреждений париетальной брюшины. Лапаротомия применялась для более детального осмотра брюшной полости. У больных с травмами грудной клетки, в основном переведенные из других ЛПУ на 10 – 30 сутки с момента травмы, обнаружен свернувшийся гемоторакс. Проводились ВТС вмешательства: ликвидация свернувшегося гемоторакса, декорткация легкого, санация плевральной полости в 24 случаях. В 6 случаях декорткация легкого проводилась под видеоконтролем через миниторакотомию. После ВТС больные выписаны через 5-7 дней. После торакотомий через 10-12 дней. Выводы: Преимущества эндоскопических операций неоспоримы: инструментарий обеспечивает хороший обзор оперируемой зоны, дает возможность коллегиального обсуждения сложившейся ситуации; возможность ретроспективного анализа видеозаписи; меньшая болезненность в послеоперационном периоде; ранняя послеоперационная активность; укорочение сроков госпитализации, и реабилитации.

---

1689. ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ ОБРАБОТКА И РЕИНФУЗИЯ АСЦИТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

1224

Ивануса С.Я., Хохлов А.В., Онницев И.Е.,

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова

Асцит осложняет течение цирроза печени более чем у половины больных, из них от 42 до 73% погибают в течение 1 года. От 10 до 20% больных циррозом печени и асцитом исходно не восприимчивы к назначению бессолевой диеты и мочегонных препаратов. У многих пациентов в сроки от 2 до 6 месяцев после начала лечения асцит также становится нечувствительным к мочегонной терапии. Лапароцентез с эвакуацией асцитической жидкости (АЖ) при напряженном асците позволяет быстро восстановить функцию внешнего дыхания, улучшить субъективное состояние больного, однако часто приводит к выраженной гипотензии, снижению сердечного выброса, увеличению давления в правом предсердии и выраженным белковым потерям. Даже при адекватном восполнении их альбумином асцит быстро рецидивирует. Цель исследования – изучение эффективности внутривенной реинфузии АЖ в лечении больных циррозом печени, осложненным резистентным асцитом. Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения методом внутривенной реинфузии АЖ 64 больных резистентным асцитом, осложнившим течение цирроза печени. Каждому больному с асцитом выполняли диагностическую пункцию полости брюшины с исследованием состава асцитической жидкости. Производили подсчет количества клеточных элементов с изучением их процентного соотношения, осуществляли микроскопию осадка, биохимическое исследование с определением содержания общего белка, триглицеридов и хиломикронов. Если количество нейтрофилов превышало 250 клеток в 1 мм<sup>3</sup>, а общее число лейкоцитов более 800 в 1 мм<sup>3</sup>, устанавливали диагноз асцит-перитонит, что являлось противопоказанием для внутривенной реинфузии АЖ. Для исключения инфицирования асцитической жидкости производили также ее бактериологический контроль путем посева на среды обогащения. При изучении биохимического состава было установлено, что АЖ содержит от 5,2 до 36,7 г/л общего белка (в среднем 15,5±6,7 г/л). Фракция альбумина в ней составила 55,3±4,7%, что существенно больше, чем в плазме крови больных (37,3±5,1%). Содержание  $\alpha$ -глобулина соответственно было меньше, чем в плазме крови (21,4±4,9% против 37,5±18,3%). Прямая реинфузия асцитической жидкости была выполнена 36 больным. У 25 больных этот метод был применен в качестве самостоятельного, у 11 – в качестве подготовки к последующей хирургической операции. Объем реинфузированной жидкости за период госпитализации составил от 1,5 до 15 л. Так как реинфузия больших объемов асцитической жидкости не всегда возможна и безопасна с целью уменьшения ее объема при сохранении содержания белка у 28 больных диуретикорезистентным асцитом перед реинфузией была применена ультрафильтрация асцитической жидкости с использованием массообменных устройств с супервысокопроницаемыми (super high flux) мембранами, обладающими сорбционными свойствами. Они имеют коэффициент ультрафильтрации более 30 мл/ч × мм рт. ст. и размер пор до 80 Å (8 нм). Это позволяет эффективно удалять (не концентрировать) среднемолекулярные вещества, в частности цитокины, а также другие биологически активные молекулы при сохранении альбумина. После ультрафильтрации объем АЖ сокращался в 3-4 раза при сохранении в ней белка, содержание которого пропорционально возрастало максимально до 64 г/л (в среднем 53,4±11,3 г/л), что сравнимо с содержанием белка в плазме крови. В результате ультрафильтрации индекс токсичности АЖ, оцениваемый по уровню молекул средней массы (МСМ), уменьшился с 22,4±9,5 усл. ед. до 15,5±7,9 усл. ед. Все больные находились в стадии декомпенсации основного заболевания и имели выраженную гипопротеинемию. За одну процедуру реинфузировали до 1,0 л концентрата. Общий объем реинфузированной одному больному за госпитализацию концентрированной АЖ составил от 1 до 5,6 л. Результаты и обсуждение. При прямой реинфузии АЖ трансфузионные реакции умеренной степени выраженности в виде озноба были отмечены у 4 (11%) из 36 больных, которые купировались введением антигистаминных препаратов. При реинфузии АЖ после ультрафильтрации реакций и осложнений не было. С помощью реинфузии асцитической жидкости у всех больных достигнуто увеличение диуреза в среднем в 2 раза. У 57 % больных удалось достигнуть стабилизации асцита, у 5% добиться полного купирования асцитического синдрома. Отмечено также увеличение содержания общего белка плазмы крови, увеличение процентного содержания альбумина сыворотки крови с 40,1±7,9% до 44,9±6,1% и снижение содержания  $\gamma$ -глобулинов с 34,9±9% до 29,2±5,3%. Выводы. Реинфузия асцитической жидкости позволяет полноценно восполнить белковые потери после выполнения лапароцентеза, а ее ультрафильтрация улучшает переносимость внутривенной реинфузии, уменьшает вероятность осложнений, связанных с перегрузкой сердечно-сосудистой системы.

1690. Показания и результаты хирургического лечения посттромбоэмболической легочной гипертензии.

Медведев А.П.(1), Дерябин Р.А.(2), Лашманов Д.И.(3), Пичугин В.В.(1), Немирова С.В.(1), Демарин О.И.(1), Калинина М.Л.(3)

Нижний Новгород

1) ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России, 2) ФГБУ "ПФМИЦ" Минздрава России, 3) ГБУЗ НО «СККБ»

Посттромбоэмболическая легочная гипертензия (ПТЭЛГ) – одно из самых тяжелых и ригидных к терапии осложнений тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). Смертность пациентов с ПТЭЛГ через 3 года медикаментозного лечения составляет 25%, в то время как тромбэндартерэктомия, увеличивает срок жизни пациента как минимум в 2 раза. Цель. Оценить результаты дифференцированного подхода к комплексному лечению посттромбоэмболической легочной гипертензии. Материал и методы. В клинике госпитальной хирургии им. Б.А. Королева Нижегородской государственной медицинской академии в период с 2008 по 2015 г. оперировано 120 пациентов с верифицированной ПТЭЛГ. Средний возраст больных составил  $62,12 \pm 8,47$  лет, 64 пациента были пожилого и старческого возраста. В диагностике заболевания большое значение придавали эхокардиографической симптоматике, УЗИ легких и плевры, УЗИ вен. Наиболее достоверным методом подтверждения диагноза считали МСКТ легочной артерии (ЛА) с контрастированием. В ходе обследования острая ТЭЛА выявлена у 38 больных, подострое течение диагностировано в 50 случаях, хроническая ПТЭЛГ – у 32 пациентов. В зависимости от наличия показаний или результатов предшествующей тромболитической терапии (ТЛТ), а также характера поражения ЛА больные были разделены на 3 группы. Первая группа: 38 пациентов, которым проведение ТЛТ было неэффективно/невозможно, а также пациенты с нестабильной гемодинамикой ( $n=3$ ), эмболией «в ходу» ( $n=8$ ) и/или внутрисердечным расположением тромбоемболов. Вторая группа: 50 пациентов с неустойчивой компенсацией гемодинамики, достигнутой в результате кратковременного положительного эффекта ТЛТ и последующим срывом компенсаторных механизмов. Третья группа: 32 больных с нарастанием хронической ПТЭЛГ, прогрессирующей дисфункцией правого желудочка и присоединением левожелудочковой недостаточности. Всем пациентам проводилась дезоблитерация ЛА в условиях искусственного кровообращения – эндартерэктомия, а так же удаление «свежих» эмболов при наличии острого рецидива ТЭЛА. В первой группе 7 пациентам со смешанной локализацией эмболов дезоблитерация ЛА дополнена ретроградной перфузией ЛА. При сопутствующей патологии выполнялась адекватная коррекция гемодинамики, в т.ч. стентирование коронарных артерий ( $n=4$ ), аорто-коронарное шунтирование ( $n=4$ ), пластика трикуспидального клапана ( $n=4$ ), протезирование митрального клапана ( $n=1$ ), ушивание открытого овального окна ( $n=1$ ). В послеоперационном периоде всем пациентам проводилась антикоагулянтная терапия с переходом на пероральные антикоагулянты. Результаты. Средний срок пребывания пациентов в отделении реанимации составил  $69,25 \pm 10,14$  часа, его длительность была ассоциирована с выраженностью и ригидностью послеоперационной сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности. Госпитальная летальность составила 4,17% (5 случаев), все погибшие пациенты были пожилого и старческого возраста, имели выраженную исходную дисфункцию правого желудочка на фоне ригидной легочной гипертензии (группы 2 и 3) и полиорганную недостаточность в сочетании с тяжелой сопутствующей патологией. В течение раннего послеоперационного периода во всех группах отмечалось значимое снижение давления в ЛА по сравнению с исходным и с постепенным медленным уменьшением его вплоть до нормальных значений при острой ТЭЛА без предшествующей ПТЭЛГ. В дальнейшем у большинства пациентов имело место исчезновение одышки, болей стенокардитического характера, отеков нижних конечностей, значительное улучшение качества жизни со значимым увеличением толерантности к физической нагрузке. На момент выписки из стационара состояние 115 пациентов оценивалось как стабильное и удовлетворительное, частота дыханий в покое составляла 16-18 в минуту, частота сердечных сокращений – 69-75 в минуту. Расчетное давление в ЛА составляло в среднем  $26,17 \pm 3,9$  мм рт. ст. Выводы. 1. Адекватное лечение острой и подострой форм ТЭЛА позволяет предупредить развитие ПТЭЛГ и обеспечить достоверно лучшее качество жизни пациентов. 2. При верификации ПТЭЛГ лечение следует начинать с комплексной терапии, направленной как на снижение давления в ЛА, так и на профилактику рецидива эмболии. 3. При неэффективности медикаментозного лечения необходимо определить локализацию стенозов ветвей ЛА и состояние легочной ткани для оценки возможности проведения и выбора метода хирургического лечения.

1691. Ультрасонографическая диагностика острой кишечной непроходимости

Давыдкин В.И., Голубев А.Г., Вилков А.В., Половников Е.Г.

Саранск

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им.Н. П. Огарёва

Острая кишечная непроходимость (ОКН) является одним из самых частых и сложных хирургических заболеваний. Для динамического контроля эффективности лечения перспективным методом является ультрасонография, возможности которой до конца не изучены. Цель – изучение информативности трансабдоминального ультразвукового исследования в диагностике и оценке эффективности консервативного и хирургического лечения нарушений кишечной моторики. Нами проведен анализ 140 клинических наблюдений ОКН. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – пациенты, у которых ОКН была разрешена консервативными мероприятиями, 2 группа – пациенты, оперированные в связи с неэффективностью консервативной терапии. При поступлении проводилось физикальное обследование, лабораторное и инструментальное обследование. Динамическая ультрасонография на 5-6 дни выполнена 78 больным: в I группе – 36 (25,7 %) пациентам, во II группа – 42 (30 %). Больным II группы дополнительно ультрасонография проводилась перед выпиской (на 8- 9 день). Установлена более высокая частота ОКН у мужчин трудоспособного возраста и женщин не трудоспособного возраста. Хирургические вмешательства выполнены 57,1 % пациентов по причине неэффективности медикаментозной терапии. У 21 % больных клиническая картина ОКН не имела специфической рентгенологической симптоматики. В I группе рентгенологические признаки ОКН были выявлены у 60 (65,2 %) пациентов (у 32 (34,7 %) – на уровне тонкой, у 26 (28 %) – толстой кишок); у 32 (22,9 %) – данных за илеус не выявлено. Во II группе рентгенологические признаки ОКН были выявлены у 32 (84,2 %) пациентов (у 22 (58 %) – на уровне тонкой и у 8 (21 %) – толстой кишок). Таким образом, обзорная рентгенография имела чувствительность 95,7 %, специфичность – 88,9 %, и точность – 93,8 %. Ультразвуковое исследование при поступлении было проведено 65 (60,7 %), которые составили I группу, 42 (39,3 %) – II группу. У 33 (23,6 %) из 140 пациентов исследование не выполнялось в связи с купированием кишечной непроходимости. В первой группе у 26 (40 %) из 65 пациентов было выявлено усиление перистальтики и наличие антиперистальтических волн. Расширения петель кишечника и жидкости в межпетлевом пространстве не выявлено. У 32 (49,2 %) пациентов данной группы признаков нарушения пассажа кишечного содержимого не выявлено, или нарушение кишечной моторики в результате терапии разрешилось к моменту обследования. Во второй группе у 38 (90,5 %) из 42 больных были признаки кишечной непроходимости, у 4 (9,5 %) пациентов патологии не выявлено. Чувствительность ультрасонографии составила – 87,7 %, специфичность – 94,1 %, точность – 89,7 %. Анализ информативности показал большую чувствительность, но меньшую специфичность рентгенографии в диагностике ОКН и нарушений кишечной моторики в сравнении с ультрасонографией. При ультрасонографии диагностика нарушений толстокишечного пассажа практически невозможна, вследствие содержания газа в просвете органа (гиперпневматоза). Однако, ультрасонография позволяла диагностировать такие причины ОКН, как параколические инфильтраты и опухоли (симптом «поражения полого органа» или «кокарды»), выявление которых невозможно при обзорной рентгенографии. Большая специфичность ультрасонографии в диагностике ОКН связана с выявлением секвестрации жидкости в «третьем» пространстве без скопления газа, что практически не выявляется при обзорной рентгенографии. Между группами достоверных различий по среднему диаметру кишок не выявлено. Практически параллельно выявлено утолщение стенок тонкой кишки, свидетельствующее о нарастании отека, и, косвенно, о повышении интраинтестинального давления. У 43,0 % больных её толщина была практически в норме (до 3 мм), у 50,5 % – от 3 до 6 мм, у 6, 5 % – свыше 6 мм. Средние значения толщины стенок кишки при сонографии также отмечались, как между группами, так и по давности заболевания. Маятниковобразная перистальтика отмечена у 43,9 % больных, в дальнейшем, в связи с ослаблением тонуса, она становилась вялой (у 5,6 %) или отсутствовала (у 12,1 %). Визуализация складок Керкринга и жидкости между петлями кишки были выявлены всего у 37,4 % больных. Сравнительный анализ характерных нарушений перистальтики показал, что вероятность разрешения ОКН высока при сохраненной

перистальтике, а маятникообразная перистальтика или ее отсутствие свидетельствуют о неблагоприятном прогнозе эффективности медикаментозной терапии и о необходимости хирургического лечения. В I группе к 6 – 7 дням установлено некоторое уменьшение выраженности процесса: диаметр кишечной стенки имел тенденцию возврата к норме. Во II группе к 8 – 9 дням после операции диаметр тонкой кишки вернулся к норме лишь у 47,6 %. Средний диаметр хотя и имел тенденцию к постепенной нормализации, однако, и к 8 – 9 дням полного регресса не происходило, несмотря на отсутствие клинических проявлений. Указанное обстоятельство диктует необходимость проведения повторного ультразвукового исследования уже на амбулаторном этапе и, вероятно, пролонгированный прием прокинетики с целью медикаментозной коррекции сохраняющихся нарушений моторики. Динамика изменений толщины кишечной стенки аналогична изменению диаметра. Полученная достоверная разница по толщине стенки говорит о сохранении воспалительного процесса, интраинтестинальной гипертензии и высокой вероятности рецидива нарушения моторики, что указывает на необходимость наблюдения за больными в амбулаторных условиях и проведении реабилитационных мероприятий. После хирургического лечения нормальная моторика выявлена у 83 %, неоднородное содержимое в просвете кишки – у 86,0 %, Жидкость между петлями кишок – у 17 %. У 7 больных с клиникой илеуса свыше 1 суток, выраженными водно-электролитными нарушениями после операции отмечено медленное восстановление кишечной перистальтики. Таким образом, трансабдоминальная ультрасонография наиболее информативна в диагностике высокой непроходимости, ее субклинических форм, синдрома «поражения полого органа», в оценке эффективности лечебных мероприятий и необходимости хирургического лечения. Консервативное лечение тонкокишечной непроходимости прогностически неэффективно при диаметре расширенных петель кишки свыше 4,2 см, толщине кишечной стенки более 4,4 мм, наличии складок Керкринга и жидкости в межпетлевом пространстве. При сонографии на 8-9 дни после операции сохраняются нарушения кишечной перистальтики, в связи с чем на амбулаторном этапе показано продолжение медикаментозной коррекции дисмоторики прокинетиками

---

#### 1692. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА «ТРАВМОБЕЗОПАСНОСТИ» ОГНЕСТРЕЛЬНОГО ОРУЖИЯ ОГРАНИЧЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ.

Хамченков А.Г., Гаербекоев А.Ш., Демин К.А.

Батайск Ростовской области

МБУЗ ЦГБ г.Батайска

**ВВЕДЕНИЕ** В настоящее время в России на руках у населения находится свыше 6 млн. единиц самого разного оружия. При этом ежегодно количество «вооруженных» граждан возрастает на 5—6% в РФ. В Федеральный закон от 13.12.96 №150-ФЗ (ред. от 19.07.11) «Об оружии» внесены изменения, в соответствии с которыми введено понятие — ОООП. Конкретная статистическая отчетность и анализ случаев ранений из ОООП в доступной литературе и в сводных отчетах о деятельности ЛУ РФ отсутствует. Работы, касающиеся оценки повреждений тела и одежды человека/ причиненных эластичными поражающими элементами, выстреленными из ОООП, свидетельствуют о возможности причинения повреждений различной тяжести, в том числе и со смертельным исходом. Имеются сведения о «всплеске» случаев применения ОООП в последние годы, что согласуется с данными нашего исследования. Известно, что ежегодно в стране происходит около 3000 преступлений с применением ОООП. Наибольшую опасность (представляет ОООП, снаряженное патронами травматического действия с резиновыми и пластиковыми пулями. При выстреле из травматического оружия повреждения на теле человека образуются от ушибающего действия. В этом состоит главная задача «несмертельного» оружия. Установлено, что свойства эластичных снарядов являются одной из главных причин полиморфизма формируемых ими повреждений, что отличает их от повреждений, причиненных «классическими» огнестрельными снарядами. Наиболее существенным свойством эластичных снарядов в механизме образования повреждения, с учетом дистанции выстрела, является их упругая деформация. **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** В связи с участвовавшими случаями применения ОООП (в «силовых ведомствах» и в личном пользовании граждан) возникает необходимость в

детальном изучении не только свойств самого оружия, но и причиняемых им повреждений, характеристика оперативных вмешательств, тактика хирурга при ранении ООП и исходов ранений. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ Для анализа использованы данные травматологического пункта, хирургических стационаров МБУЗ ЦГБ и Бюро СМЭ г. Батайска. Изучены медицинские документы 70 пациентов, получивших повреждения резиновыми пулями. Из них 60 потребовалось оказание экстренной стационарной помощи. Погибших в рассматриваемой группе не было. 17 пострадавших получили повреждения, приведшие к тяжелым расстройствам функции и деформации, 5 случаев повреждений лица пострадавших пластиковыми пулями, которые сопровождалась переломами челюстей, в 2 случаях отмечалась ранение глаз, переломы ребер (3), переломы костей конечностей (предплечье, кисть -5). Ранений с проникновением пуль в грудную (2) и брюшную (3) полости, в мышцы (15), подкожно-жировую основу, ссадин. Повреждения, причиненные резиновыми пулями с близкого расстояния, могут привести к повреждению крупных сосудов (3) и нервов – седалищный (2). Из общего количества повреждений (700 - 100%) в 25 ( 35,7%) наблюдениях они располагались на конечностях, в 21 (30 %) — на голове и шее, в 14 (20 %) — на груди, в 6 ( 8,6 %) — на спине и в 4 ( 5,7 %) — на животе. У 41 % пострадавших в раневом канале была обнаружена резиновая пуля. Несмотря на мягкоэластичную структуру огнестрельного снаряда, его кинетической энергии часто оказалось достаточной для формирования входных повреждений зоны ранения, продолжавшихся слепым раневым каналом в мягких тканях конечностей (мышцы, сосуды, нервы), лица (глаза, щечная область с проникновением и травматической экстракцией зубов, ранение языка), шеи, груди и живота, включая проникающие ранения. В подавляющем количестве случаев в качестве травматического оружия был использован - ПБ 4-1 («Оса»). Главными факторами, которые влияют на механизм образования повреждений и обуславливают их полиморфизм, являются расстояние выстрела, наличие одежды, аксессуаров и особенности анатомического строения повреждаемой части тела. Увеличение расстояния, с которого произведен выстрел, сопровождается уменьшением глубины проникновения снаряда в мягкие ткани **ВЫВОДЫ** 1. Использование ООП «вооруженными» гражданами приводит часто к инвалидизирующим ранениям, вплоть до летального исхода. 2. Внимание законодателя должно быть сосредоточено на решении проблемы неправомерного применения ООП, поскольку именно в области оборота этого вида оружия усиливаются тревожные тенденции.

---

1693. Место тотальной дуоденопанкреатэктомия в лечении нейроэндокринных опухолей.

Егоров В.И.(1), Егоров А.В.(2), Петров Р.В.(1),2Васильев И.А.(2)

Москва

1)Городская клиническая больница №5 ДЗ г.Москвы, 2)Первый московский государственный медицинский университет им. М.И. Сеченова

Введение. Тотальная дуоденопанкреатэктомия - редкое вмешательство при нейроэндокринных опухолях (НЭО) поджелудочной железы (ПЖ). Цель. Определить показания для выполнения и эффективность ТДПЭ при НЭО. Метод. Анализ литературных данных о больших сериях пациентов, оперированных по поводу НЭО, а также пять собственных клинических наблюдений. Результаты. Анализ литературных данных показал, что ТДПЭ составляет 5-7% от всех операций при НЭО ПЖ. Основными показаниями являются 1. большие, обычно нефункционирующие НЭО ПЖ, вовлекающие более двух отделов ПЖ, иногда с сосудистой инвазией; 2. множественные, чаще нефункционирующие НЭО, размерами больше 2-х см, во всех отделах поджелудочной железы, обычно у пациентов, страдающих синдромом множественной эндокринной неоплазии 1 типа (МЭН-1); 3. наличие НЭО в ПЖ при злокачественной опухоли дуоденопанкреатической зоны; 4. НЭО ПЖ при тотальном замещении железы серозными цистаденомами на фоне синдрома von Hippel-Lindau. Представлены 5 случаев нефункционирующих НЭО ПЖ, относящихся ко 2, 3 и 4 группам, на примере которых иллюстрированы показания к ТДПЭ при НЭО и ее результаты. Периоперационной летальности не было. Операция эффективно устраняла симптомы заболевания. Не отмечено случаев смерти от гипогликемии или декомпенсации сахарного диабета. Отмечены особенности компенсации экзокринной недостаточности в России, которые необходимо учитывать, обсуждая

предполагаемое вмешательство. Отдаленные метастазы, после операции, могут эффективно лечиться системной или внутриартериальной химиотерапией. Заключение. При наличии показаний, ТДПЭ является эффективным средством лечения НЭО ПЖ. Непосредственные и отдаленные результаты ее применения не отличаются от результатов менее обширных резекций ПЖ.

---

1694. Органосохраняющие операции в комплексном лечении хронической эмпиемы плевры

Матвеев В.Ю., Хасанов Р.М., Гайфуллин Р.Ф., Галков Е.М., Фахрутдинов Р.Н

Казань

Кафедра хирургических болезней №1 КГМУ, ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ

Целью нашего исследования стал анализ результатов хирургического лечения больных хронической эмпиемой плевры с применением методики расширенной декорткикации легких. В основу нашего сообщения положен анализ результатов 102 больных с хронической эмпиемой плевры, которым выполнена операция расширенная декорткикация легкого (РДЛ). Мужчин было 82 (80,4%), женщин – 20(19,6%). Возраст больных колебался от 23 до 76 лет, средний возраст составил 45,3±13,4 лет. Суть нашей методики заключается в следующем: декорткикацию легкого мы выполняем по общепринятой методике, но в условии глубокого плевропневмосклероза, когда невозможно удалить висцеральную шварту с поверхности висцеральной плевры, предлагаем выполнять операцию удаления блока из висцеральной шварты, висцеральной плевры и подлежащих поверхностных слоев легочной паренхимы, которую мы назвали расширенной декорткикацией легкого (РДЛ). В этой ситуации возникает синдром негерметизма легкого (СНЛ), заключающийся в массивной или длительной утечке воздуха в послеоперационном периоде через вновь образованные бронхоплевральные сообщения и ранее существующие. Для того, чтобы устранить данный синдром, применяем различные способы борьбы с синдромом негерметизма легкого и их сочетание. У 59 (57,8%) пациента гнойно-воспалительный процесс локализовался справа. У 58 больного РДЛ сочеталась с плеврэмпиемэктомией (ПЭЭ), у 7 с ПЭЭ и атипичной резекцией легкого, у 29- РДЛ с ПЭЭ и лобэктомией, у 8 РДС с ПЭЭ с билобэктомией. Интраоперационно использовали следующие способы борьбы с СНЛ: аутоплевропластика (68), аппликация пластинами Тахокомб (28), аргоно-плазменная коагуляция (24), клей BioGlue® (5) и их сочетания. В послеоперационном периоде применяли временную obturацию бронхов, регулирующую аспирацию воздуха из плевральной полости. По продолжительности СНЛ был от 6 до 24,7 суток, в среднем 12,5 сут. Длительность дренирования плевральной полости составила 17,3±6,2 сут. Длительность лечения больных с ХЭП составила 34,7±11,2 сут. Умерших не было. Выздоровление достигнуто у 95 (93,13%) больных. Выводы: Расширенная декорткикация легкого является органосберегающей операцией, позволяет отказаться у части больных от резекционных операций и, в комплексе с приемами устранения синдрома негерметизма легкого, добиться выздоровления у большинства больных с ХЭП.

---

1695. Тактика хирурга при желчекаменной obturационной кишечной непроходимости

Дегтярев О.Л., Хамченков А.Г., Гаербекоев А.Ш., Демин К. А.

Батайск Ростовской области



МБУЗ ЦГБг.Батайск

Рост заболеваемости желчнокаменной болезнью приводит к увеличению таких ее серьезных осложнений, как внутренние билиодигестивные свищи и желчнокаменная кишечная непроходимость (билиарный илеус (БИ) - gallstone ileus). Несмотря на значительные успехи, достигнутые в последнее время в хирургическом лечении заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, проблема диагностики и лечения желчнокаменной обтурационной кишечной непроходимости полностью сохраняет свою актуальность. Нехарактерная клиническая симптоматика БИ в сочетании с разобщенными данными инструментальных методов обуславливают позднюю обращаемость больных, несвоевременную диагностику заболевания и как следствие высокий процент осложнений и летальность — 12-70%. Задача экстренной хирургической службы заключается в своевременном диагностировании причины кишечной непроходимости до момента развития необратимых изменений в стенке кишки и перитонеальных явлений — запущенность случая у возрастных больных часто оказывается фатальной. Цель исследования: Анализ результатов лечения, оптимизация лечебно-диагностического процесса, разработка предложения, внедрение метода оперативной тактики при билиарном илеусе. Материалы и методы. Заболевание встречается довольно редко - 2-3 случая БИ в год в крупном хирургическом стационаре. В период с 2005 по 2015 год в условиях МБУЗ ЦГБ на лечении находились 24 больных с БИ. Все больные поступили в порядке оказания экстренной помощи спустя 24 часа после начала заболевания. В возрастной структуре заболевших преобладали лица пожилого и старческого возраста. Убедительная картина острой кишечной непроходимости при поступлении была диагностирована только у 4 больных. У остальных больных в процессе дообследования и консервативного лечения нарастали явления кишечной непроходимости. Методы диагностики. 1). Анамнез заболевания — нарастающие признаки кишечной непроходимости, ЖКБ и приступы острого калькулезного холецистита анамнезе; 2). Рентгенологические признаки БИ - тени крупного желчного камня вне проекции желчного пузыря, выявление симптома аэрохолии, выявление обтурирующего кишку каменистой плотности округлого образования при наличии анamnестически и при УЗИ подтвержденной ЖКБ, наличие заброса контраста (пассаж взвеси сульфата бария по кишечнику) через билиодигестивный свищ в желчный пузырь - выхождение контрастного вещества за пределы импрегнированной ДПК в проекции желчного пузыря; 3). выявление с помощью фиброгастродуоденоскопии внутренних билиодигестивных свищей или крупных камней в желудке или двенадцатиперстной кишке, 4). выявление крупных желчных камней — с помощью сонографии. В изучаемой категории больных благоприятного консервативного исхода не выявлено. Консервативное лечение имеет теоретический аспект, а также как терапия, корректирующая имеющиеся водно-электролитные нарушения в плане предоперационной подготовки. В конечном итоге все больные были оперированы с диагнозом острая кишечная непроходимость в течении от 12 часов до 36 часов с момента поступления. В отечественной и иностранной литературе имеются разные точки зрения по варианту этапности устранения кишечной непроходимости, вызванной желчным камнем, и устранение выявленного сформированного билиодигестивного свища. В любом варианте вмешательства, при диагностировании БИ выполняется ревизия гепатодуоденальной зоны. Этапность разобщения выявленного билиодигестивного свища (одно- или двухмоментно) определяется оператором индивидуально по результатам интраоперационной ситуации и фонового состояния больного (учитывая возрастной характер патологии — оценка преморбидного фона, компенсированность имеющихся кардиореспираторных заболеваний, комбинированный характер поражения желудочно - кишечного тракта и желчевыводящей системы, а так же оценка стадийности выявленной ОКН и перитонеальных явлений). Обтурационную кишечную непроходимость, вызванную желчными камнями после безуспешных консервативных мероприятий следует лечить оперативным путем. Нами разработан алгоритм лечебно-оперативной тактики. Варианты оперативного лечения: лапаротомия — причина обтурационной кишечной непроходимости в условиях экстренной хирургической помощи не установлена — ревизия ОБП — определение уровня и источника непроходимости, исключение множественного поражения безоарами ЖКТ — оценка подвижности обтурирующего безоара, жизнеспособности кишки в зоне обтурации — принятие решения о характере вмешательства — энтеротомия вне зоны обтурации (с целью профилактики несостоятельности швов в зоне энтеротомии), удаление обтурирующего камня, энтероррафия — после визуальной оценки зоны вклинения, при наличии сомнительной жизнеспособности и признаках некроза с явлениями перитонита, резекция кишки, несущей обтурирующий безоар в пределах жизнеспособных тканей с наложением анастомоза или формированием концевой энтеростомы (разлитой перитонит, резекция терминального отдела подвздошной кишки в непосредственной близости от илеоцекального угла). Операции проводили под общим обезболиванием из срединного лапаротомного доступа. У одной больной выполнено видеоассистированное устранение обтурационной кишечной непроходимости — применена методика лапароскопической хирургии с ручной ассистенцией ( в англоязычной литературе HALS — hand — assisted laparoscopic surgery). Результаты. Очевидные преимущества миниинвазивных технологий, полученные в плановой хирургии, пока не могут

быть реализованы в полной мере при лечении больных, нуждающихся в экстренной помощи, в частности при данной патологии. В связи с этим нами предложен алгоритм Строгое соблюдение лечебно-диагностического алгоритма при билиарном илиусе позволит минимализировать неблагоприятный исход. лечебно-диагностического процесса и оперативной тактики. Выводы: 1) Для проведения более эффективной и целенаправленной дифференциальной диагностики БИ необходимо комплексное обследование с использованием алгоритма активного поиска, включающего анамнез, клинический осмотр, УЗИ, ФГДС, контрастное исследование ЖКТ, диагностическую лапароскопию, консультации специалистов. 2). При планировании оперативного вмешательства и при выявлении причины ОКН, как обтурация желчным камнем (интраоперационно), следует строго соблюдать алгоритм оперативной и лечебной тактики, предложенный в данной статье, учитывая обобщенную клиническую и интраоперационную ситуацию. 3). Учитывая развитие лапароскопических технологий, следует проводить поиск новых технологических решений в экстренной абдоминальной хирургии, и в частности при данной патологии – применена и апробирована методика малоинвазивной ликвидации БИ – ручная ассистенция при лапароскопическом вмешательстве.

---

1696.Реализация принципов ускоренной реабилитации в бариатрической практике.

Юдин В.А., Мельников А.А., Мельникова И.А.

Рязань

ГБУ РО "ОКБ"

В работе представлен опыт использования принципов fast track хирургии у больных морбидным ожирением перенесших различные виды бариатрических операций. На базе ГБУ РО «ОКБ» за период с 2011г., в связи с неэффективностью проводимой ранее консервативной терапии, оперировано 52 пациента морбидным ожирением с индексом массы тела (ИМТ) более 40кг/м<sup>2</sup>. Лапароскопические методики использованы у 37 (71,2%) пациентов при рестриктивных операциях (28 регулируемых бандажирований желудка, 9 продольных (sleeve) резекций желудка). Открыто выполнены комбинированные операции у 15 (28,8%) пациентов (11 модификаций дистального гастрощунтирования, 4 продольных резекции желудка в сочетании с дистальным тонкокишечным шунтированием). Пациенты госпитализировались накануне (41 пациент – 79%) и непосредственно в день операции (11 пациентов – 21%), после предварительного амбулаторного обследования и осмотра. Прием пищи прекращался за 12 часов до операции. После этого, но не позднее чем за 4 часа до хирургического вмешательства, допускалось употребление воды общим объемом не более 200мл. Механическую очистку кишечника в 44 случаях (84,6%) не проводили. На следующий день после операции разрешался прием жидкости. Учитывая, что венозные тромбоэмболические осложнения являются одной из наиболее серьезных проблем у данной категории больных, в 12 случаях сверхожирения (23,0%) с ИМТ более 50кг/м<sup>2</sup>, использовалось введение фраксипарина в дозе 0,3мл за 4 часа до операции. При этом значительного усиления кровоточивости тканей интраоперационно не наблюдали. Повторное введение препарата осуществлялось через 6 часов после операции, в дозе 0,6мл и далее 1 раз в день вплоть до выписки из стационара. Для механической профилактики венозных тромбоэмболических осложнений во всех случаях использовался компрессионный трикотаж. Установка дренажной трубки выполнена во всех случаях комбинированных вмешательств и лапароскопических продольных резекциях желудка на срок от одних до трех суток. После лапароскопического регулируемого бандажирования желудка дренаж не оставляли. В подавляющем большинстве случаев, у 46 пациентов (88,5%), назогастральный зонд не оставляли. Назначение наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде потребовалось только у 6 пациентов (11,5%) после комбинированных вмешательств. Во всех остальных случаях (88,5%) с целью обезболивания использован кеторол. Для купирования тошноты и рвоты, возникшей в послеоперационном периоде у 14 пациентов (26,9%), использован метоклопрамид. Антибактериальная терапия начиналась у всех с профилактического интраоперационного внутривенного введения цефтриаксона в дозе 2г и продолжена в дальнейшем у 33 пациентов (55,8%). У 19 пациентов (36,5%), в основном из группы лапароскопического бандажирования желудка, от послеоперационного применения антибактериальных

препаратов отказались. Только 3 пациента в раннем послеоперационном периоде находились в отделении реанимации. В остальных случаях (94,2%) больные транспортировались в палату, где через 6 часов после операции разрешалось вставать и передвигаться. Затруднения возникли только у 7 (13,5%) пациентов после длительных открытых вмешательств, однако, с помощью медицинского персонала больной поднимался с кровати и стоял в течении 1-3 минут. Средний срок госпитализации пациентов после лапароскопических операций составил 3 дня и после открытых вмешательств 7 дней. Венозных тромбозных осложнений не наблюдали. Заключение: реализация принципов ускоренной реабилитации в бариатрической хирургии позволяет не только сократить срок пребывания пациентов в стационаре, но и улучшить профилактику венозных тромбозных осложнений.

---

1697. Возможности артериального кровоснабжения печени после резекции чревного ствола

Егоров В.И.(1), Петров Р.В.(1), Старостина Н.С.(3), Журенкова Т.В.(2), Петухова М.В.(4), Журина Ю.А.(1), Григорьевский М.В.(1)

Москва

1) Городская клиническая больница №5 ДЗМ, 2) Институт хирургии им. А.В.Вишневского, 3) Московский клинический научный центр, 4) Городская поликлиника №5 ДЗМ, Москва, Россия

Цель. Оценить возможности артериального кровоснабжения печени после временной окклюзии общей, добавочной и замещающей печеночных артерий Введение. Дистальная резекция ПЖ с иссечением чревного ствола (ДРПЖЧС) все чаще используется при погранично-резектабельном раке ПЖ. Считается, что существенная редукция артериального кровоснабжения печени при иссечении чревного ствола может приводить к печеночной недостаточности и/или некрозу желчного пузыря. Дискуссионным остается вопрос о необходимости восстановления магистрального артериального притока в печень. Пациенты и методы: у 107 последовательных пациентов с раком тела-хвоста ПЖ (32), раком желудка с вовлечением ПЖ (30) и опухолями печени (45) при КТ до операции, а после ДРПЖЧС (16) 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. Результаты: 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 1. отмечено увеличение диаметров ГДА и зППА в 1,2-1,5 2. ПДА всегда определялись в виде магистралей, хотя не были видны в половине случаев до операции. Заключение: При отсутствии системных гемодинамических нарушений, коррекция артериального кровоснабжения печени после иссечения чревного ствола не требуется при любом типе артериальной анатомии целиако-мезентериального бассейна

---

1698. Лапароскопическая аппендэктомия при остром аппендиците «для всех обратившихся»

Мехтиханов З.С.

Дербент, РД

ГБУ РД ГБ «Дербентская»

В настоящее время при неосложнённом остром аппендиците лапароскопическая аппендэктомия считается «зо-лотым стандартом». Вопросом же для дискуссии является обоснованность лапароскопической аппендэктомии при осложнённых формах острого аппендицита: при перфоративном аппендиците осложнённом диффузным и разлитым перитонитом, аппендикулярном инфильтрате, периаппендикулярном абсцессе. Цель исследования - изучить возможности лапароскопической аппендэктомии при остром аппендиците без отбора больных «для всех обратившихся» Материалы и методы. Изучены результаты лапароскопической аппендэктомии за период с июля 2012 по декабрь 2014 года у 138 больных с разными формами острого аппендицита в возрасте от 17 до 82 лет. Сроки от начала заболевания варьировали от 8 часов до 5 суток. Неосложнённые формы острого аппендицита имелись у 92 больных, в том числе флегмонозная форма - у 70 пациентов, гангренозный аппендицит отмечен у 22 пациентов. Явления местного перитонита наблюдались практически во всех случаях флегмонозного и в 9 случаях – гангренозного воспаления отростка. Осложнённые форма острого аппендицита имели место у 46 больных. У 16 больных течение заболевания осложнилось перфорацией гангренозноизменённого червеобразного отростка с формированием периаппендикулярного абсцесса. Диффузный перитонит отмечен у 13 больных, разлитой - у 5 пациентов. Аппендикулярный инфильтрат обнаружен у 12 больных. Лапароскопическая аппендэктомия выполнялась по стандартной методике из трех проколов. После установки первого 10 мм троакара в области пупочной ямки начинался этап диагностической лапароскопии. Ревизия брюшной полости позволяло оценить реальную ситуацию: увидеть морфологические изменения в червеобразном отростке, определить характер экссудата и распространённость воспалительного процесса в брюшной полости, определить плотность аппендикулярного инфильтрата. Возможности лапароскопической санации брюшной полости зачастую превышают таковые при открытом вмешательстве. По мере накопления опыта лапароскопической хирургии при осложнённом аппендиците мы можем утверждать, что большинство выполненных нами ранее конверсий было связано не со степенью распространённости перитонита, а с вовлечением купола слепой кишки в воспалительный процесс. Именно способ безопасной и надёжной обработки культи является сдерживающим фактором широкого применения в повседневной практике лапароскопической аппендэктомии. У наших 16 пациентов культи червеобразного отростка была укрыта куполом слепой кишки самопогружным швом Русанова. Не меньшие вопросы возникают при лечении пациентов с периаппендикулярными «рыхлыми» инфильтратами и абсцессами. Наш опыт показывает, что лапароскопия не только не противопоказана, но в большинстве случаев позволяет решить хирургическую ситуацию при «рыхлом» периаппендикулярном инфильтрате и аппендикулярном абсцессе во время первого лапароскопического вмешательства. Применение видеолапароскопии позволяет адекватно провести санацию полости абсцесса, оценить возможность одномоментной аппендэктомии и избавиться от последующей интервальной операции. В послеоперационном периоде мы проводили стандартную консервативную терапию. Конверсий и интра- и послеоперационных осложнений не было. Заключение. Любая операция при подозрении на острый аппендицит, при отсутствии общих противопоказаний, должна начинаться с диагностической лапароскопии. Выполнение эндовидеохирургических вмешательств невозможно лишь в двух ситуациях: при плотном аппендикулярном инфильтрате, и пациентам с лапароскопической картиной разлитого перитонита, когда предполагается назоинтестинальная интубация кишечника.

---

1699.ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ТРОМБОЗОВ ДЕКОМПРЕССИВНЫХ  
ВЕННЫХ АНАСТОМОЗОВ

Ивануса С.Я., Дзидзава И.И., Алентьев С.А.,Онницев И.Е., Лазуткин М.В.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова

1234

Развитие тромбоза портокавального шунта относится к числу осложнений, при которых не происходит декомпрессии портальной системы. Тромбоз анастомоза является непосредственной причиной возникновения рецидивов пищеводно-желудочных кровотечений. Предупреждение возникновения тромбоза является важным условием благоприятного течения послеоперационного периода. Цель настоящей работы: разработать комбинированный метод профилактики послеоперационных тромбоземболических осложнений у больных циррозом печени и оценить его эффективность и безопасность. Материалы и методы. Нами проведен анализ результатов профилактики венозных тромбоземболических осложнений у 75 пациентов, которым наложены портокавальные анастомозы с 2003 по 2010 год. Критериями отбора явилась качественная характеристика умеренной и высокой степени риска развития венозных тромбоземболических осложнений (ВТЭО). Все пациенты были разделены на основную и контрольную группы. Пациенты основной группы (n=58) были разделены на две подгруппы: 1-я подгруппа 35 (60,7%) пациентов, которым комплекс мер профилактики ТЭО включал наряду с механическими методами (эластическое бинтование) фармакопрофилактику гепаринами различной молекулярной массы: при высокой степени риска кровотечения из вен пищевода – нефракционированный гепарин (НФГ) 5000 ЕД 3 раза в сутки подкожно, низкомолекулярные гепарины (фраксипарин) 0.3 мл подкожно 1 раз в сутки за 2 – 12 часов до операции. При низкой степени риска кровотечения – НФГ по 5000 ЕД 4 раза в сутки подкожно, фраксипарин 0.3 мл за 2 – 12 часов до операции и в последующем 0.6 мл 1 раз в сутки в течение 8 – 10 дней после операции. 2-я подгруппа 23 (39,3%) пациента, которым антикоагулянтная профилактика ТЭО гепаринами различной молекулярной массы проводилась в отсроченном режиме - через 4 - 6 часов после операции в связи с угрозой значительного интраоперационного кровотечения и высокого риска кровотечения из варикознорасширенных вен пищевода (ВРВП). В контрольную группу вошли 17 (22,2%) пациента, которым антикоагулянтная профилактика в течение 1-х суток послеоперационного периода не проводилась в связи с угрозой кровотечения. Для оценки эффективности мер профилактики тромботических поражений системы нижней полой вены (НПВ), воротной вены и портокавального анастомоза проводился мониторинг ультразвуковым ангиосканированием. Профилактика ТЭО включала раннюю активацию больных, механические, фармакологические и хирургические методы у пациентов с эмболоопасными тромботическими поражениями. Полученные данные свидетельствуют об отсутствии ранних тромбозов в I подгруппе основной группы. Во II подгруппе тромбоз вен голени был диагностирован у 4 (0,6%) пациентов, тромбоз спленоренального анастомоза выявлен у 1 (0,1%) больного. У пациентов контрольной группы, в которой фармакопрофилактика не проводилась, в 2 случаях диагностирован тромбоз мезентерикокавального анастомоза, 3,1% случаев диагностирован тромбоз вен голени, в 2,8% случаев – тромбоз поверхностных вен нижних конечностей. За время нахождения в хирургическом стационаре у этих больных случаев ТЭЛА не наблюдалось. При гемостазиологическом исследовании до операции установлено нарушение тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза у 31 (41,2%) больного, из них у 20 (26,6%) пациентов основной группы и 11 (14,6%) пациентов контрольной группы. При анализе возможных причин возникновения тромбозов 5 (0,7%) основной группы (II подгруппа) и у 12 (6,2%) больных контрольной группы установлено, что фармакопрофилактика низкомолекулярным гепарином этим больным проведена в отсроченном режиме, либо не проводилась в связи с угрозой интраоперационного кровотечения. Таким образом антикоагулянтная профилактика, начатая в предоперационном периоде и продолженная после портокавального шунтирования, позволяет избежать тромботических осложнений у больных.

---

1700.Обоснование тактики при дуоденальной дистрофии на опыте лечения 69 больных

Егоров В.И.(1), Ванькович А.Н.(2), Петров Р.В.(1), Старостина Н.С.(2)

Москва

1) Городская клиническая больница №5 г.Москвы, 2) Московский клинический научный центр

Введение. Такое заболевание как дуоденальная дистрофия (ДД) («парадуоденальный панкреатит») распознается в настоящее время все чаще. Однако, оптимальный способ лечения ее остается поводом для дискуссии Цель. Оценить результаты различных методов лечения ДД. Методы. Проспективный анализ 69

1235

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

наблюдений ПП (2004 – 2015) гг для сравнения предоперационных и гистопатологических данных. Все больные были обследованы с использованием трансабдоминального и эндоУЗИ, контрастной многофазной КТ и МРТ. Основным критерием заболевания были гистологические признаки неизменной или измененной эктопической ПЖ в стенке ДПК, изолированной от ортотопической железы. Результаты. У всех больных диагноз поставлен до операции, кроме одного случая, когда была заподозрена опухоль ПЖ. Наиболее точными диагностическими методами были КТ и эндоУЗИ. Десять пациентов воздержались от хирургического лечения по разным причинам. Поводом для оперативного лечения были болевой синдром и рвота (дуоденальная непроходимость). В 17 случаях ДД сопровождалась выраженным хроническим панкреатитом в ортотопической ПЖ. Тридцати одному больному была выполнена панкреатодуоденальная резекция (ПДР), в 7 случаях – пилоросохраняющая ПДР, в одном – операции Бегера, в одном – ее бернский вариант. Двенадцати пациентам произведена панкреассохраняющая резекция ДПК. Одно осложнение ПДР, термокоагуляционная травма извитого мочеточника на фоне ретроперитонеального фиброза, потребовало пиелоретеропластики. Летальности не было. За время наблюдения отмечено исчезновение болевого синдрома у 87% больных после ПДР и у 96% - после резекции ДПК, набор веса – у 92% больных. Не выявлены новые случаи диабета или признаки утяжеления существующего после резекции ДПК. Заключение. ДД может и должна диагностироваться до операции. Оптимальным методом оперативного вмешательства при ДД с сопутствующим панкреатитом в ортотопической железе является ПДР. При изолированных формах ДД оптимальна панкреассохраняющая резекция ДПК.

---

1701. Опыт организации трехуровневой системы оказания хирургической помощи в Архангельской области

Оловянный В.Е.

Архангельск

Архангельская областная клиническая больница

Маломощные городские и центральные районные больницы области в настоящее время не в состоянии на уровне современных требований обеспечить населению оказание специализированных видов медицинской помощи. С целью повышения доступности и качества хирургической помощи населению Архангельской области была разработана Концепция ее развития в регионе на основе трехуровневой системы организации. Для повышения эффективности оказания хирургической помощи населению области хирургические стационары были распределены по трем уровням в соответствии со следующими критериями: количество хирургических коек, наличие специализированных коек, наличие отделения реанимации и интенсивной терапии, количество врачей хирургических специальностей, оснащенность диагностическим и лечебным оборудованием, применение современных хирургических технологий. К I уровню оказания хирургической помощи были отнесены медицинские организации, где количество хирургических коек менее 25, количество работающих врачей хирургических специальностей - не более двух (двенадцать ЦРБ). На II уровне на базе наиболее крупных государственных учреждений здравоохранения были организованы межрайонные хирургические центры (МХЦ) – пять. К III уровню отнесены медицинские организации, оказывающие специализированные, в т. ч. высокотехнологичные виды хирургической помощи (шесть ЛПУ, включая два федеральных центра, онкодиспансер и детскую клинику). На первом этапе (2013–2015 гг.) проведения организационных мероприятий основное внимание было уделено МХЦ: закрепление зон ответственности (3-5 районов области за каждым), оптимизация коечного фонда, привлечение молодых хирургов, оснащение оборудованием. Удалось достичь повышения оперативной активности в МХЦ с 40% до 65-70%, снижения послеоперационной летальности на I уровне при остром панкреатите, остром холецистите, желудочных кровотечениях в результате ориентирования пациентов с данной патологией на МХЦ. На следующем этапе (2016 – 2020 гг.) планируется сосредоточить внимание на организации (развитии) специализированных хирургических центров в медицинских организациях III уровня.

## 1702. ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Блахов Н.Ю.(1), Бордаков В.Н.(2), Пацай Д.И.(2)

Минск

1) Кафедра военно-полевой хирургии военно-медицинского факультета в УО «БГМУ» 2) ГУ «432 главный военный клинический медицинский центр ВС РБ»

Цель исследования – оценить динамику госпитальной заболеваемости и уровня летальности при ОП, представить общую характеристику клинических наблюдений, методов и результатов лечения ОП. Материал и методы. Наша база данных включает 922 случая ОП у 685 больных, госпитализированных в 432 ГВКМЦ г. Минска в период с 1 января 1995 г. по 31 декабря 2012 г., из них 549 человек находились на обследовании и лечении один раз, 94 – дважды, 42 – три раза и более. Диагностика ОП и его клинкоморфологической формы основывалась на результатах динамического (в течение первых 48 ч госпитализации) клинко-лабораторного и инструментального обследования в соответствии с классификацией, принятой на Международной согласительной конференции (Атланта, 1992 г.) Для объективной оценки тяжести состояния больных применялась шкала APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation – Оценка острых физиологических изменений и хронических заболеваний). Больные, тяжесть состояния которых соответствовала 8 и более баллам, лечились в отделении анестезиологии и реанимации (ОАР), остальные – в общехирургическом отделении. С 2002 г. с целью объективизации причин и оценки динамики расстройств регионарного кровообращения гепатопанкреатодуоденальной зоны в комплекс диагностических мероприятий при ОП было включено ультразвуковое исследование (УЗИ) чревного ствола, общей печеночной, селезеночной и верхней брыжеечной артерий, воротной, селезеночной и верхней брыжеечной вен в режимах цветового доплеровского картирования, импульсной и энергетической доплерографии с изучением качественных и количественных характеристик кровотока. Лечение больных проводилось в соответствии с общепринятыми стандартами. При отечном (интерстициальном) панкреатите применялся базисный комплекс консервативных мероприятий (голод, аспирация желудочного содержимого, местная гипотермия, новокаиновые блокады, адекватная инфузионная терапия с форсированием диуреза, парентеральное введение спазмо- и холинолитиков, антисекреторных и антиферментных препаратов). При НП использовали многокомпонентную (гемодинамическая, реологическая, антисекреторная, антиферментная, антиоксидантная, антигипоксическая, антибактериальная, иммунокорректирующая, нутритивная) интенсивную терапию в сочетании с лечебно-диагностической лапароскопией (ЛДЛ), экстракорпоральными методами детоксикации (ЭМД) (биоспецифическая гемосорбция на антипротеазном сорбенте «Овосорб», плазмаферез, мультифильтрация) и малоинвазивными дренирующими вмешательствами под ультразвуковым контролем (МДВ). ЛДЛ применялась у больных с перитонеальным синдромом для дифференциальной диагностики ОП с другими острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, при наличии жидкости в сальниковой сумке и/или свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ при установленном диагнозе «острый панкреатит» для санации и дренирования сальниковой сумки и брюшной полости, в случаях билиарной гипертензии по данным УЗИ при установленном диагнозе «острый панкреатит» для наложения холецистостомы. Показаниями к прямому хирургическому вмешательству (ПХВ) служили признаки распространенного перитонита при невозможности достоверной диагностики его причины, прогрессирование ПОН на фоне интенсивной терапии в течение 1-3 суток, инфицированные формы ПН, неэффективность МДВ. При ограниченном ПН предпочтение отдавали «закрытому» дренированию, при распространенном – «полуоткрытому» и «открытому» вариантам с последующим выполнением повторных вмешательств «по программе» с целью ревизии и санации зон некротической деструкции и инфицирования в различных отделах забрюшинного пространства. Повторные вмешательства «по требованию» выполняли в случаях осложнений (продолжающаяся секвестрация, неадекватное дренирование, внутрибрюшное или желудочно-кишечное кровотечение, перфорация полого органа и проч.). Статистическая обработка и анализ полученных результатов проводились стандартными методами при помощи прикладной программы «STATISTICA 6,0». Количественные данные представлены медианой, интерквартильным размахом (25-й и 75-й процентиля) и 95%-м доверительным интервалом (Ме (25%-75%), [-95%; +95%]). Качественные (номинальные и порядковые) данные представлены абсолютными

и относительными (доли, проценты) частотами. Для оценки значимости различий сравниваемых групп по тому или иному признаку применялся критерий хи-квадрат ( $\chi^2$ ) с анализом таблиц сопряженности в случаях номинальных данных, критерий Крускала-Уоллиса (H Test) – в случаях порядковых данных при критическом уровне значимости (p), равном 0,05. Результаты и обсуждение. Анализ госпитальной заболеваемости за указанный период свидетельствует о росте абсолютного числа больных ОП и НП, удельного веса больных НП. При сравнении соответствующих показателей 1995 г. и 2012 г. число больных ОП увеличилось в 2 раза, больных НП – в 3,5 раза, доля больных НП – в 1,7 раза. В структуре острой хирургической патологии органов брюшной полости удельный вес больных ОП вырос с 5,2% в 1995 г. до 12% в 2012 г. и в целом за период составил 10,6%. Как следствие, с 2001 г. поочередно с острым холециститом ОП занимает 2-3 место по частоте, уступая только острому аппендициту. Несмотря на определенную положительную динамику результатов лечения, летальность при ОП остается высокой. За анализируемый период уровень общей летальности колебался в диапазоне с 9,1% в 1995 г. до 6% в 2012 г. при максимальном значении 14,6% в 2000 г. и в целом составил 9,1%. Уровень летальности при НП поступательно снизился с 50% в 1995 и 1996 гг. до 14,3% в 2012 г. и в целом составил 29,1%. В структуре летальности при острой хирургической патологии органов брюшной полости за период 1995-2012 гг. с удельным весом 25,2% ОП занял первое место. За отчетный период прооперировано 134 (51,3%) больных НП, в общей сложности им выполнено 233 ПХВ (от 1 до 6 конкретному больному, в среднем – 1,0 (1,0-2,0), [1,5; 1,9]). Умерло 66 (49,3%) человек. При стандартном подходе к оценке уровня послеоперационной летальности не учитываются принципиальные различия в показаниях к операции при стерильном (неинфицированном) и инфицированном ПН, что, с нашей точки зрения, определяет целесообразность выделения в тактике хирургического лечения НП режимов вынужденных и этапных вмешательств. К вынужденным мы относим первичные операции, которые выполняются при поступлении больным с клиникой распространенного перитонита при невозможности достоверно дифференцировать его причину, а также первичные и повторные вмешательства в разные сроки стационарного лечения в случаях развития системных (прогрессирование ПОН на фоне интенсивной терапии при стерильном (неинфицированном) ПН) и внутрибрюшных осложнений при обеих клинико-морфологических формах НП. В свою очередь, этапные операции, как первичные, так и повторные, являются запланированным мероприятием комплексного лечения при инфицированном ПН. Частота ПХВ в вынужденном режиме поступательно снизилась с 66,7% в 1995 и 1996 гг. до 28,6% в 2012 г. и в целом составила 31%. В свою очередь, с 2001 г. наметилась тенденция к снижению и этапной хирургической активности – со 100% в 1995-2000 гг. до 80% в 2012 г. (в целом за период – 79,8%). При этом послеоперационная летальность при вынужденных (от 20 до 100%) и этапных (от 0 до 50%) операциях колебалась в широком диапазоне и в целом составила 63 и 19% соответственно. В общей структуре послеоперационной летальности при НП на долю исходов после вынужденных операций пришлось 77,3%. В рамках ретроспективного обсервационного исследования проведен анализ 685 наблюдений первого приступа и 237 наблюдений повторных приступов ОП. Среди 685 больных с первым приступом ОП отечный (интерстициальный) панкреатит выявлен у 506 (73,9%), ПН – у 179 (26,1%), из них в 106 (59,2%) случаях – стерильный (неинфицированный), в 73 (40,8%) – инфицированный. Мужчин было 539 (78,7%), женщин – 146 (21,3%). Возраст больных варьировал от 18 до 94 лет и в среднем составил 53,4 (42,2-66,4), [52,8; 55,2] года, при этом лиц молодого и среднего возраста было более 60%. Более чем в 50% случаев больные поступали на лечение позже 24 ч, а каждый четвертый – позже 3-х суток от начала заболевания. Среди причин ОП доминировали прием алкоголя и погрешность в питании (47,5%) и патология билиарной системы (22,6%). У каждого десятого больного этиологию заболевания установить не удалось. Более чем у 80% больных выявлены сопутствующие заболевания, из них у 75% – два и более. Структуру сопутствующей патологии составили артериальная гипертензия – у 68,2%, ИБС – у 52,8%, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – у 13,1%, сахарный диабет – у 9,4%, алиментарно-конституциональное ожирение – у 8,2%, заболевания почек – у 7,9%, хроническая обструктивная болезнь легких – у 4,9%, заболевания печени – у 4,9% больных. При сравнении групп, выделенных по клинико-морфологической форме ОП, статистически значимые различия определяются по полу, срокам от начала заболевания и этиологии. Так, среди больных НП существенно выше удельный вес мужчин и больше доля лиц, поступавших на лечение позже 3-х суток от начала заболевания после употребления алкоголя и/или погрешности в питании. Мы наблюдали 237 (25,7%) повторных приступов ОП у 136 (19,8%) человек. Число рецидивов у конкретного больного варьировало от 1 до 8, при этом один рецидив отмечен у 94 (69,1%), 2 – у 14 (10,3%), 3 и более – у 28 (20,6%) человек. Первый повторный приступ развивался в сроки от 1 месяца до 16 лет (в среднем – 33 (16,1-64,0), [38,0; 50,9] мес), второй и последующие – в сроки от 11 месяцев до 17 лет (в среднем – 66,4 (43,2-91,4), [64,9; 81,8] мес) с момента первого приступа ОП. В 18,4% наблюдений первый рецидив развивался в сроки до 12 месяцев, в 20,6% – в течение второго года, в 17,6% – в течение третьего года с момента первого приступа ОП. При повторных приступах ОП отечный (интерстициальный) панкреатит выявлен в 155 (65,4%) случаях, ПН – в 82 (34,6%),



из них в 56 (68,3%) наблюдениях – стерильный (неинфицированный), в 26 (31,7%) – инфицированный (табл. 2). Возраст больных варьировал от 23 до 88 лет и в среднем составил 53,2 (44,3-60,9), [50,5; 54,1] года, при этом практически до 75% увеличилась доля лиц молодого и среднего возраста. Позднее обращение за медицинской помощью характерно и для повторных приступов ОП. Так, каждый второй больной поступал на лечение позже 24 ч, а каждый третий – позже 3-х суток от начала заболевания. В трех из четырех случаев повторные приступы ОП развивались в результате употребления алкоголя и/или погрешности в питании, а доля больных с неустановленной причиной заболевания сократилась в 3 раза. Структура сопутствующей патологии сопоставима с таковой у больных с первым приступом ОП. Статистически значимые различия между группами, выделенными по клинико-морфологической форме повторных приступов ОП, определяются по полу и срокам от начала заболевания. Так, доля мужчин заметно больше при НП. Удельный вес лиц, поступавших на лечение в первые 24 ч заболевания, существенно выше при отечном (интерстициальном) панкреатите и стерильном (неинфицированном) ПН. Напротив, при инфицированном ПН значимо больше доля больных, поступавших на лечение позже 3-х суток, что закономерно, учитывая влияние сроков от начала заболевания на вероятность присоединения инфекции. Полученные нами результаты свидетельствуют, что из 237 наблюдений в 112 (47,3%) повторные приступы ОП были равнозначно легкими, в 42 (17,7%) – предыдущий тяжелее, в 19 (8%) – равнозначно тяжелыми, в 64 (27%) – предыдущий легче (подобное соотношение характерно как для первого рецидива, так для второго и последующих). Умерло 10 (4,2%) больных, из них при первом рецидиве – 9 (6,6%), при втором и последующих – 1 (1%). Таким образом, в 35% случаев повторных приступов ОП заболевание характеризуется равнозначно или более тяжелым течением с возможным летальным исходом. Все больные отечным (интерстициальным) панкреатитом лечились консервативно, при этом в 107 (16,2%) наблюдениях в течение 1-х суток госпитализации выполнялась ЛДЛ в качестве заключительного этапа диагностики. Умерло 8 (1,2%) человек на 4-25-е сутки заболевания, из них у 6 причиной смерти являлись осложнения сопутствующей патологии (инфаркт миокарда – 3, некорригируемое нарушение сердечного ритма – 2, острая левожелудочковая недостаточность – 1), у 2 – тромбозомболия легочной артерии (ТЭЛА), как осложнение основного заболевания. Средний койко-день при отечном (интерстициальном) панкреатите составил 8,0 (6,0-12,0), [8,5; 9,0] суток. При стерильном (неинфицированном) ПН ограниченные формы были выявлены в 109 (67,3%) наблюдениях, распространенные – в 53 (32,7%). Консервативная терапия применялась в лечении 72 (66%) больных ограниченным стерильным (неинфицированным) ПН. В 64 (88,9%) случаях, при сочетании с ЭМД – в 4, консервативное лечение оказывалось окончательным. Летальных исходов не было. У 8 (11,1%) больных на 2-8-е сутки заболевания развилось желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) из стресс-повреждений верхних отделов желудочно-кишечного тракта (СП ЖКТ) как проявление синдрома ПОН, что послужило показанием к вынужденному оперативному лечению. Умерло 2 (25%) человека. В 37 (34%) наблюдениях в сроки от момента поступления до 12-х суток госпитализации определялись показания к применению ЛДЛ (33) и МДВ в режиме однократных (3) и многократных (1) пункций, что в сочетании с консервативной терапией являлось окончательным лечением у 27 (73%) больных. Умерло 6 (22,2%) человек. В 10 (27%) случаях, из них при комбинировании консервативной терапии с ЭМД – в 7, на 3-17-е сутки заболевания развились внутрибрюшные (ЖКК из СП ЖКТ – 7, аррозивное кровотечение – 3) осложнения, по поводу чего выполнялись вынужденные операции. Умерло 7 (70%) больных. В целом при ограниченном стерильном (неинфицированном) ПН летальность составила 13,8% (умерло 15 человек), средний койко-день – 16,0 (13,0-20,0), [14,9; 17,2] суток. Из числа больных распространенным стерильным (неинфицированным) ПН 25 (47,2%) лечились консервативно. Консервативная терапия (в 2 наблюдениях в сочетании с ЭМД) оказывалась окончательным лечением у 12 (48%) человек, из них умерло 3 (25%). 13 (52%) больных (в 5 случаях консервативная терапия сочеталась с ЭМД) были оперированы в вынужденном порядке на 3-9-е сутки заболевания по поводу развившихся внутрибрюшных (ЖКК из СП ЖКТ – 11, аррозивное кровотечение – 2) осложнений. Умерло 7 (53,8%) человек. В 24 (45,3%) наблюдениях в сроки от момента поступления до 8-х суток госпитализации определялись показания к применению ЛДЛ (15) и МДВ в режиме однократных (5) и многократных (2) пункций и дренирования (2). Сочетание малоинвазивных пособий с консервативной терапией (в одном случае в комбинации с ЭМД) являлось окончательным лечением у 9 (37,5%) больных, из них умер 1 (11,1%). 15 (62,5%) человек (у 9 консервативная терапия сочеталась с ЭМД) были вынужденно оперированы: в 8 наблюдениях на 2-16-е сутки заболевания в связи с прогрессированием ПОН, в 7 – на 2-9-е сутки заболевания по поводу развившихся внутрибрюшных (ЖКК из СП ЖКТ – 6, аррозивное кровотечение – 1) осложнений. Умерло 9 (60%) больных. Следует отметить, что из числа оперированных по поводу прогрессирования ПОН в 4 случаях хирургические вмешательства выполнялись однократно (умерло 2 больных), в 4 – использовался режим программируемых санаций (летальных исходов не было). Показания к вынужденному ПХВ в ранние сроки заболевания были установлены в 4 (7,5%) наблюдениях. Один больной был оперирован при поступлении (на 4-е сутки заболевания) в связи с клиникой распространенного

перитонита (диагностическая ошибка), 3 человека – на 2-3-и сутки госпитализации (3-4-е сутки заболевания) по поводу прогрессирования ПОН. Все умерли на 2-18-е сутки послеоперационного периода. В целом при распространенном стерильном (неинфицированном) ПН летальность составила 45,3% (умерло 24 человека), средний койко-день – 25,0 (6,0-29,0), [15,9; 23,0] суток. Представленные данные свидетельствуют, что из 162 больных стерильным (неинфицированным) ПН у 76 (46,9%) лечение ограничивалось консервативной терапией. Умерло 3 (3,9%) человека. У 36 (22,2%) больных окончательным вариантом лечения являлось сочетание консервативной терапии с малоинвазивным (ЛДЛ/МДВ) хирургическим пособием. Умерло 7 (19,4%) человек. В 4 (2,5%) наблюдениях, закончившихся летально (100%), проводилось оперативное лечение в режиме вынужденных однократных ПХВ в ранние (3-4-е сутки) сроки заболевания. 38 (23,5%) больных были вынужденно оперированы на 2-17-е (в среднем – 5,0 (4,0-7,0, [4,7; 6,5]) сутки заболевания по поводу развившихся внутрибрюшных (ЖКК из СП ЖКТ – 32, аррозивное кровотечение – 6) осложнений на фоне проводимого лечения. Умерло 23 (60,5%) человека. В 8 (4,9%) случаях после малоинвазивного (ЛДЛ/МДВ) пособия выполнялись вынужденные ПХВ на 2-16-е (в среднем – 11,5 (8,5-13,0), [6,9; 14,1]) сутки заболевания в связи с прогрессированием ПОН. Умерло 2 (25%) человека. Среди 4 больных, которым повторные ПХВ проводились в режиме программируемых санаций, летальных исходов не было. Таким образом, при стерильном (неинфицированном) ПН летальность составила 24,1% (умерло 39 человек), средний койко-день – 16,5 (11,0-23,0), [15,8; 18,5] суток. При инфицированном ПН ограниченные формы были выявлены в 31 (31,3%) случае, распространенные – в 68 (68,7%). Следует отметить, что у 32 (32,3%) больных инфицирование ПН произошло в процессе стационарного лечения, из них вследствие неэффективности консервативной терапии – у 14, после ПХВ в ранние сроки заболевания – у 6, после МДВ – у 12. Оперативное лечение при ограниченном инфицированном ПН у 10 (32,3%) больных проводилось в объеме ПХВ на 4-17-е сутки заболевания (3-13-е сутки лечения), у троих в послеоперационном периоде применялись ЭМД. В 7 (70%) наблюдениях однократное пособие оказывалось недостаточным для обеспечения адекватного дренирования гнойника, при этом летальных исходов не было. 3 (30%) человека были вынужденно повторно оперированы на 12-16-е сутки заболевания (5-7-е сутки послеоперационного периода) по поводу неадекватности дренирования (2) и аррозивного кровотечения (1), из них умерло 2 (66,7%). В качестве начального этапа оперативного лечения у 5 (16,1%) больных в сроки от момента поступления до 2-х суток госпитализации проводились МДВ в режиме однократных пункций (4) и дренирования (1), из них у одного последующая консервативная терапия сочеталась с ЭМД. Этапные ПХВ выполнялись на 7-15-е сутки заболевания (на 3-8-е сутки после малоинвазивного пособия) в режиме однократной операции. Умер 1 (20%) человек. Различные комбинации малоинвазивных пособий, первые из которых выполнялись в сроки от момента поступления до 10-х суток госпитализации, являлись окончательным этапом оперативного лечения у 15 (93,8%) из 16 (51,6%) больных. В 6 случаях последующая консервативная терапия сочеталась с ЭМД. Летальных исходов не было. 1 (6,2%) человек был оперирован в вынужденном порядке на 11-е сутки заболевания (на 5-е сутки дренирования абсцесса сальниковой сумки) по поводу развившегося внутрибрюшного аррозивного кровотечения. В раннем послеоперационном периоде больной умер. В целом при ограниченном инфицированном ПН летальность составила 12,9% (умерло 4 человека), средний койко-день – 35,0 (25,0-38,0), [28,2; 36,2] суток. ПХВ, как основной этап комплексного лечения при распространенном инфицированном ПН, выполнялись на 2-20-е сутки заболевания (в сроки от момента поступления до 16-х суток госпитализации) 36 (52,9%) больным. 8 (22,2%) человек были оперированы однократно (у 4 в послеоперационном периоде применялись ЭМД), из них умерло 3 (37,5%). В 16 (44,5%) наблюдениях (в 5 послеоперационная консервативная терапия сочеталась с ЭМД) на 5-33-и сутки заболевания (1-25-е сутки после первого вмешательства) выполнялись вынужденные повторные операции по поводу развившихся внутрибрюшных (аррозивное кровотечение – 7, перфорация задней стенки желудка – 3, ЖКК из СП ЖКТ – 2) осложнений и неадекватности дренирования (4). Умерло 10 (62,5%) человек. Режим программируемых санационных вмешательств применялся в лечении 12 (33,3%) больных (у троих в комбинации с ЭМД), из них умерло 5 (41,7%). В 28 (41,2%) случаях в качестве начального этапа оперативного лечения в сроки от момента поступления до 10-х суток госпитализации выполнялись ЛДЛ (10) или МДВ (18). У 18 больных в дальнейшем применялись ЭМД. МДВ проводились в режиме одно- и многократных пункций и дренирования (по 6). В 4 наблюдениях из-за неправильной формы полости дренирование осуществлялось двумя дренажами с проточно-аспирационным промыванием. Этапные ПХВ выполнялись на 7-33-и сутки заболевания (на 2-25-е сутки после малоинвазивного пособия). 14 (50%) больных были оперированы однократно (троим в послеоперационном периоде выполнялись МДВ по поводу резидуальных абсцессов). Умерло 5 (35,7%) человек. В 7 (25%) случаях на 10-33-и сутки заболевания (на 2-15-е сутки после первичного ПХВ) выполнялись вынужденные операции по поводу развившихся внутрибрюшных (аррозивное кровотечение – 4, перфорация задней стенки желудка – 1) осложнений и неадекватности дренирования (2). Умерло 6 (85,7%) больных. В 7 (25%) наблюдениях повторные ПХВ проводились в режиме программируемых санаций. Умер 1 (14,3%) человек. В 4 (5,9%)

случаях непосредственно после этапа малоинвазивного пособия, проводившегося в сроки от момента поступления до 4-х суток госпитализации, на 8-18-е сутки заболевания развились внутрибрюшные (аррозивное кровотечение – 2, ЖКК из СП ЖКТ – 1, перфорация задней стенки желудка – 1) осложнения, что потребовало выполнения вынужденных операций. Умерло 3 (75%) больных. В целом при распространенном инфицированном ПН летальность составила 48,5% (умерло 33 человека), средний койко-день – 37,0 (19,5-50,5), [32,7; 43,9] суток. Анализ вариантов оперативного лечения 99 больных инфицированным ПН свидетельствует, что в 46 (46,5%) наблюдениях применялись только ПХВ, в 15 (15,1%) – только малоинвазивные (ЛДЛ/МДВ) пособия, в 38 (38,4%) – их сочетание. ПХВ, как основной этап комплексного лечения, выполнялись на 2-20-е сутки заболевания (в сроки от момента поступления до 16-х суток госпитализации). Продолжительность периода от начала заболевания до операции в среднем составила 8,0 (6,0-13,5), [8,4; 11,3] суток. 15 (15,1%) больных были оперированы однократно, из них умерло 3 (20%). В 12 (12,1%) наблюдениях использовался режим повторных ПХВ «по программе», при этом число этапных вмешательств в среднем составило 3,0 (3,0-4,0), [2,9; 4,1]. Умерло 5 (41,7%) человек. В 19 (19,2%) случаях повторные операции выполнялись в режиме «по требованию» в связи с развившимися внутрибрюшными осложнениями (13) и неадекватностью дренирования (6). Умерло 12 (63,2%) больных. В случаях, когда оперативное лечение начиналось с малоинвазивных пособий, этапные ПХВ выполнялись на 7-33-и сутки заболевания (3-32-е сутки лечения). Продолжительность периода от начала заболевания до операции в среднем составила 14,0 (11,0-16,0), [12,9; 17,6] суток. 19 (19,2%) больных были оперированы однократно, из них умерло 6 (31,6%). В 7 (7,1%) наблюдениях использовался режим повторных ПХВ «по программе», при этом число этапных вмешательств в среднем составило 2,0 (2,0-3,0), [1,5; 3,3]. Умер 1 (14,3%) человек. В 7 (7,1%) случаях выполнялись повторные ПХВ в режиме «по требованию» в связи с развившимися внутрибрюшными осложнениями (5) и неадекватностью дренирования (2). Умерло 6 (85,7%) больных. В 15 (15,1%) наблюдениях оперативное лечение ограничивалось малоинвазивными пособиями в различных комбинациях. Летальных исходов не было. В 5 (5,1%) случаях непосредственно после этапа малоинвазивного пособия выполнялись ПХВ в режиме «по требованию» по поводу развившихся внутрибрюшных осложнений. Умерло 4 (80%) человека. При инфицированном ПН в целом показания к вынужденным ПХВ определялись у 31 (31,3%) больного. Из них 23 (74,2%) человека были оперированы по поводу внутрибрюшных (аррозивное кровотечение – 15, перфорация задней стенки желудка – 5, ЖКК из СП ЖКТ – 3) осложнений на 5-33-и (в среднем – 15,0 (11,0-22,0), [13,6; 19,8]) сутки заболевания, 8 (25,8%) – в связи с неадекватностью дренирования на 12-33-и (в среднем – 15,0 (12,0-23,0), [11,4; 24,8]) сутки заболевания. Умерло 22 (71%) больных. Таким образом, при инфицированном ПН летальность составила 37,4% (умерло 37 человек), средний койко-день – 36,0 (24,0-46,0), [32,4; 40,4] суток. Представленные данные свидетельствуют, что летальность при НП без дифференциации его клинико-морфологической формы составила 29,1% (умерло 76 больных), средний койко-день – 21,0 (13,0-31,0), [22,4; 26,5] сутки (из числа выписанных – 24,0 (17,0-36,0), [26,2; 31,2], среди умерших – 11,0 (5,0-19,0), [11,5; 16,9]). В первые 2 недели заболевания умерло 43 (56,6%) человека, из них при стерильном (неинфицированном) ПН – 35, при инфицированном ПН – 8. Структуру непосредственных причин «ранних» летальных исходов при стерильном (неинфицированном) ПН составили панкреатогенный шок в 3 случаях, геморрагические осложнения – в 12 (ЖКК из СП ЖКТ – 11, аррозивное внутрибрюшное кровотечение – 1), синдром ПОН – в 18 (в 9 наблюдениях отягощающим фактором прогрессирования синдрома ПОН являлись геморрагические осложнения), ТЭЛА – в 2; при инфицированном ПН – геморрагические осложнения в 4 случаях (ЖКК из СП ЖКТ – 1, аррозивное внутрибрюшное кровотечение – 3), тяжелый панкреатогенный сепсис – в 4. В сроки позже 2 недель от начала заболевания умерло 33 (43,4%) человека, из них при стерильном (неинфицированном) ПН – 4, при инфицированном ПН – 29. Непосредственными причинами «поздней» смерти больных при стерильном (неинфицированном) ПН служили ТЭЛА в 2 случаях, аррозивное внутрибрюшное кровотечение – в 1, осложнения сопутствующей патологии (токсическая кардиомиопатия с нарушением сердечного ритма) – в 1; при инфицированном ПН – септический (инфекционно-токсический) шок в 5 случаях, тяжелый панкреатогенный сепсис – в 24 (в 9 наблюдениях отягощающим фактором прогрессирования сепсиса являлись геморрагические осложнения; у 5 умерших – при полной санации гнойно-некротических очагов в парапанкреатической клетчатке и клетчатке забрюшинного пространства). Следует отметить, что геморрагические осложнения, отягощающая течения НП у 35 (46%) умерших, служили непосредственной причиной смерти у 17 (22,4%), из них в первые 2 недели заболевания – у 13 (11 – ЖКК из СП ЖКТ, как проявление синдрома ПОН, 2 – внутрибрюшное аррозивное кровотечение, вследствие прогрессирования местного патологического процесса), в сроки позже 2 недель от начала заболевания – у 4 (1 – ЖКК из СП ЖКТ, как проявление септической ПОН, 3 – внутрибрюшное аррозивное кровотечение, вследствие прогрессирования местного патологического процесса). Таким образом, непосредственной причиной смерти при НП в 32 (42,1%) случаях служили панкреатогенный шок и синдром ПОН, как проявления панкреатической токсемии, в 34 (44,7%) – септический (инфекционно-токсический) шок и

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

тяжелый панкреатогенный сепсис вследствие инфицирования очагов ПН, в 5 (6,6%) – аррозивное внутрибрюшное кровотечение, как результат прогрессирования местного патологического процесса, в 5 (6,6%) – осложнения основного заболевания (ТЭЛА) и сопутствующей патологии. Заключение Рост заболеваемости и уровень общей летальности при ОП во многом обусловлены увеличением абсолютного и относительного числа случаев НП. В тактике хирургического лечения НП целесообразно выделять режимы вынужденных и этапных оперативных вмешательств. Среди больных ОП наиболее многочисленную группу составляют лица мужского пола молодого и среднего возраста, поступающие на лечение после употребления алкоголя и/или погрешности в питании позже 24 ч с начала заболевания. В этиологической структуре ОП удельный вес нарушений регионарного кровообращения гепатопанкреатодуоденальной зоны достигает 8%. У каждого десятого больного ОП преморбидный статус отягощен ИБС, проявляющейся стенокардией, постинфарктным кардиосклерозом или нарушением ритма, а у абсолютного числа больных пожилого и старческого возраста – двумя и более сопутствующими заболеваниями. В 35% случаев повторных приступов ОП заболевание характеризуется равнозначно или более тяжелым течением с возможным летальным исходом. При стерильном (неинфицированном) ПН и ограниченных формах инфицированного ПН лечение должно ограничиваться многокомпонентной интенсивной терапией в сочетании с малоинвазивным (ЛДЛ/МДВ) хирургическим пособием. При распространенных формах инфицированного ПН показано оперативное лечение в варианте «открытого» дренирования с последующим выполнением повторных программируемых санаций с целью активного контроля всех зон некротической деструкции и инфицирования для предупреждения развития внутрибрюшных осложнений. ПХВ, выполненные в ранние сроки НП, характеризуются крайне неблагоприятным исходом и высоким риском развития гнойных осложнений. Применение малоинвазивных (ЛДЛ/МДВ) хирургических пособий в качестве начального этапа оперативного лечения НП позволяет ограничить местный патологический процесс и стабилизировать общее состояние больного, уменьшить объем и травматичность первичного ПХВ и сократить число этапных санаций. По срокам (до или позже 2 недель от начала заболевания) и причинам (синдром ПОН вследствие панкреатической токсемии или панкреатогенный сепсис в результате инфицирования очагов ПН) летальные исходы при ОП распределяются равномерно. При НП у каждого пятого умершего непосредственной причиной смерти являются геморрагические осложнения.

---

1703. Выбор бариатрической операции – кому и когда?

Неймарк А.Е.(1,2), Корнюшин О.В. (1,2), Иваниха Е.В. (1,2))

Санкт-Петербург

1) ФГБУ «СЗФМИЦ» Минздрава РФ) ФГБУ «ПСПБГМУ им.акад.И.П.Павлова»

Бариатрическая хирургия в 21 веке стала одним из распространенных хирургических направлений. Число оперативных вмешательств по поводу ожирения достигло более полумиллиона в год и продолжает увеличиваться. Такой рост обусловлен прогрессирующей эпидемией ожирения. Несмотря на высокую эффективность бариатрических вмешательств, часть пациентов не получают после лечения необходимого уровня снижения массы тела. Это связано с неправильным выбором операции, отсутствием послеоперационного наблюдения за пациентами и недостаточной мотивацией у пациента. Вопрос выбора бариатрического вмешательства является ключевым в этом виде хирургии. Единственным показанием к выполнению любого вида бариатрических операций является показатель индекса массы тела (ИМТ). При ИМТ более 40 кг/м<sup>2</sup> или ИМТ более 35 кг/м<sup>2</sup> при наличии сопутствующих метаболических нарушений показано выполнение бариатрической операции. В литературе часто условно разделяют хирургические вмешательства на рестриктивные и мальабсорбтивные. Такое разделение используется применительно к выбору операции, так при наличие диабета и дислипидемии лучше выполнять операции с мальабсорбтивным компонентом, а в других случаях ограничиваться рестриктивными. Современные знания о механизмах действия операций полностью исключают такой подход, так как кроме механических факторов, активно задействована система гастроинтестинальных пептидов, обуславливающих и метаболические эффекты операций. Выбор операции у бариатрического пациента не имеет доказательной

1242

базы и основан исключительно на индивидуальном опыте хирурга или подходах медицинского учреждения, где выполняются эти вмешательства. Алгоритм основан на психологических и диетических предпочтениях пациента, а также на анатомических и физиологических особенностях. Поэтому на консультациях хирург должен определить значение голодового фактора, диетические предпочтения (углеводы, белки или жиры), объемную составляющую рациона, характер пищевого поведения, стрессоустойчивость, мотивационную составляющую. В сборе этой информации может помочь анамнез заболевания, в частности предыдущий опыт снижения веса, разговор с родственниками пациента. Важным аспектом, являются сопутствующая патология: грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, гастро-эзофагеально рефлюксная болезнь, желче-каменная болезнь, сахарный диабет 2 типа. Выбор операции пациентом играет минимальную роль. Показания к выполнению той или иной операции может установить только бариатрический хирург, принимая во внимание психо-физиологические особенности пациента, его комплаентность и социальный статус.

---

1704. Эффективность медикаментозного гемостаза при острых эрозивно-язвенных повреждениях слизистой желудка

Давыдкин В.И., Богдашкин П.М.

Саранск

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва

В настоящее время отмечается рост числа пациентов, поступающих в стационар в критических состояниях. В критических состояниях развивается «синдром острого повреждения слизистой желудка» (СОПЖ), который осложняется кровотечением у 25–50 % больных. Многообразие причин возникновения СОПЖ обуславливает чрезвычайные трудности для формирования единых рекомендаций в отношении консервативного, эндоскопического и хирургического гемостаза. Цель – провести оценку эффективности медикаментозного гемостаза у больных с кровотечениями из острых эрозивно-язвенных повреждений слизистой желудка. Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели проведен анализ 95 клинических наблюдений острых кровотечений при СОПЖ. Степень тяжести кровопотери определяли по А. И. Горбашко (1974). ЭГДС выполняли в течение первых 1-2 часов от госпитализации с оценкой активности кровотечения по J. Forrest. Повторное эндоскопическое исследование выполнялось при выписке после окончания консервативной терапии, срочно при возникновении рецидива, при неполном первичном эндогемостазе (высокий риск рецидива кровотечения). Результаты. Пищеводные кровотечения на фоне эрозивно-язвенного эзофагита отмечены у 25,2 % больных, желудочные (множественные острые язвы желудка, эрозии на фоне приема НПВС, лекарственные и портальные гастропатии, синдром Дъелафуа) – у 43,7 %, дуоденальные – у 21,1 % пациентов. С момента поступления назначалась инфузионно-трансфузионная терапия (ИТТ) и коррекция коагуляционных расстройств. У 82 (86,3%) из 95 больных кровотечение удалось остановить с помощью интенсивной антисекреторной, гемостатической и ИТТ с использованием эндогемостаза. Для системной гемостатической терапии у 75,8 % больных использованы этамзилат (дицинон), викасол и хлорид кальция в обычной дозировке. Транексамовая кислота по 250-500 мг 2-3 раза в сутки была использована у 34,7 %, а контрикал (по 50000 ЕД в сутки) – у 21,1 % больных. При массивных кровотечениях, наступивших на фоне двойной антитромбоцитарной терапии по поводу ОКС у 3-х больных комплекс терапии дополнялся новосеном по схеме, при тромбоцитопениях – переливанием тромбоцитарной массы. Основой же для успешной терапии кровотечений является применение инъекционных форм антисекреторных препаратов. Достижимое гипоацидное состояние (рН желудочного сока > 4) обеспечивалось ингибиторами протонной помпы (ИПП) (нексиум, рабепразол, лосек, омепразол, паннум) в дозе по 40 мг внутривенно болюсно или внутривенно капельно на 200 мл изотонического раствора в течение 2–4 суток с переходом на пероральный прием. Они использованы у 80 (84,2 %) из 95 больных. У остальных пациентов с профузным кровотечением терапия в режиме болюсного или внутривенного введения ИПП не имела смысла, им выполнены срочные хирургические вмешательства. Болюсное введение ИПП направлено на быстрое достижение эффекта и пролонгирование их действия до 24

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

часов. После остановки кровотечения при острых язвах желудка и двенадцатиперстной кишки курс эрадикационной терапии был назначен 15 (15,8 %) из 95 больных. Омепразол в дозе 80 мг/сут дополняли кларитромицином в дозе 500 мг 2 раза в сутки и амоксициллином 1000 мг 2 раза в сутки. Продолжительность терапии была 7 дней (в случае выписки рекомендовали продолжение приема в амбулаторных условиях). В целом, указанные консервативные мероприятия при эрозивно-язвенных и острых кровотечениях были эффективны у 80 (97,6 %) из 95 больных, рецидивы кровотечения отмечены у 2 (2,4 %) больных, хирургические методы остановки кровотечения использованы у 13 (13,7 %) пациентов. После хирургической остановки кровотечения ИПП назначали пациентам, которым выполнены паллиативные операции (прошивание кровоточащих язв, сосудов, трещин кардии). Через 3 дня внутривенного введения антисекреторов переходили на пероральный путь, который продолжался и в амбулаторных условиях. У 84,2 % эрадикационная терапия проводилась на амбулаторном этапе долечивания. Общая летальность составила 3,2 % (3 из 82 больных, получавших медикаментозную терапию). При FIB и FIBB на фоне проводимой комплексной терапии использованы следующие способы эндоскопического гемостаза: инфильтрационный гемостаз – у 21 (22,1 %) больных, аппликация язвы раствором капрофера – у 15 (15,8 %), аргоноплазменная коагуляция – у 8 (8,4 %). Выводы. Таким образом, одним из направлений улучшения результатов лечения кровотечений при критических состояниях является широкое применение современных схем антисекреторной терапии как с лечебной, так и профилактической целью и проведение адекватной патогенетической терапии основного заболевания. Внедрение современных эндоскопических технологий гемостаза с учетом предикторов рецидива кровотечения и использования антисекреторных препаратов позволит улучшить результаты лечения больных с СОПЖ.

---

1705. Алгоритм лечения гнойно-деструктивных заболеваний легких, осложненных эмпиемой плевры.

Матвеев В.Ю., Хасанов Р.М., Гайфуллин Р.Ф., Фахрутдинов Р.Н., Кулагина Л.Ю.

Казань

Кафедра хирургических болезней №1 КГМУ, ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ

Целью нашего исследования стал анализ результатов комбинированного лечения больных с гнойно-деструктивными заболеваниями легких, осложненных эмпиемой плевры с применением видеоторакоскопии (ВТС). В отделении торакальной хирургии Республиканской клинической больницы МЗ РТ накоплен опыт применения ВТС в лечении 218 пациентов с эмпиемой плевры в возрасте от 21 до 71 лет, средний возраст составил 45,3 лет. Преобладали больные с острой эмпиемой плевры (ОЭП) (165 (75,6%) пациентов), с хронической эмпиемой плевры (ХЭП) было 53 (24,4%) больных. У 119 (54,6%) пациентов гнойно-воспалительный процесс локализовался справа. У 128 (58,7%) из них имелись функционирующие бронхоплевральные сообщения (БПС). ВТС стремились проводить на 4-7 сутки с момента поступления больного, в среднем на 5,8±2,6 сутки. 102 (62,8%) пациентам с ОЭП ВТС применялась от 2 до 3 раз, у 8 пациентов с ХЭП – 2 раза. При продолжающейся утечке воздуха по дренажам после выполнения ВТС через 3-9 суток у 139 (63,8%) больных выполняли временную окклюзию бронхов (ВОБ), в среднем на 7,3±1,6 сутки. Длительность ВОБ составила от 8 суток до 32 суток, в среднем 15,1±6,2 суток. Всем больным из этой группы проводили наружное чрезкожное ИК-лазерное облучение грудной клетки в проекции патологического процесса и 36 (16,5%) больным – внутрисосудистое ультрафиолетовое лазерное облучение крови. Заключение. Применение ВТС при острой эмпиеме без БПС позволило добиться выздоровления у всех больных. Применение комбинированного лечения эмпиемы плевры (ВТС+ВОБ+ЛТ) с БПС позволило добиться выздоровления у 180 (82,6%) пациентов. Наилучшие результаты достигнуты в группе пациентов с острой эмпиемой плевры: выздоровление получено у 143 (86,7%) пациентов. Интраоперационной летальности не было. Вышеизложенное свидетельствует о высокой эффективности применения лечебно-диагностической видеоторакоскопии в лечении больных эмпиемой плевры, особенно при отсутствии БПС. Комбинированное использование динамической ВТС с ВОБ и лазеротерапией патогенетически оправдано при острой эмпиеме плевры с БПС; позволяет максимально в короткие сроки добиться выздоровления или подготовить больного к радикальному оперативному лечению.

1244

1706. Ближайшие результаты применения эндовидеохирургических технологий в лечении больных с колоректальным раком.

Седов В.М., Мжельский А.В., Хамид Абдо, Баландов С.Г.

Санкт-Петербург

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова.

Нами изучены ближайшие результаты хирургического лечения больных с колоректальным раком, оперированных с 2012 года. Все больные разделены на 3 группы. Первая группа включает больных, которым выполнялись лапароскопические вмешательства (n=54). Вторая группа представлена больными, перенесшими лапароскопически-ассистированные операции (n=46). Третья группа пациенты, которым выполнялись операции традиционным “открытым” способом (n=60). Во всех трех группах выполнялись следующие операции: правосторонняя гемиколэктомия, резекция поперечной ободочной кишки, левосторонняя гемиколэктомия, сигмоидэктомия, низкая передняя резекция прямой кишки с мезоректумэктомией, брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. Возраст, стадия заболевания и общее состояние больных сопоставлены во всех трех группах. Эндовидеохирургическая технология позволила не только более прецизионно выполнить этапы мобилизации различных отделов толстой кишки, но и произвести полноценную лимфодиссекцию, включающую удаление визуализированных лимфоузлов, расположенных в устье мезентериальных сосудов. При низкой передней резекции прямой кишки в ряде случаев выполнялось формирование разгрузочной трансверзостомы. Следует обратить внимание на ряд осложнений, которые отмечены при выполнении операций с использованием эндовидеохирургических технологий. В I группе больных, оперированных лапароскопически, в 3-х случаях из 54 пришлось перейти к конверсии доступа в связи с возникшими осложнениями, в 1-ом случае возникшее осложнение ликвидировано лапароскопически. В одном случае на этапе мобилизации кишки у больного с выраженным спаечным процессом произошло интраоперационное повреждение селезенки с кровотечением, потребовавшее перехода на лапаротомию и выполнения спленэктомии. Во втором случае во время операции была обнаружена нарастающая гематома в области общей подвздошной артерии справа, в связи с чем была выполнена лапаротомия, устранение гематомы, пришивание венозных коллатералей, сопровождающих общую подвздошную артерию. В третьем случае при натяжении кишки зажимом во время иммобилизации произошло прорезывание кишки в месте наложения зажима. Произведено лапароскопическое ушивание дефекта стенки кишки 2-х рядным швом, переход на лапаротомию не потребовался. Так же стоит отметить что, во всех трех случаях возникших осложнений, летальных исходов не было. В группах больных, оперированных лапароскопически, средний койко-день составил 7 дней. Больные этой группы на 1-е сутки после операции находились в общих палатах, сами себя обслуживали, не нуждались в постороннем уходе и дополнительном обезболивании. В группе больных, которым выполнялись лапароскопически-ассистированные вмешательства, средний койко-день составил 10 дней. В общую палату больные переводились из ОРИТ на 2-3 сутки после операции. В группе больных, оперированных традиционным способом, средний койко-день составил 14 дней. Время нахождения в ОРИТ составило в среднем 3 дней. Применение лапароскопических вмешательств у больных с колоректальным раком позволяет хирургу улучшить визуализацию, произвести полноценную лимфодиссекцию и улучшить качество жизни, снизить болевой синдром у больных в раннем послеоперационном периоде.

---

1707. Панкреосохраняющие резекции 12-перстной кишки при заболеваниях не ассоциированных с семейным аденоматозным полипозом

Егоров В.И.(1), Петров Р.В.(1), Старостина Н.С.(2), Уткин Д.В.(1)

Москва

1) Городская клиническая больница №5 ДЗМ, 2) Московский клинический научный центр, г.Москвы, Россия

Введение. Панкреасохраняющие резекции 12-перстной кишки (ПСР ДПК) – редкое и технически сложное вмешательство, которое может быть выполнено при дуоденальной дистрофии, а также по строгим показаниям при некоторых злокачественных опухолях 12-перстной кишки. Цель. Оценить непосредственные и отдаленные результаты ПСР ДПК. Методы. Проспективный анализ 24 последовательных наблюдений ПП (2006 – 2014) гг. для сравнения предоперационных и гистопатологических данных, а также непосредственных и отдаленных результатов операций. Все больные были обследованы с использованием трансабдоминального УЗИ, контрастной многофазной КТ или МРТ. 60% больным выполнено эндоУЗИ. Оценивались вид операции, осложнения, их тяжесть, послеоперационный койко-день, рецидив и выживаемость для злокачественных новообразований. Результаты. У 21 больных точный диагноз был поставлен до операции: 11 случаев дуоденальной дистрофии, 9 наблюдений гастроинтестинальных стромальных опухолей (ГИСО) и одно наблюдение гигантской саркомы 12-перстной кишки. В одном случае дуоденальная дистрофия была принята за опухоль головки поджелудочной железы, в двух других предполагаемая ГИСО нижнегоризонтальной ветви оказалась большой параганглиомой и метастазом рака эндометрия, прорастающим в аорту и нижнюю полую вену. Наиболее точными диагностическими методами были КТ и эндоУЗИ. Поводом для обращения были болевой синдром (12), рвота (4) и кишечные кровотечения (10). Двенадцати больным была выполнена инфрапапиллярная дуоденэктомия, в одном случае с резекцией аорты и нижней полую вены, и 12 пациентам произведена резекция вертикальной ветви ДПК или субтотальная дуоденэктомия с реплантацией общего желчного и панкреатического протоков в неодоуденум. Осложнения отмечены после 29% операций. При злокачественных образованиях. Окончательный диагноз во всех случаях был установлен после операции при иммуногистохимическом исследовании. При ГИСО в шести случаях определен средний риск метастазирования и в трех – высокий (при размерах опухоли больше 5 см). Двоим больным спустя 4 и 30 месяцев назначена терапия иматинибом в связи с прогрессированием заболевания. Обоим выполнены резекции печени (правосторонняя гемигепатэктомия и резекция 4 сегмента) в связи с неполным ответом на химиотерапию. Признаков рецидива при опухолях со средним риском метастазирования не выявлено. Пациент с гигантской саркомой ДПК умер от панкреонекроза через 3 месяца после операции. Остальные пациенты живы. Заключение. ПСР ДПК являются эффективным методом лечения как дуоденальной дистрофии, так и ряда злокачественных опухолей 12-перстной кишки

---

1708. Венозные тромбоэмболические осложнения у больных перенесших общехирургические вмешательства

Иванов В.В., Золотухин И.А., Андрияшкин А.В.

Москва

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

Традиционно общехирургические операции (операции по поводу желчекаменной болезни, грыж различных локализаций) составляют значимую долю в оперативной активности хирургического стационара. Так например, в ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова в месяц выполняется более 150 операций подобного рода. Не секрет, что порой, не смотря на весь комплекс современных мер направленных на предотвращение возникновения послеоперационных тромботических (тромбоэмболических) осложнений, последние встречаются в рутинной практике врача-хирурга. Что чаще всего заставляет врача задуматься и заподозрить тромбоз глубоких вен голени? Как правило, отёк, реже боли распирающего характера в одной из нижних конечностей. Это служит сигналом к направлению больного на ультразвуковое ангиосканирование вен



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

нижних конечностей. Однако, последнее исследование проведенное кафедрой факультетской хирургии показало, что при общем исследовании всех больных прооперированных в клинике по поводу ВБНК и проведении УЗАС на 5-7 сутки послеоперационного периода у 18,5% выявляется венозный тромбоз нижних конечностей в различных анатомических локализациях. Данные результаты позволяют судить о том, что лишь в меньшинстве случаев присутствует классическая клиническая картина венозного тромбоза, которая вынуждает больного сообщить об этом лечащему врачу. Полученные результаты на пациентов оперируемых по поводу общехирургических заболеваний можно предположить, что имеет место некоторый процент больных выписанных из стационара с бессимптомно протекающим венозным тромбозом. Учитывая отсутствие проводимой антикоагулянтной терапии, профилактики рецидива венозного тромбоза это может привести к фатальным осложнениям. Было проведено исследование данной категории больных. При этом более чем в 5% случаев выявлялись тромбозы в системе нижней полой вены. В настоящее время проводится разработка нового алгоритма профилактики и оценки степени риска ВТЭО у данной категории пациентов.

---

1709. Значение районного отделения амбулаторной хирургии в современных условиях.

Марийко В.А.

Тула

ТулГУ медицинский институт

Одной из тенденций развития хирургии в современных условиях является смещение оказания помощи со стационарного звена на амбулаторное. Необходимо констатировать развитие отдельного направления медицинской помощи - стационарзамещающих технологий. Если в 2009 году в Тульской области было 1400 круглосуточных хирургических коек, то к 2014 году их количество было сокращено до 925 (на 33,9%) и составило 7,3 койки на 10000 населения. При оптимизации хирургических коек стремились сохранить крупные межрайонные отделения с круглосуточным дежурством хирургов, анестезиологов-реаниматологов и наличием необходимой диагностической базы. Ряд хирургических отделений в районных больницах не соответствовали современным требованиям, и на их основе решено было организовать районные отделения амбулаторной хирургии. По программе Модернизации здравоохранения Тульской области в 2011-2012 годах был проведен ремонт этих отделений и их переоснащение. Перед закрытием отделений разработана "маршрутизация" для жителей данных районов, нуждающихся в стационарном лечении. Для стандартизации работы данных отделений были подготовлены методические рекомендации с перечнем операций, рекомендуемых к выполнению в амбулаторных условиях. В настоящее время в 7 районах Тульской области хирургическая помощь представлена районными отделениями амбулаторной хирургии, что составляет 30,4% от всех районов. В районах, где имеются отделения амбулаторной хирургии, проживают от 9 до 22 тыс. жителей. Расстояние до межрайонных хирургических отделений составляет 30-40 км и время доставки пациентов 30-40 минут. При каждом отделении амбулаторной хирургии имеются койки амбулаторного пребывания в количестве 5-10 коек, они входят в состав общебольничного дневного стационара. Хирургическая активность среди больных, госпитализированных на койки дневного пребывания составила в среднем в 2014 году 45,2%. После закрытия хирургических стационаров и организации отделения амбулаторной хирургии ни в одном из районов не произошло уменьшение количества выполняемых операций. В ряде районов увеличению количества выполняемых операций препятствует проблема с хирургическими кадрами. Выводы: 1. Организация районных отделений амбулаторной хирургии отвечает современным требованиям развития амбулаторной хирургии. 2. По мере накопления опыта процесс создания отделений амбулаторной хирургии будет совершенствоваться.

1710. Сравнение результатов тотальной дуоденопанкреатэктомии и других анатомических резекций поджелудочной железы при ее злокачественных опухолях

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

Москва

1)Городская клиническая больница №5 ДЗ г.Москвы,2)Московский клинический научный центр

Введение. В России результаты тотальной дуоденопанкреатэктомии (ТДПЭ) по поводу злокачественных новообразований (ПА) поджелудочной железы (ПЖ) никогда не сравнивались с результатами дистальных резекций (ДР), стандартных (СПДР) расширенных панкреатодуоденальных резекций (РПДР). Метод. Проспективный анализ и сравнение непосредственных и отдаленных результатов 232 радикальных операций по поводу злокачественных опухолей ПЖ (2008-15). Результаты. Шестнадцать дистальных резекций ПЖ, 98 стандартных ПДР, 68 расширенных ПДР и 50 тотальных дуоденопанкреатэктомий были выполнены по поводу ПАПЖ (54%), IPMN(23%), нейроэндокринного рака, тубуло-папиллярной карциномы, серозной и муцинозной цистаденокарциномы, а также метастазов рака почки в поджелудочную железу(23%). Все ТДПЭ по поводу IPMN и ПАПЖ были выполнены при сочетанном поражении головки и тела и/или хвоста ПЖ, или при ее диффузном поражении. Резекция воротной или верхней брыжеечной вен были выполнены в 32% случаев (при ТДПЭ – в 56%), среднее количество удаленных лимфоузлов было 16, 28 и 34, R0-резекция была достигнута в 60% случаев. Средняя кровопотеря составила 1225± 818 мл, 1445±1043 мл и 1150 ± 952 мл, среднее время операции- 344 ± 115 минут, 406 ± 73 и 441 ±152 минут соответственно. Послеоперационный койко-день составил 21.8±10.9, 21.9±6.9 и 30.7 ±12.6. Общее число осложнений и летальность были соответственно 60%, 4%, 54% и 4%, 37,5% and 0%. Медиана выживаемости при протоковой аденокарциноме оказалась, примерно, одинаковой для всех операций (19 мес). Не отмечено случаев смерти от гипогликемии или декомпенсации сахарного диабета. Заключение. При наличии показаний, ТДПЭ должна выполняться для радикального лечения злокачественных заболеваний ПЖ. Непосредственные и отдаленные результаты ее применения не отличаются от результатов стандартных и расширенных ПДР

---

1711. ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО СОСУДИСТОГО РУСЛА В КОНТЕКСТЕ ОПЕРАЦИИ ТРАНСЪЮГУЛЯРНОГО ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ПОРТО-СИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Хоронько Ю.В., Дмитриев А.В.

Ростов-на-Дону

Ростовский государственный медицинский университет

Актуальность. Хирургическое лечение портальной гипертензии (ПГ) цирротического генеза представляет собой сложную задачу. На современном этапе развития хирургии ПГ особая роль принадлежит эндоваскулярным технологиям, а именно, операции трансъюгулярного внутрипеченочного порто-системного шунтирования (TIPS/ТИПС). Проведение исследований по детальному изучению внутрипеченочной ангиоархитектоники в контексте шунтирующего пособия является актуальной задачей. Учет анатомических особенностей внутрипеченочного сосудистого русла пациента позволяет минимизировать риск тромбоза и стеноза шунта в отдаленном послеоперационном периоде. Цель работы: изучение особенностей хирургической анатомии внутрипеченочного сосудистого русла при ПГ цирротического генеза в контексте операции TIPS/ТИПС. Материал и методы. В основу работы положен клинический материал 156 пациентов, подвергшихся операции TIPS/ТИПС. Сосудистая система печени изучалась на основании данных ультразвукового исследования с доплерографией (УЗИ-ДГ), компьютерной

томографии (КТ) в условиях ангиографии с 3D-реконструкцией, селективной каваграфии и непрямой портографии. Результаты оценивали интраоперационно по степени снижения порто-системного градиента давления и на основании УЗИ-ДГ, выполняемого при контрольных осмотрах. Результаты. На проведенных исследованиях определены типы ветвления воротной вены (ВВ) и изучены топографо-анатомические особенности внутрипеченочных сосудов, подвергающихся шунтированию. Установлены особенности строения ветвей ВВ различных порядков в зависимости от выраженности цирротического процесса. Одним из главных диагностических этапов считаем порто-печеночную флебографию, с помощью которой определяются индивидуальные особенности строения сосудистого русла. Отметим, что используя данные компьютерной спленопортографии, еще на дооперационном этапе возможно рассчитать траекторию хода пункционной иглы для создания внутрипеченочного шунта. Использование разработанного нами устройства (Патент РФ) позволяет сформировать внутрипеченочный порто-системный канал с наилучшими гемодинамическими характеристиками в созданном шунте в зависимости от особенностей анатомии. Во всех случаях удалось добиться адекватной декомпрессии портальной системы со снижением порто-системного градиента на 50% и более. Выводы. Наибольшие изменения внутрипеченочной ангиоархитектоники при ПГ цирротического генеза наблюдаются при выраженном цирротическом процессе. Учет индивидуальных особенностей анатомического строения сосудистого русла печени во время операции позволяет снизить количество тромбозов шунта за счет создания оптимальных гемодинамических условий для кровотока. Использование разработанного устройства облегчает этап пункции паренхимы печени, значительно уплотненной вследствие цирротического процесса.

---

#### 1712. СОЧЕТАННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОЛИГИРОВАНИЯ И ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНЫХ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ, ВЫЗВАННЫХ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Хоронько Ю.В., Дмитриев А.В., Шитиков И.В.

Ростов-на-Дону

Ростовский государственный медицинский университет

Актуальность. Кровотечение из варикозно-расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка представляет собой тяжелое и нередко фатальное осложнение портальной гипертензии (ПГ). В особенности, это касается геморрагий, развившихся на фоне цирроза печени (ЦП). Улучшение результатов лечения данной тяжелой категории пациентов подавляющее большинство специалистов связывает с доскональным исполнением Национальных рекомендаций, предписывающих выполнение комплекса медикаментозных мероприятий в сочетании с эндоскопическим лигированием (ЭЛ), а также операции порто-системного шунтирования. Цель. Улучшить результаты лечения больных с варикозными пищеводно-желудочными кровотечениями путем сочетанного использования интенсивной терапии и миниинвазивных пособий – ЭЛ и трансъюгулярного внутрипеченочного порто-системного шунтирования (TIPS/ТИПС). Материал и методы: под наблюдением находились 390 пациентов с осложненными формами ПГ. В исследование включены 82 пациента с продолжающимся или состоявшимся пищеводно-желудочным варикозным кровотечением. Пациенты разделены на 2 сопоставимые группы. В I группе (46 человек) выполнено ЭЛ в моноварианте с последующим проведением консервативной терапии, основная роль которой заключалась в длительном снижении портального давления и коррекции печеночно-клеточной недостаточности. Во II группе (36 человек) – ЭЛ выполнялось в сочетании с операцией TIPS/ТИПС. 18 пациентам ЭЛ выполнялось на фоне продолжающейся геморрагии, а также при неэффективности компрессионного способа гемостаза. В послеоперационном периоде больные обеих групп подвергались контрольным осмотрам, оценивались состояние вен пищевода. Пациентам обеих групп требовалось от 1 до 3 сеансов ЭЛ для эрадикации вариксов. За одну процедуру накладывалось от 6 до 14 лигатур. У больных второй группы выполняли плановые УЗИ-ДГ для оценки функционирования внутрипеченочного шунта. Результаты. В 360-дневный период рецидив кровотечений у больных I группы отмечен в 6 случаях (23,9%), в то время как во второй – у 3 пациентов (13,8%). За период наблюдения данное осложнение выявлено у 17 пациентов I группы, и у 9 –

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

второй. 30-дневной летальности в обеих группах не отмечено. Годичная летальность в I группе составила 15,2% (7 человек), во II – 11,1% (4 пациента). Выживаемость за 3-х летний период наблюдения в группах составила 60,2% и 78,4%, соответственно. Лучшие результаты во II группе объясняем устранением главного этиологического фактора кровотечений – ПГ, что стало возможным благодаря операции TIPS/ТИПС. Данное шунтирующее пособие переносимо пациентами с декомпенсированными формами ЦП. Выполнение ЭЛ в предоперационном периоде позволяет надежно профилактировать варикозные кровотечения, позволяя выполнить адекватную подготовку пациента к шунтирующему пособию. Выводы. 1. ЭЛ – эффективный метод остановки и профилактики кровотечений при ПГ. 2. Сочетание ЭЛ и TIPS/ТИПС позволяет снизить риск рецидивных варикозных геморрагий портального генеза в раннем и отдаленном послеоперационном периоде. 3. Последовательное выполнение ЭЛ и TIPS/ТИПС должно рассматриваться как стандарт лечения варикозных кровотечений портального генеза.

---

### 1713. ОШИБКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ТЯЖЕЛЫМ ПОСТРАДАВШИМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПОЛИТРАВМЫ

Боско О.Ю., Завражнов А.А., Босак Н.В., Шевченко А.В., Блаженко А.Н., Пятаков С.Н., Полюшкин С.В., Печинский А.И., Муханов М.Л. Полюшкин С.В. (1), Печинский А.И. (2), Муханов М.Л. (1).

Краснодар2) Сочи

1) ГБУЗ НИИ «Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского» г. Краснодар2) МБУ

Проанализировано качество и выявлены дефекты, допущенные бригадами СМП при оказании медицинской помощи 18.800 пострадавшим при ДТП на территории Краснодарского края и персоналом травмацентров I уровня (ТЦ1) (НИИ-ККБ№1 и МБУЗ ГБ№4 г.Сочи) при обследовании и лечении 4500 пострадавших с изолированными травмами и 1100 пациентам с политравмой в 2014г. Общая летальность (число погибших на 100 пострадавших) на месте происшествия и в ходе оказания догоспитальной и госпитальной помощи – 13,6% (10,5% - ДЭ, 3,0% - ГЭ). Летальность на ДЭ – 77,6%: до прибытия СМП – 91%, до начала транспортировки в ЛПУ – 4,5%, в ходе транспортировки – 4,5%. Летальность в ЛПУ – 3,4%: до 7 суток – 72,5%, 7-30 суток – 27,5%. На ДЭ наиболее часто не выявляются повреждения таза 37% и позвоночника 50%. Гипердиагностика чаще бывает в отношении травм живота 82% и груди 30%. Улучшению помощи на ДЭ способствует: использование стандартов (протоколов) оказания помощи, синдромальный принцип постановки диагноза на ДЭ. Дифференцированное и обоснованное использование средств контроля гемостаза. Наиболее частые причины диагностических ошибок на ГЭ: непригодность приемного отделения, отсутствие круглосуточной многопрофильной врачебной бригады, нерациональный объем исследования, отсутствие единого руководителя лечебно – диагностическим процессом. Наиболее важны: четкая последовательность клинического осмотра пострадавшего, УЗИ диагностика по методике FAST, КТ при стабильном состоянии больного, которая показана 95-98% пострадавшим. Ошибки диагностики и лечения пострадавших с политравмой в ТЦ1 составляют 2 и 5%, в неспециализированных стационарах 27 и 30%. Это приводит к осложнениям в 17% и летальности 7% в ТЦ1, а в неспециализированных стационарах в 80% и 60%. Наиболее частыми ошибками были: длительность подготовки к экстренным операциям более 20 минут; нарушения протокола обследования; нарушение требований первого хирургического этапа DCS при выполнении хирургических вмешательств при повреждениях органов брюшной и плевральных полостей; наложение скелетного вытяжения и/или гипсовых повязок вместо аппаратов наружной фиксации.

---

1714. Эффективность иммунотерапии при хирургическом сепсисе

1250

Баранов Г.А.(1), Скалозуб О.И.(2), Кудряков О.Н.(2)

Москва

1)ГБУЗ "ГКБ №5 ДЗМ", 2) ФГБУ "ЦКБ с поликлиникой" УД Президента РФ

Лечение хирургического сепсиса требует быстрого принятия адекватных тактических решений. На последней конференции International Sepsis Forum в институте Л. Пастера в Париже (2014 г.) обсуждались основные проблемы, связанные с клинической интерпретацией критериев системной воспалительной реакции (СВР) [2]. Признано, что 90% пациентов ОРИТ с различной патологией могут иметь все признаки СВР, проявления которой зачастую являются адекватным ответом на инфекцию, направленного на компенсацию функции жизненно важных органов и систем. При этом отсутствие симптомов СВР у больного является неблагоприятным для выздоровления. Особое внимание было уделено природе СВР, распознавание которой не всегда является простой, поскольку её клинико-лабораторные признаки могут наблюдаться и при воспалении неинфекционного генеза - механической и термической травме, панкреонекрозе, реперфузионном синдроме. Констатировано, что сепсис отличается от стерильного воспаления не природой системного ответа, не структурой органических расстройств, а наличием инфекции. Поэтому, наряду со своевременной адекватной хирургической санацией гнойного очага, одним из узловых этапов в современной комплексной терапии сепсиса является своевременное выявление причинного инфекционного агента и его элиминация. В клинической группе среди больных сепсисом было 39 мужчин и 35 женщин (возраст пациентов от 17 до 92 лет). До 18 лет было 2 больных (2,7%), старше 60 лет – 42 (56,8%). Первичным очагом сепсиса являлись гнойные заболевания и инфицированные раны мягких тканей в 41 случае (55,4%), патологические процессы в брюшной полости – в 20 (27,0%), патологические процессы в лёгких – в 7 (9,5 %), гнойно-воспалительные заболевания кровеносных сосудов (тромбофлебиты, нагноение артериовенозных шунтов, сосудистых протезов) в 3 случаях (4,1%), остеомиелит – 2 (2,7%), заболевания мочеполовой системы – в 1 (1,4%). Для своевременной этиологической верификации сепсиса обязательный первый забор крови осуществлялся при наличии гипертермии 38,0°C и более путём пункции периферической вены. Для повышения точности исследования использовали посев крови 3-4-кратно в течение суток. Микрофлора из крови была выделена у 54 пациентов (73,0%), при этом монокультура выявлена у 47 больных (87,1%), ассоциации микроорганизмов – у 7 (13,0%) . У 27 (36,5%) больных хирургическим сепсисом основным возбудителем сепсиса являлся золотистый стафилококк. Грамотрицательная микрофлора (*E. coli*, *Klebsiella*, *Acinetobacter*, *Serratia*) выделена у 15 больных (20,2%), синегнойная палочка у 2 ( 2,7%) пациентов. Протейные палочки отмечены у 1 больного (1,4%) . С небольшой частотой высевался стрептококк, у 5 (6,8%) пациентов, и у 4 пациентов (5,4%) – грибы рода *Candida*. Все больные были оперированы. Проявление клинико-лабораторной картины сепсиса не зависело от локализации первичного очага. Проводилась системная антибактериальная терапия с учетом полученных микробиологических данных. Дальнейшее исследование подтвердило, что клинико-лабораторный симптомокомплекс сепсиса и развитие летального исхода, прежде всего, связаны с активацией эндогенного ответа на инфект, формирующего развитие полиорганной дисфункции, а не с прямым цитоповреждающим эффектом микро-организмов и/или их токсинов [1]. Проведено сравнение результатов лечения хирургического сепсиса в группах больных, получавших в комплексном лечении иммунокомпенсирующую терапию поликлональными иммуноглобулинами (Пентаглобин) (29 пациентов) и получавших лечение без их применения (45 пациентов). Общая летальность при сепсисе составила в изученной клинической группе 42,2%. При лечении поликлональными иммуноглобулинами в стандартной дозировке на стадии «сепсиса» удалось снизить летальность с 30,4% до 0%, а на стадии «тяжёлого сепсиса» – с 63,6% до 56,2%. Таким образом, в комплексном лечении хирургического сепсиса использование поликлональных иммуноглобулинов показано на всех стадиях септического процесса. Абсолютные показания к применению современных поликлональных иммуноглобулинов имеются при тяжёлом сепсисе. Стадия тяжёлого сепсиса может рассматриваться как основное направление для разработок оптимальных программ иммунотерапии с использованием предельных концентраций современных поликлональных иммуноглобулинов в надежде на получение более значимого клинического эффекта.

1715. Хирургическое лечение сочетанных постгастрорезекционных синдромов

Маскин С.С., Фетисов Н.И., Нагорнов А.В., Нтире А.

Волгоград

ГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России

Цель. Оценить результаты обследования и лечения пациентов с постгастрорезекционными синдромами (ПГРС). Материалы и методы. В период с 2000 по 2014 год в хирургических отделениях клиники госпитальной хирургии ВолгГМУ и гастроэнтерологическом отделении ГК БСМП №25 г. Волгограда пролечено 100 пациентов с различными ПГРС. Преобладающая патология - пептическая язва анастомоза и отводящей кишки (ПЯ) (38), эрозивный анастомозит (ЭА) (35), эрозивный гастрит культи желудка (ЭГКЖ) (22), рак культи желудка (РКЖ) (5). Характер госпитализации у 51% связан с развитием осложнений, кровотечение у 40 пациентов, перфорация ПЯ - 4, выраженный болевой синдром на фоне пенетрации ПЯ - 8. В комплекс обследования включали: ЭГДС с биопсией язв, слизистой гастроэнтероанастомоза, слизистой отводящей кишки и культи желудка, рентгенографию пищевода и культи желудка, интрагастральную компьютерную рН – метрию, УЗИ и/или КТ органов брюшной полости, исследование уровня гастринна сыворотки крови. Диагностический алгоритм реализован у 90 пациентов, 10 больных оперированы в экстренном порядке с жизнеугрожающими осложнениями: перфорация (4) и продолжающееся, либо рецидив кровотечения после эндогемостаза (6). Результаты. Реализация диагностического алгоритма позволила выделить наличие и частоту сочетанных пострезекционных синдромов в исследуемой группе пациентов, в зависимости от характера первичной резекции желудка и локализации язвы. Диагностированы сочетанные постгастрорезекционные синдромы у 52% пациентов, в виде 2 и более. До 90% сочетанные ПГРС развились после резекции желудка по поводу дуоденальной локализации язвы. Наиболее часто развитие ЭГКЖ с демпинг – синдромом (ДС) (12), ДС с ЭА(11), ЭГКЖ с рефлюкс – эзофагитом (РЭ) (9). По результатам рН – метрии, только у 39% имелась гипоацидность, у 61% пациентов имелась гиперацидность с непрерывным кислотообразованием. Уровень гастринна у всех обследованных составлял < 10. Их 90 обследованных по поводу сочетанных ПГРС в плановом порядке оперировано 37 пациентов (41%). С ПЯ, стенозом ГЭА+РЭ, СПП+РЭ, ДС+РЭ - 28. Проведено 13 ре-резекций культи желудка, иссечение язв в сочетании со стволовой ваготомией -10, торакоскопическая стволовая ваготомия без вмешательства на язве - 5. Антирефлюксные операции в сочетании с ваготомией при наличии ЭГКЖ+РЭ, недостаточности кардии+РЭ, СПП+РЭ у 6 пациентов. Реконструктивные операции на ГЭА в сочетании с ваготомией при ДС+РЭ, СПП+РЭ у 3 пациентов. Выводы: Повторные операции при сочетанных постгастрорезекционных синдромах должны предполагать ликвидацию всех патологических состояний, возникших после первичной операции или неучтенных ранее. Целесообразность хирургической коррекции определяется полноценным дооперационным обследованием, включающим оценку морфологических и функциональных изменений пищевода, культи желудка, гастроэнтероанастомоза, приводящей и отводящей тощей кишки.

---

1716. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРОМБОФЛЕБИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Кузнецов М.Р., Каралкин А.В., Несходимов Л.А., Цьока З.Ю., Смирнова Е.С.

Москва

РНИМУ им.Н.И.Пирогова

Посттромбофлебитическая болезнь (ПТФБ) достаточно часто приводит к развитию тяжелой хронической венозной недостаточности с образованием трофических расстройств, вплоть до плохо поддающихся лечению трофических язв. Хирургическое лечение выполняется в достаточно редких случаях, поскольку бывает малоэффективным. В связи с этим, постоянно разрабатываются все новые методы консервативного

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

лечения ПТФБ не только на стадии трофических расстройств (С5-С6), но и у пациентов с ХВН С1-С4 по классификации СЕАР, когда еще есть возможность предотвратить развитие трофических расстройств. Цель исследования. Оценить эффективность различных методов консервативного лечения ПТФБ. Материалы и методы исследования. В основу работы положены результаты обследования и лечения 72 больных с ПТФБ нижних конечностей без трофических расстройств (С1-С4 по классификации СЕАР). В динамике в процессе лечения оценивали по визуальной аналоговой шкале такие клинические симптомы, как, боль, тяжесть в ногах, и еще и еще и еще. Также на фоне лечения определяли динамические показатели флебосцинтиграфии, капилляроскопии, скорость тока венозной крови в подколенной вене (при реканализованной форме). Пациенты были разбиты на 3 однородные клинические группы, разливающиеся по методу лечения. В 1 клиническую группу вошли 23 больных, которым в стационаре проводились инфузии физиологического раствора по 400 мл в сутки в течение 10 дней. 2-ая группа была представлена 25 пациентами, получавшими в течение 10 суток ежедневно Реополиглюкин 400 мл. 24 больных 3-ей группы также в течение 10 суток получали внутривенно капельно по 1200 мг Актовегина. Пациенты 1 и 2 групп в стационаре, а затем на амбулаторном этапе еще в течение месяца принимали перорально венотоники (Флебодиа 600 1 x 1 раз в сутки). Больные 3 группы после окончания внутривенных инфузий Актовегина в стационаре, получали этот же препарат амбулаторно по 1200 мг в сутки в течение месяца. Результаты и их обсуждение. Было установлено, что при применении Актовегина было получено достоверное ускорение скорости токи венозной крови подколенной вене при УЗДГ, при флебосцинетграфии и положительные изменения при капилляроскопии. Результаты лечения реополигликином и физиологического раствора значительно уступали. Выводы. У пациентов с ПТФБ применение актовегина позволяет значительно увеличить скорость тока крови по глубоким венам нижних конечностей и изменить в положительную сторону клиническую симптоматику заболевания.

---

1717.Современные методы хирургического лечения фиброзно-кистозных мастопатий.

Дзидзава И.И., Баховадинова Ш.Б., Старков И.И.

Санкт-Петербург

Военно-Медицинская академия им. С.М. Кирова Кафедра госпитальной хирургии

Актуальность: Болезни молочной железы являются самыми распространенными и выявляемыми из-за своего анатомического расположения. В настоящее время принято считать, что рак молочной железы на фоне фиброзно-кистозных мастопатий встречается от 2 до 10%, что диктует необходимость ранней диагностики с последующим выбором тактики лечения. В настоящее время предпочтения отдают хирургическим методам лечения, таким как секторальная резекция, квадрантэктомия, которые выполняют в 70-80% хирургических стационаров. Хирургические вмешательства на молочных железах, не соответствующие принципам эстетической хирургии, неблагоприятно проявляются в психоэмоциональном статусе женщины: остаются выраженные косметические дефекты, деформация молочной железы и с возникновением грубых, келоидных рубцов. В том числе при проведении хирургического лечения возникновение таких послеоперационных осложнений, как кровотечение, воспаление и нагноение послеоперационной раны так же ухудшает как психоэмоциональный статус, так и трудоспособность. Частота таких осложнений достигает 30-40% в зависимости от объема выполненного лечения, а частота рецидивов от 5 до 10%. Попытки внедрения эндоскопических операций из аксиллярного доступа не увенчались успехом из-за ограниченности манипуляций в виду «неудобного» расположения образований молочной железы. Наряду с ними все большую популярность занимают малоинвазивные методики удаления фиброзно-кистозных мастопатий. Среди них: криодеструкция, пункция с последующим склерозированием кисты, высокоэнергетический фокусированный ультразвук, радиочастотная абляция. Эти методики имеют свои ограничения, например, многокамерные кисты или кисты большого объема наиболее часто рецидивируют после выполнения данных методик - от 3-10%, в зависимости от структуры образования. Наличие определенных осложнений, связанных с введением склерозанта в проток с последующей его закупоркой и возникновением лактационных маститов. Число ранних послеоперационных осложнений

1253

минимально, в основном это небольшая гематома в области прокола размерами до 0,2 см. Выводы: Использование малоинвазивных методик в лечении фиброзно-кистозных мастопатий является наиболее перспективным методом лечения и позволяет снизить травматичность и улучшить косметический результат без ущерба для качества хирургического вмешательства, а так же позволяет проводить данную процедуру в амбулаторных условиях без существенного риска возникновения послеоперационных осложнений.

---

1718. Сонографическая диапневтика жидкостных образований печени и поджелудочной железы

Голубев А.Г., Давыдкин В.И., Вилков А.В., Миллер А.А.

Саранск

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева

Одной из перспективных технологий абдоминальной хирургии является ультразвуковая диапневтика жидкостных образований брюшной полости. Цель исследования – улучшение результатов лечения больных с кистами печени и поджелудочной железы путем применения миниинвазивных вмешательств под сонографическим контролем. Материал и методы. Кисты печени и поджелудочной железы (ПЖ) диагностированы у 164 больных: у 22 больных (13,4 %) были кисты печени непаразитарной этиологии, у 136 (82,9 %) – кисты ПЖ, у 6 (3,7 %) – кисты селезенки (консервативное лечение). Ультразвуковая диапневтика включала тонкоигольную одномоментную склеротерапию кист (при размерах кист до 50 мм) или малоинвазивные вмешательства (чрескожное дренирование кист или сочетание пункции с дренированием) под местной анестезией с использованием сканеров фирмы Toshiba (Япония) и General Electric (США). Результаты. Пункции и дренирования проведены 15 (68,2 %) больным с кистами печени и 117 (86,0 %) – кистами ПЖ размером более 50 мм. У 2 (9,1 %) больных с кистами печени (с размерами кист от 37 до 50 мм) и у 12 (8,8 %) пациентов с кистами ПЖ вмешательства ограничивались одномоментной пункцией, аспирацией содержимого для цитологического исследования и склерозирующей терапией 96% раствором этанола. В остальных случаях проводилось динамическое наблюдение. На 2-й день отмечалось уменьшение размеров полости на 80 – 90 % и «сморщивание» стенок кисты. Период наружного дренирования составлял 14–20 дней. Дренажный катетер удаляли, когда объем полости достигал 5 – 20 мл. Больные с функционирующими дренажами выписывались под динамическое наблюдение. Облитерация полости кисты при использовании одномоментной склерозирующей терапии наступала через 1 - 1,5 мес. Заключение. Преимуществом вмешательств под контролем ультразвука является возможность выполнения при несформированных жидкостных образованиях на фоне острого процесса, когда радикальное хирургическое вмешательство представляет значительный риск для больного. Методика чрескожной пункции и дренирования под контролем УЗИ является не только малотравматичным, но и эффективным способом лечения кист печени и ПЖ.

---

1719. Кишечные кровотечения: сравнения с зарубежным опытом

Баранов Г.А. (1), Петрук М.Н. (2)

Москва

1) ГБУЗ "ГКБ №5 ДЗМ", 2) Семейный медицинский центр, ЗАО "ЮМС"



Проведён анализ 112 случаев эндоскопического обследования толстой кишки у 104 пациентов с клиническими признаками кишечного кровотечения, находившихся на лечении в многопрофильном стационаре (источник кровотечения располагался дистальнее связки Трейтца, что в англоязычной литературе обозначают как LGIB - lower gastrointestinal bleeding). Установлено, что основными причинами кровотечений являются воспалительные заболевания кишечника, дивертикулярная болезнь ободочной кишки, новообразования толстой кишки (доброкачественные и злокачественные), геморроидальные кровотечения. На первом месте среди причин кровотечений по частоте встречаемости были воспалительные заболевания толстой кишки (28 случаев - 26,9%), второе место заняла дивертикулярная болезнь толстой кишки (22 наблюдения - 21,2%), третье место – новообразования (21 случай - 20,2%). По данным D.E.Back et al.(2006) при средних цифрах заболеваемости 22,5 на 100 тыс. населения причины кровотечений могут заметно варьировать: в одних иностранных источниках это дивертикулез (41,6%), новообразования (9,1%) и проявления ишемического колита (8,7%), в других – дивертикулез (60%), воспалительные заболевания толстой кишки (13%) и заболевания аноректальной области (11%). Необходимо отметить, что все авторы обращают внимание на наиболее тяжелое течение кровотечений при дивертикулярной болезни. В наших наблюдениях данная патология также была представлена наиболее тяжелыми случаями течения болезни. Также следует отметить, что частота дивертикулярных кровотечений находится в прямой зависимости от возраста пациентов. Ключевым вопросом всех исследований и обсуждений является определение момента проведения эндоскопического исследования толстой кишки. В настоящее время опыт зарубежных коллег гласит следующее: после исключения аноректальных причин и при отсутствии признаков продолжающегося кровотечения возможна быстрая подготовка кишечника растворами полиэтиленгликоля (ПЭГ). Подготовка занимает около 12 часов, после этого диагностическая эффективность (DE) эндоскопии колеблется от 45 до 95%. При наличии признаков продолжающегося кровотечения, но относительно стабильной гемодинамике рекомендуется проведение ангиографии. При нестабильной гемодинамике – экстренная операция. В нашем исследовании поставлен акцент на максимально быстром проведении колоноскопии путем форсированной механической подготовки кишечника (1-2 часа от поступления), однако источник кровотечения при этом удалось точно установить только в 82% случаев. Данный результат сопоставим с группой пациентов, которым проводилась подготовка в течение нескольких (до 24) часов: диагностика источника кровотечения осуществлена в 83,4% наблюдений. В дальнейшем, при неустановленном источнике, в клинике применялась МСКТ с внутривенным контрастированием. Выбор данного метода был продиктован предполагаемыми этиологическими факторами и возможностью проведения МСКТ «сiто». Источник кровотечения после проведения МСКТ удалось установить в 97% случаев. Ангиография и видеокапсульная эндоскопия не использовались. В зарубежной литературе также рекомендуется к использованию и скintиграфия, но оценить возможности последней на практике для нас не представилось возможным. Методологически хирургическое лечение полностью соответствует общемировой практикой. Оперативное лечение проведено у 23 больных, при этом только у 2-х лечение было экстренным. У остальных кровотечение было остановлено консервативными способами, а затем выполнялись плановые (либо отсроченные) операции, что прогностически более предпочтительно. Экстренные операции потребовались пациентам с дивертикулярной болезнью ободочной кишки. В одном случае выполнена резекция сигмовидной кишки, которая потребовала ререзекции ободочной кишки до удаления всех левых отделов в связи с рецидивом кровотечения в раннем послеоперационном периоде. Вторая операция выполнена в объёме колэктомии. Обоим пациентам операция закончена выведением стомы. В дальнейшем после курса реабилитации выполнены реконструктивные операции. Выводы: в изученной группе наиболее тяжелые кровотечения наблюдались у пациентов с дивертикулярной болезнью ободочной кишки. Форсированная подготовка кишечника к колоноскопии не меняет частоту выявления источника кровотечения по сравнению со стандартной по времени. Необходимо проведение исследования по сравнению механической подготовки кишечника к срочному колоноскопии и подготовки с применением ПЭГ(например, фортранс, лавакол и аналоги). Эффективным после колоноскопии в качестве следующего этапа диагностики при отсутствии показаний к экстренному оперативному вмешательству является МСКТ с внутривенным контрастированием.

---

1720. Факторы риска развития постгастрорезекционных синдромов

Маскин С.С., Фетисов Н.И., Нагорнов А.В., Нтире А.

Волгоград

ГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России

Цель. Оценить факторы риска развития постгастрэрезекционных синдромов. Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй болезни 100 пациентов с различного рода патологией культи желудка и гастроэнтероанастомоза после резекции желудка, госпитализированных в хирургические отделения клиники госпитальной хирургии ВолгГМУ с 2000 по 2014 и гастроэнтерологическое отделение ГК БСМП №25 г. Волгограда, в период с 2009 по 2014г. Всего по гастроэнтерологическому отделению анализировано 428 историй болезни пациентов с обострением язвенной болезни желудка, 12п. кишки и БОЖ, удельный вес больных с различного рода пострезекционными синдромами составил 17,2% (74 пациента). Выборка проводилась по принципу наличия патологии культи желудка – эрозивный анастомозит (ЭА), пептическая язва анастомоза и отводящей кишки (ПЯ), рак культи желудка (РКЖ), эрозивный гастрит культи желудка (ЭГКЖ), в зависимости от характера первичной резекции, 3 пациентов перенесли по несколько повторных операций к моменту исследования. Половина пациентов (51%) госпитализированы по срочным показаниям, наиболее частым осложнением являлось желудочно – кишечное кровотечение (ЖКК) – 40 больных, 3 – с перфорацией ПЯ, 8 – в связи с выраженным болевым синдромом на фоне пенетрации язвы. Пациенты с жизнеугрожающими осложнениями, перфорация (4) и продолжающееся, либо рецидив кровотечения после эндогемостаза (6), оперированы в экстренном порядке. После стабилизации состояния пациентов проводилось обследование включающее: ЭГДС с биопсией язв, слизистой гастроэнтероанастомоза, слизистой отводящей кишки и культи желудка, рентгенографию пищевода и культи желудка, интрагастральную компьютерную рН – метрию, УЗИ и/или КТ органов брюшной полости, исследование уровня гастрина крови. Результаты. В результате проведенных мероприятий выявлены сочетанные постгастрэрезекционные синдромы (СПГРС) у 52% пациентов, в виде 2 и более. До 90% СПГРС развились после резекции желудка по поводу дуоденальной локализации язвы. При проведении внутрижелудочной рН-метрии средний показатель базального рН в культе желудка составил  $1,92 \pm 0,23$ , в области гастроэнтероанастомоза  $1,9 \pm 0,35$ . Атропиновый тест был положительным у 30% обследованных. Выделены 3 группы пострезекционных синдромов: обусловленные сущностью резекционных способов (демпинг-синдром+ПЯ, синдром приводящей петли+демпинг-синдром+ПЯ, демпинг-синдром+анастомозит - 17), не диагностированной дооперационно сопутствующей патологией (синдромы Карвера, Кастена, хроническая дуоденальная непроходимость - 18), технические погрешности первичной операции (горизонтальное расположение гастроэнтероанастомоза, широкий анастомоз, сохраненная гиперацидность – 22). Выводы. Среди постгастрэрезекционных синдромов наиболее четко очерчены синдром приводящей петли и ПЯ, в основе которых лежат погрешности в хирургической технике и отказ от более физиологичных операций. Полноценное обследование пациентов перед первичной резекцией желудка, с учетом наличия сочетанных нозологических синтопий, адекватный выбор оперативного лечения являются резервом в улучшении отдаленных результатов резекционных способов лечения ЯБ желудка и 12п. кишки.

---

1721.К истории первой отечественной монографии по лапароскопии

Оловянный В.Е.

Архангельск

Северный государственный медицинский университет

Первая отечественная монография, посвященная вопросам лапароскопии, вышла в свет в 1947 г. в Архангельском областном издательстве. Автор ее - профессор Георгий Андреевич Орлов (1910 – 1986). Эта небольшая по объему книга под названием «Перитонеоскопия», написана на основе глубокого анализа

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

трудов основоположника эндоскопического метода в гинекологии и хирургии профессора Д.О. Отта (1855 – 1929) и личного клинического опыта автора (более 100 наблюдений), Г.А. Орлов в 1942 г. вслед за А.С. Орловским (1934) и А.М. Аминовым (1937) также начал применять перитонеоскопию для диагностических целей. В его архиве мы обнаружили хорошо сохранившийся экземпляр «Оперативной гинекологии» Д.О. Отта с многочисленными пометками хозяина книги, что указывает на то, что в основу работы по изучению перитонеоскопии были положены скорее идеи основоположника метода, чем статьи коллег. Очень важным источником информации о достижениях в медицине 1930 – 1940-х гг. были контакты с английскими и американскими врачами, работавшими в годы ВОВ в представительстве союзников в Архангельске. Эти контакты подтверждают и ссылки Г.А. Орлова в своей монографии на статьи из американских и английских хирургических журналов тех лет. Благоприятным фоном для внедрения лапароскопии пионерам метода, на наш взгляд, служило владение ими навыками торакокопии и торакокаустики. Первому, кому Г.А. Орлов послал книгу, был профессор А.М. Аминев, который в это время заведовал кафедрой госпитальной хирургии в Куйбышеве. Вскоре в журнале «Вестник хирургии» появилась рецензия, в которой А.М. Аминев подробно и в целом доброжелательно разобрал работу своего архангельского коллеги, отметил ее как первую монографию по перитонеоскопии на русском языке. Основоположник лапароскопических операций в гинекологии немецкий ученый К. Semm в своем «Atlas of Gynecologic Laparoscopy and Hysteroscopy» (1976) в библиографическом списке, озаглавленном «Классические работы по лапароскопии», приводит и работу Г.А. Орлова, что является несомненным мировым признанием его заслуг. «Перитонеоскопия» Г.А. Орлова, наряду с аналогичной монографией А.М. Аминев на долгие годы были единственными источниками информации, по которым осваивало лапароскопию целое поколение отечественных хирургов в 1950-е – 1960-е годы.

---

## 1722.МИНИЖЕЛУДОЧНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ.

Самойлов В.С.

Воронеж

НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Воронеж-1 ОАО "РЖД", ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

Минижелудочное шунтирование (one-anastomosis gastric bypass, MGB) прочно заняло свою позицию в спектре современных бариатрических вмешательств, доказав эффективность и безопасность в сравнении с другими видами операций. К настоящему времени в НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Воронеж-1 ОАО «РЖД» произведено 5 операций MGB, что составляет 3,3 % от всех выполненных бариатрических операций. Все пациенты до операции имели признаки сахарного диабета 2 типа. Во всех случаях использовался лапароскопический доступ. Максимальный индекс массы тела – 56,1 кг\кв.м. Количество вводимых портов – 5 во всех случаях. Трубка «малого» желудка выкраивалась в вертикальном направлении на зонде 32 Fg., в 2 случаях линия скрепочного шва дополнительно ушивалась. Длина петли тонкой кишки между связкой Трейца и гастроэнтероанастомозом 200-250 см. Для наложения гастроэнтероанастомоза использовался линейный сшивающий аппарат с последующим ручным закрытием оставшегося дефекта. В двух случаях произведена холецистэктомия. Средний послеоперационный период составил 3,6 дня. Осложнений не наблюдалось. Максимальный период наблюдения у наших пациентов после MGB к настоящему времени 8 месяцев, при этом % EWL – 96,47%. Жалобы на наличие рефлюкса у всех пациентов отсутствуют. Таким образом, MGB является относительно простым и доступным, безопасным и эффективным способом, не уступающим другим распространенным вмешательствам при морбидном ожирении.

## 1723. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ДОЗИРОВАННОГО ТКАНЕВОГО РАСТЯЖЕНИЯ ПРИ ДЕФЕКТАХ КОЖИ И ТКАНЕЙ В ОБЛАСТИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Пятаков С.Н., Завражнов А.А., Ралко С.Н., Боско О.Ю., Бардин С.А.

Сочи.

МБУЗ "Городская больница №4" г. Сочи.

Введение. Наблюдающееся в последние годы увеличение количества больных с обширными раневыми дефектами верхних и нижних конечностей, возникающих в результате травматических повреждений и гнойных процессов, обуславливает необходимость разработки и совершенствования методов лечения этих дефектов. Клинически наиболее оправданным способом является закрытие обширных ран местными тканями, для чего применяют свободную пластику расщепленным лоскутом или спицевую дермотензию. Цель исследования - оценка клинической эффективности лечения дефектов кожи и мягких тканей верхней конечности с применением дозированной дермотензии. Материалы и методы. Работа выполнена на базе Краснодарской краевой клинической больницы № 1 им. профессора С.В. Очаповского (ККБ №1) и МБУЗ «Городская больница» №4 г. Сочи. Проанализированы результаты лечения 62 больных и пострадавших с дефектами кожи и мягких тканей верхней конечности. Пациенты были разделены на группы: - группа 1 (сравнения) – 34 больных и пострадавших, в лечении которых применяли стандартные подходы к лечению; - группа 2 (основная) – 28 пациентов, которых лечили с применением метода дозированного растяжения тканей. Возраст больных с локализацией поражения на верхних конечностях составил в основной группе 44,8±2,5 лет, в группе сравнения - 42,9±3,8 лет. Среди обследуемых обеих групп преобладали мужчины, доля которых составила 64,7 % в группе сравнения и 75,0 % в основной группе. Доли женщин в обеих группах были меньше, составив, соответственно, 35,3 и 25,0 % в группе сравнения и основной группе. Площадь дефекта кожи была примерно одинаковой в группах больных и составила 1,84±0,32 % от площади поверхности тела в группе сравнения и 1,97±0,46 % в основной группе. Лечение пациентов группы сравнения проводили с использованием традиционных методик хирургической обработки раны, перевязок с мазями на основе ПЭГ. Раны закрывали с помощью наложения вторичных швов (ранних или поздних) или с применением аутопластики свободно-расщепленным лоскутом. В лечении больных основной группы применяли оригинальное дермотензионное устройство для обширных раневых поверхностей, разработанное в нашей клинике. Дермотензию проводили поэтапно, по 3-4 раза в сутки на месте, не выполняя перевязку, путем натягиваний нитей. Применение мачт позволяло регулировать угол тензии на разных этапах закрытия раневых дефектов с контролем прилегания кожно-подкожно-фасциальных лоскутов. В ходе лечения выполняли оценку состояния тканей в зоне раневого дефекта, контроль динамики течения раневого процесса и эффективности применяемого лечения путем регулярного выполнения микробиологических исследований. Результаты. Оценка частоты наложения различных видов швов больным с дефектами кожи и мягких тканей верхних конечностей показала, что чаще всего этим пациентам были наложены поздние вторичные швы – 35,3 % больным группы сравнения и в 32,1 % случаях в основной группе (табл.2). Ранние вторичные швы были наложены, соответственно, 2 пациентам (5,9 0 %) группы сравнения и 1 больному (3,6 %) основной группы. Аутодермопластика в комбинации с другими методами была выполнена 11,8 % больным группы сравнения и 10,7 % пациентам основной группы. Сопоставление длительности лечения показало, что койко-день был значимо (р

---

## 1724. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С БОКОВЫМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Брежнев В.П., Василенко Е.Н., Бондаренко С.И., Ходырев В.Н., Кучеров В.Г

Луганск

Кафедра общей хирургии, ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Хирургическое лечение боковых послеоперационных вентральных грыж больших размеров одна из проблем абдоминальной хирургии. В основном оценка результатов лечения этой патологии производится по наличию или отсутствию рецидива. В последние годы в герниологии все чаще используется оценка качества жизни (КЖ) больных на всех этапах лечения. Это интегральный показатель физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанный на субъективном восприятии своих ощущений. Цель исследования. Изучить динамику качества жизни больных оперированных по поводу боковых послеоперационных вентральных грыж больших размеров с использованием аутодермальных трансплантатов. Материалы и методы. Нами выбран для оценки КЖ один из наиболее распространенных общих опросников изучения КЖ, каким является MOS SF – 36 (Medical Outcomes Study – Shot Form). Он отвечает требованиям многомерности, простоте заполнения и обладает необходимыми психометрическими свойствами. На вопросы опросника SF-36 пациенты отвечали письменно, выбирая наиболее подходящий ответ из списка предложенных, каждому из которых соответствовало определенное цифровое значение. Опросник заполнялся пациентами до и через 3, 6, 9, 12, 24 и 36 месяцев после операции. Основную группу составили 52 больных старше 60 лет, которые имели боковые послеоперационные вентральные грыжи после различных урологических операций. Грыжи больших отмечены у 41 пациента, а гигантских у 11. Среди грыженосителей преобладали женщины - 43. Выбор способа аутодермальной герниопластики зависел от морфофункциональных изменений тканей передней брюшной стенки. Контрольную группу составили лица такой же возрастной группы, но без патологии передней брюшной стенки. Результаты и обсуждение. Анализ параметров КЖ грыженосителей в дооперационном периоде выявил их снижение, особенно это касалось ролевого и физического компонента. Физическая боль снижала КЖ у 35%. Состояние своего здоровья пациентов 29% охарактеризовало, как плохое. При этом 23% пациента предполагали, что их здоровья в перспективе ухудшится. Большая часть больных, несмотря на высокую физическую активность и высокую социальную роль, определили свое здоровья как посредственное. Шкалы эмоциональной роли демонстрировали наличие проблем, обусловленных эмоциональным статусом у 49% пациентов. При оценке влияния психического здоровья обращала на себя внимание склонность к депрессивным состояниям у 28% больных. В послеоперационном периоде начиная с 1-го месяца у всех больных наблюдалось существенное повышение показателей физической активности, которая динамично приближалась к уровню значений в контрольной группе. Низка была и выраженность болевых ощущений, что позволяло уменьшить использования анальгетиков. Все больные отметили также повышение уровня социальной активности. Выводы. Таким образом, метод оценки КЖ позволяет: обеспечить наблюдение за больными на всех этапах лечения и оценить результат оперативного лечения.

---

## 1725. ПРИМЕНЕНИЕ ВАКУУМНЫХ ПОВЯЗОК БОЛЬНЫХ С ТОТАЛЬНЫМ НАГНОЕНИЕМ ЛАПАРОТОМНЫХ РАН ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

Голиков И.В., Славинский В.Г., Савченко Ю.П., Триандафилов К.В., Никитенко Е.М., Федюшкин В.В.

Краснодар

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-исследовательский институт - Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского», главный врач профессор, д.м.н. В.А.Порханов

Введение: В последние годы многие авторы считают использование вакуумных окклюзионных повязок «золотым» стандартом для местного лечения гнойных ран. Применение вакуумной окклюзионной повязки для лечения тотального нагноения лапаротомной раны при перитоните имеет ряд особенностей, связанных с необходимостью воздействия вакуума на мягкие ткани и на брюшину в отдельности, и предупреждения прямого воздействия вакуума на стенку кишки. Целью исследования явилось определение эффективности применения вакуумных окклюзионных повязок (ВОП) для лечения пациентов с тотальным нагноением лапаротомной раны при перитоните. Материал и методы: В период с 2010 по 2015 гг. ВОП использовались в

1259

отделении гнойной хирургии ГБУЗ «НИИ - ККБ №1» у 37 больных с тотальным нагноением лапаротомной раны при перитоните. ВОП состоял из поролоновой губки, которая укладывалась в рану. Отграничения поролон от брюшной полости добивались подшиванием к апоневрозу стерильной, плотной, перфорированной полиэтиленовой пленки. Дренажная трубка, размещалась вдоль всей раны внутри поролон. Поверх губки рана герметично закрывалась прозрачной адгезивной пленкой. Дренажная трубка присоединялась к вакуумной системе с осуществлением сбора экссудата. Смена ВОП осуществлялась через 48 часов, с одновременной программированной санацией брюшной полости. По мере купирования перитонита и гнойного процесса в мягких тканях, лапаротомная рана окончательно ушивалась. У 22 больных с ожирением и сахарным диабетом из-за медленного очищения мягких тканей, но при купировании перитонита, ушивался в лапаротомной ране только апоневроз; и продолжалось применение ВОП для лечения гнойного процесса в тканях передней брюшной стенки. Окончательно лапаротомная рана ушивалась еще после 2- 3 смен ВОП. Заключение: В ходе проведенного исследования обнаружено, что ВОП оказывает позитивное влияние как на течение раневого процесса у пациентов с нагноением лапаротомной раны, способствуя более скорой санации раны и уменьшению частоты контаминации раневой поверхности госпитальными штаммами микроорганизмов в 1,8 раза, а так же способствует санации передних отделов брюшной полости при перитоните. Таким образом применение хирургической обработки с последующим использованием ВОП можно считать основными методами лечения пациентов с тотальным нагноением лапаротомных ран. Одновременно ВОП способствует ускоренной санации брюшной полости при перитоните между программированными релапаротомиями, что способствует снижению летальности при тяжелом абдоминальном сепсисе.

---

1726. Применение миниинвазивных чрескожных методик в лечении параколических абсцессов

Золотницкая Л.С.(2), Панюшкин А.В.(2), Ветюгов Д.Е.(2), Колесников Д.Л.(1), Сафронова Е.В. (2), Власов А.В. (1), Трухалев (1), Разумовский Н.К. (1), Кукош М.В.(1)

Нижний Новгород

ГБОУ ВПО НижГМА МЗ РФ, кафедра факультетской хирургии (1), ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №7 им. Е.Л.Березова», (2)

Актуальность. Параколические абсцессы возникают чаще всего как осложнения острого аппендицита или вследствие микроперфорации опухолей толстой кишки. Методом выбора в лечении данной патологии в настоящее время является чрескожное дренирование под контролем ультразвука. Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных параколическими абсцессами путем внедрения миниинвазивных методик лечения в условиях городского хирургического стационара. Материалы и методы. Нами проведен сравнительный анализ результатов лечения двух групп пациентов с параколическими абсцессами, проходивших лечение в клинике факультетской хирургии НижГМА на базе ГБУЗ НО «ГКБ №7 им. Е.Л.Березова». В первую группу включено 24 пациента, из них 16 мужчин (75%), 8 женщин (25%), находившихся на лечении в клинике с 2003 по 2007 гг., которым производились традиционные вмешательства – лапаротомия, тампонирование или дренирование абсцесса. У 16 пациентов причинами абсцесса были деструктивные формы аппендицита, у 8 – микроперфорации опухоли. Во вторую группу вошли 39 пациентов, находившихся на лечении в клинике с 2012 по настоящее время, которым выполнялись миниинвазивные вмешательства. Из них было 25 мужчин (64 %) и 14 женщин (36 %). У 22 причинами были деструктивные формы аппендицита, у 17 – микроперфорации опухоли. Всем пациентам сразу после поступления выполнялось УЗИ брюшной полости, после которого принималось решение о дренировании абсцесса. Дренирование осуществлялось чаще по одномоментной методике с применением стилет-катетера типа Pigtail 9 Fr, реже (в случаях сложного доступа) – по двухмоментной методике по Сельдингеру под РТВ контролем. Время нахождения дренажа было от 7 до 14 дней. Параллельно выполнялась колоноскопия, при УЗИ предварительно уточнялась природа абсцесса, выполнялась фистулография. Результаты и обсуждение. Нами был проведен сравнительный анализ результатов лечения обеих групп. Миниинвазивная методика позволила сократить сроки госпитализации, исключить реанимационный койко-день, исключить летальные

1260

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

исходы, снизить частоту инфекционных осложнений, значительно улучшить качество жизни пациентов. Выводы. 1. Чрескожные миниинвазивные методики лечения параколических абсцессов являются эффективными в лечении пациентов с данной патологией. 2. Применение миниинвазивных методик позволяет снизить длительность стационарного лечения больных с параколическими абсцессами, исключить пребывание в реанимационном отделении и избежать летальности. 3. Миниинвазивные технологии в лечении больных параколическими абсцессами позволяют также выполнить радикальное вмешательство в «холодном» периоде, что существенно снижает риск осложнений.

---

#### 1727. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ ПРИ ЭТАПНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

ПЯТАКОВ С.Н., ЗАВРАЖНОВ А.А., Ралко С.В., Боско О.Ю., Лютов А.А.

Сочи

МБУЗ "Городская больница №4"

Цель исследования: клиническая оценка альгинатных и гидроколлоидных раневых покрытий у больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы. Материалы и методы: у 27 пациентов с осложненными формами синдрома диабетической стопы (флегмона, абсцесс, дактилит) применена тактика этапного лечения с использованием атравматических покрытий, произведенных по современным технологиям\*. Применение того или иного вида раневых покрытий зависит от формы синдрома диабетической стопы и фазности течения раневого процесса. Первым этапом всем больным выполнялась хирургическая обработка (n=27), направленная на купирование гнойного процесса. При ишемической или смешанной форме СДС выполнялась коррекция макрогемодинамических расстройств (открытая (n=2) и/или эндоваскулярная (n=4) реваскуляризация). Обработанная рана перевязывалась ежедневно с использованием альгинатных повязок с серебром\*\*. С момента очищения раны от некротических тканей, уменьшения явлений экссудации и отсутствия синдрома системной воспалительной реакции все пациенты выписывались на амбулаторное лечение. На амбулаторном этапе лечение раны проводилось с помощью липидо-коллоидных повязок с серебром\*\* (1 перевязка в 2 дня). После созревания грануляций проводилась этапная госпитализация с выполнением второго этапа лечения – пластикой раневого дефекта. Результаты: на фоне применения повязок раневой процесс стабилизировался в среднем за 5,1±3,2 дня. Подготовка раны к пластическому закрытию на амбулаторном этапе продолжалась 12,4±8,1 дней. Отмечено снижение развития нозокомиальной инфекции в 3 раза. Всем пациентам удалось сохранить опороспособность конечности с последующим изготовлением различных ортезов. По результатам анкетирования пациентов использование повязок характеризовалось большей комфортностью для пациентов. Выводы: применение этапной хирургической тактики с использованием альгинатных и липидо-коллоидных покрытий при синдроме диабетической стопы позволяет в 1,5 раза ускорить сроки подготовки ран к закрытию, в 4 раза сокращает время пребывания в стационаре и отмечается большей комфортностью для пациентов.

---

1728. Первый опыт проведения лапароскопических операций при лечении колоректального рака.

Ивануса С.Я., Хохлов А.В., Литвинов О.А., Онницев И.Е., Арутюнян О.А.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ

В структуре онкологических заболеваний рак толстой кишки занимает 2-3 место. Одним из наиболее динамично развивающихся направлений современной колоректальной хирургии являются эндовидеохирургические технологии. Лапароскопические способы хирургического лечения при колоректальном раке имеют хорошие ранние и отдаленные результаты, что подтверждено рядом многоцентровых исследований. Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ результатов лечения пациентов, перенесших лапароскопически-ассистированные хирургические вмешательства по поводу колоректального рака в клинике общей ВМедА. В период с 2011 по 2015 гг. выполнено 43 лапароскопически-ассистированных операций по поводу злокачественных новообразований толстой кишки различной локализации. Из них: правосторонняя гемиколэктомия – 13, левосторонняя гемиколэктомия – 2, резекция сигмовидной кишки – 12, передняя резекция прямой кишки – 16. Мужчин – 19, женщин – 24. Возраст от 40 до 80 лет. Все операции выполнены по поводу аденокарциномы различной степени дифференцировки. Пациентам выполнена стандартная лимфодиссекция с перевязкой артерии у устья с включением в удаляемый препарат апикальных лимфатических узлов. Удаление препарата осуществлялось через минилапаротомный разрез (путем отграничения контакта опухоли и передней брюшной стенки). Формирование анастомоза при правосторонней гемиколэктомии осуществлялось экстракорпорально двурядным узловым швом или линейным сшивающим аппаратом. При левосторонней гемиколэктомии, резекции сигмовидной кишки и передней резекции прямой кишки с помощью циркулярного сшивающего аппарата. Анализируя послеоперационное патоморфологическое исследование, все пациенты имели T2-4 N0-2 M0-1 стадию заболевания. Результаты и обсуждение. Средняя продолжительность операции при правосторонней гемиколэктомии составила 196 мин, левосторонней гемиколэктомии – 208 мин, резекции сигмовидной кишки – 172 мин. Интраоперационная кровопотеря при гемиколэктомиях составила 150 мл, при резекциях сигмовидной кишки – 100 мл. Конверсия доступа (n=2): у пациентки с опухолью печеночного изгиба ободочной кишки несмотря на дооперационное стадирование (КТ с контрастированием) интраоперационно выявлено прорастание в двенадцатиперстную кишку, и у пациентки с повышенным индексом массы тела (ИМТ =35 кг/м<sup>2</sup>) при выполнении передней аппаратной резекции прямой кишки. Летальность – 0, частота послеоперационных осложнений: пневмония (n=1), кровотечение из области анастомоза (n=1). Средняя продолжительность койко-дней составила 9±4 суток. У одной пациентки через год после правосторонней гемиколонэктомии диагностирован имплантационный метастаз в переднюю брюшную стенку. Выводы: Выполнение лапароскопической резекции кишки даже на начальном этапе освоения методики не сопровождается увеличением процента послеоперационных осложнений и летальности. Использование лапароскопического доступа в хирургии рака толстой кишки без ущерба онкологического радикализма, способствует улучшению послеоперационных результатов: ранняя активизация пациентов, более низкий болевой синдром, снижение длительности стационарного лечения. Необходимо совершенствование тактики выбора метода оперативного вмешательства.

---

1729.Выбор метода метаболической операции.

Курбангалеев А.И.

Казань.

Казанский государственный медицинский университет

Актуальность: До настоящего времени показания к выбору метода хирургического лечения морбидного ожирения и метаболического синдрома не стандартизированы. Цель исследования: оценить результаты первого опыта хирургического лечения морбидного ожирения и метаболического синдрома. Материалы и методы: С 2006 года наблюдается 80 пациентов. Среди них 32 мужчин и 48 женщины. Возраст от 19 до 53 лет, средний возраст составил 33 +/- 6,5 года. Средний ИМТ 44 +/- 3,8 кг/м<sup>2</sup>. ИМТ 33 – 55 кг/м<sup>2</sup> – у 68 (85 %) пациентов. ИМТ свыше 55 кг/м<sup>2</sup> - у 12(15 %) пациентов. Метаболический синдром обнаружен у 56 (70 %) больных. Сахарным диабетом страдали 24 (30 %). Выполненных операций 76: баллонирование 8,

1262



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

бандажирование (БЖ) 32, рукавная резекция (РРЖ) 28, гастростунтирование (ГШ) 8. Все операции выполнены лапароскопически. За последние 5 лет количество РРЖ увеличилось вдвое относительно других вмешательств. Потеря избытка массы тела при БЖ составил 56%, при РРЖ 59%, при ГШ 72%. Послеоперационные осложнения в виде малого желудка, слипидж синдрома возникли у 8 человек после БЖ. У 1 пациента ГШ развился ТЭЛА с летальным исходом. При РРЖ и ГШ излечение МС и СД произошло у 96% пациентов. При БЖ излечение МС наступило у 63% пациентов. Таким образом: БЖ и РЖ эффективно влияют на снижение массы тела при исходном ИМТ до 45 кг/м<sup>2</sup>, потеря избыточной массы в течении 2 лет составляет более 50 %; при ИМТ свыше 50 кг/м<sup>2</sup> показаны комбинированные операции; ГШ и РРЖ являются эффективными методами лечения МС и СД. БЖ в меньшей степени оказывает эффект при МС и СД. Эффективность операции обеспечивается индивидуальным выбором метода лечения с учетом многих факторов.

---

### 1730.ЛОКАЛЬНАЯ ТЕРМОМЕТРИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПЛОСТИ

Кузнецов М.Р., Филимонов М.И., Подачин П.В., Чубченко С.А.

Москва

РНИМУ и. Н.И.Пирогова

Существует большое количество методов оценки жизнеспособности органов брюшной полости. Однако большинство из них представляются достаточно трудоемкими и мало информативными. Цель исследования. Разработать метод оценки жизнеспособности органов брюшной полости на основе их термометрии. Материалы и методы исследования. В основу работы положены результаты обследования и лечения 128 с различными заболеваниями брюшной полости. Бесконтактную термометрию проводили при помощи инфракрасного термометра FLYUKE. Результаты и их обсуждение. Было установлено, что при плановых оперативных вмешательствах температурные изменения органов брюшной полости четко зависели от нозологии. В частности, температура тонкой кишки в норме составила около 40 гр С., в то время как толстая кишка не превышала 38 гр С. При ишемии температура кишки составила на 1,5-2 градуса меньше нормы, при некрозе – 5-6 гр. ниже нормы. Выводы. Измерение температуры органов брюшной полости позволяет оценить жизнеспособность, прогнозировать перспективность восстановительной операции.

---

1731.Особенности лечения обширных дефектов мягких тканей у раненых и пострадавших в условиях травмоцентра I уровня.

Рудь А.А., Бобровский Н.Г., Петров А.Н., Гавришук Я.В., Гребнев Д.Г.

Санкт-Петербург

Кафедра военно-полевой хирургии, Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова,

Ранения и травмы нижних конечностей в мирное время являются наиболее частой патологией, а в вооруженных конфликтах достигают 50 %. Тяжелая травма конечностей до 20 % сопровождается обширными повреждениями мягких тканей. Закрытие обширных дефектов мягких тканей в ранние сроки в сочетании с управлением раневым процессом в раннем посттравматическом периоде уменьшает крово- и

плазмпотерию, развитие эндотоксикоза и раневой инфекции и существенно улучшает результаты лечения. Целью исследования: определить особенности хирургической тактики у пострадавших и раненых с обширными дефектами мягких тканей. В клинике военно-полевой хирургии – травмоцентре 1 уровня мы проанализирован опыт лечения обширных поврежденных мягких тканей у 128 пострадавших и раненых за последние 10 лет. Определен оптимальный лечебный алгоритм. Лечение обширных ран у пострадавших с тяжелой травмой начиналось с оценки объема повреждений, устранения жизнеугрожающего последствия – наружного кровотечения наиболее быстрым и простым способом. Далее после стабилизации состояния пострадавшего на уровне скубкомпенсации, выполнения неотложных и срочных оперативных вмешательств, по отсроченным показаниям выполнялась первичная хирургическая обработка обширной раны. В случае нестабильного состояния пострадавшего, принималось решение о многоэтапной хирургической тактики. На первом этапе выполнялось только остановка кровотечения и наложение асептической повязки после туалета и промывания раны большим объемом стерильных растворов. На втором этапе проводилась интенсивная терапия с компенсацией функции жизненно-важных органов и систем. В последующем на 2 сутки выполнялась отсроченная первичная хирургическая обработка. В обязательном порядке после выполнения первичной хирургической обработки выполнялась иммобилизация сегмента конечности аппаратами внешней фиксации, даже при отсутствии повреждений костей и связочно-сумочного аппарата суставов. Как правило, использовались спице-стержевые аппараты, с «подвешиванием» сегмента конечности. При завершении первичной хирургической обработки рана не ушивалась наглухо, даже если ткани позволяли их свести. На края кожи накладывались лигатуры проведенные интрадермально и подвязывались к элементам спице-стержевого аппарата с умеренным натяжением. Цель проведения лигатур в первые 5 суток была не само дозированное растяжение тканей, а уменьшение ретракции кожного края и уменьшение раневого дефекта в условиях нарастающего травматического отека. По мере уменьшения травматического отека, очищения раны начиналось дозирование растяжение кожи и подлежащих тканей лигатурным способом. В 22 случаях для ускорения очищения раны, уменьшения посттравматического отека, накладывалась повязка с контролируемым отрицательным давлением. При этом очищение раны и уменьшение отека сокращалось на 2-3 дня. В данных случаях также применялась дозированное растяжение тканей – лигатуры проведенные с разных краев фиксировались друг к над пеной. Сроки дозированного растяжения тканей были разные: от 7-10 суток до 20-30 суток. Они зависели от размера раневого дефекта, развития или нет инфекционных осложнений, варианта и типа течения травматической болезни. При невозможности их продолжения и сохранение дефекта мягких тканей в 65 случаях окончательное закрытие дефектов выполнялись путем перемещения несвободных лоскутов или свободного аутогтрансплантата. Данный алгоритм лечения пострадавших и раненых с обширными повреждениями мягких тканей позволил управлять раневым процессом, предупредить развитие тяжелых инфекционных осложнений и улучшить результаты лечения пострадавших с данной патологией.

---

## 1732. ПЕРВАЯ УНИВЕРСАЛЬНАЯ СИСТЕМА САНИТАРНО-АВИАЦИОННОЙ ЭВАКУАЦИИ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ РОССИИ

Крюков Е.В., Фисун А.Я., Ефименко Н.А., Бельских А.Н., Котив Б.Н., Чернецов В.А., Стец В.В., Нагорнов В.В., Исаенков В.В., Измайлов П.Н., Сахаров А.И., Чуприна А.П.

Москва

Главный военный клинический госпиталь им.Н.Н.Бурденко

Современная военная доктрина Российской Федерации предъявляет к медицинской службе Вооруженных Сил требования по развитию, совершенствованию, поддержанию постоянной готовности сил и средств. Авиамедицинская эвакуация в мирное время обеспечивает доступность специализированной (в т.ч. высокотехнологичной) помощи пациентам с заболеваниями и повреждениями, а при ведении боевых действий - гарантирует реализацию военно-медицинской доктрины России. История специализированной эвакуации в Вооруженных Силах фактически берет свое начало с создания в 1983 году авиационной летающей хирургической лаборатории Ил-76МД "Скальпель" (Candid-B) и соответствующего

1264

предназначению хирургического аэромобильного отделения ГВКГ им.Н.Н.Бурденко. За период эксплуатации воздушного судна и деятельности отделения объем транспортировки раненых, больных и пострадавших исчисляется десятками тысяч. В современных экономических условиях стало очевидным, что эксплуатация по назначению санитарно-эвакуационного воздушного судна неэффективна. В этих условиях идея применения неспециализированных боевых единиц военно-транспортной авиации дополнительно оборудованных рабочими местами анестезиолога-реаниматолога стала объективной реальностью. Система авиамедицинской эвакуации в ВС России включает в себя как тактическую составляющую (Ка-226, Ми-8МТВ), так и эвакуацию на дальние расстояния с использованием медицинских модулей, компилируемых с бортовым оборудованием ИЛ-76МД. В течение 2015 года силами и средствами ГВКГ произведено 8 эвакуаций на неспециализированных самолетах ИЛ-76МД с применением модулей медицинских самолетных. Минимальное время монтажа (оснащения) модулей составило 35 минут. Максимальная дальность маршрута воздушного судна составила 13200км, максимальная высота - 10000 км. Госпиталь обеспечил одновременно 2 эвакуации пациентов в критических состояниях из различных регионов РФ, максимальное число одновременно эвакуируемых пациентов в критическом состоянии -2. Максимальная тяжесть состояния - инотропная поддержка, искусственная вентиляция легких, суточная предэвакуационная подготовка. Отработаны вопросы эксплуатации реанимационных модулей, монтируемых на вертолетах Ми-8МТВ и Ка-226. Таким образом, современная система санитарно-авиационной эвакуации в Вооруженных Силах России является уникальной, состоялась, не имеет мировых аналогов и включает в себя тактическое звено (вертолетные модули) и универсальную эвакуацию с применением неспециализированных воздушных судов Ил-76МД, оснащаемых медицинскими реанимационными модулями.

---

1733.Наш опыт имплантации кава-фильтров с целью профилактики тромбоза легочной артерии у больных и илеофemorальным тромбозом.

Ларьков Р.Н., Ващенко А.В., Сотников П.Г., Колесников Ю.Ю., Загаров С.С., Лазарев Р.А., Шилов Р.В., Вишнякова М.В.(мл)

Москва

отделение хирургии сосудов и ИБСГБУЗ МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского

Цель: Необходимость профилактики тромбоза легочной артерии (ТЭЛА) является определяющим фактором при лечении пациентов с тромбозами в системе нижней полой вены. Материалы и методы: с 2003 по 2014 годы в отделении хирургии сосудов и ИБС МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского 135 пациентам выполнена имплантация кава-фильтра, в 6 случаях имплантации кава-фильтра предшествовала эндоваскулярная катетерная тромбэктомия из нижней полой вены. В 82(63%) случаях имплантировались съёмные кава-фильтры: «ALN» (срок удаления до 500 дней), имплантирован 14(17%) пациентам; «OptEase» и «Зонтик универсальный» (сроки удаления 12-30 дней), имплантированы 68(83%) пациентам. Показанием к имплантации кава-фильтра являлось наличие илеофemorального тромбоза с флотацией верхушки тромба выше паховой складки на протяжении более 3 см. Результаты и обсуждение: В ближайшем п/о периоде летальных исходов и ТЭЛА не было. Состояние имплантированного кава-фильтра, НПВ и подвздошных вен в отдаленные сроки послеоперационного периода изучено с помощью дуплексного сканирования с цветовым картированием у 104 (77%) больных. При этом тромбоз в области НПВ и кава-фильтра был выявлен у 23 (22,1%) пациентов, проходимость кава-фильтра была сохранена у 101 (97%). Среди пациентов с имплантированными съёмными кава-фильтрами «OptEase» и «Зонтик универсальный» условия для удаления устройств в сроки до 2,5 месяцев наблюдалось в 16 случаях. 12(17,64%) пациентам удаление кава-фильтра выполнено удачно. В 2 случаях кава-фильтр «OptEase» был удален в срок до 2,5 месяцев. У 3 пациентов кава-фильтр «Зонтик универсальный» был удалён в срок до 2 месяцев. У 4(5,88%) пациентов предпринятая попытка удаления кава-фильтра оказалась безуспешной. У 8 (67%) пациентов после имплантации съёмных кава-фильтров «ALN» в сроки до 9 месяцев удалось выполнить удаление кава-фильтра. Неудач удаления устройств не было. Выводы: Имплантация кава-фильтра является эффективной

1265

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

методикой в плане профилактики ТЭЛА у пациентов с высоким риском ее развития. Учитывая появление новых видов съёмных кава-фильтров, предпочтение следует отдавать устройствам, которые могут быть удалены в сроки более 30 дней.

---

1734. Наш опыт эндоваскулярного лечения пациентов с аневризмами брюшной аорты при высоком хирургическом риске.

ЗАГАРОВ С.С., Р.Н. ЛАРЬКОВ, ВУЛЬФ В.В., СОТНИКОВ П.Г., КОЛЕСНИКОВ Ю.Ю., ЛАЗАРЕВ Р.А., ШИЛОВ Р.В.

Москва

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, Москва, Россия.

Цель: изучить непосредственные результаты эндоваскулярного лечения аневризм брюшной аорты у пациентов с высокой степенью хирургического риска. Материалы и методы: С октября 2013 по ноябрь 2014 года в отделении хирургии сосудов и ИБС ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского было выполнено 7 операций эндопротезирования брюшной аорты, 6 (86%) пациентов были мужчины. Средний возраст составил  $66,3 \pm 6,0$  лет (от 57 до 75 лет). Анатомические и морфологические особенности оценивались перед операцией с помощью ультразвукового дуплексного сканирования аорты и артерий нижних конечностей, КТ брюшной аорты с контрастным усилением и последующей мультипланарной реконструкцией. Показанием к лечению служил диаметр АБА более 5 см. Критериями отбора пациентов для эндопротезирования АБА были клинические данные, анестезиологический риск по классификации ASA (71% пациентов в III классе), анатомические параметры аневризмы. Оценка операционного риска производилась по классификации Американского Общества Анестезиологов. Контроль в послеоперационном периоде на госпитальном этапе осуществлялся при помощи УЗДС и мультиспиральной КТ с контрастным усилением. Результаты: Эндопротезирование было успешным в 6 (86%). В одном случае (14%) потребовалась экстренная конверсия и была выполнена открытая операция – резекция аневризмы брюшной аорты с аорто-подвздошно-бедренным бифуркационным протезированием. Интраоперационная и госпитальная летальность отсутствовала, все пациенты были выписаны из стационара. Среднее время операции составило  $117,5 \pm 55,7$  минут (от 85 до 230 минут), среднее количество введенного контраста составило  $316,7 \pm 40,8$  мл (от 300 до 400 мл). Среднее время нахождения в стационаре после процедуры составило  $7,2 \pm 4,1$  суток (от 3 до 14 суток). У одного (14%) пациента в раннем послеоперационном периоде был выявлен endoleak II типа. При контрольном ультразвуковом дуплексном сканировании через 2 и 6 месяцев была выявлена их самостоятельная ликвидация. Выводы: Эндоваскулярное лечение может быть эффективно использовано в лечении аневризм брюшной аорты у пациентов высокого хирургического риска. Необходимо помнить о том, что в 1-2% случаев может возникнуть необходимость в конверсии и предусмотреть возможность ее выполнения. В то же время, эндоваскулярное лечение АБА имеет ряд технических ограничений, так эта техника предъявляет определенные требования к диаметру и длине шейки аневризмы.

---

1735. Профилактика ТЭЛА при флотирующих тромбах в системе НПВ у беременных

Ларьков Р.Н., Ващенко А.В., Сотников П.Г., Колесников Ю.Ю., Вишнякова М.В.(мл.), Дерзанов А.В., Загаров С.С., Лазарев Р.А., Шилов Р.В., Вульф В.В.

Москва

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

Флотирующие тромбозы в системе НПВ у беременных является грозным, а порой и фатальным состоянием создающим угрозу для жизни матери и ребенка. Цель: Оптимизировать методы профилактики ТЭЛА при флотирующих тромбозах в системе НПВ у беременных. Материалы и методы исследования: В период с 2011 г. по 2015 г. в отделении хирургии сосудов и ИБС МОНИКИ им.М.Ф.Владимирского по поводу тромбоза в системе НПВ находились на лечении 6 пациенток. Сроки беременности составляли от 28 до 39 недель. Возраст пациенток от 24 до 36 лет. В анамнезе ТЭЛА не отмечалось. В комплекс обследования входили: Клиническое обследование, клинико-лабораторные анализы. Инструментальное обследование: ФВД (Спирометрия), ЭКГ; ЭХО КГ, Дуплексное сканирование с цветовым картированием вен нижних конечностей, подвздошных вен и нижней полой вены; Ультразвуковое исследование матки, органов малого таза, Рентгенографическое исследования органов грудной клетки и др. Консультации акушер-гинеколога, кардиолога, интервенционных кардиоангиологов и др.специалистов. У 4 пациенток при обследовании был выявлен илиофemorальный тромбоз. Оценка состояния верхнего полюса тромба вызывала трудности из-за увеличенной матки за счет беременности 34-39 недель. В одном случае в условиях внутривенной анестезии была выполнена каваграфия с попыткой имплантации кава-фильтра. Ввиду значительного сдавления нижней полой вены беременной маткой, установка кава-фильтра оказалась невозможной. Данный опыт послужил основанием для отказа от небезвредных рентгеноэндovasкулярных манипуляций у беременных. У 2 пациенток отмечались эмболоопасные тромбы в бассейне большой подкожной вены и поверхностной бедренной вены соответственно. Результаты: У 4 пациенток с илиофemorальным тромбозом в системе НПВ консилиумом врачей принимались решения об оперативном родоразрешении путём Кесарева сечения, с последующим определением состояния верхушки тромба (в условиях операционной оснащённой ангиографической установкой). С дальнейшим принятием решения о виде оперативной профилактики ТЭЛА. Во всех четырёх случаях с помощью дуплексного сканирования с цветовым картированием подвздошных вен и нижней полой вены (выполнены сразу по окончании Кесарева сечения в условиях операционной) был исключён эмболоопасный характер тромбоза. Все рождённые дети были доношены, оценка 8-9 баллов по шкале Апгар. Необходимо отметить, что в случае выявления (по данным ультразвуковых методов исследования) флотирующих тромбов, предполагалась имплантация кава-фильтра. На случай малой информативности ультразвуковых методов диагностики (из-за увеличенной матки) планировалось использование каваграфии с одномоментной имплантацией кава-фильтра при наличии показаний. У 2 пациенток отмечались эмболоопасные тромбы в бассейне большой подкожной вены и поверхностной бедренной вены были выполнены тромбэктомия из общей бедренной вены с кроссэктомией в первом случае и тромбэктомия из общей бедренной вены с лигированием поверхностной бедренной вены (с помощью рассасывающейся лигатуры) во втором случае. Осложнений оперативного лечения не отмечалось. Выводы: -Наличие у беременных провоцирующих факторов тромбоза (сдавления беременной маткой нижней полой вены и подвздошных вен, прогрессирования варикозной болезни нижних конечностей, физиологических изменений реологических свойств крови и др.) определяет необходимость проведения профилактических мероприятий по предотвращению развития тромбозов в системе НПВ (компрессионный трикотаж; ЛФК; профилактические дозы антикоагулянтной терапии, при соответствующих показаниях и т.д.). -При выборе метода профилактики ТЭЛА у беременных пациенток с флотирующим тромбозом в системе НПВ необходимо оснащение клиники современной диагностической аппаратурой, наличие высококлассного медицинского персонала, обладающего навыками работы на этом оборудовании; а также, тесное взаимодействие сосудистых хирургов, акушер-гинекологов и интервенционных кардиоангиологов. -Существующие рекомендации по лечению беременных пациенток с тромбозами в системе НПВ требуют дальнейшего дополнения и уточнений.

---

1736.НЕОТЛОЖНАЯ И ПЛАНОВАЯ ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РОССИИ - ЕСТЬ ЧЕМ ГОРДИТСЯ

Чуприна А.П., Крюков Е.В., Котив Б.Н., Чернецов В.А., Васюкевич А.Г.

1267

Москва

Главный военный клинический госпиталь им.Н.Н.Бурденко

Видеоторакоскопия (ВТС) в торакальных хирургических стационарах составляет не менее 50% всех оперативных вмешательств. Ее широкому внедрению способствуют разработка и совершенствование торакоскопических инструментов, сшивающих аппаратов, различных физических методов диссекции и коагуляции. К настоящему времени торакоскопический метод стал своеобразным «золотым стандартом» в лечении многих хирургических заболеваний внутригрудной локализации. Однако, в отличие от малоинвазивной хирургии других областей развитию торакоскопии присущ известный консерватизм. Кроме того, некоторые особенности торакоскопических внутригрудных вмешательств (необходимость использования специального оборудования, повышенные требования к функциональности операбельности больных торакального профиля, вопросы подготовки кадров) не позволили занять торакоскопическому методу достойное место в структуре хирургических вмешательств современного многопрофильного стационара. Мы представляем опыт использования торакоскопического метода в торакальных отделениях многопрофильных стационаров Министерства обороны России – клинике госпитальной хирургии ВМедА им.С.М.Кирова, Главном военном клиническом госпитале. С 2000 года в двух стационарах выполнено более 800 торакоскопий по различным показаниям. С известной долей условности в структуре хирургической деятельности торакального отделения многопрофильного стационара выделяются несколько обособленных направлений. Первое направление – дифференциальная диагностика периферических новообразований легкого, диссеминированных процессов, лимфаденопатий и их различных сочетаний. Хирургическая составляющая деятельности торакального хирурга в отношении этих пациентов отчетливо очерчена в виде одного из ставших стандартизированным оперативного вмешательства – торакоскопической биопсии средостения и легкого. Последняя может быть выполнена в варианте аппаратной резекции с применением механических сшивающих аппаратов или резекции легкого с применением ультразвука или одного из вариантов биполярной коагуляции. Для этих целей нами использован эндоскопический коагулирующий инструмент с ножом (Erbe, Valleylab). Указанное направление деятельности является безусловно диагностическим и само его существование обусловлено возникновением в многопрофильном стационаре клинических ситуаций, ведущих к необходимости дифференциальной диагностики описанных патологических процессов путем диагностической операции. За более чем 10-летнюю «историю» применения торакоскопии в нашей клинике выполнено более 300 оперативных вмешательств по указанным показаниям. Второе направление – хирургическое. В структуру деятельности торакального хирурга здесь положены задачи по хирургическому лечению первичных новообразований (опухолей и кист), локализующихся в среднем и заднем средостении, анатомические резекции легких. Разнородная по своей нозологической принадлежности группа больных, тем не менее, объединена одним общим признаком – пребывание таких пациентов в торакальном стационаре включает в себя радикальное хирургическое лечение, а само вмешательство, как правило, является окончательным методом лечения. Определенной междисциплинарностью характеризуется лечебно-диагностический процесс при новообразованиях реберно-позвоночного угла. Мы имеем опыт хирургического лечения 31 пациента с опухолями и кистами данной локализации. Оперативные вмешательства в большинстве случаев выполнены хирургической бригадой, включающей как торакального хирурга, так и нейрохирурга. Торакоскопический доступ в последние годы все чаще заменяет торакотомию в классической торакальной хирургии и в части ее разделов является основой для создания новых стандартов диагностики и лечения. Нами выполнено 23 торакоскопических анатомических резекций легких (лобэктомии) и 4 двусторонних оперативных вмешательства на легких с использованием торакоскопии. Особую группу пациентов торакальных стационаров составляют urgentные больные и пострадавшие. Непреложным можно считать тот факт, что именно на широком применении торакоскопического метода основываются современные представления о содержании лечения спонтанного пневмоторакса и повреждений груди. Мы обладаем опытом использования торакоскопического метода у 176 пациентов со спонтанным пневмотораксом и 41 пациента с повреждениями груди. Третье направление деятельности – хирургическое лечение новообразований вилочковой железы и миастении. Ставшее к настоящему времени общепризнанным удаление вилочковой железы из торакоскопического доступа реализовано нами в виде 37 торакоскопических операций, двух вмешательств из торакотомного доступа (конверсии), 4-х операций выполненных путем стернотомии. В послеоперационном периоде у одной пациентки возник остеомиелит грудины, потребовавший длительного (в том числе хирургического) лечения. Ставший предметом широкого обсуждения компромисс между травматичностью и радикальностью торакоскопической тимэктомии – лишь составная часть сложного междисциплинарного лечебного процесса с участием невролога, анестезиолога-реаниматолога, торакального хирурга, специалиста по экстракорпоральной гемокоррекции. Обобщая имеющийся опыт функционирования торакального

отделения в составе многопрофильного стационара считаем основными предпосылками для дальнейшего развития торакокопии междисциплинарные связи, техническую оснащенность лечебно-диагностического процесса, императивную необходимость трансформации имеющихся навыков в систему помощи раненым в грудь.

---

## 1737.СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

О.Э.Луцевич, Э.Н.Праздников, К.Э.Миронов

Москва

Кафедра факультетской хирургии №1 МГМСУ

Лечение желчнокаменной болезни является актуальной проблемой современной абдоминальной хирургии. Холелитиазом страдают 3,6% мужчин и 13,1% женщин (В.А. Максимов). По последним данным заболеваемость желчнокаменной болезнью возросла в 1,8 раза, причем болезнь значительно «помолодела» и поражает лиц трудоспособного возраста. В связи с этим интерес к радикальному лечению этой нозологии весьма велик в социально-экономическом плане. Лапароскопическая холецистэктомия стала «золотым стандартом» в лечении камней желчного пузыря, что позволяет выполнять хирургическое лечение в соответствии с принципами малоинвазивной хирургии. Данная методика обеспечивает пациенту практически полное отсутствие болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде, ранняя активизация и высокое качество уровня жизни в отдаленном послеоперационном периоде. Также, эта методика делает возможным выполнение сочетанных (симультанных) операций для каждого конкретного пациента. Всего, в период с 2005 по 2015 гг, в НУЗ ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД» прооперировано 444 пациентов, страдающих холелитиазом в сочетании с другой хирургической патологией из них 162 мужчин, из которых 64 в сочетании с пупочной грыжей, 56 – с односторонней паховой грыжей, 32 – с двухсторонней паховой грыжей, 5 – с хроническим аппендицитом, 3 – с доброкачественными образованиями надпочечника, 2 – с опухолью восходящего отдела толстого кишечника и 281 женщина, из которых 119 в сочетании с пупочной грыжей, 62 – с миомой матки, 53 – с опухолевыми заболеваниями яичников, 29 – с гидросальпинксом, 14 – с односторонней паховой грыжей, 2 – с доброкачественными образованиями надпочечника, 2 – с опухолью восходящего отдела толстого кишечника. Возраст пациентов составлял от 18 до 84 лет. Всем пациентам выполнялось хирургическое лечение под многокомпонентным эндотрахеальным наркозом. Выполнялась лапароскопическая холецистэктомия с обязательным дренированием подпеченочного пространства, а так же хирургическая коррекция сопутствующей патологии из того же лапароскопического доступа, за исключением пупочной грыжи, пластика которой выполнялась после извлечения троакаров. Дренаж удаляли после контрольного УЗИ подпеченочного пространства при отсутствии свободной жидкости. Средняя длительность пребывания дренажа составляла 1-2 суток. Из осложнений отмечено: гематомы троакарной раны области установки 11 мм троакара в 18 случаях; послеоперационные серомы грыжевого мешка - 9 случаев; желчеистечение в результате прорезывания клипсы на культе пузырного протока – 2 случая, острый орхоэпидидимит – 1 случай. Большинство пациентов приступили к труду на 12-14 сутки. Средний срок госпитализации составлял 5,4±1,8 койко-дня.

---

1738.Наш опыт профилактики осложнений у больных с флотирующими тромбами в системе нижней полой вены

Ларьков Р.Н., Ващенко А.В., Сотников П.Г., Колесников Ю.Ю., Загаров С.С., Лазарев Р.А., Шилов Р.В., Вишнякова М.В.(мл)

Москва

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

Актуальность: Необходимость профилактики тромбоэмболии лёгочной артерии является определяющим фактором при лечении пациентов с тромбозами в системе нижней полой вены. Материалы и методы: с 2003 по 2015 годы в отделении хирургии сосудов и ИБС МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского находились на лечении 314 пациентов с флотирующими тромбами в системе нижней полой вены (НПВ). В алгоритм обследования входило: 1) Клиническое обследование: сбор жалоб, анамнестических данных; 2) Клинический осмотр с антропометрией поражённой и здоровых конечностей; 3) Общий клинический анализ крови и мочи; 4) Биохимический анализ крови; 5) Исследование коагулограммы: определение международного нормализованного отношения (МНО), активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), протейна С, Д-димеров, антитромбина III и др.; 6) Рентгенография органов грудной клетки; 7) ЭКГ; 8) ЭХОКГ. Основным диагностическим исследованием для нас является дуплексное сканирование сосудов, позволяющее определить: 1) Локализацию и характер тромбоза. 2) Протяжённость флотирующего участка тромба. 3) Характер флотации. На основании полученных клинических и ультразвуковых данных нами разработана тактика хирургического лечения, основанная на определении локализации, распространённости и характера флотирующего тромба. Критериями эмболоопасного флотирующего тромба нами определено наличие флотирующей части тромба более 30 мм при полной флотации (отсутствие прикрепления флотирующей верхушки тромба к стенке вены хотя бы в одном месте). Выявление у пациентов эмболоопасного флотирующего тромба являлось показанием к проведению хирургического лечения (273 пациента). При флотации тромба в нижней полой вене и подвздошных венах в одном случае была выполнена пликация НПВ. У 135 пациентов выполнялась имплантация кава-фильтра, в 6 случаях имплантации кава-фильтра предшествовала эндоваскулярная катетерная тромбэктомия из НПВ. В 82(63%) случаях имплантировались съёмные кава-фильтры: «ALN» срок удаления до 500 дней, имплантирован 14(17%) пациентам; «OptEase» и «Зонтик универсальный» сроки удаления 12-30 дней, имплантированы 68(83%) пациентам. При эмболоопасном флотирующем тромбе общей бедренной вены (ОБВ), исходящем из большой подкожной вены, выполнялась тромбэктомия из ОБВ с кроссэктомией (33 пациента); Флотирующий тромб в ОБВ, исходящий из поверхностной бедренной вены являлся показанием для тромбэктомии из ОБВ с лигированием поверхностной бедренной вены в месте слияния с глубокой веной бедра рассасывающейся нитью (48 пациентов); Изолированное лигирование рассасывающейся нитью поверхностной бедренной вены выполнялось при флотирующем тромбе в поверхностной бедренной, подколенной и суральных венах (24 пациента); Кроссэктомия либо лигирование малой подкожной вены в области сафено-подколенного соустья были осуществлены при флотирующем тромбе в большой и/или малой подкожных венах (32 пациента). Консервативная терапия проводилась у 41 пациента (33 пациента с частичной флотацией тромба и 8 пациентов с длиной флотирующего тромба менее 30 мм). Результаты и обсуждение: В ближайшем п/о периоде летальных исходов и ТЭЛАне было. Образование гематомы в области п/о раны было выявлено у 9 (6,5%) больных, развитие длительной лимфореи – у 6 (4,4%) больных. Состояние имплантированного кава-фильтра, НПВ и подвздошных вен в отдалённые сроки послеоперационного периода изучено с помощью дуплексного сканирования с цветовым картированием у 104 (77%) больных. При этом тромбоз в области НПВ и кава-фильтра был выявлен у 23 (22,1%) пациентов, проходимость кава-фильтра была сохранена у 101 (97%). Среди пациентов с имплантированными съёмными кава-фильтрами «OptEase» и «Зонтик универсальный» условия для удаления устройств в сроки до 2,5 месяцев наблюдалось в 16 случаях. 12(17,64%) пациентам удаление кава-фильтра выполнено удачно. В 2 случаях устройство «OptEase» было удалено в срок до 2,5 месяцев. У 3 пациентов кава-фильтр «Зонтик универсальный» был удалён в срок до 2 месяцев. У 4(5,88%) пациентов предпринятая попытка удаления кава-фильтра оказалась безуспешной. А больным после имплантации съёмных кава-фильтров «ALN» при контрольном дуплексном сканировании НПВ и подвздошных вен (в сроки до 9 месяцев) была выявлена фиксация, организация флотирующего тромба, что позволило нам у 8 (67%) пациентов выполнить удаление съёмного кава-фильтра. Неудачных попыток удаления устройств не было. Необходимо отметить, что проводя контрольные ультразвуковые исследования глубоких вен нижних конечностей пациентам с лигированной поверхностной бедренной веной (в сроки наблюдения от 6 месяцев) нами было выявлено, что у 32(44,4%) пациентов произошла реканализация с восстановлением просвета и кровотока по поверхностной бедренной вене в месте ее перевязки рассасывающейся нитью, а у 16(22,22%) - частичное восстановление просвета вены. У 24(33,3%) больных сохранялась ее окклюзия. Рецидивирующих ТЭЛА в отдалённом



послеоперационном периоде зарегистрировано не было. Среди 41 больных получавших консервативную терапию развития ТЭЛА не отмечено. 19 пациентам из этой группы было выполнено Дуплексное сканирование с цветовым картированием НПВ, подвздошных и бедренных вен в сроки от 2 месяцев до 1,5 лет. В 7 случаях отмечалась фиксация флотирующего участка, у остальных произошла ретракция либо лизис флотирующего фрагмента. Заключение: различные виды и способы хирургических пособий при эмболоопасных флотирующих тромбах в системе нижней полой вены являются эффективным методом профилактики ТЭЛА. Учитывая появление новых видов съёмных кава-фильтров, предпочтение следует отдавать устройствам, которые могут быть удалены в сроки более 30 дней. Лигирование поверхностной бедренной вены целесообразно выполнять рассасывающейся нитью, это позволяет ожидать восстановления проходимости поверхностной бедренной вены. В случае частичной флотации и длине флотирующего участка тромба менее 30 мм целесообразно проведение консервативной терапии.

---

### 1739. ВЫСОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ ЛУЧЕВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Васильев Ю.А. (1,2), Дергунов Р.В. (1), Ревизонская А.В. (1), Пожарова Г.П. (1), Шишморев А.А. (2), Зубейко К.А. (2), Арутюнова Н.Н. (2), Ульянова В.А. (2)

Москва

1) Россия, г. Москва, ФКУЗ «Главный клинический госпиталь Министерства внутренних дел Российской Федерации» отделение РКТ ЦЛМД 2) Россия, г. Москва, ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» Минздрав

Цель исследования: оценка возможностей комплексного лучевого обследования в диагностике огнестрельных ранений органов грудной клетки. Материалы и методы исследования. Проведен анализ комплексного лучевого обследования 45 пациентов мужского пола с огнестрельными ранениями органов грудной клетки. Средний возраст составил 28 лет (от 21 до 53 лет). Все пациенты были обследованы согласно тактике этапного лечения «damage control» при поступлении на этап специализированной медицинской помощи, где осуществлялись вторая и третья фазы «damage control». Всем пациентам были выполнены лучевые исследования: РГ, УЗИ и МСКТ в режиме «whole body». Оценка расположения ранящего снаряда к сосудистым структурам выполнялась при МСКТ с болюсным контрастным усилением. Также исследования проводились на рентгеновском аппарате LUMINOS dRF (Siemens, Германия) и на мультисрезовом компьютерном томографе Aquilion-64 (Toshiba, Япония). Результаты исследования. Все ранения были распределены согласно классификации ранений грудной клетки в зависимости от расположения ранящего снаряда и повреждения анатомических структур. Преобладали пациенты с сочетанными торакоабдоминальными ранениями 47% (n=22), где ранящий снаряд и его фрагменты поражали грудную клетку и брюшную полость. Изолированные ранения органов грудной клетки встречались в 27% случаев (n=12), сочетанные ранения живота, груди, головы и конечностей – в 24% случаев (n=11). РГ использовалась только на этапе медицинской эвакуации квалифицированной медицинской помощи, при поступлении на этап специализированной медицинской помощи была выполнена МСКТ в режиме «whole body». Однако, РГ применялась для выявления инородных тел металлической плотности с оценкой их количества, размеров и локализации интраоперационно, где показала свою высокую диагностическую эффективность. МСКТ использовалась для определения степени тяжести повреждения органов грудной клетки, сосудистых и костных структур, для детализации локализации тел металлической плотности, оценки их количества и размеров. МСКТ позволила определить дальнейшую тактику ведения пациентов и имела преимущественное значение в планировании оперативных вмешательств. Данное исследование обладало высокой диагностической информативностью: чувствительность - 96%, специфичность – 98%, а в сочетании с комплексным лучевым исследованием давало возможность с высокой достоверностью выставить верный диагноз этой категории больных (диагностическая эффективность – 98%). Выводы: пациенты с огнестрельными ранениями органов грудной клетки нуждаются в комплексном лучевом исследовании, которое позволяет в полной мере оценить состояние и характер повреждения

1271

анатомических структур органов грудной клетки, определить анатомо-топографическое расположение инородных тел (пули, фрагменты различных ранящих снарядов, дренажи, тампоны), взаимоотношение их с паренхиматозными и полыми органами, с сосудистыми структурами, своевременно выявить осложнения травмы и выбрать оптимальную тактику лечения.

---

1740. Разработка интегрированной медицинской информационной системы с функцией поддержки принятия решений и регистром язвенных гастродуоденальных кровотечений

Шапкин Ю.Г., Потахин С.Н.

Саратов

ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России

Создание единого информационного пространства для реализации проекта «Электронное здравоохранение» в настоящее время идет по пути расширения обмена данными между множеством медицинских информационных систем (МИС) различного назначения. Речь идет о взаимодействии между поликлиническими и стационарными МИС для ведения документации, региональными и федеральными регистрами, базами данных для научных исследований и т.д. Сегодня это возможно только на основе договоренности между разработчиками МИС о способах и средствах обмена информацией. Взаимодействие между МИС требует унифицированного представления медицинских данных и разработки дополнительных программных средств для обеспечения горизонтальных и вертикальных связей между уже существующими МИС. Однако развитие информационных технологий неизбежно приводит к смене программного обеспечения и появлению новых возможностей для интеграции. Цель проекта разработка интегрированной информационной системы для неотложной хирургии с функцией поддержки принятия врачебных решений и регистром язвенных гастродуоденальных кровотечений. Интегрированная информационная система – это программный продукт, обеспечивающий работу нескольких разнородных систем с единым интерфейсом. Интегрированные системы управления (ИСУ) сегодня активно внедряются в различных организациях. Они направлены на удовлетворение ожиданий нескольких заинтересованных сторон организации, а так же позволяют проводить внешний аудит в рамках разных системных стандартов. То есть, в интегрированных системах разрабатывается единая документация, отвечающая разным стандартам (разным системам управления). В медицине аналогом может являться единая система представления данных для оформления первичной документации, работы с региональными и федеральными регистрами, а так же с научными базами данных. Разрабатываемая интегрированная МИС для неотложной хирургии реализована в виде веб-приложения и десктопного приложения. В основе МИС лежит база данных с возможностью администрирования признаков. База данных содержит универсальный набор признаков, для описания статуса больного при различных заболеваниях и оценки состояния по шкалам APACHE, SAPS, SOFA и MODS. Этот набор признаков представляет собой «универсальный шаблон данных», обязательный к заполнению врачами при оформлении историй болезни. Результаты прогноза течения заболевания и объективной оценки состояния с помощью оценочных шкал лежат в основе системы поддержки принятия врачебных решений. Последняя может быть представлена набором тактических алгоритмов и справочной информации и использоваться при условии получения всех требуемых данных для работы шкал. Возможность администрирования признаков позволяет расширять набор признаков и объединять их в новые шаблоны данных для решения очередных исследовательских задач (научных и административных). То есть, можно создавать регистры или научные базы данных для мультицентровых исследований не разрабатывая новый программный продукт, а расширяя с помощью команды экспертов набор признаков. В настоящее время разработан шаблон данных для язвенных гастродуоденальных кровотечений (ГДК). Он включает в себя более 160 унифицированных признаков и позволяет использовать 15 известных шкал оценки рисков при ГДК. Аналитическая часть ориентирована на проведение сравнительных мультицентровых исследований, но после доработки может использоваться как региональный или федеральный регистр язвенных ГДК. Таким образом, в настоящее время разработан унифицированный набор признаков для

работы с электронной медицинской документацией (электронной историей болезни), оценочными шкалами и исследовательской базой данных. Веб-приложение работает в тестовом режиме. Серверная часть реализована на языке программирования Python. На данном этапе использован фреймворк Django (администрирование БД, ORM). Логика клиентской части реализована на Javascript с использованием различных JS библиотек. Для создания базы данных применен СУБД PostgreSQL. Для возможности хранения произвольных признаков в формате ключ-значение используется расширение PostgreSQL Hstore.

---

1741. Патогенетические аспекты лечения вялогранулирующих ран у военнослужащих

Засорин А.А.

Екатеринбург

УГМУ

Проблема лечения вялогранулирующих ран (ВГР) является актуальной для пациентов с хирургической инфекцией мягких тканей. Основной причиной образования ВГР у военнослужащих являются травмы мягких тканей, потертости, ссадины, локализующиеся на нижних конечностях. В основе системного воспаления лежит системная альтерация которая провоцирует генерализацию базовых механизмов программы воспалительного процесса внутри очага. Лечение и реабилитация сопровождаются значительными материальными затратами и большим койко-днем. Одним из эффективных биофизических методов воздействия на воспалительный процесс в комплексе лечебных мероприятий является озонотерапия (ОТ). Цель исследования: дать комплексную оценку показателей воспалительного процесса у военнослужащих с вялогранулирующими ранами и изучить эффективность озонотерапии у данной категории пациентов. Материалы и методы: в работу включены 200 военнослужащих проходивших лечение на базе отделения хирургических инфекций с 2007 по 2013гг. Средний возраст составил 19,4±0,5 лет. Площадь раневой поверхности составляла от 10 до 15 см<sup>2</sup>. Пациенты были разделены на две сопоставимые группы. Первую основную составили 100 пациентов, которым в комплекс лечебных мероприятий включалась ОТ. Контрольную группу составили 100 пациентов, которым проводилось традиционное лечение. Мониторинг в группах осуществлялся путем изучения значений основных лабораторных показателей КР и УР на первые и пятнадцатые сутки. В качестве дополнительных показателей были изучены значения тропонина, миоглобина, D-димеров. Кроме того изучались значения показателей микроциркуляции в раневой зоне методом лазерной доплеровской флоуметрии с использованием аппарата ЛАКК-01. Были исследованы значения показателя микроциркуляции, среднеквадратичного отклонения, значение амплитуды вазомоторных колебаний кровотока, значения индекса эффективности микроциркуляции. Результаты и обсуждение: При статистической обработке значений концентраций исследуемых цитокинов и СРБ у двух групп военнослужащих выявлена большая вариабельность значений цитокинов и низкая степень статистической достоверности результатов. У пациентов обеих групп ни в одном случае не выявились критические и условно критические уровни СВР. Большинство пациентов на момент начала лечения имеют УР 1 – 76,3% в контрольной и основной группах, УР 0 имеют 17,4% пациентов основной и 13,04% контрольной группы. На 15 сутки лечения в основной группе происходит достоверное снижение пациентов на УР 1 за счет купирования воспалительного процесса и миграции их на УР 0 под влиянием ОТ. При исследовании дополнительных маркеров системного воспаления оказалось, что их изучение является ценным дополнением к стандартным методикам обследования, а диагностическая ценность их возрастает с увеличением тяжести состояния пациента. Эти критерии целесообразно применять у пациентов с УР-3 и выше, что позволит повысить эффективность лечебных мероприятий. Установлено, что под влиянием ОТ нормализация параметров микроциркуляции в раневой зоне у пациентов основной группы наступает достоверно быстрее, что является одним из факторов, способствующих сокращению сроков лечения. В основной группе они составили 25,6±1,27 дней, а в контрольной на фоне традиционного лечения 31,8±1,43 день. Межгрупповые различия между исследуемыми группами были достоверными(p

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

---