

IV Всероссийская конференция молодых ученых СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Москва, 24 - 25 января 2019 г.



ФГБУ "НМИЦ хирургии
им. А.В. Вишневского"
Минздрава России



ФГБУ "НМИЦ Радиологии
Минздрава России



Российское
Общество Хирургов

СОДЕРЖАНИЕ

Глава 1	Сердечно-сосудистая и эндоваскулярная хирургия	2
Глава 2	Хирургия	30
Глава 3	Онкология	101
Глава 4	Травматология, хирургия ран и раневых инфекций	144

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ И ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ

Алекян Б.Г., Карапетян Н.Г., Варава А.Б., Кравченко В.В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДИК В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ И ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Лечение пациентов с сочетанным поражением артерий коронарного и каротидного бассейнов представляет собой реальную клиническую проблему. В большинстве случаев принятие решений по показаниям и очередности реваскуляризации определяется на основании опыта каждого отдельно взятого центра или хирурга. Несмотря на последние рекомендации Европейского общества кардиологов по ведению пациентов с заболеваниями периферических артерий и реваскуляризации миокарда, до сих пор остается открытым вопрос выбора стратегии лечения больных с комбинированным поражением коронарных и внутренних сонных артерий.

Материал и методы. За период с января 2017 по ноябрь 2018 в НМИЦ им. А. В. Вишневского пролечено 114 пациентов с сочетанным поражением артерий коронарного и каротидного бассейнов. Пациенты были разделены на следующие группы: 1 группа пациенты которым выполнялось этапное стентирование коронарных и внутренних сонных артерий (ВСА) 26 (25%), 2 группа этапное стентирование коронарных артерий (КА) и каротидная эндартеректомия (КЭАЭ) 67 (55,3%), 3 группа этапное стентирование ВСА и аортокоронарное шунтирование (АКШ) 4 (3,6%), 4 группа одномоментное АКШ и КЭАЭ 17 (15,2%). В группе пациентов с эндоваскулярным лечением коронарных и внутренних сонных артерий пациенты были в возрасте от 56 до 81 года. Из них 19 (73,1%) мужчин и 7 (26,9%) женщин. Среди пациентов у 7 (26,9%) было симптомное поражение ВСА, а у 19 (73,1%) асимптомное. Стеноз правой внутренней сонной артерии (ВСА) диагностирован у 13 (50%) пациентов, левой ВСА у 13(50%) пациентов, двустороннее поражение ВСА выявлено у 11(42,3%), одностороннее у 15 (57,7%) пациентов. Стенокардия напряжения 23 ФК была у 13(50%), безболевая ишемия миокарда – у 13 (50%) пациентов. У 13 (50%) пациентов выявлено многососудистое поражение коронарных артерий, однососудистое

поражение имело место у 10 (38,5%) пациентов. У 7 пациентов в анамнезе ранее выполнялись вмешательства на внутренних сонных артериях, у 2 из них выявлен рестеноз зоны каротидной эндартеректомии. Процент стеноза ВСА по шкале NASCET варьировал от 70 до 90%. Поражение периферических артерий (артерий н/к, почечных и подключичных артерий) имело место у 15 (57,6%) пациентов. При чрескожных коронарных вмешательствах во всех случаях использовался трансрадиальный доступ. При стентировании ВСА доступ осуществлялся через общую бедренную артерию, в 1 случае в виду особенностей анатомии дуги аорты процедура была выполнена через правый лучевой доступ. Во всех случаях стентирования ВСА использовалась защита от дистальной эмболии.

Результаты. Технический успех коронарного и каротидного стентирования был достигнут у всех 100% больных. В период госпитализации у 1(3,8%) пациента после стентирования ВСА бедренным доступом возникла окклюзирующая диссекция наружной подвздошной артерии справа, потребовавшая выполнения баллонной ангиопластики. В результате у 26 пациентов на госпитальном этапе какихлибо неврологических осложнений и больших кардиальных событий не было зарегистрировано. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии для наблюдения по месту жительства.

Выводы. Эндovasкулярное лечение пациентов с атеросклеротическим поражением коронарных и сонных артерий является безопасным и эффективным, не сопровождающимся большими кардиальными событиями.

Алекян Б.Г., Пурсанов М.Г., Петросян К.В., Подзолков В.П., Григорьян А.М., Дадабаев Г.М., Новак А.Я.

РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ КОАРКТАЦИИ И РЕКОАРКТАЦИИ АОРТЫ

ФГБНУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева», Москва

Актуальность. В настоящее время стентирование коарктации аорты является альтернативой открытым хирургическим вмешательствам у определенной группы пациентов. Цель данного исследования оценить эффективность стентирования коарктации и рекоарктации аорты на основании изучения непосредственных и отдаленных результатов.

Материал и методы. За 10 лет в Институте кардиохирургии НЦССХ им. А.Н. Бакулева пациенты у детей старшей возрастной группы, подростков и взрослых (с массой тела более 15 кг) с коарктацией (КоАо) и рекоарктацией (реКоАо) аорты выполнено 67 стентирований аорты. Стентирование выполнено 43 (64,18%) больным с КоАо и 24 (35,82%) с реКоАо. Количество лиц мужского пола составило 48 (71,70%) человек, средний возраст $15,88 \pm 9,83$ лет, а средняя масса тела $51,19 \pm 25,70$ кг. САД на верхних конечностях составило 139 ± 21 мм рт. ст., а градиент систолического давления 48.7 ± 17.4 мм рт. ст.

Результаты. Летальных исходов во время вмешательств и на госпитальном этапе не было. Осложнения наблюдались у 10,5% больных: у 4,5% пациентов интраоперационно зафиксирована миграция стента, что потребовало имплантации дополнительного стента; повреждение стенки аорты у 1,5% пациентов и у 4,5 % пациентов произошел тромбоз бедренной артерии. Систолическое артериальное давление после вмешательства составило в среднем 121 ± 22 мм рт. ст., а градиент систолического давления $5,2 \pm 5,9$ мм рт. ст. Количество незапланированных повторных вмешательств, связанных с осложнениями на госпитальном этапе, составило 3 (4,5%). Длительность госпитализации больных была 5,0 дней. У всех пациентов в отдаленном периоде отмечалось улучшение общего состояния, повышение толерантности к физической нагрузке, большинство (81,8%) прекратили прием гипотензивных препаратов. В 5 случаях в связи с переломом стента выполнены повторные вмешательства. В 8 случаях в связи с соматическим ростом ребенка в среднем через $4,21 \pm 1,23$ года выполнена ТЛБАП ранее имплантированного стента со снижением ГСД в среднем с $28,5 \pm 12,3$ мм рт. ст. до $4,3 \pm 1,1$ мм рт. ст.

Выводы. Стентирование коарктации и рекоарктации аорты приводит к снижению градиента систолического давления на сужении, нормализации артериального давления, сопровождается минимальным количеством осложнений. Хорошие непосредственные и отдаленные результаты стентирования при коарктационном синдроме позволяют рекомендовать метод для более широкого использования у детей старшего возраста, подростков и взрослых в качестве альтернативы открытым хирургическим вмешательствам.

Басирова Н.М., Харазов А.Ф., Кульбак В.А.

ТЕХНИКА И БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСТРААНАТОМИЧЕСКОГО БЕДРЕННОПЕРЕДНЕБЕРЦОВОГО ШУНТИРОВАНИЯ

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии
имени А.В. Вишневского» Минздрава России, г. Москва

Цель. Оценить результаты применения экстраанатомического шунтирования при единственной передней большеберцовой артерии у пациентов с критической ишемией нижних конечностей.

Материалы и методы. В отделении хирургии сосудов Института хирургии им. А.В. Вишневского за период с 2013 по 2017 год, было выполнено 25 экстраанатомических артериальных реконструкций пациентам с атеросклерозом артерий нижних конечностей. У всех больных ишемия нижних конечностей достигла 3-4 стадии. Баллы состояния путей оттока составляли от 4 до 9 (Rutherford и соавт., 1997 г.). У 20 пациентов (80%) ранее уже были инфраингвинальные реконструкции. Во всех случаях дистальный анастомоз формировался с передней большеберцовой артерией. Доступ к ней выполнялся в верхней трети голени, шунт проводился по передне-латеральной поверхности бедра с обходом коленного сустава по наружной стороне, после предварительного формирования туннеля в подкожной жировой клетчатке. Во всех случаях отсутствовала пригодная вена, проводилось комбинированное шунтирование с применением синтетического армированного протеза и аутовенозной надставки (32%) или с использованием техники «туфелька св. Марии» (68%). У 3 пациентов экстраанатомическое шунтирование сочеталось с разгрузочной веной.

Результаты. Первичная проходимость после шунтирования с использованием аутовенозной надставки составила 50%, при комбинированном шунтировании с применением техники «туфелька св.Марии» - 76,5%. Пациентам с развитием тромбоза шунта в раннем послеоперационном периоде, была выполнена тромбэктомия. Ампутиаций конечностей, летальных исходов в период нахождения в стационаре не наблюдалось. Таким образом, у всех больных после реваскуляризации конечности симптомы критической ишемии были купированы, первичная проходимость составила 71,4%, вторичная проходимость — 100%, частота сохранения конечности на момент выписки - 100%.

Заключение. У больных с повторными вмешательствами на дистальном отделе подколенной артерии или артериях голени из-за выраженного рубцового процесса

целесообразно проведение экстраанатомического шунтирования по переднемедиальной поверхности бедра. Эти операции целесообразны также при наличии инфекции в зоне дистального анастомоза бедренно-подколенного или бедренно-заднеберцового шунта. Применение техники «туфельки Святой Марии» по сравнению с использованием аутовенозной надставки, при отсутствии пригодной вены, позволяет улучшить ближайшие результаты реваскуляризации при критической ишемии нижних конечностей.

Батёха В. И., Симашко А. А.

**ОПУХОЛИ СЕРДЦА. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В
КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ №1 ГБУЗ ИРКУТСКАЯ
ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА**

ГБУЗ "Иркутская ордена «Знак Почета» областная клиническая больница"

Актуальность. Новообразования сердца, как хирургическая патология, на этапе современной медицины все также остаются малоизученной проблемой современной медицины как в Российской Федерации, так и в странах с достаточно развитым здравоохранением за рубежом. Частота встречаемости варьирует от 0,001 до 0,2% у кардиохирургических больных. Сложности представляют хирургическое лечение, своевременная диагностика, ведение послеоперационного периода у кардиохирургического больного. Большинство опухолей доброкачественны по морфологии, но злокачественные по течению.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 45 историй болезни пациентов с установленным морфологически диагнозом новообразований сердца различной локализации в период с 2008 по 2018 гг. Пациенты проходили лечение в кардиохирургическом отделении №1 ИОКБ. У всех пациентов был осуществлен сбор жалоб, анамнеза, проведено физикальное обследование, выполнена электрокардиограмма, эхокардиография в М и Врежимах. Для подтверждения диагноза и определения объема хирургической коррекции выполнена мультиспиральная компьютерная томография и чреспищеводная эхокардиография. Пациентам старше 45 лет была выполнена ангиография коронарных артерий для оценки степени атеросклеротического поражения. Операционный материал был исследован гистологически.

Результаты. Ретроспективный анализ позволил определить качественную и количественную оценку пациентов с новообразованиями сердца. Женщины составляли 37 (82%), мужчины 8 (18%). Медиана по возрасту составила 54 г, причём минимальный был 19 лет, самый возрастной пациент был 77 лет. По данным эхокардиографии локализация новообразований имела следующие данные: в левом предсердии опухоль диагностирована в 36 (79,2%) случаях, в правом предсердии 5 (11%), в левом желудочке 2 (4,4%), локализация опухоли правом желудочке имела место в 2 (4,4%) наблюдениях. Проведение предоперационной коронарной ангиографии позволила выявить у 2 пациентов поражение венечных артерий. Этим пациентам одномоментно выполнено аортокоронарное аутовенозное шунтирование вторым этапом оперативного лечения после удаления новообразования. Так же на хирургическую тактику повлияло вовлечение в патологический процесс аортального клапана – в 1 одном случае, митрального клапана – в 2 случаях, что потребовало выполнение протезирования клапанов. Хирургический доступ представлен срединной стернотомией, искусственное кровообращение проводилось по схеме аортаполюе вены. Доступ к полостям сердца в 34 случаях произведен через правое предсердие, в 10 случаях через левой предсердие, в 1 случае трансортальный доступ. В раннем послеоперационном периоде у 6 (13,2%) пациентов диагностированы осложнения. Структура представлена следующим образом: 5 случаев нарушений ритма потребовалось медикаментозная коррекция с положительной динамикой, 1 случай ишемического инсульта по типу кардиогенной эмболии потребовалось специализированное лечение неврологического дефицита. Летальность составила 4,4% (2 пациента). Смерть наступила в следствии прогрессирования сердечной недостаточности в раннем послеоперационном периоде. Сердечная недостаточность до операции носила декомпенсированный характер. При гистологическом исследовании акцент ставился не только на изучение операционного материала – микроскопическое подтверждение характера опухоли, но и на радикальность проведенной операции – границы резекции. Микроскопически миксомы были верифицированы в 39 случаях, папиллярная фиброэластома в 2 случаях, саркома в 1 случае, тимомы в 1 случае, метастаз плоскоклеточного рака в 1 случае, лейомиома в 1 случае.

Выводы. Хирургическое вмешательство при диагностированных новообразованиях сердца является единственным методом. Операция выполняется в условиях искусственного кровообращения. Расширение объема оперативного вмешательства для коррекции сопутствующих заболеваний сердца, связанных с поражением коронарных

артерий и клапанов сердца, не влияет на течение послеоперационного периода. Выбор доступа к полостям сердца определяется до операции, исходя из данных эхокардиографии. Возраст, пол не влияют на исход оперативного лечения. Степень запущенности хронической сердечной недостаточности имеет важное значение при прогнозе послеоперационного периода и риска летального исхода. Доказана эффективность медикаментозного лечения нарушений ритма, как основного осложнения при вмешательстве на открытом сердце. При своевременной диагностике выживаемость приближается к 100% при доброкачественном характере опухоли.

Загорулько А. А., Блейдель Ю. А., Хохлова К. Д., Артемова А. С., Иванов М.А.
**ВЫБОР ТАКТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ ПРИ СОЧЕТАННОМ ПОРАЖЕНИИ
КОРОНАРНОГО И КАРОТИДНОГО РУСЛА АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО
ГЕНЕЗА**

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

Актуальность. Сочетанный гемодинамически значимый стеноз коронарного, каротидного русла и артерий нижних конечностей встречается с частотой от 22 до 57%. Сочетание поражения коронарных и сонных артерий, сопровождающееся высоким риском развития как инфаркта миокарда, так и ишемического инсульта. У пациентов с коронарной артериальной болезнью (CAD), которым планируется аортокоронарное шунтирование (АКШ), профилактическая каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ) предупреждает половину периоперационных инсультов (Метаанализ Poredas P. 2009) Одномоментное вмешательство по поводу CAD и каротидной болезни остается опасным.

Материал и методы. Осуществлено наблюдение за 107 пациентами, которых разделили на 3 группы: в первую группу вошел 61 пациент, которому проводилась каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ), во вторую группу вошли 28 пациентов, которым осуществлялось аортокоронарное шунтирование (АКШ), третью группу составили 18 человек, которым выполнялась реваскуляризация обоих бассейнов в течение одной госпитализации (КЭАЭ и АКШ). Каротидная эндартерэктомия во всех случаях выполнялась в эверсионном варианте. Большая часть больных оперирована по методике off pump. До оперативного вмешательства осуществлялось ультразвуковое

дуплексное сканирование экстракраниальных артерий, КТангиография сонных артерий: оценивались комплекс интимамедиа, характеристики атеросклеротической бляшки, линейная скорость кровотока. Всем пациентам выполнена коронарография. Учитывалось количество осложнений в раннем послеоперационном периоде (первые 30 суток после оперативного вмешательства). Статистическая обработка проводилась с применением программы «Statistica10.0» (Stat. Soft). Различия между группами считаются достоверными при p .

Результаты. Среди пациентов трех клинических групп не выявлено различий по степени стеноза коронарных и сонных артерий. Независимо от отсутствия различий в степени поражения каротидных и коронарных артерий, у пациентов первой группы наблюдалась более яркая картина цереброваскулярной болезни, во второй группе были выраженные проявления коронарной артериальной болезни, в третьей – сочетание цереброваскулярной и коронарной недостаточности. Сочетанная реваскуляризация коронарных и каротидных артериальных бассейнов сопровождалась более стабильной гемодинамикой в периоперационном периоде (p).

Выводы. Сочетанные варианты реваскуляризации артерий каротидного и коронарного бассейна характеризуются меньшей продолжительностью каждого этапа, низкой вероятностью гемодинамической нестабильности, что позволяет снизить риск опасных исходов и осложнений в раннем послеоперационном периоде.

Исаев Д.Н.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ульяновский государственный университет

Введение. В современное время хирургу недостаточно хорошо и грамотно выполнить оперативное вмешательство, огромное значение имеет восстановление и реабилитация в послеоперационном периоде. Распространенность варикозной болезни нижних конечностей — заболевания, характеризующимся первичной варикозной трансформацией поверхностных вен высока. По данным ВОЗ варикозную болезнь нижних конечностей можно выявить у 40% женщин и 32% мужчин из числа жителей развитых стран. В России различными формами варикозной болезни страдает от 30 до 35 млн. человек, среди них 15% страдает декомпенсированными формами заболевания

с трофическими нарушениями и рецидивирующими язвами. На фоне многочисленных методик и вариантов лечения варикозной болезни нижних конечностей, несомненно, необходимо проводить оценку качества жизни в раннем и отдаленном послеоперационном периоде. По определению А.А. Новика, качество жизни — это «интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии» Анализ качества жизни дает возможность получить комплексную информацию о состоянии больного на фоне терапии и в отдаленном периоде после проведения лечения.

Цель. Выявить зависимость изменения качества жизни больных варикозной болезнью нижних конечностей до и после оперативного лечения с использованием CIVIQ2 опросника. Определить влияние эластической компрессии и наследственного фактора на изменение качества жизни.

Материал и методы. 42 пациента с варикозной болезнью нижних конечностей C2ErAs,pPr,o проходивших лечение в Областной клинической больнице №1 г. Ульяновска. Из них 26 женщин, 16 мужчин. Всем больным была выполнена комбинированная венэктомия нижних конечностей в 2018 году. Использовался специфический опросник для пациентов с венозными заболеваниями Chronic Venous Insufficiency Questionnaire (CIVIQ2) до и после проведенного лечения.

Результаты. Опросник CIVIQ2 состоит из 20 вопросов, каждый вопрос оценивался максимально 5 баллов. Где 100 баллов максимально сниженное качество жизни, а 20 максимальное здоровье. Основные параметры, представленные в опроснике: болевой фактор 1 вопрос, физический фактор – 6 вопросов, психологический фактор 8 вопросов, социальный фактор – 5 вопросов. Первая группа пациентов 15 человек (6 женщин, 9 мужчин) была проведена комбинированная венэктомия, в отдаленном послеоперационном периоде компрессия нижних конечностей эластическим трикотажем не проводилась. Наследственность по варикозной болезни имела у 12 пациентов (80%). Вторая группа пациентов 27 человек (23 женщины, 4 мужчины), использовавшие после операции эластический трикотаж на протяжении 2 и более месяцев. Наследственность по варикозной болезни имела место у 22 пациентов (81,5%). В первой группе до оперативного вмешательства у пациентов средний балл качества жизни составил 67, после операции через 2 месяца составил 35. Во второй группе средний балл у пациентов до операции составил 68, после оперативного вмешательства через 23 месяца уменьшился до 33.

Выводы. Комбинированная венэктомия нижних конечностей у пациентов с C2EpAs,pPr,o варикозноизмененными подкожными венами, поражением поверхностных и перфорантных вен с нарушением венозной динамики сочетании с рефлюксом и окклюзией позволяет значительно улучшить показатели качества жизни с 68 до 33 баллов по специфическому международному венозному опроснику. Применение эластического трикотажа в отдаленном послеоперационном периоде улучшает качество жизни пациентов более, чем в два раза. В развитии варикозной болезни нижних конечностей наследственная предрасположенность составляет 81%, её наличие или отсутствие не имеет существенного значения для оценки качества жизни самим пациентом в послеоперационном периоде после комбинированной венэктомии.

Казанцева А.Н.

ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ВЫБОРА СТРАТЕГИИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ И КОРОНАРНОГО РУСЛА: МЕСТО ПЕРСониФИЦИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Научноисследовательский институт комплексных проблем сердечнососудистых заболеваний», Кемерово

Актуальность. Современные рекомендации по реваскуляризации головного мозга (ГМ) и миокарда не предлагают четких алгоритмов выбора оптимальных хирургических, эндоваскулярных или гибридных стратегий для лечения пациентов с выраженным симультанным атеросклеротическим поражением внутренних сонных артерий (ВСА) и коронарных артерий (КА). На наш взгляд, одной из важнейших причин, затрудняющей получение доказательной базы по данной тематике, является крайне высокая вариабельность данной группы пациентов по клиническим и анатомиоангиографическим показателям поражения ВСА и КА при целесообразности применения целого комплекса различных стратегий реваскуляризации ГМ и миокарда (сочетанных и поэтапны, хирургических, эндоваскулярных и гибридных). В этой связи, вряд ли может существовать одна стратегия реваскуляризации ГМ и миокарда, которая продемонстрировала бы однозначные преимущества перед другими во всех клинических вариантах мультифокального поражения.

Цель. Обосновать возможность применения персонифицированного подхода к выбору оптимальной стратегии реваскуляризации головного мозга и миокарда у пациентов с симультанным поражением внутренних сонных и коронарных артерий с использованием автоматизированной системы поддержки принятия решения на основе ее ретроспективного анализа.

Материал и методы. В нашем учреждении была разработана автоматизированная система поддержки принятия решения при определении мультидисциплинарной командой оптимальной тактики реваскуляризации головного мозга и миокарда у пациентов с мультифокальным атеросклерозом. Данная модель основана на прогнозировании риска неблагоприятных ишемических кардиоваскулярных событий в отдаленном после реваскуляризации периоде наблюдения ($33,95 \pm 12,05$ месяцев). Методология разработки модели заключалась в том, что для выбора наиболее значимых факторов, влияющих на риск развития осложнений в отдаленном периоде наблюдения, была построена модель бинарной логистической регрессии. В качестве метода использовался метод пошагового включения, оставляющий только наиболее значимые факторы для прогноза. Для улучшения прогностической способности модели и комплексной оценки факторов риска были построены интегральные показатели, отдельно для группы клиникодемографических, коронарных и цереброваскулярных факторов, учитывающих клинический статус пациентов, выраженность сопутствующих заболеваний и анатомоангиографические характеристики выраженности атеросклероза в коронарном и цереброваскулярном бассейне. Для их построения были рассчитаны прогностические коэффициенты, соответствующие риску развития неблагоприятных ишемических кардиоваскулярных событий (смерть, инфаркт миокарда (ИМ), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), незапланированная повторная реваскуляризация) для каждого учитываемого фактора, входящего в одну из трех групп факторов (клинических, коронарных и цереброваскулярных). Клинические и периоперационные характеристики, равно как и частота и структура неблагоприятных кардиоваскулярных событий была представлена нами ранее.

Результаты. Основными результатами ретроспективного тестирования автоматизированной системы поддержки принятия решения стало следующее. В 26% выбранная мультидисциплинарной командой хирургическая стратегия полностью поддерживалась расчетами калькулятора (минимальная вероятность неблагоприятных исходов). При этом в половине случаев предлагалась альтернативная стратегия реваскуляризации, сопряженная с подобным риском развития осложнений. На

основании полученных данных можно сделать заключение об удовлетворительном качестве работы мультидисциплинарной команды, принимающей во внимание особенности клинического и ангиографического статуса пациентов. Тем не менее, следует отметить целесообразность наличия математически обоснованного вспомогательного инструмента для принятия обоснованного решения. Важной находкой стало то, что в каждом четвертом случае принятое мультидисциплинарной командой решение, оценено системой как субоптимальное.

Выводы. С учетом крайней вариабельности клинического статуса пациентов, анатомоморфологической выраженности атеросклеротического поражения внутренних сонных и коронарных артерий, и большого количества возможных хирургических, эндоваскулярных и гибридных стратегий лечения, крайне затруднительным является обоснование в качестве приоритетных тех или иных способов реваскуляризации. В этой ситуации, применение персонифицированных, математически обоснованных методов прогнозирования риска неблагоприятных исходов, реализованных в виде программы ЭВМ может стать полезным инструментом для поддержки принятия решения.

Норвардян А. М., Карапетян Н. Г., Алекян Б. Г

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНИКИ РОТАБЛАЦИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В ИХВ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии
имени А.В. Вишневского» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Выраженный кальциноз коронарных артерий остается одним из основных ограничивающих факторов применения баллонной ангиопластики, а также успешности имплантации стентов. Ротационная атерэктомия является одним из нескольких способов проведения атерэктомии в коронарных сосудах наряду с Turbohawk и Jetstream. Это наиболее часто используемое устройство атерэктомии, которое удаляет ригидную кальцинированную бляшку при помощи (от 20 до 50 микрометров) алмазного покрытия на поверхности быстро вращающегося (от 150 000 до 200 000 об / мин) бура, имеющего форму оливы. В результате чего кальцинированная атеросклеротическая бляшка распадается на микрочастицы

размером от 2 до 5 микрометров, которые без труда проходят через коронарную микроциркуляцию и удаляются ретикулоэндотелиальной системой.

Цель. Предоставить клинический случай успешного применения ротаблации правой коронарной артерии.

Клинический случай. Мужчина 71 года поступил с жалобами на боли в грудной клетке, одышку при физической нагрузке. Из анамнеза известно, что в 2003 г перенес ОИМ. В 2004 г выполнено маммарно-коронарное шунтирование (МКШ) к передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ). При коронарографии шунт функционирует, выявлено пролонгированная кальцинированная бляшка в правой коронарной артерии (ПКА). Принято решение о ЧКВ ПКА. Во время операции выполнить адекватную предилатацию баллонными катетерами разного диаметра не удалось (разрыв баллонов). Было принято решение о выполнении ротаблации ПКА на всем протяжении буром 1,5mm. После успешной ротаблации выполняли стентирование ПКА. На контрольной коронарограмме просвет ПКА восстановлен, стент раскрыт полностью, экстравазации контрастного вещества нет. Инструменты удалены. Наложена ас. повязка.

Выводы. Ротационная атерозектомия является эффективным методом атерозектомии у пациентов с кальцинированным поражением коронарного русла.

Подкаменный В.А., Ефанов Е.С.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АНОМАЛЬНОГО ОТХОЖДЕНИЯ ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ОТ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НА «РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ»

ГБУЗ "Иркутская ордена «Знак Почета» областная клиническая больница", г. Иркутск

Актуальность. Предложено несколько хирургических методов коррекции порока, но небольшое количество наблюдений не позволяют однозначно высказаться в пользу одного из методов выполнения операции. Представлено собственное наблюдение хирургической коррекции порока у подростка.

Материал и методы. На «работающем сердце» выполнено аортокоронарное шунтирование передней межжелудочковой артерии и разобщение левой коронарной артерии от легочной артерии перевязкой с прошиванием ствола левой коронарной артерии на протяжении. Рассматривался вопрос о целесообразности перевязки гипертрофированных коллатералей между системами правой коронарной артерии и

левой коронарной артерии с целью уменьшения конкурентного кровотока после выполнения шунтирования ЛКА. Наличие опыта выполнения операций «коронарного шунтирования» без искусственного кровообращения позволило выполнить операцию на «работающем сердце».

Результаты. В нашем наблюдении, пациент пережил критический ранний детский возраст. Порок протекал бессимптомно и был заподозрен при диспансерном наблюдении по изменениям на электрокардиограмме и выявленной перегрузке правых отделов сердца по данным ЭхоКГ. При ККГ выявлена увеличенная в размерах ПКА, сформированные коллатерали из ПКА в ЛКА со сбросом крови из ЛКА в ЛА. Показанием к хирургическому лечению являлась перегрузка правых отделов сердца и «обкрадывание» системы ЛКА за счет сброса крови из ЛКА в ЛА. Предполагалось ликвидировать сообщение между ЛКА и ЛА и выполнить шунтирование ЛКА. Рассматривался вопрос о целесообразности перевязки гипертрофированных коллатералей между системами ПКА и ЛКА с целью уменьшения конкурентного кровотока после выполнения шунтирования ЛКА. В литературе мы не нашли обсуждения этого вопроса. Возможно, дальнейшее наблюдение за больным позволит ответить на этот вопрос. Кроме этого, рассматривались варианты МКШ или АКШ ЛКА. Учитывая, возможность конкурентного кровотока из системы ПКА, решено выбрать АКШ как вариант обладающий возможностью большего объемного кровотока по сравнению с МКШ. Наличие опыта выполнения операций КШ без искусственного кровообращения позволило выполнить операцию на «работающем сердце». Наблюдение представляет интерес редкой встречаемостью порока, подростковым возрастом больного, выбором хирургической тактики и выполнением операции на «работающем сердце».

Выводы. Наблюдение представляет интерес редкой встречаемостью порока, подростковым возрастом больного, выбором хирургической тактики и выполнением операции на «работающем сердце».

Самко К.В., Савкин Н.А., Тишкина М.Д., Жданович К.В., Исакова А.А. Руководитель:
д.м.н., проф. Иванов М.А.

ПРЕДИКТОРЫ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ОТКРЫТЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ИНФРАРЕНАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ АОРТЫ

Северо-западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова

Актуальность. На данный момент вопрос снижения летальности при выполнении открытых операций на инфраренальном отделе аорты остается открытым в связи с риском послеоперационных осложнений (частота от 18% до 55%). Острая почечная недостаточность (ОПН) занимает третье место в их структуре.

Материал и методы. Наблюдения за 26 пациентами, оперированными по поводу синдрома Лериша и аневризм инфраренального отдела аорты, составили основу данной работы. 7 больных вошли в исследуемую группу, у них наблюдались послеоперационные осложнения с проявлениями ОПН. 19 пациентов составили контрольную группу, в послеоперационном периоде развития ОПН у них не наблюдалось. Характер поражения аорты, наличие кардиоваскулярных событий и предшествующих оперативных вмешательств, лабораторноинструментальные показатели, а так же артериальная гипертензия и результаты ее коррекции были оценены в ходе работы. Результаты исследования были разнесены по шкале среднеарифметических значений (mean) \pm стандартное отклонение (SD). Непараметрический критерий МаннаУитни был использован в сравнении групп средних арифметических. Также посредством χ^2 Пирсона и критерия Фишера была проанализирована разница в категориальных переменных. Различия считались статистически значимыми при P .

Результаты. Выявлена достоверная связь между риском развития в послеоперационный период острой почечной недостаточности и высоким коэффициентом атерогенности как показателя нарушения липидного обмена.

Выводы. Результаты оперативного лечения значимо ухудшаются в условиях развития почечной недостаточности, что говорит о необходимости учета всех факторов риска, включая кровопотерю, периоперационную гипотонию, наличие исходных изменений миокарда.

Стариков В.О., Покровский А.В., Зотиков А.Е., Адырхаев З.А., Краснощёкова Л.С., Сынков В.Д.

ФОРМИРОВАНИЕ НОВОЙ БИФУРКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПРОЛОНГИРОВАННЫМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ВСА

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии
имени А.В. Вишневского» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. С момента начала эры каротидной хирургии прошло более 60 лет. 20 октября 1951 года Raul Carrea при аналогичном поражении внутренней сонной артерии выполнил резекцию ВСА дистальнее бляшки и анастомозировал ВСА по типу «конец в конец» с начальным отделом интактной наружной сонной артерии (НСА). В 1953 году Michael Ellis DeBakey больному 53 лет, перенёвшему инсульт произвёл эндартерэктомию из ВСА путём рассечения последней. В январе 1985 года Kieny с соавторами впервые использовали новый вариант эндартерэктомии (ЭАЭ) – эверсионной КЭАЭ (ЭКЭАЭ). В 1987 году Railthel модернизировал технику Kieny и стал отсекал ВСА с капюшоном ОСА.

Результаты. В институте хирургии им. А. В. Вишневского всего за период с 2008 по 2017 год выполнено 1725 каротидных эндартерэктомий. Всего с формированием «новой бифуркации» оперировано 240 пациентов, срок наблюдения составил от 3 мес. до 10 лет., средний срок наблюдений составил 18 мес. При контрольном ДС БЦА в сроки 1 и 3 месяца рестенозов выявлено не было. Отдалённые результаты КЭАЭ с формированием «новой бифуркации»: ОНМК – 1, летальность – 0, рестеноз ВСА – 0. Средняя длительность пережатия составила - $39,8 \pm 12,3$ мин. Средняя длина анастомоза составила $32,1 \pm 9,7$ мм. Наибольшая длина анастомоза составила 70 мм, в тех случаях, когда мы использовали методику капюшона из ОСА с рассечением ВСА и НСА (Рис 3, И). У некоторых больных НСА отсекалась до ветвей 4-5 порядка, при этом уровень бифуркации поднимался на 3-4 см кверху.

Обсуждение. Методика ЭКЭАЭ с формированием новой бифуркации может служить хорошей альтернативой протезированию у больных с пролонгированными бляшками во ВСА и у больных с неадекватной ЭАЭ, но требует дальнейших наблюдений и изучения отдалённых результатов о проходимости реконструированных сосудов.

С нашей точки зрения фиксация интимы в дистальном направлении может явиться хорошей альтернативой протезированию ВСА, снижению частоты «поздних» рестенозов

за счёт плотного прилегания интимы к стенке ВСА в дистальном сегменте. Мы также придаём значение использованию статинов для снижения частоты рестенозов и кардиологических осложнений.

Цицкарава А.З., Демин А.Н., Корольков А.Ю., Хубулава Г.Г.

**ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С
СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**
ФГБОУ ВО "ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова" МЗ РФ

Актуальность. Количество пациентов с заболеваниями сердечнососудистого профиля ежегодно прогрессивно увеличивается. Учитывая показатели летальности в Российской Федерации (от 25% до 57%) от кардиоваскулярной патологии, возрастает число больных, регулярно получающих антиагрегантную и/или антикоагулянтную терапию. Наиболее частым осложнением антитромботической терапии являются кровотечения, преимущественно из желудочнокишечного тракта. К ним же относятся и геморроидальные кровотечения. Однако, несмотря на распространенность геморроя (40 % среди всех болезней колопроктологического профиля) и широкий возрастной диапазон заболевания (от 21 года до 79 лет), тема геморроидальных кровотечений на фоне антитромботической терапии у пациентов с высоким риском сердечнососудистых осложнений недостаточно изучена. Развитие малоинвазивных и хирургических методов лечения геморроя позволяют успешно применять современные технологии при любой стадии заболевания. Вопрос выбора и возможности хирургического лечения геморроидальных кровотечений у особой группы пациентов с антитромботической терапией остается актуальным и дискуссионным. Что требует детального изучения и подбора оптимальной стратегии лечения геморроя среди пациентов с сердечнососудистыми заболеваниями с учетом риска послеоперационного кровотечения и тромботических осложнений.

Материал и методы. В период с января по декабрь 2018 года в НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова проведено проспективное исследование 60 пациентов, получающих регулярную антитромботическую терапию. Критериями включения были наличие хронического комбинированного геморроя 24 стадии, сопутствующая сердечнососудистая патология и постоянная терапия дезагрегантами и/или антикоагулянтами. Большинство пациентов в прошлом перенесли

кардиохирургическое вмешательство (аортокоронарное шунтирование, протезирование аортального клапана). Всего 38 пациентов имели анамнестические регулярные геморроидальные кровотечения (от малых до средних и интенсивных). Для оценки уровня анамнестических ректальных кровотечений и влияния на качество жизни пациента был разработан опросник. Средний уровень гемоглобина варьировал в пределах от 96 до 123 г/л. В представленной группе 20 пациентов получали терапию антиагрегантами (включая двойную дезагрегантную терапию), 18 пациентов – антикоагулянтами (8 пациентов с терапией новыми пероральными антикоагулянтами и 10 пациентов с терапией непрямими антикоагулянтами, т.е. варфарин). 31 пациент (84%) отмечали увеличение объема геморроидальных кровотечений на фоне получаемой антитромботической терапии. На основании статистического анализа достоверных различий между значениями коагулограммы и эпизодами геморроидальных кровотечений не было. Таким образом, пациентам с геморроем 24 стадии и регулярными геморроидальными кровотечениями, были выставлены показания для оперативного лечения.

Результаты. Данная группа пациентов оперирована с использованием метода доплерконтролируемой дезартеризации внутренних геморроидальных узлов. Учитывая средний и высокий риск сердечнососудистых осложнений, было принято решение о выполнении операции на фоне продолжающейся антитромботической терапии. Таким образом, у 20 пациентов с терапией дезагрегантами отмена препарата не проводилась. 8 пациентов, получающие новые пероральные прямые антикоагулянты (ривароксабан, дабигатран) оперированы на фоне медикаментозной гипокоагуляции. Только в случае с терапией варфарином (10 пациентов) была использована мосттерапия низкомолекулярным гепарином. Мукопексия выполнялась при наличии хронического геморроя 34 стадии с положительным эффектом. В раннем послеоперационном периоде у 3 пациентов отмечались геморрагические осложнения, требующие ревизии прямой кишки и тампонирования гемостатической губкой. Среднее число койкодней, проведенных в хирургическом отделении, составило 68 дней. Болевой синдром – минимальный, на протяжении 35 дней. Отдаленных осложнений за данный период времени не наблюдалось. Рецидивы геморроидальных кровотечений все пациенты отрицают.

Выводы. Допплерконтролируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов – перспективный метод в лечении геморроидальных кровотечений среди пациентов с сердечнососудистыми заболеваниями. Возможность использования данной

малоинвазивной технологии без отмены антиагрегантной и антикоагулянтной терапии позволяет снизить риски тромботических осложнений, а также радикально устранить причину геморроидальных кровотечений. Также технологию дезартеризации внутренних геморроидальных узлов под доплерконтролем можно рассматривать как превентивную методику для ликвидации риска геморроидальных кровотечений среди пациентов с геморроем 34 стадии перед планируемыми назначением антитромботической терапии и кардиохирургическим вмешательством.

Шанаев И.Н.

ИЗУЧЕНИЕ РАБОТЫ КЛАПАНА ПОВЕРХНОСТНОЙ БЕДРЕННОЙ ВЕНЫ С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКАНИРОВАНИЯ

Рязанский областной клинический кардиологический диспансер, г. Рязань

Актуальность. Несмотря на хорошо изученное анатомическое строение венозных клапанов, в конкретных механизмах его работы остаются неясные вопросы. Так, в литературе встречаются разные взгляды на роль венозных клапанов в венозном оттоке: 1. В покое клапаны не работают и их створки находятся в открытом положении. При движении они создают условия для направленности кровотока, препятствуя ретроградному току крови за счёт смыкания створок (Швальб П.Г.2009). 2. Необходимым условием венозного возврата является постоянная работа клапанов (Lurie F. 2003). Поток крови, проходя через область клапанов, получает небольшое ускорение, тем самым облегчается венозный возврат. В работе клапанов выделяется цикл, отмечается, что на его работу оказывает влияние дыхание и работа сердца, но не отмечается в какой степени. Данные противоречия не позволяют понять физиологию работы венозных клапанов.

Цель исследования. Изучение работы венозных клапанов.

Материал и методы. Исследование проводилось на 22 добровольцах (1880 лет) без признаков хронических заболеваний вен, исследовался клапан поверхностной бедренной вены (так как именно он наиболее часто подвергается оперативным вмешательствам). Метод исследования – ультразвуковое дуплексное сканирование (М режим).

Результаты. Первоначально в исследование были включены 16 пациентов: измерялся диаметр вены, диаметр на уровне клапана, процент уменьшения просвета вены на

уровне межстворчатой щели, фиксировался цикл работы клапана. У 9 пациентов работа клапанов была зафиксирована, степень уменьшения просвета значительно варьировала от 35,5% до 55,4% (среднее 46,9%). С позиции гемодинамики уменьшение просвета на 30-50%, критичным не является, однако это оказывает небольшое влияние на увеличение скорости кровотока. У 7 пациентов работа клапанов не была зафиксирована, при этом степень уменьшения просвета вены была от 27% до 62,5% (среднее 45,9%). Статистического различия в степени уменьшения диаметра на уровне межстворчатой щели клапана, при наличии работы клапанов и отсутствии, выявлено не было ($p > 0,05$), т.е. ускорение на уровне клапана не является определяющим для его работы и венозный отток в покое идет за счёт фактора *vis a tergo*. У пациентов с наличием цикла работы клапанов, он строго соответствовал акту дыхания – фактор *vis a fronte*. При вдохе клапаны закрывались, на выдохе клапаны открывались. Период закрытия створок варьировал от 0,07 сек. до 0,432 сек., период открытия – от 0,588 сек. до 1,2 сек. Для изучения влияния фаз сердечного цикла на работу клапанов были взяты 6 пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей, проходивших консервативное лечение в отделении сосудистой хирургии: проводилось ультразвуковое исследование с синхронизацией ЭКГ. В день поступления работа клапанов была зафиксирована у 5 из 6 пациентов, цикл клапанов был синхронизирован с дыханием. У одного пациента работы клапанов было зафиксировано не было. На 23 сутки, на фоне в/в терапии (250 мл. венофундин в сутки), цикл работы клапанов фиксировался у всех пациентов, строго соответствовал дыханию, с ЭКГ не был синхронизирован. Для исключения фактора *vis a fronte* пациентов просили задержать дыхание – работа клапанов фиксировалась у всех пациентов, и закрытие клапанов шло строго за фазой систолы желудочков на ЭКГ. Однако речь уже идёт не о влиянии непосредственного фактора *vis a tergo* – кинетической энергии движения крови при сердечном выбросе, а его составной части – потенциальной энергии деформации сосудистой стенки. В литературе данный механизм венозного возврата описан как артериовенозный насос.

Выводы. 1. Постоянная работа клапана не является обязательным условием венозного оттока из нижних конечностей. 2. Включение работы клапанов связано только с механическим фактором – объёмом крови в венозной системе.

Шанаев И.Н.

РЕЗУЛЬТАТЫ ФЛЕБЭКТОМИИ БЕЗ ЛИГИРОВАНИЯ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ (5 ЛЕТНИЙ ПЕРИОД)

Рязанский областной клинический кардиологический диспансер, г. Рязань

Актуальность. До недавнего времени одним из основных этапов оперативного лечения при варикозной болезни была ликвидация горизонтального рефлюкса. Считалось, что оставление несостоятельной перфорантной вены (ПВ) ведет к рецидиву заболевания. Но с начала 2000х годов в литературе, а стали появляться сообщения о возможном восстановлении функции перфорантных вен, так по сообщению R.R. Mendes (2003г.) до 80% сосудов становились состоятельными после удаления поверхностных вен, но при условии отсутствия рефлюкса в глубоких венах. Согласно последним Российским рекомендациям по диагностике и лечению хронических заболеваний вен нижних конечностей 2018г. лигирование перфорантных вен при варикозной болезни вен нижних конечностей не считается обязательным, так как они в большинстве случаев восстанавливают свою функцию, а оставленные несостоятельные перфоранты не влияют на качество жизни. В тоже время в литературе встречается немного работ по результатам флебэктомии без лигирования перфорантных вен, а практические хирурги очень настороженно относятся к оставлению несостоятельных ПВ, так как нелигированная несостоятельная ПВ – это как минимум неудовлетворительный косметический эффект.

Цель работы. Оценка результатов флебэктомии без лигирования несостоятельных ПВ.

Материал и методы. В исследование вошли пациенты с варикозной болезнью вен нижних конечностей: С2 – 58 человек, С3 – 43 человека. Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗДС) выполнялось на аппаратах «Sonoscape S20 Pro», «Medison Sonoace X8». Главным признаком несостоятельности ПВ являлся ретроградный поток крови, длительностью более 0,5 сек. Объем оперативного лечения: большая подкожная вена удалялась с помощью зонда Бэбкокка, варикозноизменённые подкожные вены удалялись с помощью крючков Мюллера, ПВ не лигировались, только варикозноизменённые притоки несостоятельных ПВ тщательно маркировались и удалялись с помощью крючков Мюллера в зоне до 1 см. от ПВ. Результаты оперативного лечения оценивались в сроки 2 и 5 лет.

Результаты. Предоперационно было выявлено 147 ПВ: при классе С2 79 ПВ, при классе С368 ПВ. На этапе послеоперационного УЗДС обследования (6 месяцев) было найдено 51 ПВ – 1/3 от общего количества предоперационно выявленных ПВ (в большинстве случаев получилось надфасциальное лигирование по Коккетту). Эта цифра не изменилась на сроке осмотра 2 года. При визуальном осмотре у большинства пациентов отсутствовали видимые признаки рецидива варикозной болезни, однако по данным УЗДС ретроградный ток крови по ПВ при проксимальной компрессии сохранялся в 39,2% случаях, т.е. ПВ восстановили свою функцию в 60,8% в сроки 2 года после операции. В послеоперационном периоде 5 лет, процент восстановивших свою функцию ПВ несколько уменьшился и составил 58,8%, но это произошло за счёт прогрессирования заболевания по системе малой подкожной вены у одного пациента.

Выводы. 1. Перфорантные вены могут восстанавливать свою функцию после удаления большой подкожной вены. 2. Основные параметры, которые не позволили восстановить функцию ПВ (по данным УЗДС): а) большой диаметр перфорантов на уровне прободения фасции/субфасциальном уровнях; б) наличие сегментарного рефлюкса по магистральным венам голени на уровне впадения перфорантной вены.

Шанаев И.Н.

**ВАРИАНТ ФОРМИРОВАНИЯ КОЛЛАТЕРАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ
ЧЕРЕЗ АРТЕРИИ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕ ПЕРФОРАНТНЫЕ ВЕНЫ У
ПАЦИЕНТА С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ
НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

Рязанский областной клинический кардиологический диспансер, г. Рязань

Актуальность. В большинстве учебно – методической и периодической литературы перфорантные вены нижних конечностей рассматриваются только как сосуды, объединяющие поверхностные и глубокие отделы венозной системы нижних конечностей и осуществляющие их функциональное единство. Однако согласно данным анатомических исследований рядом с перфорантной веной идёт артериальная веточка и веточка нерва (Швальб П.Г., и др. 2014; Калинин Р.Е. и др. 2017). При этом артериальная веточка достаточно крупная 11,5 мм. Обычно эта особенность не учитывается, но она может иметь важное клиническое значение для хирургов разных специальностей, в том числе для ангиологов и сосудистых хирургов.

Материал и методы. Всего было обследовано 500 пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей, проходивших обследование и лечение в отделении сосудистой хирургии ГБУ РО ОККД. Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗДС) проводилось на аппаратах Medison Sonoace X8 и Sonoscape S20 Pro, использовались датчики с частотой 710 МГц и 25 МГц.

Результаты. Клиническое наблюдение. Пациент К. 1957 г.р. Диагноз: Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей, бедренно – подколенная окклюзия с обеих сторон II б ст. (по классификации Фонтейна – Покровского). Варикозная болезнь вен нижних конечностей С3 (по классификации CEAP) слева. В анамнезе бифуркационного аортопрофундального шунтирования с обеих сторон (октябрь 2016г.). При осмотре: пульс на бедренных артерий с обеих сторон сохранён, кожные покровы обеих нижних конечностей обычной окраски, теплые, кровообращение компенсировано. Дистанция безболевого ходьбы ~ 150 метров. ЛПИ справа: 0,68; слева; 0,36 УЗДС артерий нижних конечностей: С обеих сторон проксимальный и дистальные анастомозы проходимы, глубокие артерии бедра проходимы, в устье небольшие атеросклеротические бляшки (АСБ). Справа поверхностная бедренная окклюзирована, подколенная и берцовые артерии проходимы на всём протяжении, внутренний просвет атеросклеротически изменён, без гемодинамически значимых АСБ. Слева поверхностная бедренная заполняется до верхней трети и сегментарной заполнение в средней трети дистальнее окклюзирована. С этого уровня кровоток идёт в артерию, сопровождающую перфорантную вену Додда и мышечные ветви. Визуализируется кровоток по артериям, располагающимся в подкожной клетчатке дистальной части медиальной поверхности бедра, области коленного сустава и проксимальной части медиальной поверхности голени. Подколенная артерия окклюзирована на всем протяжении, задняя большеберцовая артерия в верхней трети задняя большеберцовая артерия сегментарно заполняется через артерию сопровождающую перфорантную вену Бойда (из описанной выше подкожной артериальной сети), в средней трети – окклюзирована. На границе средней и нижней трети голени и дистальнее задняя большеберцовая артерия заполняется удовлетворительно, кровоток коллатеральный, заполнение идёт через артерию, сопровождающую перфорантную вену Коккетт III.

Выводы. Перфорантную вену всегда сопровождает артериальная веточка (перфорантная артерия). Перфорантная артерия представляет собой достаточно

крупный сосуд, который может участвовать в формировании коллатерального кровообращения.

Шанаев И.Н.

ТОПОГРАФОАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН СТОПЫ

Рязанский областной клинический кардиологический диспансер, г. Рязань

Актуальность. Большинство учебнометодической литературы содержит описание только поверхностных и глубоких вен стопы, топографическая анатомия перфорантных вен (ПВ) стопы не описывается, в тоже время именно стопа является наиболее ярким индикатором проявления хронической венозной недостаточности, кроме того венозная система стопы является частым объектом для склеротерапии и флебэктомии. Потому без четкого понимания анатомии ПВ стопы вряд ли можно безопасно проводить вмешательства на стопе.

Цель. Уточнить топографоанатомические особенности ПВ стопы.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили 50 нижних конечностей, без признаков хронических заболеваний вен. Методы исследования: анатомическое препарирование.

Результаты. На медиальной поверхности стопы были найдено от 4 до 6 перфорантных. Они соединяли напрямую медиальную краевую вену и vv. plantaris medialis. Располагаются вдоль медиальной межмышечной перегородки. На латеральной поверхности стопы было найдено от 2 до 3 перфорантных вен. Они формировали крупный венозный стволик, который напрямую переходил в малую подкожную вену. Интересно, что данные классической анатомии, говорят о том, что малая подкожная вена формируется как продолжение латеральной краевой вены. В ходе данного исследования латеральная краевая вена в области латеральной лодыжки в трети случаев имела рассыпной тип строения, и впадала в ствол малой подкожной вены, который являлся продолжением ПВ латеральной поверхности стопы. Топографически перфорантные вены проходят позади мышц латеральной группы стопы, вдоль латеральной межмышечной перегородки соединялись с vv. plantaris lateralis.. У ПВ медиальной и латеральной поверхностей стопы были выявлены боковые притоки: часть из которых самостоятельно дренировала покровные ткани боковых поверхностей

стопы, а часть анастомозировала с поверхностной венозной подошвенной сетью. Это позволяет характеризовать их не только как анастомозы, соединяющие подкожную тыльную венозную сеть глубокие вены стопы – поверхностную подошвенную сеть, но и как самостоятельно дренирующие сосуды. Но притоки ПВ латеральной поверхности стопы были очень слабо выражены. В большинстве случаев рядом с ПВ удавалось выделить артерию и веточку нерва исходящие из *a. plantaris med. et lat.* и *n. plantaris*. При хронических заболеваниях вен, именно эти ПВ становятся анатомической основой для формирования *corona phlebectatica*. Интересно, что самая первая ПВ, впадающая в *vv. plantaris lateralis*, располагается на уровне пяточного канала (на медиальной поверхности стопы) и дренирует подкожную клетчатку пяточной области. Упоминания в литературе о данной ПВ встретить не удалось. От медиальной поверхности медиальной краевой вены, на уровне основания лодыжек, отходят 2 постоянные ПВ, прободающие фасцию стопы, идут по тыльной поверхности стопы под сухожилием передней большеберцовой мышцы, и длинным сгибателем первого пальца стопы и соединяются с *vv. dorsalis pedis*. Эти ПВ пропускают кровь только по направлению к глубоким венам. Кроме того на тыльной поверхности стопы можно выделить постоянную ПВ соединяющую дугу поверхностной венозной сети и *vv. dorsalis pedis* на уровне проксимального конца первого межкостного промежутка. Остальные ПВ тыла стопы постоянной локализации не имели, встречались в количестве от 1 до 3 и соединяли поверхностную тыльную венозную сеть с *vv. dorsalis pedis* и их притоками.

Выводы. 1) Перфорантные вены медиальной и латеральной поверхностей стопы являются – являются самостоятельно дренирующими определённый участок покровных тканей сосудами и анатомической основой формирования *corona phlebectatica*. 2) Перфорантные вены стопы входят в состав сосудисто-нервного пучка (вена-артерия-нерв).

Шестак И.С.¹, Короткевич А.Г.^{1,2}, Леонтьев А.С.^{1,2}, Май С.А.¹,
Маринич Я.Я.^{1,2,3}, Савостьянов И.В.^{1,2}

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНФИЛЬТРАЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АМИНОКАПРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ИЛИ ПЕРЕКИСИ ВОДОРОДА ПРИ ВАРИКОЗНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Кемеровской области
«Новокузнецкая городская клиническая больница №29», г. Новокузнецк¹
«Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Филиал
федерального государственного бюджетного образовательного учреждения
дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Новокузнецк²

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Кемеровской области
«Новокузнецкая городская клиническая больница № 22», г. Новокузнецк³

Актуальность. Несмотря на принятые клинические рекомендации, разработанные современные методы лечения, летальность при варикозных кровотечениях в России достигает 80%. Основным методом гемостаза остается баллонная тампонада. Эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода и вазоактивные препараты, рекомендуемые к назначению у таких пациентов международным консенсусом Baveno VI, все еще недоступны в большинстве российских клиник. Поиск доступного, безопасного, простого в использовании, эффективного метода лечения остается актуальной проблемой.

Цель исследования. Оценить эффективность инфльтрационного гемостаза с использованием аминокaproновой кислоты или перекиси водорода при варикозных кровотечениях.

Материал и методы исследования. Проанализированы 52 медицинские карты пациентов с варикозными кровотечениями, проходивших лечение в отделениях хирургии трех стационаров г. Новокузнецка в 2011-2015 гг. Женщин 17 (32,7%), мужчин – 35 (67,3%), средний возраст 50,9±11,3 лет. Всем пациентам при поступлении выполнили ЭГДС и первичный эндоскопический инфльтрационный гемостаз: 17 (32,7%) пациентам – с использованием 1% раствора перекиси водорода, 35 (67,3%) – с использованием 5% раствора аминокaproновой кислоты (АКК).

Результаты исследования. Средний объем аминокaproновой кислоты для достижения гемостаза составил $33,6 \pm 13,1$ мл, перекиси водорода – в два раза меньше: $18,8 \pm 10,1$ мл ($p=0,0002$). При первичной ЭГДС гемостаз был достигнут у 100% пациентов. Состоятельность гемостаза на момент контрольной ЭГДС, частота рецидивов и летальность в зависимости от вида раствора при первичном эндоскопическом инфильтрационном гемостазе у пациентов с варикозными кровотечениями представлена на рисунке 1.

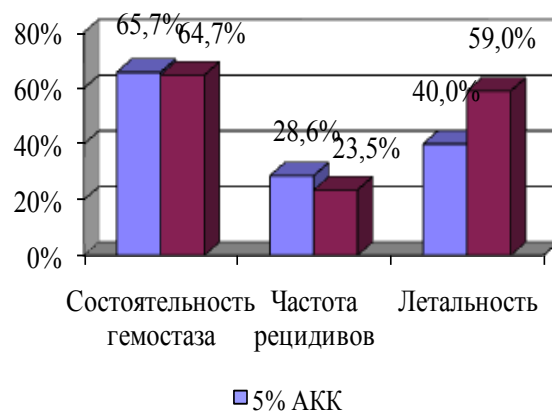


Рисунок 1. Состоятельность гемостаза на момент контрольной ЭГДС, частота рецидивов и летальность в зависимости от вида раствора при первичном эндоскопическом инфильтрационном гемостазе у пациентов с варикозными кровотечениями

Как видно из рисунка, состоятельность гемостаза на момент контрольной ЭГДС, частота рецидивов и летальность статистически значимо не отличаются при использовании для инфильтрационного гемостаза 5% раствора аминокaproновой кислоты или 1% раствора перекиси водорода ($p=1,000$; $p=0,753$; $p=0,245$ соответственно).

Выводы. 1. Состоятельность гемостаза на момент контрольной ЭГДС, частота рецидивов и летальность при варикозных кровотечениях статистически значимо не отличаются при использовании для инфильтрационного гемостаза 5% раствора аминокaproновой кислоты или 1% раствора перекиси водорода. 2. При использовании 1% раствора перекиси водорода для остановки кровотечения затрачивается вдвое меньший объем препарата по сравнению с 5% раствором аминокaproновой кислоты.

ХИРУРГИЯ

Абдулкаримова А.А. Абдулкаримова Х.А., Костюков С.В., Пашкова В.Ю.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕБНОДИАГНОСТИЧЕСКОМ АЛГОРИТМЕ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева»

Актуальность. Диагностика и лечение пациентов с синдромом механической желтухи продолжают оставаться актуальными. При этом наряду с эндоскопическими, всё чаще применяются антеградные методы декомпрессии желчевыводящей системы.

Материал и методы. В 2010–2016 гг. под нашим наблюдением находилось 373 пациента с доброкачественными и злокачественными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненными синдромом механической желтухи.

Результаты. Доброкачественная этиология механической желтухи диагностирована у 96 (25,7%) больных, онкологические заболевания органов гепатопанкреатодуоденальной зоны у 277 (74,3%) пациентов. В группе доброкачественных заболеваний, послуживших причиной механической желтухи, были выявлены: холедохолитиаз у 72 (75%) больных; рубцовые стриктуры желчных протоков у 19 (19,8%); ятрогенное повреждение общего желчного протока во время лапароскопической холецистэктомии – у 5 пациентов (5,2%). Среди злокачественных заболеваний, причины механической желтухи распределились следующим образом: рак головки поджелудочной железы – у 160 (57,8%) больных, холангиокарцинома общего желчного протока – у 42 (15,2%), холангиокарцинома проксимальных желчных протоков – у 18 (6,5%), рак желчного пузыря – у 13 (4,7%) пациентов, рак БСДК – у 11 (4%), регионарное метастазирование – у 32 (11,6%) больных, рак двенадцатиперстной кишки – у 1 (0,4%) пациента. В каждом случае первоначально было выполнено антеградное наружное дренирование желчевыводящих путей под сонофлуороскопическим контролем с уточнением уровня и степени блока. Всего выполнено 486 минимально инвазивных вмешательств. После снижения уровня билирубина, дообследования и стабилизации состояния пациентов решался вопрос об открытом оперативном лечении, переводе наружной холангиостомы в

наружновнутреннюю или об антеградном эндобилиарном стентировании. Летальный исход возник у 27 больных (7,2%) и был обусловлен прогрессированием полиорганной недостаточности.

Выводы. Минимально инвазивные вмешательства под ультразвуковым и рентгенологическим контролем занимают особое положение в лечебнодиагностическом алгоритме у пациентов с синдромом механической желтухи, так как позволяют своевременно и эффективно определить уровень обструкции билиарного тракта, купировать билиарную гипертензию и улучшить общее состояние пациентов.

Алдаранов Г.Ю., Махутов В.Н., Ильичева Е.А., Овакимян Г.А., Григорьев Е.Г.,
Свиридюк Н.В., Карасев В.П., Боричевский В.И.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ТОРАКАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ПРИ ФРАГМЕНТАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ РЕБЕР

ГБУЗ "Иркутская ордена «Знак Почета» областная клиническая больница", г. Иркутск

Актуальность. В связи с ростом дорожного травматизма в последние годы отмечается заметное увеличение числа больных с множественными фрагментарными переломами ребер, что в свою очередь ведет к нарушению каркасности грудной клетки вследствие чего пострадавший часто погибает не от разрушения органа, а от вызванной травмой нарушений внешнего дыхания и присоединением различных осложнений что в свою очередь итак усугубляет тяжелое состояние пострадавшего. (Плечев В В , 2003).

Материал и методы. За период с 2005 до 2017 года в отделении торакальной хирургии ГБУЗ ИОКБ металлоостеосинтез ребер с использованием аппарата СРКЧ – 22 выполнен у 40 больных 5 из которых выполнялись в ЦРБ хирургами санавиации. Средний возраст пострадавших составил 49 (44,059,0). Односторонний множественный перелом ребер отмечен у 20 больных, количество поврежденных ребер составило от 3 до 6. Двухсторонний множественный перелом ребер были у 19 больных. Внутриплевральные осложнения выявлены у 17 больных, в том числе гемопневмоторакс – у 8, (в одном случае двусторонний). Пневмоторакс диагностирован в 15 наблюдениях. Сочетанная травма установлена у 13 пострадавших: черепномозговая – у 7, в том числе ушиб головного мозга у 4; перелом лучевой кости у

1; перелом ключицы у 2; перелом наружной лодыжки и верхней трети бедра у 1, перелом таза 1, закрытая травма живота, разрыв селезенки IV класса у 1. В зависимости от сочетания травмы грудной клетки и других областей выполняли рентгенографию черепа в 2х проекциях, компьютерную томографию головы, ультразвуковое исследование брюшной полости, рентгенографию костей скелета. При наличии гемопневмоторакса выполнялось дренирование плевральных полостей во II межреберье по срединноключичной и в VII по задней подмышечной линиям. Для обезболивания устанавливался субплевральный катетер с постоянной инфузией лидокаина или проводилась эпидуральная анестезия. Показанием к операции считали: флотирующие переломы ребер переднебоковой поверхности грудной клетки, переломы 2х и более ребер в сочетании с переломом грудины, одиночные переломы ребер по одной или двум анатомическим линиям с нарушением каркасности грудной клетки, переломы ребер при осложненной травме грудной клетки, требующей торакотомии. Противопоказания к металлоостеосинтезу ребер: агональное состояние, превалирование травмы других анатомических областей, требующей продленной ИВЛ, или других оперативных вмешательств, тяжесть травмы 41 балл и выше по шкале ВПХСГ[3]. Металлоостеосинтез переломов ребер находящихся между задней подмышечной и паравертебральной линиями не выполняли из-за травматичности доступа, большого мышечного массива участвующего в акте дыхания и выполняющего каркасную функцию. Операцию выполняли через 648 часов после поступления, по срочным показаниям при отсутствии противопоказаний.

Результаты. Из 40 оперированных пациентов умер 1 (4,76%). Летальный исход в данном наблюдении обусловлен тяжелой черепно-мозговой травмой. Остальные больные в раннем послеоперационном периоде переведены на спонтанное дыхание; в течение 2448 часов продолжали субплевральную или перидуральную анестезию; на 3 сутки послеоперационного периода больные не нуждались в наркотических анальгетиках и регионарной анестезии. Развитие нозокомиальной пневмонии не отмечено ни у одного пациента. Раневых осложнений не было. Медиана койкодня составила 18 (1422) дня.

Выводы. Металлоостеосинтез аппаратом СРКЧ22 при травме грудной клетки является эффективным и надежным вариантом восстановления грудиннореберного каркаса грудной клетки и эффективным методом профилактики нозокомиальной пневмонии.

Арутюнян А.Г., Сонин А.И.

ОСОБЕННОСТИ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Волгоградский государственный медицинский университет. г.Волгоград

Актуальность. Дифференциальная диагностика различных форм острого панкреатита является основополагающим фактором его успешного лечения, при этом наиболее информативными методами диагностики являются лучевые методы диагностики ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерная томография (КТ).

Материал и методы. Определение диагностической ценности УЗИ с привлечением импульсноволновой доплерографии (PW), цветового доплеровского картирования (CD). Материал и методы исследования. УЗИ исследование проводилось всем больным, поступающим с диагнозом «острый панкреатит». Для более тщательного анализа ультразвуковой картины и верификации диагноза в процессе работы обследованы 184 пациентов. Из них 67 больных пациентов с отечной формой, 64 с панкреонекрозом, 35 с абсцессами поджелудочной железы, 18 с псевдокистами поджелудочной железы. Исследование проводили при поступлении, перед операцией и после оперативного лечения в динамике. Первый этап включал ультразвуковое исследование в Режиме, второй этап исследование кровотока в артериях, участвующих в кровоснабжении поджелудочной железы с привлечением доплеровского картирования. При выполнении импульсноволновой доплерографии непарных висцеральных ветвей брюшного отдела аорты на 13, 46, 710 сутки заболевания, оценивали пиковую систолическую скорость кровотока (V_{ps}), конечную диастолическую скорость кровотока (V_{ed}), индекс резистентности (IR).

Результаты. Наиболее сложным являлся вопрос диагностики момента наступления гнойных осложнений при панкреонекрозе. Существенным сонографическим признаком абсцедирования было появление в зоне деструкции гипоэхогенной зоны с гиперэхогенными линейными включениями и участками повышенной эхогенности по периферии зоны. Большое значение в визуализации сосудистых структур имел режим цветового доплеровского картирования, позволивший дифференцировать непарные висцеральные ветви брюшного отдела аорты при ухудшении качества эхографической картины, обусловленной отеком паренхимы железы и парапанкреатической клетчатки. Анализированы результаты ультразвуковой доплерографии непарных висцеральных ветвей брюшного отдела аорты при различных формах панкреонекроза (легкая, средней

тяжести и тяжелая. Регистрируемые изменения кровотока свидетельствовали о значительной реактивной гиперемии, являющейся компенсаторной реакцией на имеющуюся ишемию поджелудочной железы и позволяли достоверно дифференцировать на ранней стадии некротическую форму панкреатита от отеочной, при этом показатели пиковой скорости кровотока и индекса резистентности в чревном стволе, общей печеночной артерии, селезеночной артерии и верхней брыжеечной артерии имели достоверные различия. Изменения доплерографических показателей пациентов с деструктивным панкреатитом опережало выявление эхографических маркеров панкреонекроза при исследовании в Врежиме. У пациентов с псевдокистами поджелудочной железы УЗИ выполняли до лечения на 34 и на 714 сутки после начала лечения. При данной патологии имелись изменения сосудов в виде уменьшения диаметра артерий, площади поперечного сечения, снижение пиковой систолической и диастолической скорости кровотока, повышение индекса резистентности. У больных острым панкреатитом результаты импульсноволновой доплерографии сосудов, участвующих в кровоснабжении поджелудочной железы, показали значимость этого метода в дифференциальной диагностике отеочной и деструктивных форм острого панкреатита, а также в прогнозировании течения острого панкреатита уже в первые несколько суток с момента начала заболевания. Чувствительность метода составила 91%, специфичность 89%, точность 90%.

Выводы. Прогнозирование развития деструктивных форм панкреатита на ранних стадиях болезни возможно с помощью комплексного ультразвукового исследования, включающего исследование кровотока в непарных висцеральных ветвях брюшного отдела аорты. Наиболее значимым прогностическим критерием развития прогрессирования панкреонекроза является стабильное повышение в 16 сутки заболевания средних показателей V_{ps} печеночной и селезеночной артерий в 2 раза и IR в 1,2 раза.

Валиахмедова К.В. Блинова Н.П.

РОЛЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА 2 В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИИ ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

ГАУЗ КО НГКБ №1

Актуальность. Проблема острого аппендицита заложена в частоте встречаемости. Развивается примерно у 90–100 пациентов на 100 000 жителей в развитых странах. При остром аппендиците, как и при любом другом хирургическом вмешательстве всегда существует риск инфицирования раны. Инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ) являются одной из важнейших проблем хирургии. Большую роль в предотвращении ИОХВ играет профилактика. Доказано участие цитокинов в патогенезе различных заболеваний сопровождающихся воспалительными реакциями.

Материал и методы. Проведено сравнительное проспективное исследование больных находящихся на лечение в ГАУЗ КО НГКБ №1 с острым аппендицитом за период с сентября 2016 года по ноябрь 2017 года, всего исследуемых 218. Все больные разделены на 2 группы: группа исследования и группа сравнения. В группе исследования с целью профилактики раневых осложнений использовалась местная цитокиноterapia. В группе сравнения с целью профилактики использовалась только антибиотикопрофилактика. По половой принадлежности группы сопоставимы: число и соотношение мужчин и женщин в группе исследования составило: мужчин – 53 (49,1%), женщин – 55 (50,9%), в группе сравнения: мужчин – 52(47,3%), женщин 58(52,7%). ($\chi^2=3,841$, $p=0,791$). Средний возраст в группе исследования $43,2 \pm 13,6$ лет, в группе сравнения $35,9 \pm 14,6$ лет. (критерий Манна-Уитни, $U=658,00$ $p=0,85$). Средний ИМТ в группе исследования $26,8 \pm 3,4$ кг/м², в группе сравнения $28,7 \pm 5,4$ кг/м². Большинство пациентов соответствовали нормальной массе тела, и первой степени ожирения. В группе исследования в процентном распределении по Cruse P.J.E. III класс – 22,2%, IV класс – 77,8%. В группе сравнения количество пациентов с операциями III класса – 12 (40%), IV класса – 18 (60%). (критерий Манна-Уитни, $U=555,00$ $p=0,09$). Антибиотикопрофилактика в исследованных группах проводилась с использованием цефазолина в дозировке 2,0 г. за 3040 минут до начала операции. ($U=588,00$ $p=0,12$). Инфекцию области хирургического вмешательства (ИОХВ) детализировали, согласно Национальным клиническим рекомендациям по лечению инфекции кожи и мягких тканей. Клиническая оценка раны: боль или болезненность; ограниченная припухлость, отек; краснота; локальная гипертермия.

Результаты. При анализе ИОХВ, были получены следующие результаты. Общее количество пациентов с диагностированными ИОХВ составило 31 (13,6%). Из них число поверхностной ИОХВ разреза – 23(74,2%), глубокой ИОХВ разреза – 6(19,4%) и ИОХВ органа/полости – 2(6,4%). В группе исследования ИОХВ соответствовало – 19 (17,6%). В группе сравнения 12 (10,9%). Различия в количестве осложнений между группами статистически значимы (критерий Манна-Уитни в обратном применении $U=1945,5$ при уровне $p=0,0012$). В группе исследования все зафиксированные ИОХВ соответствуют поверхностной ИОХВ разреза.

Выводы. Местная цитокинотерапия позволяет уменьшить количество ИОХВ у больных с острым аппендицитом с 17,6% до 10,9%.

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

СПОСОБ ПРОГНОЗА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ВО II ФАЗЕ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф.
В.Ф.Войно-Ясенецкого», Красноярск

Актуальность. Гнойнодеструктивные осложнения различной степени тяжести сопровождают от 30 до 80% случаев тяжелого острого панкреатита ТОП. Летальность при ТОП остается стабильной на протяжении нескольких лет и достигает 1742% а при присоединении гнойнодеструктивных осложнений возрастает до 4680%. Это обуславливает высокий интерес к поиску факторов, оказывающих влияние на течение патологического процесса и разработке диагностических и прогностических схем.

Материал и методы. В основу разработки предложенного способа легли результаты исследования 248 пациентов с тяжелым острым панкреатитом, у 51 пациента наблюдалось развитие гнойнодеструктивных осложнений во II фазе ТОП. Выполняли компьютерную ангиографию с болюсным контрастированием на третьей неделе заболевания (1421 сутки). Забор крови для развернутого анализа, определения интегральных гематологических показателей и блеббинга лимфоцитов осуществляли также на третьей неделе. Оценку активности блеббинга лимфоцитов периферической крови выполняли на базе НИИ молекулярной медицины и патобиохимии ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. ВойноЯсенецкого Минздрава России. Лимфоциты получали по стандартной методике: центрифугированием гепаринизированной крови по

градиенту плотности с использованием среды Lympholyte H CL5010 производства «Cedarlane Laboratories Limited» (Канада). Состояние клетки оценивали методом фазово-контрастной микроскопии с помощью микроскопа Olympus BX-41 (Olympus, Япония). На основании полученных данных был разработан способ прогнозирования развития гнойнодеструктивных осложнений во II фазе ТОП. Для апробации предложенного способа была создана группа клинического наблюдения из 72 пациентов ТОП.

Результаты. На течение II фазы тяжелого острого панкреатита оказывает влияние множество факторов, в том числе состояние неспецифического иммунитета, уровень лейкоцитоза, выраженность лимфопении, интегральных гематологических показателей, активности блеббинга лимфоцитов, поражения поджелудочной железы и забрюшинного пространства: визуализация по данным КТ ангиографии девитализированных тканей поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, распространенностью воспалительного инфильтрата, и наличием пузырьков газа в проекции жидкостных образований.

Выводы. Чувствительность способа 93,75%, специфичность – 98,21%, точность – 97,22%, прогностическая значимость положительного результата – 93,75%, прогностическая значимость отрицательного результата – 98,21%.

Гайнуллина Э.Н.

ОСЛОЖНЕННЫЕ ФОРМЫ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ: НУЖНА ЛИ ПЛАНОВАЯ РЕЗЕКЦИЯ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

Актуальность. Дивертикулярная болезнь ободочной кишки (ДБОК) по распространенности, характеру клинических проявлений, наличию осложнений, представляет не только медицинскую, но и социально-экономическую проблему. ДБОК относится к болезням цивилизации, частота которой увеличивается с возрастом. Так, в возрасте 60 лет до 30% людей имеют дивертикулез ободочной кишки, в большинстве случаев ничем не проявляющийся на протяжении всей дальнейшей жизни. Однако от 10 до 25% из них имеют клинические проявления, связанные с наличием дивертикулов. В свою очередь, около трети пациентов имеют осложненные формы ДБОК, чаще в виде острого дивертикулита (ОД), значительно реже в виде кровотечения, стриктур, свищей

ободочной кишки. Несмотря на высокую значимость данной патологии и имеющимися современными подходами диагностики и лечения, остается открытым вопрос: «нужна ли плановая резекция ободочной кишки?»

Материал и методы. В исследование включены 129 больных с диагнозом: Дивертикулярная болезнь ободочной кишки, осложненная острым дивертикулитом из отделения общей хирургии и колопроктологии и больницы скорой медицинской помощи г. Уфа. Проведены полные диагностические мероприятия и определена тактика лечения. Из них 49 (37,9%) мужчин и 80 (62,01%) женщин. Средний возраст составил $65,3 \pm 11,13$. Экстренно поступили 122 (94,5%), планово – 7(5,4%) больных. Из 129 больных 87 (67,4%) поступили с впервые возникшими симптомами ДБОК и его осложнений. 42 (32,5%) поступили с повторными атаками ОД. После диагностических мероприятий 104 (80,62%) больных выявлен острый дивертикулит, перидивертикулярный инфильтрат у 12 (9,3%), кровотечение у 9 (6,97%), абсцесс – 2 (1,5%), перфоративный дивертикулит у 2 (1,5%). Хирургическое лечение проведено 24 (18,6%) пациентам, из них планово поступившим 3 (2,3%) больным проведено: 2 (1,5%) – операция Гартмана и 1 (0,7%) – резекция сигмовидной кишки с сигмоидоректоанастомозом конец в бок. Всем 3 пациентам назначено плановая резекция ободочной кишки после 3х и более эпизодов атак ОД. Все трое больных выписаны в удовлетворительном состоянии. 7 (5,4%) больным проведено хирургическое вмешательство по экстренным показаниям. Из них 5 (3,8%) выполнена операция Гартмана (по поводу кровотечения, перфоративного дивертикулита и повторного эпизода атаки ОД), 1 (0,7%) – субтотальная колэктомия с илиосигмоидоанастомозом (больному, поступившему с кишечным кровотечением из дивертикула), 1(0,7%) проведена сигмоидэктомия, десцендоректоанастомоз (при атаке ОД). Из этих 7 (5,4%) больных 5 (3,8%) в анамнезе которых до 2х атак. У 2 (1,5%) – более 3х атак. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии. Остальным 14 (10,8%) проведена диагностическая лапароскопия с санацией брюшной полости.

Результаты. При исследовании 129 больных, госпитализированных по поводу осложненных форм ДБОК 42 (32,5%) в анамнезе имели, по крайней мере, один эпизод атаки дивертикулита, тогда как у 87 (67,4%)поступили с впервые возникшими симптомами ДБОК и его осложнений. 3 (2,3%) пациента, поступившие на плановое оперативное лечение были после 3х и более эпизодов атак ОД. 7 (5,4%) больных, прооперированы по экстренным показаниям, 5 (3,8%) – имело место быть осложнения ОД (кровотечение – 2(1,5%), перфоративный дивертикулит – 1 (0,7%),

перидивертикулярный абсцесс – 1 (0,7%). Эти больные имели 12 эпизода атаки ОД на момент поступления в наш стационар. 2(1,5%) больных поступили с 3 и более атаками ОД в анамнезе.

Выводы. Таким образом, операции, выполненные при первых обращениях были по поводу осложненных форм острого дивертикулита. Плановые резекции могут иметь незначительное влияние на частоту осложненных форм, так как большинство осложнений могут проявиться с первой атаки дивертикулита. Показания к плановым оперативным вмешательствам при осложненных формах ДБОК должны основываться не только на количестве эпизодов атаки ОД, но и учитывая ряд обстоятельств, как тяжесть, выраженность симптомов, клинических проявлений и сопутствующие факторы. Также очевидными показаниями являются наличие стеноза, свищей и подозрение на рак.

Гайнуллина Э.Н.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ДИВЕРТИКУЛИТЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

Актуальность. Дивертикулярная болезнь ободочной кишки (ДБОК) встречается у 30% и более среди всей популяции, у лиц старше 70 лет – 40% и более. Среди госпитализированных больных на долю ДБОК приходится 8,4%. Частота осложнений достигает 1060%, смертность 1,32,3%, при перфоративном дивертикулите до 35%.

Материал и методы. Дизайн исследования – проспективное нерандомизированное исследование. Анализу подвергнуты 2640 больных, госпитализированных в экстренном порядке в клиники хирургии ИДПО и факультетской хирургии с курсом колопроктологии Башкирского государственного медицинского университета. Среди больных мужчин было 35%, женщин – 65%, до 40 лет – 6,8%, 41-60 лет – 42,6%, от 61 до 70 лет – 30,3%, старше 70 лет – 20,1%. В обследовании использованы рутинные клиникалабораторные, рентгенологические (СКТ, МРТ, ирригография, инвазивная ангиография), УЗИ, эндоскопические (ФКС, лапароскопия), мониторинг интраабдоминального давления.

Результаты. 82,6% больных проведено консервативное лечение (n=2182), 458 (17,34%) – хирургическое лечение. В сомнительных случаях (n=126 – 7,95%) при остром

дивертикулите, после УЗИ выполнялась лапароскопия. В последние 5 лет преимущество отдаётся спиральной компьютерной томографии (СКТ). При перидивертикулярном инфильтрате (n314), абсцессах (n=1187), наиболее информативны УЗИ и СКТ (чувствительность и специфичность 88%, 78% и 92%, 88% соответственно). В этих ситуациях лапароскопия использовалась при предполагаемых оперативных вмешательствах или исключения другой острой абдоминальной патологии. Использовалась классификация Hinchey E.J. (1978), в соответствии с которой I степень перфоративного дивертикулита была у 76 больных, II степень у 111, III степень – 103 и IV степень у 26 больных. Кровотечения только в 9,8% носили массивный характер с развитием геморрагического шока, в диагностике приходится использовать весь арсенал диагностических методов, включая СКТангиографию и инвазивную ангиографию брыжеечных артерий, ФКС, нативную КТ, примерно у 25% больных при установленном дивертикулёзе источник не удаётся установить. При осложнённом остром дивертикулите проводили внутривенную антибиотикотерапию, пероральный приём жидкости не ограничивали, в 7,9% консервативная терапия была безуспешной, 26% больных этой группы в течение 18 месяцы госпитализировали повторно с рецидивом, но с более тяжёлыми осложнениями. Из 314 больных с перидивертикулярным инфильтратом 11 (3,5%) ввиду безуспешности консервативной терапии выполнено оперативное лечение (сигмоэктомиа, гемиколэктомия). При перфоративном дивертикулите I степени проводили вскрытие абсцесса (лапароскопическим (31), лапаротомным (39), пункционным способом (9)), II степени – чаще лапаротомным, реже поясничным доступом (забрюшинные абсцессы(18)), пункционно (14) под контролем УЗИ, при III и IV степенях – экстериоризация (52), операция Гартмана (69), первичная резекция в 10 случаях (III степень). Срочные резекции ободочной кишки при кровотечениях выполнены у 86 больных (21,6%), консервативная терапия была эффективной в 78,4%. В конечном итоге, в большинстве случаев (78,8%) выполнены двухэтапные операции. Послеоперационная летальность составила 8,95%, общая – 1,55%.

Выводы. Больные с неосложнённым острым дивертикулитом, 96,5% с перидивертикулярным инфильтратом поддаются консервативной терапии. Классификация Hinchey рациональна для определения типа, степени тяжести перфоративного дивертикулита и выбора рациональной тактики. Высокий процент рецидивов (26%) в течение ближайших 18 месяцев, позволяет допускать необходимость более активной плановой хирургии.

Гафарова А. Р.

ДИАГНОСТИКА И ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И АБДОМИНАЛЬНОГО КОМПАРТМЕНТ СИНДРОМА БГМУ

Актуальность. Интраабдоминальная гипертензия (ИАГ) и абдоминальный компартмент синдром (АКС) остаются сложной проблемой абдоминальной хирургии. К настоящему времени достаточно глубоко изучены патофизиологические механизмы, методы определения интраабдоминального давления (ИАД), частоты его измерения, методы консервативного и хирургического лечения. В последние десятилетия больше исследователей считают хирургическую декомпрессию как вариант лечения при рефрактерных к консервативному лечению формах ИАГ АКС.

Материал и методы. Исследование проведено 397 больным, госпитализированным в экстренном порядке в клинику хирургии за 2009-2017 годы. Среди пациентов у 197 была острая обтурационная непроходимость толстой кишки (ООНТК), у 200 тяжёлый острый панкреатит (ТОП) (деструктивный, осложнённый). В основную группу (I группа) включены больные (201), которым исследование и лечение проводили с учётом показателей ИАД, уровня лактата крови, как главных критериев оценки состояния больных и при выборе метода лечения, в т.ч. 101 (51,27%) пациент с ООНТК 100(50%) пациентов с ТОП. Во II группу (сравнения) вошли 196 больных, лечение которым проводилось по стандартной методике без учета ИАД, уровня лактата крови 96 (48,73%) пациентов с ООНТК и 100 (50%) пациентов с ТОП.

Результаты. Пациенты в обеих группах были репрезентативными по полу, возрасту, тяжести течения заболевания (табл. 1). Табл. 1. Распределение пациентов по степени ИАН. Степень ИАГ I группа (n/%) II группа (n/%) ООНТК ТОП ООНТК ТОП I 46 (42,57%) 52 (52%) 48 (78,9%) 50 (50%) II 28 (27,7%) 24 (24%) 23 (23,9%) 15 (15%) III 18 (17,8%) 16 (16%) 16 (16%) 15 (15%) IV 12 (11,88%) 8 (8%) 10 (10,4%) 9 (9%) Всего 101 (100%) 100 (100%) 96 (1%) 100 (100%) Для подтверждения синдрома ИАГ мы проводили измерение ИАД через каждые 46 часов, одновременно определяя уровень перфузионного давления в брюшной полости (ПДБП). Прогностически неблагоприятные ситуации возникали при ПДБП(50%). При I степени ИАГ проводили консервативную терапию. У всех больных (43 с ООНТК и 52 с ТОП) удалось добиться снижения или нормализации ИАД ($9,5 \pm 0,8$ мм.рт.ст.). Больные с ООНТК в последующем были оперированы в сроки от 24 до 48 часов. При II степени ИАГ

лечебная тактика примерно соответствует терапии I степени ИАН, включая малообъемную инфузию, проводили измерение ИАД через 24 часа и других показателей через 46 часов. При нарастании ИАД, снижении ПДБП, увеличение лактата крови в течение 612 часов устанавливали показания к нейромышечной блокаде длительной перидуральной блокаде (0,2% раствор ропивакаина со скоростью инфузия 6 мл/час). При отсутствии эффекта от такого лечения, нарастании ИАД более 25 мм.рт.ст. выполняли лапаротомию. У пациентов с ИАГ III степени проводили интенсивную терапию в течение 24 часов, включая нейромышечную блокаду. При сохранении исходного уровня ИАД или его увеличении, выполняли экстренную декомпрессию лапаротомию параллельно с реанимационными мероприятиями.

Выводы. Измерение ИАД должно проводиться первично в обязательном порядке выше перечисленной категории пациентов. Предварительная оценка функционального состояния лёгких, почек, определение уровня сатурации крови, рН и лактата крови могут способствовать раннему распознаванию ИАГ как предметов этого патологического состояния. Агрессивная нехирургическая интенсивная терапия имеет решающее значение для предупреждения осложнений ИАГ/АКС. Необходимо отметить, что не все пациенты требуют хирургического лечения или агрессивной инфузионной терапии, часто достаточно чрескожное дренирование абсцесса или асцита. Концепция лечения ИАГ/АКС основана на 4х принципах: 1. Последовательный мониторинг ИАД. 2. Оптимизация системной перфузии и функции органов. 3. Институт конкретных медицинских вмешательств для снижения ИАД. 4. Срочная хирургическая декомпрессия для рефрактерных форм ИАГ. Кратковременная нейромышечная блокада эффективна при умеренных формах ИАГ[13], назогастральное и/или дренирование толстой кишки, клизмы, эндоскопическая декомпрессия, прокинетики позволяют снизить ИАД. В то же время, своевременно выполненная хирургическая декомпрессия при ИАГ III и IV степени, позволила нам снизить смертность от 2,6 до 6,6 раз.

Гафиуллиев М.Р., Гагарина С.В., Суворова С.А., Орёлкин В.И.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АБДОМИНОПЛАСТИКИ В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

ГУЗ Ульяновский областной клинический центр специализированных видов
медицинской помощи

Актуальность. Всемирная организация здравоохранения определила ожирение и избыточную массу тела как «патологическое или чрезмерное накопление жира, которое может негативно повлиять на здоровье» и объявила эту патологию глобальной эпидемией. Для классификации ожирения во многих странах, в том числе и в России, используется индекс массы тела (ИМТ), рассчитываемый по формуле: масса (кг) / рост (м²). При этом ИМТ ≥ 25 указывает на избыточную массу, а ИМТ ≥ 30 – на ожирение [22]. Многие зарубежные исследователи относят избыточную массу тела и ожирение к многофакторным, сложным, мультигенным расстройствам, которые тесно связаны с особенностями психосоциальнокультурной среды.

Материал и методы. Обследована пациентка Х. 54 лет. Предоперационное обследование выявило картину морбидного ожирения алиментарноконституционального генеза, по абдоминальному типу, осложненное гигантской жировой складкой передней брюшной стенки и вторичной лимфедемой. Проведена атипичная средняя абдоминопластика с реконструктивнопластическим компонентом передней брюшной стенки.

Результаты. Успешное удаление жирового "фартука" весом в 60 кг.

Выводы. Исходя из нашего клинического опыта можно сказать, что пациенты с запущенным морбидным ожирением положительно поддаются комплексному лечению с минимальными осложнениями в послеоперационном периоде. Удаление основного коллектора жировой ткани положительно влияет на дальнейшее снижение веса в комплексе с консервативной терапией.

Данильченко И.Ю., Савостьянов И.В.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ АНАТОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПАРАМЕТРОВ ЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА

НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г.Новокузнецк

Актуальность. Существует способ оценки качества хирургического доступа на основании критериев, предложенных А. Ю. СозонЯрошевичем. Этот метод получил широкое распространение в медицинской общественности, и многие ученые применяли его как для модификации уже существующих доступов, так и для внедрения новых. Недостатком оценки оперативных доступов в анатомическом исследовании или в процессе реального хирургического вмешательства является отсутствие возможности оценки параметров доступов на предоперационном этапе, возможности индивидуального планирования оперативного пособия, также выполнение измерений всегда сопряжено с инвазивным вмешательством. Современные методы лучевой диагностики позволяют обойти эти недостатки, но в настоящее время, работы, направленные на оценку оперативных доступов носят единичный характер. В литературе не найдено работ, в которых бы проводилась оценка параметров лапаротомных доступов с применением современных методов лучевой диагностики.

Материал и методы. На первом этапе работы были проанализированы спиральные компьютерные томограммы органов брюшной полости 61 пациента. На полученных изображениях проводили измерение угла операционного действия по длине (УОДД), угла операционного действия по ширине (УОДШ), угла наклона оси операционного действия (УНООД), глубины раны (ГР). Для проведения сравнительной оценки нами была избрана верхняя поперечная лапаротомия. В качестве точек приложения были избраны наиболее отдаленные отделы брюшной полости – правый и левый купола диафрагмы, пищеводное отверстие диафрагмы, правая и левая подвздошные ямки и прямокишечная ямка. В анатомическом исследовании на 12 трупах было проведено измерение аналогичных параметров верхней поперечной лапаротомии. Ввиду того, что на спиральных компьютерных томограммах невозможно определить эластичность передней брюшной стенки, то для стандартизации исследования ширина доступа условно принята за 10см.

Результаты. Таблица 1. Параметры верхней поперечной лапаротомии. Анатомическое исследование ($M \pm m$, $n=12$) СКТ ($M \pm m$, $n=61$) УОДШ, ° УОДД, ° ГР, см УОДШ, °

УОДД, ° ГР, см Правый купол диафрагмы 22,2±4,8 61,6±15,3 16,7±2,4 27,9±5,6 72,3±8,2 18,3±3,2 Пищеводное отверстие диафрагмы 24,9±7,0 66,4±15,2 15,6±1,8 32,7±6,1 91,3±11,2 14,8±3,0 Левый купол диафрагмы 23,7±7,2 59,4±14,3 17±2,2 28,9±5,5 74,6±9,7 18,2±3,4 Правая подвздошная ямка 22,3±4,8 60,7±21,1 18,3±3,1 12,3±3,2 53,9±7,1 25,0±2,4 Прямокишечная ямка 20,6±7,0 55,4±17,7 21,2±3,7 11,2±2,8 52,3±7,0 26,8±3,5 Левая подвздошная ямка 23,6±3,5 59,9±18,7 18,3±3,7 12,7±3,4 54,6±7,1 24,7±2,7

Статистический анализ проводили в программе IBM SPSS Statistics v.22.0 (IBM, США). Для сравнительной оценки параметров верхней поперечной лапаротомии использовался непараметрический критерий МаннаУитни. Критический уровень значимости p при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05. По параметру «УОДД» к точкам приложения «правый купол диафрагмы» ($p=0,03$), «левый купол диафрагмы» ($p=0,01$) и «пищеводное отверстие диафрагмы» ($p=0,000012$) выявлены статистически значимые различия; к точкам приложения «правая подвздошная ямка» ($p=0,209$), «прямокишечная ямка» ($p=0,850$) и «левая подвздошная ямка» ($p=0,409$) статистически значимых различий не выявлено. По параметру «УОДШ» к точке приложения «левый купол диафрагмы» статистически значимых различий не выявлено; к остальным точкам приложения выявлены статистически значимые различия (p).

Выводы. По данным, как анатомического исследования, так и спиральной компьютерной томографии верхняя поперечная лапаротомия обладает достаточными условиями для проведения оперативного вмешательства на органах брюшной полости. Выявленные статистически значимые различия по различным параметрам операционного доступа, вероятно, связаны с небольшим количеством проведенных анатомических исследований и требуют дальнейшего изучения.

Захарова М.А., Гоев А.А., Стручков В.Ю., Калдаров А.Р., Морозов А.С.

ОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии
имени А.В. Вишневского» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Пациенты с осложненными формами хронического панкреатита (ХП) нуждаются в выполнении оперативного вмешательства. Одним из доказанных объективных методов оценки результатов хирургического лечения является оценка качества жизни (КЖ).

Материал и методы. Был проведен анализ КЖ 31 пациента, оперированного по поводу осложненного течения ХП. Большинство больных были лицами мужского пола — 21 пациент. Средний возраст составил 49(44;53) лет. ИМТ 22,4(20,4;24). Всем пациентам выполнена частичная резекция головки поджелудочной железы с продольной панкреатоеюностомией. Оценка КЖ проведена с помощью общих анкетопросников QLQ EORTS C30, SF 36, ВАШ. Пациенты были анкетированы спустя более 6 месяцев после операции. Медиана наблюдения составила 11,5 месяцев. Данные были статистически обработаны с помощью непараметрических методов. Количественные данные представлены в виде медианы с указанием интерквартильного размаха. Различия между количественными характеристиками определены с помощью критерия МаннаУитни.

Результаты. Интегральный показатель общего КЖ (в соответствии с QLQ C30) возрос с 29,17(0;50,0) единиц до 75,0(54,2; 83,3). Уровень физического состояния пациентов (в соответствии с SF 36) до операции составил 30,5(24,8;37,5) баллов, после операции – 50,8(46,7;56,5) баллов. Психологический статус до операции 30,2(26,7;36,4), после операции – 53,8(48,7;57,3). Уровень боли по ВАШ до операции составил 8(8;10) баллов, после операции – 3(2;5) баллов. Выявленные различия до и после операции статистически достоверны (р.

Выводы. Частичная резекция головки поджелудочной железы с продольной панкреатоеюностомией способствует достоверному снижению болевого синдрома и улучшению КЖ. Однако, следует продолжить контроль данной группы пациентов с целью выявления возможного рецидива симптомов ХП.

Иванов А.В., Митрофанова А.Ю., Самтаков П.А.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им И.Н. Ульянова» г.

Чебоксары, Россия

Актуальность. Выбор рациональной хирургической тактики при различных осложнениях хронического панкреатита (ХП).

Материал и методы. На основе собранных данных на базе БУ «Республиканской клинической больницы» МЗ ЧР г. Чебоксары, в период с 2006 по 2016 годы, выполнено 356 операции по поводу осложненных форм ХП. Показаниями для операционного вмешательства были: выраженный абдоминальный болевой синдром, не поддающийся консервативной терапии, билиарная гипертензия, механическая желтуха, гипертензия главного панкреатического протока (ГПП), кистознофиброзные трансформации поджелудочной железы (ПЖ). Отсутствие выраженных фиброзовоспалительных изменений в головке ПЖ и других осложнений ХП, при наличии широкого ГПП, являлось показанием для наложения продольного панкреатоеюноанастомоза (ПЕА) – 29 операций. При выраженных локальных фиброзовоспалительных изменениях в хвосте ПЖ, выполнялась дистальная резекция ПЖ – 34 операции. При невозможности исключить злокачественного новообразования тела ПЖ, у 29 пациентов, была выполнена корпорокаудальная резекция ПЖ. Фиброзовоспалительные изменения, увеличение головки ПЖ, широкий ГПП были показанием к субтотальной дуоденосохраняющей резекции головки ПЖ с наложением ПЕА – 151 операция. Фиброзные изменения головки ПЖ без изменений в теле и хвосте при узком ГПП, в 8 случаях были показанием только к локальной резекции головки ПЖ. В этом случае полость, образовавшаяся в результате резекции головки, дренировалась в тощую кишку, выделенную по Ру. У 43 больных ХП осложнилась желчной гипертензией, механической желтухой. 35 больным из этой группы операция Фрея была дополнена наложением гепатикоеюноанастомоза, а 8 случаях с наложением внутреннего билиопанкреатического анастомоза. У 9 пациентов при выраженных фиброзовоспалительных изменениях во всей ПЖ и узком ГПП производилось продольное корытообразное иссечение (операция Избики). В 9 случаях ХП был осложнен ложной аневризмой (ЛА) артерий чревного ствола. Первым этапом выполнялась суперселективная рентгенэндоваскулярная эмболизация питающего

аневризму сосуда. Вторым этапом выполнялись резекционные хирургические вмешательства на ПЖ. Невозможность исключения злокачественной опухоли головки ПЖ, являлась показанием к панкреатодуоденальной резекции – 19 операций. У 1 больного была проведена тотальная резекция ПЖ связи с фиброзной трансформацией и выраженным абдоминальным болевым синдромом. Результаты: У 7 больных, после наложения ПЕА в сроки от 9 до 14 месяцев появился болевой синдром. Им была выполнена операция Фрея. У 3 больных после наложения внутреннего билиопанкреатического анастомоза был рецидив механической желтухи. Им был наложен гепатикоюноанастомоз по Ру. После субтотальной дуоденосохраняющей резекции головки ПЖ в сочетании с ПЕА были получены хорошие результаты. Летальных исходов не было.

Результаты. У 7 больных, после наложения ПЕА в сроки от 9 до 14 месяцев появился болевой синдром. Им была выполнена операция Фрея. У 3 больных после наложения внутреннего билиопанкреатического анастомоза был рецидив механической желтухи. Им был наложен гепатикоюноанастомоз по Ру. После субтотальной дуоденосохраняющей резекции головки ПЖ в сочетании с ПЕА были получены хорошие результаты. Летальных исходов не было.

Выводы. Хирургическая тактика у больных с ХП должна зависеть от масштаба, локализации морфологических изменений в ПЖ, диаметра ГПП, наличия желчной гипертензии, дуоденостаза, ЛА артерий чревного ствола. Также не мало важный аспект нужно уделить послеоперационной реабилитации и соблюдение рекомендаций врача.

Исаев М.Х.

СОЧЕТАНИЕ НАТЯЖНОЙ И НЕ НАТЯЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИК

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ,

г.Махачкала

Актуальность. Вопрос выбора метода реконструкции глубокого пахового кольца и задней стенки пахового канала местными тканями остается актуальным.

Материал и методы. 14 пациентов с сочетанием натяжной и не натяжной герниопластики 3 4 1 – расположен латерально от семенного канатика. 2 – представлен глубоким паховым кольцом. 3 – паховый канал соответственно боковым мышцам. 4 – медиальный отдел пахового канала соответственно апоневрозу прямой мышцы. Для

пластики первых трех отделов использование эндопротеза не имеет какоголибо преимущества перед местными тканями при их использовании по предлагаемому способу. Мы исключаем захват в один шов поперечную фасцию (ПФ) с мышцами, апоневроза с мышцами, тем более всех трех вместе. ПФ в пределах повреждения восстанавливаем П образными швами, которые прочно цепляются за волокна ПФ. Для этого шва используем нить, наложенную на культю грыжевого мешка, что позволяет под визуальным контролем проследить ход иглы, определить протяженность захватываемых тканей и предупредить повреждение внутренних эпигастральных сосудов. Узловой шов при затягивании проскальзывает параллельно между поперечными волокнами ПФ. Для обеспечения надежной поддержки и укрепления восстановленной ПФ нужно полностью отказаться от затягивания на мышцах лигатуры до упора, что является причиной проявления всех негативных последствий, приписываемых пластике местными тканями. Нужно, чтобы узел находился лишь только в соприкосновении с мышечной тканью рис. 1 (3), нельзя, чтобы лигатура врезалась в толщу мышц. Мышечная ткань обладает силой и мощностью, в то же время она является нежной и легко ранимой и к ней надо относиться деликатно, так же как и элементам семенного канатика. Мышцы в лигатурном желобке должны располагаться также свободно, как и семенной канатик в паховом кольце. При таком способе мышцы не повреждаются, не нарушается иннервация и микроциркуляция. По предлагаемому способу мы накладываем шов на мышцы и латеральное семенного канатика рис. 1 (6). Апоневроз наружной косой мышцы живота (НКМЖ) восстанавливаем в виде дубликатуры. Соблюдение этих принципов пластики при косой паховой грыже исключает возможность повторного возникновения грыжи. Четвертый – медиальный отдел пахового канала является наиболее слабым участком пахового канала, т.к. остается неприкрытым внутренней косой и поперечной мышцами, а апоневроз НКМЖ напротив этого отдела формирует поверхностное паховое кольцо. Такая анатомия медиального отдела пахового канала является причиной появления прямой паховой грыжи и затрудняет ее пластику. Дефект ПФ восстанавливаем, используя П образные швы. При паховой грыже, когда высота пахового промежутка составляет более 3 см, свести их в плотную сопряжен высоким риском несостоятельности шва. По нашим данным это встречается в 12,4% случаях. Эти ткани являются наиболее фиксированными в отличие от паховой связки и боковых мышц пахового канала, которые являются мобильными и расположены друг от друга менее чем 2 см, что позволяет сблизить их без натяжения и, следовательно, без повреждения мышечной

ткани. Таким образом, при высоте пахового промежутка более 3 см для восстановления медиального отдела пахового канала необходимо использовать эндопротез. Его размеры должны превышать площадь медиального отдела более 30%. Фиксируем эндопротез к лонной кости, апоневрозу прямой мышцы живота, медиальной части паховой связки и подшитым к паховой связке внутренней косой и поперечной мышцам рис. 1 (4 отдел слева). У 14 пациентов, оперированных с 2016 года, с сочетанием пластики первых 3 отделов местными тканями по предлагаемому способу, а 4 отдела с использованием эндопротеза, рецидива паховой грыжи по настоящее время не наблюдается.

Результаты. Безрецидивное течение.

Выводы. Эффективность сочленения натяжной и не натяжной герниопластики.

Короткий В.И., Аллакунов А.А., Салихов Р.Е.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАРДИОФУНДАЛЬНЫХ И СУБТОТАЛЬНЫХ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университете), Клиника Факультетской хирургии им. Н.Н.Бурденко, Кафедра Факультетской хирургии №1

Актуальность. Оперативное лечение кардиофундальных и субтотальных грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) часто вызывает ряд трудностей, связанных с размерами содержимого грыжи и изменениями в области пищеводножелудочного перехода. Эндовидеохирургический доступ несмотря на то, что является наиболее сложным с технической точки зрения, сегодня широко используется при этой операции. Но все же остаются открытыми ряд вопросов, касающихся техники лапароскопического лечения: поиск безопасного и эффективного способа восстановления дефекта пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД) и создания эффективной манжеты.

Материал и методы. С 2006 по 2018 год выполнено 95 операции у больных с кардиофундальными (КФ) 61, субтотальными (СТ) – 31 и тотальными (Т) 3 ГПОД. Доступ: 47 (49,5%) лапароскопически (КФ – 33, СТ – 13, Т 1) и 48 (50,5%) из лапаротомного доступа (КФ 28, СТ – 18, Т – 2). Средний возраст 62,5 года (41 – 83). Длительность заболевания 8,9 лет. Внепищеводные симптомы у 46 (48,4%) больных: 15

– бронхолегочный, 36 – гастрокардиальный. Укорочение пищевода (УП) диагностировано у всех пациентов. Вне зависимости от доступа этапы операции не изменялись: низведение грыжевого содержимого, иссечение грыжевого мешка, симметричная фундо или гастропликация по Черноусову при 1 или 2 степени УП, задняя крурорафия. Проведено 25 фундопликаций (эндоскопически – 19) при укорочении 1 степени и 70 гастропликаций (эндоскопически – 28) преимущественно при УП 2 степени. Дефект пищеводного отверстия всегда устранялся без установки аллотрансплантатов, выполнялась задняя крурорафии. Поперечная пилоропластика только при лапаротомии у 21(25,3%) пациента. Осложнения во время операции у 8 больных (3 – кровотечение, 4 – вскрытие плевры, 1 – травма кардии); все устранены во время операции без конверсии, на послеоперационный период не повлияли.

Результаты. Средний койкодень после лапароскопии 7,5, при лапаротомии– 9,3. Осложнения в раннем послеоперационном периоде у 15 пациентов: лапароскопия: 3 – дуоденостаз, гастростаз, 1 – бронхоспазм, 1 – рецидив ГПОД (неполное иссечение грыжевого мешка), 2 дисфагия, 1 – пневмоторакс; лапаротомия – гастродуоденостаз – 1, острый панкреатит – 1, гиперфункция манжеты – 1 (выполнена дилатация), сердечная недостаточность – 1, выпот в плевральной полости – 2, кровотечение из передней брюшной стенки – 1. Рецидив ГПОД и послеоперационная дисфагия после лапароскопии у 3 пациентов потребовали повторные операции в раннем (2) и позднем послеоперационном периодах. Кровотечение из дренажного отверстия после лапаротомии потребовало повторного оперативного вмешательства. Остальные осложнения разрешены консервативно. Рецидивов рефлюксэзофагита, осложнений в отдаленном периоде не выявлено. Адекватно функционирующая манжета располагалась в заднем средостении у трети пациентов. Крурорафия эффективна у всех пациентов вне зависимости от изначальных размеров ПОД.

Выводы. 1. Формирование полной симметричной манжеты – оптимальный метод антирефлюксной операции у больных с кардиофундальными, субтотальными и тотальными ГПОД при УП.

2. Правильно сформированная манжета корригирует рефлюксэзофагит вне зависимости от ее расположения относительно диафрагмы. Фиксация манжеты к окружающим тканям является ошибочной.

3. Полное иссечение грыжевого мешка – эффективная профилактика рецидива грыжи.

4. Задняя крурорафия дает возможность эффективно устранить дефект ПОД без аллопластики.

5. Операция выполнима и эффективна при использовании лапароскопии. Процент послеоперационных осложнений сопоставим при сравнении двух доступов.

Куликов Д.В., Корольков А.Ю., Морозов В.П., Ваганов А.А.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛОКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ФЕРМЕНТАТИВНОГО ПАРАПАНКРЕАТИТА

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им.И.П.Павлова

Актуальность. Несмотря на успехи современной медицины, острый деструктивный панкреатит является одной из актуальнейших проблем неотложной хирургии. Это связано с неудовлетворительными результатами лечения тяжелых и среднетяжелых форм. Высокая летальность, достигающая 20%, высокие экономические затраты и инвалидизация пациентов, заставляет хирургов искать новые методы и подходы к лечению острого деструктивного панкреатита. Исходя из современных представлений о патогенезе острого деструктивного панкреатита, в его течении можно выделить 3 основных компонента – панкреонекроз, парапанкреатит, ферментативный перитонит, выраженность и соотношение которых определяет клиническое течение и тяжесть панкреатита. Современные рекомендации по лечению острого панкреатита в наибольшей степени направлены на раннее лечение панкреонекроза и предупреждения его распространения, определяют активную хирургическую тактику при ферментативном перитоните для эвакуации токсического выпота. Однако лечение парапанкреатита (перипанкреатический инфильтрат) рассматривается лишь со второй недели заболевания в IV фазу, и включает в себя базисную инфузионную терапию, антибиотикопрофилактику, лечебное питание, иммунотерапию. Рассматривая патогенез перипанкреатического инфильтрата, его формирование начинается с первых часов острого деструктивного панкреатита и связано с попаданием протеолитических и липолитических ферментов в парапанкреатическую, параколитическую клетчатку, развивается ферментативный парапанкреатит, а перипанкреатический инфильтрат следует рассматривать как осложнение ферментативного парапанкреатита. Учитывая анатомические особенности парапанкреатической клетчатки, и ее венозolimфоартериальную изоляцию при деструктивном панкреатите, системные методы лечения представляются малоэффективными.

Материал и методы. В связи с чем, авторами был рассмотрена возможность и эффективность применения локальной терапии ферментативного парапанкреатита, которая осуществлялась с помощью пункции парапанкреатической клетчатки по методике Романа, дополненная УЗконтролем, и завершалась катетеризацией парапанкреатической клетчатки стилеткатетером 8Fr. Пункция и дренирование выполнялось в 13 сутки от начала заболевания. В течение 3х суток осуществлялась ирригация новокаиномедикаментозной смеси 1 раз в сутки (300мл новокаина 0,5%, апротинин 10 000ед, дексаметазон 8мг). В исследование включались пациенты с острым деструктивным панкреатитом, ферментативным парапанкреатитом, имеющие сумму баллов по шкале НИИ СП Скорой помощи им. И.И.Джанелидзе 2 и более (среднетяжелый и тяжелый панкреатит), получавшие однотипную терапию, согласно национальным рекомендациям по лечению острого панкреатита от 2014 г., сроки начала терапии 13 сутки, с отсутствием у пациентов выраженной сопутствующей патологии, способной повлиять на исход. Основную группу составили 48 пациентов (Группа 1), которым осуществлялась как локальная терапия ферментативного парапанкреатита по вышеописанной методике, так и системная терапия. Группу сравнения составили 72 пациента (Группа 2), которым осуществлялась только системная терапия. Группы пациентов по полу, возрасту и течению заболевания были сопоставимы.

Результаты. Летальность в группе 1 составила 6,2% (3 пациента), ранняя летальность наблюдалась в 2% (1 пациент). Пациент скончался на 5 сутки заболевания, при патологоанатомическом исследовании отмечался субтотальный панкреонекроз с гнойнонекротическим поражением парапанкреатической и параколитической клетчатки, в связи с чем, течение панкреатита у данного пациента трактовалась как фульминантное. Частота инфекционных осложнений в группе 1 составила 29,1% (14 пациентов). Разница в частоте инфекционных осложнений является статистически достоверной. Так же следует отметить, что в группе 1 купирование болевого синдрома и пареза кишечника отмечались в более ранние сроки, что приводило к ранней активизации пациента, возможности начала энтерального питания в более ранние сроки. Осложнений, связанных с катетеризацией парапанкреатической клетчатки в группе 1 не наблюдалось. Летальность в группе 2 составила 8,3% (6 пациентов). При этом ранняя летальность наблюдалась у 2,7% (2 пациента). Частота развития инфекционных осложнений в группе 2 составила 39,8 % (28 больных).

Выводы. Авторам представляется метод катетеризации парапанкреатической клетчатки для локальной терапии под УЗконтролем перспективным направлением лечения, в связи с доступностью метода, простотой его выполнения и минимальным количеством осложнений, но требует дальнейшего изучения.

Литвин А.А., Колокольцева Е.Н., Гисматуллина Е.Р.

ШКАЛА РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ АДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА PIPAS

Балтийский федеральный университет им. Им. Канта, Калининград

Актуальность. Разработка новой шкалы оценки ранних проявлений острого перитонита.

Материал и методы. Мы приняли участие в международном мультицентровом исследовании, в котором было задействовано 3137 пациента из 152 лечебных учреждений 56 стран. Все участники исследования были пациентами хирургических отделений, куда они были госпитализированы с диагнозом острый перитонит.

Результаты. Разработана новая шкала оценки раннего выявления симптомов острого перитонита. У пациентов с оценкой по шкале от 0 до 3 баллов летальность составила 3,0%; у пациентов, с оценкой 4-6 баллов – 21,4%; у пациентов, с результатом ≥ 7 баллов 43,7%. Для пациентов, у которых оценка по шкале PIPAS была ≥ 9 баллов, летальность составляла 52,7 %; для пациентов с оценкой ≥ 11 баллов – 74,5%; для пациентов с оценкой ≥ 13 – 85,7%, соответственно.

Выводы. Шкала оценки PIPAS (Physiologic Indicators for Prognosis in Abdominal Sepsis) для пациентов с острым перитонитом, может использоваться с целью раннего выявления больных с высоким риском летального исхода. Учитывая широкое географическое распределение участников исследования, шкала PIPAS может применяться на международном уровне.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИИ ПРИ СИНДРОМЕ МЕЛЛОРИВЕЙСА

Ташкентский медицинский педиатрический институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В общей структуре кровотечений из верхних отделов желудочнокишечного тракта удельный вес больных с синдромом МеллориВейса составляет в среднем до 15%. Консервативная гемостатическая терапия в сочетании с эндоскопическими методами гемостаза позволяет добиться остановки кровотечения у более чем 95% больных. Частота развития рецидивов кровотечения после первичной остановки при синдроме МеллориВейса находится в пределах 20-30%. Однако, у 15% пациентов консервативные методы лечения оказываются не эффективными, и они подвергаются вынужденному оперативному вмешательству. Послеоперационная летальность в среднем составляет 10-17%, при общей летальности 1,8%.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 94 пациентов с синдромом Меллори Вейса. Мужчин 80 (85,1%), женщин – 14(14,9%). Возраст больных от 20 до 86 лет. По классификации Bellman (1973) разрывы: I степени выявлены у 81 (86,2%); II степени у 12(12,7%); III степень у 1(1,1%) больного. В 81(86,2%) случае диагностировано наличие одного разрыва, в 9(9,6%) случаях имелось два разрыва, в 4(4,2%) случаях констатировано наличие трех и более разрывов.

Результаты. Всем больным при поступлении выполнялась экстренная эзофагогастроуденофиброскопия. В соответствии с классификацией Forrest (1974) в основном пациенты поступали в стационар с остановившимся кровотечением: F1A 36 (38,3%), F1B 28 (29,8%), F1C 14 (14,9%), F1H 9 (9,6%). Активное кровотечение диагностировано у 7 пациентов F1A 2(2,1%), F1B 5 (5,3%). С целью остановки кровотечения и для укрепления гемостаза у 71(75,5%) больного применялся комбинированный эндоскопический гемостаз в виде обкалывания зоны разрывов этанолом и диатермокоагуляции. Показанием к его применению явилось кровотечение F1A, F1B, F1A, F1B. При F1C, F1H эндоскопический гемостаз не применялся. Среди пациентов с активным кровотечением (7) эффективность эндоскопического гемостаза составила 87,3% (6). С целью объективного контроля над процессом установления гемостаза в местах разрывов проводили динамические эндоскопические осмотры по определенным временным интервалам. После гемостаза кровотечения F1A повторную эндоскопию выполняли через 6 часов, F1B через 8 часов, F1A 12 часов, F1B 24 часа, F1C 48 часов, F1H 72 часа. Данный стандартизированный подход при выполнении

повторных эндоскопических исследований позволяет диагностировать возникновение рецидива кровотечения намного раньше, до возникновения явных клинических проявлений и развития тяжелой кровопотери. Частота развития первого эпизода рецидива кровотечения после первичного комбинированного эндоскопического гемостаза составила 29,5% (21больной). Все рецидивы кровотечения выявлены во время проведения контрольных динамических эндоскопических осмотров в течение первых суток пребывания пациентов стационаре. Рецидив кровотечения проявлялся диффузной кровоточивостью из области разрыва FIB (11) и отрицательной Forrestмиграцией у (10) пациентов. Во всех случаях применен комбинированный эндоскопический гемостаз повторно. Кровотечение остановлено. В динамике наблюдения у 20 (из 21) больных отмечалась положительная эндоскопическая картина, место разрыва визуализировалось в виде покрытого организованным коричневым струпом участка. Оперировано 2 (2,1%) больных. Один пациент подвергнут оперативному вмешательству в связи с продолжающимся кровотечением и неэффективностью эндоскопического гемостаза. Больной выписан в удовлетворительном состоянии. Второй пациент оперирован по причине многократного рецидивирования кровотечения на фоне имеющегося декомпенсированного цирроза печени. Наступил летальный исход, основной причиной которого явилась печеночная недостаточность. Общая летальность составила 1,1%.

Выводы. Таким образом, синдром МеллориВейса является достаточно частой нозологической формой в общей структуре причин желудочнокишечных кровотечений. Эндоскопия является основным лечебнодиагностическим методом, позволяющим визуализировать область разрыва в 100% случаев. Применение комбинированного эндоскопического гемостаза дает возможность достижения окончательного гемостаза в области разрывов у 97,2% пациентов. С целью контроля над процессом установления гемостаза в области разрыва, раннего выявления возникшего рецидива кровотечения, своевременного проведения эндоскопического гемостаза должны применяться динамические эндоскопические осмотры по строгим временным интервалам в зависимости от изначального класса Forrest (1974). Консервативная терапия в сочетании с комбинированным эндоскопическим гемостазом позволяет добиться уровня общей летальности при данной патологии в 1,1%.

Мельник И.В.

ПЛАСТИКА ЛИХТЕНШТЕЙНА ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Ташкентский медицинский педиатрический институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Вопросы хирургического лечения паховых грыж до настоящего времени однозначно не решены. Хирургами предложено большое количество методик оперативных вмешательств, однако, идеального вмешательства до настоящего времени не разработано. Проблема является актуальной и нуждается в дальнейшей разработке и изучении.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 250 пациентов с паховыми грыжами. Все прооперированные – мужчины. Возраст больных от 25 до 86 лет. Согласно классификации Leoyd M. Nyhus (1995): прямые грыжи (тип IIIa) имелись у 111 (44,4%) больных; большие косые грыжи (тип IIIб) – у 74 (29,6%); рецидивные грыжи (тип IV) диагностированы у 65(26%) больных. При обследовании у 163(%) пациентов имелись различные сопутствующие патологии: гипертоническая болезнь 72(44,2%), ишемическая болезнь сердца 33(20,2%), сахарный диабет 21(12,9%), бронхиальная астма, эмфизема легких, пневмосклероз 18 (11%), варикозное расширение вен нижних конечностей 12(7,4%), перенесенное в анамнезе ОНМК 7(4,3%). Из 74 больных с рецидивными грыжами в 23 случаях имелся второй, в 9 третий рецидив, в 7 случаях имелся рецидив грыжи после проведения операции грыжесечения с применением полипропиленовой сетки в других лечебных учреждениях.

Результаты. При выполнении операции с целью обезболивания у 174(69,6%) больных применялась местная инфильтративная анестезия, перидуральное обезболивание использовано в 60 (24%) случаях, общий наркоз имел место у 16(6,4%) больных. Во время операции особое значение придаем минимальному травмированию тканей и гемостазу. Послеоперационные осложнения: в 26 (10,4%) случаях наблюдался незначительный отек мошонки, который полностью проходил в течение 1014 суток после операции. Возникновение данного осложнения связываем со сдавлением семенного канатика в отверстие, создаваемом в сетчатом имплантате; у 13 (5,2%) больных, оперированных по поводу рецидивных грыж, в послеоперационный период и в период проводимых контрольных осмотров в зоне операции имелись участки нарушения чувствительности, что связываем с травмой нервных стволов при рассечении рубцовых тканей. Консервативное лечение после операции включало:

антибактериальную терапию, обезболивание, профилактику тромбоэмболических осложнений. Летальных исходов не было. Отдаленные результаты путем телефонного опроса изучены в период до 5 лет после операции у 102 (40,8%) больных рецидивов грыж не отмечено. Самочувствие пациентов хорошее.

Выводы. Таким образом, грыжесечение по методике Лихтенштейна с применением полипропиленовой сетки является операцией выбора у пациентов с прямыми (тип IIIа), с большими косыми (тип IIIб), рецидивными грыжами (тип IV). Строгое соблюдение операционной техники, качественный гемостаз, полноценная консервативная терапия позволяет избежать развития осложнений на различных этапах лечения.

Моисеенко Д.А., Намсараева Л.А., Храмцов Е.В., Лапшин К.Е., Рубцов А.С.

АНАЛИЗ ПРОВЕДЕННЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ РЕТРОГРАДНЫХ ХОЛАНГИОГРАФИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

ГБУЗ "Иркутская ордена «Знак Почета» областная клиническая больница"

Актуальность. Во всем мире отмечается прогрессивный рост числа пациентов с доброкачественной и злокачественной патологией органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, что неизбежно приводит к увеличению заболеваемости механической желтухой. Преобладание пациентов пожилого и старческого возраста с выраженной сопутствующей патологией, на фоне которой механическая желтуха быстро приводит к явлениям декомпенсации, повышает риск оперативного лечения и прямо влияет на его результаты. Декомпрессия билиарной системы является одной из главных целей и важнейшим компонентом лечебных мероприятий у этих пациентов.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 931 случая, запротокотированных эндоскопических ретроградных холангиографий за период с января 2014 по ноябрь 2018 года включительно, выполненных в эндоскопическом отделении Иркутской областной клинической больницы. Все они имели различную патологию гепатопанкреатобилиарной зоны. В зависимости от ситуации, пациентам выполнялись эндоскопические вмешательства: эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), литоэкстракция, стентирование желчных протоков. Пациенты согласно стандарту, в обязательном порядке получали

противопанкреатическую терапию до и после эндоскопических вмешательств для профилактики острого панкреатита. Возрастная категория пациентов от 19 лет до 91 года. Средний возраст составил 60 лет. В общей структуре исследованных женщин – 573, мужчин – 352.

Результаты. Наиболее частой причиной механической желтухи является холедохолитиаз, на долю которого приходится 65 % (610 случаев). Рубцовые стриктуры холедоха встречаются в 20% (189 случаев), опухоли 15% (142 случаев). Механическая желтуха у женщин встречается чаще (62%), чем у мужчин (38%). Холедохолитиаз у женщин зарегистрирован в большем количестве случаев, на их долю приходится 69% (420 пациенток). Рубцовые стриктуры холедоха так же преобладают у женщин, 67% (126 пациенток). А опухолевая обструкция жёлчных протоков встречается в соотношении: мужчины 51% (73 пациентов), женщины 49% (70 пациенток). Всем пациентам проводились эндоскопические вмешательства на гепатопанкреатодуоденальной зоне. 1. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) является как самостоятельным методом лечения, так и одним из этапов ЭРХПГ. В клинике применяется в двух вариантах канюляционный или «натяжной» способ, с применением натяжного папиллотомы (то есть типичная ЭПСТ) и бесканюляционный, «ненатяжной», с помощью торцевого папиллотомы (атипичная ЭПСТ). В 2014 году типичная ЭПСТ применялась в 108 случаях (92,3%), а в 11 случаях (7,7%) атипичная. В 2015 году количество атипичных ЭПСТ возросло до 52 случаев (40,5%). В 2016 году количество выполненных атипичных ЭПСТ составляет 99 случаев (42%). В 2017 году атипичная ЭПСТ выполнена в 88 случаях (53%). В 2018 году атипичная ЭПСТ выполнена 92 пациентам, что составляет 47 %. Увеличение количества выполненных атипичных ЭПСТ связано выявлением у пациентов сложной анатомической организации зоны большого дуоденального сосочка (БДС), таких как: пара, перипапиллярные дивертикулы двенадцатиперстной кишки; камни в ампуле БДС; аденомы и аденокарциномы БДС, рубцовый папиллостеноз, рубцовые стриктуры терминального отдела холедоха. И накопленным опытом в проведении этой манипуляции. Следующим этапом после выполненной ЭПСТ, является контрастирование желчных протоков и выполнение холангиографии для выявления патологии. 2. Эндоскопическая литоэкстракция – удаление конкрементов с помощью экстракционной корзинки Dormia, балонного литоэкстрактора. При крупных конкрементах применяется литотрипторная корзина, для фрагментации и последующего удаления камня. За проанализированный период успешно выполнены:

90,8% литоэкстракций в 2014г., 92,3% в 2015г, 93 % в 2016 году, 93,7 % в 2017 году и 95,6% в 2018 году. В остальных случаях попытки оказались безуспешны в связи с техническими трудностями, крупными конкрементами несоразмерными с инструментами, ущемлением корзины Дормиа при литоэкстракции. 3. У больных с не удаленными крупными конкрементами, опухолевым поражением головки поджелудочной железы, опухолью Клацкина выполнялись ЭРХПГ, ЭПСТ, дополненные биопсией измененных тканей, подозрительных в отношении онкопатологии. С целью декомпрессии выполнялось стентирование внепеченочных желчных протоков. Для этой цели использовались полимерные стенты, сроки функционирования которых составляют 36 месяцев. У неоперабельных больных со злокачественными поражениями панкреатобилиарной зоны устанавливаются нитиноловые саморасправляющиеся стенты. Риск возникновения острого панкреатита после ЭРХПГ связан с канюляцией и контрастированием главного протока поджелудочной железы. За проанализированный период зафиксированы 10 случаев постманипуляционного панкреатита, что составляет 1% от всех проведенных манипуляций. У этих пациентов после манипуляции проводилась противопанкреатическая терапия с контролем биохимических показателей крови.

Выводы. Эндоскопические ретроградные вмешательства являются основными в установлении диагноза и декомпрессии желчных путей. Применение малоинвазивных эндобилиарных технологий у больных с синдромом механической желтухи различного генеза позволяет разделить лечение на 2 этапа. При этом на первом этапе с помощью эндобилиарных вмешательств осуществляется декомпрессия билиарного тракта с восстановлением пассажа желчи. Вторым этапом осуществляется коррекция основной патологии. Подобное этапное разделение проводимого лечения у больных с синдромом механической желтухи, значительно улучшает результаты лечения, снижает послеоперационную летальность и количество послеоперационных осложнений.

Никольский В.И., Фролов С.В., Герасимов А.В., Фенеров А.П., Щербаков Г.В.
**АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У
ПАЦИЕНТОВ С КИСТАМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**
ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», Медицинский институт,
Лечебный факультет, кафедра «Хирургия»

Актуальность. Увеличение количества больных с различными формами панкреатита привело к росту числа пациентов с кистами поджелудочной железы. Оперативные вмешательства по поводу кист поджелудочной железы сопровождаются значительной частотой послеоперационных осложнений до 42,9%. Успешный исход лечения во многом зависит от выбора оптимального метода лечения.

Цель исследования. Провести анализ осложнений у пациентов с кистами поджелудочной железы после открытых оперативных вмешательств.

Материал и методы. За период с 2013 по 2018 годы в ГБУЗ «ПОКБ им. Н.Н. Бурденко» проходили обследование и лечение 58 пациентов с кистами поджелудочной железы, которым выполняли открытые оперативные вмешательства. Из них мужчин было 46 человек (79,3 %), женщин – 12 человек (20,7%). Локализация кист: в головке поджелудочной железы у 44 пациентов (75,7%), в теле поджелудочной железы у 8 пациентов (13,7%), в хвосте у 6 пациентов (10,3%). На первом этапе лечения 49 пациентам (84,4%) выполнили чрескожное наружное дренирование кист поджелудочной железы под ультразвуковым контролем. В 9 случаях (15,5%) первый этап лечения не выполнялся, в связи с отсутствием показаний к наружному дренированию. Показанием к наружному дренированию кист под ультразвуковым контролем являлось: размер кист более 50 мм, кисты с признаками инфицирования, несформированная стенка кисты, тяжесть состояния пациентов. Все пациенты с кистами поджелудочной железы были разделены на 2 группы в зависимости от вида выполненного оперативного вмешательства. В 1 группу вошли 17 пациентов с цистогастростомией (29%), во 2 группу 41 пациент с цистоеюностомией (81%). Статистическая достоверность данных оценивалась в программе BioStat 2008, с использованием теста Вальда-Вольфовица.

Результаты. Пациентам 1 группы осуществляли цистогастростомию: анастомоз формировали между задней стенкой желудка и кистой поджелудочной железы, в каждом случае оперативное вмешательство заканчивалось дренированием брюшной полости. После выполнения данной манипуляции осложнения диагностированы у 4

больных (23,4%): послеоперационный панкреатит (2), рецидив кисты (2). У 2 (11,7%) пациентов развился послеоперационный панкреатит, клинически проявившийся на 4 – 5 сутки послеоперационного периода. Пациенты предъявляли жалобы на тошноту, рвоту, боль в эпигастральной области опоясывающего характера, гипертермию до 38,5 С. Уровень амилазной активности в обоих случаях в разы превышал пределы нормы: в первом случае достигал 2350 Ед/л., во втором – 3120 Ед/л. Данное осложнение купировалось на фоне консервативной терапии на 15 – 16 сутки с момента госпитализации. У 2 (11,7%) пациентов диагностирован рецидив кисты в отдаленном периоде (через 4 месяца). Больным 2 группы выполняли цистоеюностомию: для анастомоза использовали петлю тощей кишки длиной от 40 до 60 см, мобилизованную по Ру (для предотвращения возникновения рефлюкса в полость кисты, и инфицирования), в каждом случае оперативное вмешательство заканчивалось дренированием брюшной полости. Осложнения после оперативного вмешательства возникли у 7 пациентов (17,1%). Послеоперационный панкреатит наблюдали у 4 больных (9,8%), как и в случае осложнений после выполнения цистогастростомии возникли жалобы на боль опоясывающего характера в верхних отделах живота, тошноту, рвоту, гипертермию до 37,7 С, повышение уровня амилазной активности в пределах от 1280 Ед/л. до 3500 Ед/л. Явления острого панкреатита были купированы на 13 – 15 сутки с момента госпитализации. У 3 больных (7,3%) диагностировали рецидив кисты в отдаленном периоде (через 5 месяцев), в одном случае с последующим инфицированием (выполнили дренирование кисты поджелудочной железы под ультразвуковым контролем с последующей консервативной терапией). Общее количество осложнений в 1 группе составило 23,4%. Послеоперационный панкреатит выявлен в 11,7%, рецидив кисты поджелудочной железы в 11,7%. У пациентов 2 группы осложнения наблюдали в 17,1%, из них послеоперационный панкреатит – 9,8%, рецидивирование кист поджелудочной железы – 7,3%.

Выводы. У пациентов первой группы количество осложнений было в 1,4 раза больше ($p=0,0003$), чем у больных второй группы.

Никуленков Ю.С.

**ВЛИЯНИЕ ТОПОГРАФОАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ОРГАНОВ
ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ НА ОПЕРАЦИИ ИЗ
МИНИДОСТУПА, ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ЖКБ**

Смоленский Государственный Медицинский Университет

Актуальность. Широкую лапаротомию при осложнениях ЖКБ почти вытеснила лапароскопическая холецистэктомия и операции из малых доступов. Методы нельзя противопоставлять. Хирург сам должен решить, какой применить у конкретного больного. В этом ему должны помочь четко определенные показания и противопоказания к каждому из этих методов, основанные на совокупности всех данных, влияющих на исход операции.

Цель исследования. Повышение эффективности и безопасности операций на желчных протоках из мини лапаротомного доступа, при осложнениях ЖКБ.

Задачи исследования. 1. Определить топографоанатомические варианты печени, желчного пузыря и желчных протоков голотопию, синтотопию и скелетотопию с помощью ультразвукового и интраоперационного исследований. 2. Определить показания и технические возможности выполнения операций на желчных протоках, в зависимости от вариантов расположения и взаимоотношения органов ГБПДЗ. 3. Усовершенствовать мини лапаротомный доступ для повышения эффективности и безопасности операций на желчных протоках. 4. Усовершенствовать инструмент, облегчающий выполнение операций на желчных протоках из мини лапаротомного доступа.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов хирургического лечения 176 больных ЖКБ, оперированных из минидоступа. У всех больных определялась: голотопия, синтопия и скелетотопия печени, желчного пузыря, тип ворот печени, глубина залегания общего желчного протока. В зависимости от сочетания этих показателей были установлены параметры операционной раны по критериям А.Ю. СазонЯрошевича. Минилапаротомия выполнялась по разработанному нами способу, с усовершенствованной конструкцией ранорасширителя. Возраст больных: 19 – 85 лет. Острый холецистит был у 52 больных, хронический – у 97. Холедохолитиаз и папиллостеноз осложняли течение заболевания у 42 больных. И у 27 резидуальный холедохолитиаз, после ХЭ. Механическая желтуха наблюдалась у 45. Все больные были прооперированы из мини лапаротомного доступа. У 149 выполнена

холецистэктомия, в том числе у 42 дополненная холедохолитотомией и трансхоледоховой папиллотомией. Резидуальный холедохолитиаз, после холецистэктомии, также был устранен из мини лапаротомного доступа. Летальных исходов не было.

Результаты. Для планирования операции через мини лапаротомный доступ использовались данные ультразвукового сканирования не только о характере основного заболевания, но и о топографоанатомического положения печени, желчного пузыря и общего желчного протока. Было установлено, что наиболее часто, в 82% (144 больных), расположение печени было экстракостальное дорсопетаальное. При таком варианте создавались наиболее благоприятные условия для оперирования. Угол операционного действия приближался к 90 градусам. У 23(13%) больных наблюдалось ретрокостаальное дорсопетаальное положение, что уменьшало угол операционного действия и увеличивало глубину раны. Вентропетаальное расположение печени наблюдалось у 9 больных. Из них у 4х при экстракостальном ее положении, у 5ти при ретрокостаальном, что также ухудшало параметры операционной раны. При определении расстояния от дна желчного пузыря до средней линии и положения его оси было установлено. Чем более горизонтальнее расположена ось желчного пузыря, тем дальше его дно удалено от средней линии, У 71 (47,6%) больного наблюдалось вертикальное положение оси желчного пузыря и отстояние его дна от средней линии в пределах 14 см; у 52 (34,8%) больных выявлено косое положение оси пузыря с расстоянием его дна до средней линии 48 см; у 26 (17,4%) положение оси было горизонтальное, а дно располагалось в пределах 812 см от средней линии. В первом варианте параметры операционной раны были лучше, угол операционного действия приближался к 90 гр. Одним из наиболее важных параметров для определения показаний к минидоступу является глубина залегания общего желчного протока. При ультразвуковом и интраоперационном исследованиях было установлено, что общий желчный проток находится в пределах 614 см от поверхности тела. Наиболее благоприятные условия для оперирования создавались при глубине 68 см. Такая глубина выявлена у 85 (48,2%) больных. Чем глубже располагался общий желчный проток, тем хуже были параметры операционной раны. Так у 62 (35,2%) больных общий желчный проток находился на глубине 810 см, при этом угол операционного действия был в пределах 5065 гр; и у 29 (16,5%) больных глубина составила более 10 см, что уменьшило угол операционного действия до 4530 гр. и существенно усложняло операцию. На основании полученных данных были определены условия оперирования

больных. Хорошие, удовлетворительные и плохие. Операции выполнялись из минидоступа, разработанного профессором Никуленковым С.Ю. (патент №2188584, 10.09.2002), с помощью оригинального расширителя лапаротомной раны.

Выводы. 1. При планировании операций из мини лапаротомного доступа у больных ЖКБ целесообразно определить варианты топографоанатомического положения печени, желчного пузыря и общего желчного протока. 2. Наиболее оптимальные условия оперирования наблюдаются при экстракостальном положении печени, открытом типе ее ворот, медиальном положении желчного пузыря и глубине залегания общего желчного протока в пределах 68см от поверхности в правом подреберье. 3. Существенно затрудняют операцию из мини лапаротомного доступа: ретрокостальное положение печени, закрытый тип ее ворот, латеральное положение желчного пузыря и глубина залегания общего желчного протока более 12 см.

Носков И.Г., Казадева И.А., Казадаева А.А.

КОМБИНИРОВАННЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ФГБОУ ВО "Красноярский государственный медицинский университет", г.Красноярск

Актуальность. На сегодняшний день дискуссионной проблемой остается выбор диагностики и лечебной тактики при постнекротических кистах поджелудочной железы (ПКПЖ), сообщающихся с главным панкреатическим протоком (ГПП). Очень часто, по данным мировой литературы, такие кисты сопровождаются осложнениями в 2893% случаев, среди которых инфицирование (1577%), аррозивное кровотечение (3246%), механическая желтуха (831%) и другие (4267%). Более того, рецидивы ПКПЖ, которые имеют связь с ГПП, возникают с частотой 3864%, частота летального исхода 317%. В последние десятилетия все большую популярность приобретает малоинвазивное лечение постнекротических кист поджелудочной железы – чрескожное дренирование под УЗ и КТ контролем, эндоскопическое транслюминальное дренирование под ЭУС наведением. Однако вопрос о показаниях к стентированию главного панкреатического протока при ПКПЖ и эффективности данного метода остается открытым.

Материал и методы. В исследование включались 38 пациентов с установленным диагнозом ПКПЖ, находившихся на лечении в Краевой клинической больнице

г.Красноярска. Связь кисты с ГПП установлена у всех отобранных нами пациентов. Основным диагностическим признаком разгерметизации главного панкреатического протока является уровень амилазы пунктата кисты, превышающий 5000 Ед/л. В первую группу вошли 11 пациентов, которым было проведено чрескожное дренирование (ЧД) ПК под УЗконтролем катетером типа «Pigtail» 12Fr. Во вторую группу были включены 15 пациентов с эндоскопическим транслюминальным дренированием (ЭТД) под ЭУСнаведением пластиковыми стентами «Double Pigtail» 712Fr. 12 пациентам третьей группы было выполнено комбинированное дренирование: первым этапом ЧД или ЭТД, вторым этапом – эндоскопическое транспапиллярное стентирование вирсунгова протока. Необходимо отметить, что в 3 группе псевдокиста, как правило, имела локализацию в головке поджелудочной железы. При оценке эффективности данных методов лечения учитывали динамику редукции полости ПК, частоту рецидивов, наличие осложнений и продолжительность стационарного лечения. Статистическая обработка данных: Statistica Statsoft 6.0; критерий МаннУитни (p).

Результаты. Частота послеоперационных осложнений в первой группе составила 36,5% (n=4). У всех пациентов к моменту выписки диагностировано формирование наружного панкреатического свища. Средний объем кисты уменьшился с 418 (342;894) до 73 (51;126) см³, облитерация полости ПК наблюдалась у 64,6% пациентов (n=6) к моменту выписки. Продолжительность периода стационарного лечения в первой группе составила 21,6 (9;35) койкодня. Рецидив кисты через 6 месяцев после выписки отмечен у 3 пациентов (27,3%). Во второй группе осложнения возникли в 20% случаев (n=3), среди них – стойкая гипертермия у 1 пациента, в 1 случае наблюдалась перфорация кисты, у 1 пациента выявлена забрюшинная гематома. Средний объем кисты редуцировался с 399 (306;741) до 57 (35;74) см³ к моменту выписки, псевдокиста облитерировалась у 73,4% пациентов (n=11). Средняя продолжительность лечения 15 (11;28) койкоднев. Через 6 месяцев после выписки киста рецидивировала у 13,2% (n=2) пациентов. У 1 пациента третьей группы развился послеоперационный острый панкреатит, что и составило частоту осложнений 8,4% (n=1). Средний объем ПКПЖ к выписке редуцировался с 524 (381;1052) до 16 (0;28) см³, облитерация полости кисты к выписке наблюдалась в 83,5% случаев (n=10). Продолжительность стационарного лечения составила 12 (10;20) койкоднев. Рецидивов через 6 месяцев после выписки не зафиксировано. В трех группах летальные исходы отсутствовали.

Выводы. Комбинированное дренирование позволяет добиться статистически значимой редукции объема полости ПК за более короткий период (p=0,001) более чем в 5 раз.

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

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ХОЛАНГИТЕ И БИЛИАРНОМ СЕПСИСЕ

ФГБОУ ВО «Первый СанктПетербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова» Минздрава России

Актуальность. Несмотря на развитые медицинские технологии и разработанные методы ранней профилактики и диагностики, частота воспалительных заболеваний желчевыводящих путей в мире неуклонно растет. Проблема острого холангита и билиарного сепсиса за последние годы не только не утратила своей актуальности, но и стала беспокоить все большее число врачей-клиницистов. Разработка критериев диагностики для пациентов с воспалительными заболеваниями желчных путей является одним из нерешенных и наиболее дискуссионных вопросов гепатопанкреатобилиарной хирургии. Целью работы явилось улучшить результаты лечения пациентов с гипербилирубинемией, билиарной гипертензией и синдромом системной воспалительной реакции путём стратификации их на группы и формированием критериев диагностики для каждой из них.

Материал и методы. В период с 2014 по 2018 год было пролечено 208 пациентов с билиарной обструкцией. Согласно классификации генерализованных форм инфекций (Sepsis3) были разработаны критерии диагностики для пациентов с гипербилирубинемией, билиарной гипертензией и синдромом системной воспалительной реакции, соответственно которым они были разделены на группы: механическая желтуха, острый холангит и билиарный сепсис. Для каждой категории больных был определен алгоритм маршрутизации в стационарном отделении скорой медицинской помощи и лечебная тактика. По результатам проведенного лечения в каждой группе пациентов были проанализированы следующие показатели: время от момента поступления до начала операции, длительность оперативного вмешательства, частота послеоперационных осложнений, летальность, длительность койкодня и экономические затраты. Для оценки эффективности предложенных критериев диагностики и лечебного алгоритма проведен сравнительный анализ результатов лечения с ретроспективной группой, в которую вошли 182 пациента с гипербилирубинемией, билиарной гипертензией и синдромом системной воспалительной реакции, госпитализированные в период с 2010 по 2014 годы. Статистический анализ полученных данных проводился в программе Microsoft Excel

2018, для определения статистической значимости различия использовался t-критерий Стьюдента.

Результаты. В результате анализа полученных данных у пациентов с механической желтухой в проспективной группе отмечалось меньшее время до начала операции ($18,2 \pm 4,1$ против $38,9 \pm 5,2$), меньшая частота осложнений (4,4% против 7,3%) и летальность (0 против 2,6%), а также меньший койкодень ($8,5 \pm 2,8$ против $18,2 \pm 3,9$) и экономические затраты ($66\ 382 \pm 2\ 670$ против $74\ 844 \pm 3\ 101$). В длительности операции достоверной разницы не наблюдалось. В группе больных с холангитом на основании полученных данных отмечалось меньшее время до начала оперативного вмешательства ($5,2 \pm 0,6$ против $8,5 \pm 0,8$), меньшая частота послеоперационных осложнений (6,7% против 11,4%), меньшая летальность (2,7% против 9,8%), меньший койкодень ($10,1 \pm 2,5$ против $19,8 \pm 3,4$) и экономические затраты на лечение ($93\ 219 \pm 3\ 502$ против $104\ 108 \pm 4\ 116$). Достоверной разницы в длительности операции не было. У пациентов с билиарным сепсисом при сравнении проспективных и ретроспективных результатов лечения отмечалось: в проспективной группе достоверно значимо определялось меньшее время до начала операции ($1,5 \pm 0,4$ против $4,8 \pm 1,2$), меньшая частота послеоперационных осложнений (25% против 41,6%) и летальность (15% против 41,6%), а также меньшая длительность пребывания в стационаре ($17,5 \pm 2,3$ против $25 \pm 3,5$) и меньшие финансовые затраты на лечение ($188\ 412 \pm 8\ 703$ против $218\ 730 \pm 11\ 270$). Достоверной разницы в длительности операции не было.

Выводы. Стратификация пациентов с гипербилирубинемией, билиарной гипертензией и синдромом системной воспалительной реакции на группы, а также предложенные критерии диагностики, маршрутизация и лечебная тактика позволяют улучшить результаты лечения этой категории больных, о чём свидетельствуют такие показатели как: время от момента поступления до начала операции, частота послеоперационных осложнений, летальность, длительность койко-дня и экономические затраты.

СПОНТАННЫЕ РАЗРЫВЫ ПИЩЕВОДА: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Воронежский государственный медицинский университет им.Н.Н. Бурденко

Актуальность. Спонтанный разрыв пищевода наблюдается сравнительно редко, в пределах 23 % от всех случаев повреждения пищевода. По данным большинства авторов, от 82% до 95% он располагается в его нижней трети слева (Harna R.A. et al., 1968; Gupta N.M. et al., 2004; Kumar P.K. et al., 2004). Сегодня нет той категоричности мнения об эффективности различных методов лечения среди хирургов, не существует единых алгоритмов диагностики и лечения. СРП – летальность до 75% в догоспитальном периоде и более 90% в послеоперационном периоде, и зависит от интервала времени между разрывом стенки пищевода и времени операции, а также осложнений (гнойный медиастинит, сепсис, двухсторонняя очаговая гнойная пневмония, полиорганная недостаточность).

Материал и методы. С 1998 по 2017 годы в Воронежской областной клинической больнице №1 было пролечено 10 пациентов со спонтанным разрывом пищевода по методике, предложенной в клинике – торакотомия в 6ом межреберье слева, выделение пищевода, перфоративное отверстие не ушивается, а формируется манжета из дна желудка, укрывающая перфорацию, дренируется плевральная полость. По другим методам пролечено 12 пациентов.

Результаты. При диагностике заболевания ФГС позволила правильно поставить диагноз в 64%, рентгеноскопия с контрастированием пищевода дает возможность поставить диагноз СРП только в половине случаев (50%). КТ с водорастворимым контрастом, по нашим данным, позволило поставить диагноз в 100% случаев. У больных, у которых перфоративное отверстие не ушивалось, а была сформирована манжета из дна желудка, укрывающая перфорацию, летальность – 2 (20%) пациента. Несостоятельности швов манжеты не было. У больных, оперированных другими методами, летальность значительно выше – 66.6%.

Выводы. Наиболее эффективным методом диагностики является КТ с контрастом пищевода. Лечение является восстановление разорванного пищевода без наложения швов на рану, а с формированием манжеты из дна желудка, укрывающей перфорацию (фундопликация по Черноусову). Дренирование плевральной полости и питание через назогастральный зонд.

Ручкин Д.В., Козлов В.А.

ПОВТОРНЫЕ РЕКОНСТРУКЦИИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА В ХИРУРГИИ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии
имени А.В. Вишневского» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Повторные реконструктивные операции на желудке традиционно составляют отдельный раздел хирургической гастроэнтерологии. Сегодня эти открытые, технически сложные и часто уникальные операции не утратили своей практической значимости. В современной литературе по-прежнему подчеркивается неудовлетворенность функциональными результатами стандартных вариантов резекций желудка и гастрэктомии. Тяжелые нарушения пищеварения после первичных операций на желудке приводят порядка 25% больных к стойкой инвалидизации и в 100% требуют медицинской реабилитации. В основе патогенеза постгастрорезекционных расстройств лежит утрата резервуарной функции, привратникового механизма и дуоденального пассажа пищи. Совокупный ущерб пищеварению превышает его компенсаторные возможности и неизбежно приводит к развитию патологических состояний: демпинг-синдрому, синдрому мальабсорбции, агастральной астении, кахексии и т.п. Единственным радикальным методом лечения болезней оперированного желудка и рецидива рака остается повторная операция.

Материал и методы. В период 2011-17 гг. в НМИЦХ им. А.В. Вишневского выполнили 52 повторные операции пациентам, ранее перенесшим резекционные, дренирующие и антирефлюксные вмешательства на желудке. В качестве первичного хирургического вмешательства была выполнена дистальная резекция желудка в модификации Бильрот II – 21 (41,3%), гастрэктомия – 12 (23,5%) больным. Проксимальную резекцию желудка ранее перенесли 11 (21,6%) пациентов. После дренирующей желудка операции (в т.ч. гастрошунтирования) были 5 (9,6%), после фундопликации по Ниссену – 3 (5,8%) больных. Показаниями к повторной операции у 27 (51,9%) пациентов явились болезни оперированного желудка, у 25 (48,1%) рецидив рака в анастомозе и рак культи желудка. Средний возраст пациентов составил 55 лет, мужчин было 30 (57,7%), женщин – 22 (42,3%). В качестве повторной операции резекцию желудка с реконструкцией по Бильрот I выполнили 5 (9,6%), по Гофмейстеру – 1 (1,9%) больному. Реконструкцию на Рупетле осуществили 4 (7,7%) пациентам после экстирпации культи желудка. Еюногастропластику применили в 30 (57,7%) наблюдениях, из них в 8 (15,4%)

после дистальной резекции, в 6 (11,5%) после экстирпации культи желудка, в 2 (3,8%) после резекции эзофагоеюноанастомоза. Еще 3 (5,8%) пациентам выполнили инверсию отводящей петли в ДПК, у 2 после гастрэктомии с петлевой реконструкцией и 1 после резекции желудка по Гофмейстеру. Резекцию эзофагогастроанастомоза и операцию типа MerendinoDillard сделали 11 (21,2%) пациентам. Сегмент поперечной ободочной кишки в качестве пластического материала использовали у 2 (3,8%) больных: у 1 после экстирпации культи желудка, у 1 после резекции эзофагоеюноанастомоза. Эзофагэктомию с пластикой левой половиной толстой кишки выполнили 8 (15,4%) больным, из них у 5 (9,6%) с резекцией эзофагоеюноанастомоза, у 3 (5,8%) с экстирпацией культи желудка. Еще 1 (1,9%) больной, ранее перенесшей гастрешунтирование, экстирпировали пораженный опухолью малый желудок и грудной отдел пищевода, а «выключенную» часть желудка использовали в качестве изоперистальтической трубки для субтотальной эзофагопластики. Только 1 (1,9%) больному не выполнили реконструкцию по причине дефицита висцерального резерва после мультивисцеральной резекции по поводу рецидива рака в зоне эзофагоеюноанастомоза.

Результаты. Послеоперационные осложнения возникли у 5 (9,6%) больных. Частичная несостоятельность эзофагоеюноанастомоза развилась у 2 (3,8%), дуоденоеюноанастомоза у 1 (1,9%) пациента. Все они купированы путем адекватного дренирования и вакуумаспирации. Лишь 1 (1,9%) больному потребовалась релапаротомия в связи с некрозом толстокишечного трансплантата, который резецировали с выведением питательной коло и эзофагостомы. Был один летальный исход на 1ые сутки после операции от прогрессирования полиорганной недостаточности. Госпитальная летальность составила 1,9%. Важным критерием оценки непосредственного результата повторной реконструкции являлась ее завершенность, достигнутая в 96,2% наблюдений. У 2 больных (3,8%) реконструкция осталась незавершенной. Отдаленный результат реконструктивной операции оценили по трёхбалльной модифицированной шкале Visick с учетом самочувствия пациента, динамики его питательного статуса, наличия тех или иных расстройств пищеварения. На момент окончания исследования под наблюдением осталось 44 (86,2%) из 51 пациента. Осмотр пациентов выявил у 26 (59,9%) хороший, у 12 (27,4%) удовлетворительный результат. Лишь 6 (13,7%) больным повторная операция ни принесла облегчения.

Выводы. Оценка полученных результатов демонстрирует купирование патологических синдромов оперированного желудка в большинстве наблюдений, что свидетельствует о целесообразности повторных операций с гастропластикой и восстановлением дуоденального пассажа.

Савостьянов И.В., Данильченко И.Ю., Шлейхер Е.В.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ АНАТОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕРХНЕЙ ПОПЕРЕЧНОЙ И СРЕДИННОЙ ЛАПАРОТОМИИ

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей. Филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. На сегодняшний день есть множество научных работ, показывающие преимущество поперечной лапаротомии над срединной, но несмотря на это, из всех лапаротомных доступов, превалирует срединная лапаротомия. Оправдана ли такая «монополия» доступа? Чтобы хоть как-то разобраться в этом вопросе, мы решили сравнить их анатомические характеристики.

Цель исследования. Сравнить анатомические характеристики верхней поперечной и срединной лапаротомии.

Материалы и методы. На базе Новокузнецкого клинического бюро судебно-медицинской экспертизы, мы выполнили анатомическое исследование, с использованием верхней поперечной лапаротомии на 22х трупах и срединной лапаротомии на 11и трупах. Все измерения выполнялись по методике, предложенной А.Ю. СозонЯрошевичем. Измерялись два самых главных показателя характеристики доступа, такие как угол операционного действия по длине (УОДД) и угол операционного действия по ширине (УОДШ). Точками измерения были выбраны шесть крайних, неизменных ориентиров: левый купол диафрагмы, пищеводное отверстие диафрагмы, правый купол диафрагмы, левая подвздошная ямка, прямокишечная ямка, правая подвздошная ямка. Сравнения производили по критерию МаннаУитни.

Результаты. Все полученные результаты занесены в таблицу №1. Таблица №1 Верхняя поперечная лапаротомия (n22)/ Срединная лапаротомия (n11) УОДД к левому куполу

диафрагмы° 68,90/54,25 неопределенные отличия УОДД к пищеводному отверстию диафрагмы° 76,84/43,52 значимые отличия УОДД к правому куполу диафрагмы° 71,44/46,80 значимые отличия УОДД к левой подвздошной ямке° 59,53/74,94 значимые отличия УОДД к прямокишечной ямке° 56,02/73,97 неопределенные отличия УОДД к правой подвздошной ямке° 59,51/80,76 значимые отличия УОДШ к левому куполу диафрагмы° 26,11/27,30 незначимые отличия УОДШ к пищеводному отверстию диафрагмы° 25,50/30,74 неопределенные отличия УОДШ к правому куполу диафрагмы° 24,73/28,05 незначимые отличия УОДШ к левой подвздошной ямке° 20,60/31,81 значимые отличия УОДШ к прямокишечной ямке° 17,02/34,17 значимые отличия УОДШ к правой подвздошной ямке° 19,99/30,20 значимые отличия.

Выводы. Таким образом, мы видим, что полученные результаты не однозначны. Несмотря на низкую популярность поперечной лапаротомии, она проигрывает срединной лапаротомии всего по пяти из двенадцати углов, таким как: углы операционного действия по длине к левой и правой подвздошным ямкам, угол операционного действия по ширине к прямокишечной ямке и к левой и правой подвздошным ямкам. К углу операционного действия по длине к пищеводному отверстию диафрагмы и к правому куполу диафрагмы, поперечная лапаротомия показывает лучшие результаты, к остальным углам нет значимых отличий между этими двумя доступами.

Самтаков П.А.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СПОНТАННЫМИ РАЗРЫВАМИ ПИЩЕВОДА

ВГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», Чебоксары

Актуальность. Одной из причин развития острого гнойного первичного медиастинита является спонтанный разрыв пищевода (СРП) – заболевание известное так же как синдром Бурхаве, барогенный разрыв пищевода, апоплексия пищевода, банкетный пищевод и др. Прижизненный диагноз СРП был впервые установлен V. Meyers в 1858 году, а первая успешная операция выполнена в 1911 году Т. Sensert. В 80% случаев СРП наблюдается у мужчин старше 50 лет, но заболевание встречается в любом возрасте, описаны даже у грудных детей. Большое значение придается предшествующим изменениям стенки пищевода – пептический эзофагит, ахалазия

кардии, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Основной причиной СРП считается внезапный заброс желудочного содержимого и газов в пищевод при закрытии глоточнопищеводного сфинктера. Это может произойти при рвоте, подъеме тяжестей, родах, астматическом статусе, эпилепсии. Данное заболевание недостаточно известно врачам скорой помощи и отделений неотложной хирургии что приводит к несвоевременной диагностике заболевания и бурному развитию медиастинита. Поэтому заболевание характеризуется высокой общей и послеоперационной летальностью. Общая летальность при СРП достигает 80,85%.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 40 пациентов с СРП в хирургическом торакальном отделении БУ «Республиканская клиническая больница» за период 1991-2018 годы. Возраст пациентов от 26 лет до 81 года. Средний возраст составил $53,3 \pm 1,9$ года. Мужчин 32 (80%), женщин 8 (20%).

Результаты и обсуждение. 37 пациентов первоначально доставлялись в приемные отделения центральных районных и городских больниц. У 2 пациентов СРП возник в хирургическом стационаре в послеоперационном периоде (после ушивания прободной язвы желудка). Во всех случаях наблюдался выраженный болевой синдром, при этом у 28 из них боль локализовалась в области груди, у остальных – в эпигастрии. Сроки поступления пациентов в стационар от 6 часов до 11 суток, в среднем – $3,5 \pm 0,5$ суток. У 37 пациентов боли возникли после рвоты, в двух случаях после подъема тяжестей. Клиника желудочного кровотечения наблюдалась у 9. В первые 12 часов СРП диагностирован у 7 (17,5%, умерших нет), от 12 до 24 часов – у 4 (10%, умер 1), позже 24 часов – у 29 (72,5%, умерло 9). 25 пациентов обратились за медицинской помощью в первые сутки, но ни у одного не был заподозрен СРП. Ложные диагнозы при поступлении в стационар: перфоративная язва желудка – 5 (выполнялась лапаротомия); синдром Маллори-Вейса – 3; абсцедирующая пневмония – 3; эмпиема плевры – 2; рак пищевода с распадом – 2; расслаивающая аневризма аорты – 2; острый инфаркт миокарда – 1; межреберная невралгия – 1; травматический гемопневмоторакс – 1; мочекаменная болезнь – 1; острый панкреатит – 2; левосторонняя плевропневмония – 1. Процент ложных диагнозов при СРП составил 62,5% (n=25). После установления диагноза оперированы 40 (24 торакальными хирургами по санавиации в условиях ЦРБ и городских больниц, 16 – в условиях БУ «РКБ»). Для диагностики использовались рентгенконтрастное исследование пищевода, фиброэзофагогастроскопия. У 15 – мультиспиральная компьютерная томография. У всех пациентов имелись признаки гнойного медиастинита, эмпиемы плевры, у 19 (47,5%) – картина сепсиса. Дефект

пищевода располагался в нижней трети на левой стенке у 35, верхней трети левой стенки у 2, нижней трети правой стенки у 2, в одном случае были множественными, в средней трети по задней стенке у 1. Размеры дефекта пищевода от 3,5 до 8 см. Левосторонний трансторакальный доступ применен у 29 (у 24 дополнительно наложена гастростома), правосторонний доступ у 2 (в одном случае дополнена гастростомой), левосторонний чресшейный у 1. Трансабдоминальный доступ использован у 8. Во всех случаях проводилось ушивание дефекта пищевода. С целью укрепления шва пищевода использовались: стенка желудка (фундопликация по Ниссену) – 6, порция кивательной мышцы – 1, Побразный лоскут диафрагмы – 5, пристеночная плевра – 3. У 21 в ходе операции диагностирована скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. В послеоперационном периоде у 7 пациентов сформировался пищеводноплеврокожный свищ. У 3 свищ закрылся самостоятельно, у 4 потребовалось реконструктивное оперативное вмешательство. Средняя длительность стационарного лечения выживших больных с СРП составила $56,9 \pm 4,0$ дня, в ОРИТ – $12,7 \pm 1,5$ дня. Умерло 10 пациентов (25%). Причины летальных исходов: аррозионное кровотечение из грудной аорты на фоне продолжающегося медиастинита и сепсиса – 3; прогрессирование медиастинита, сепсис, полиорганная недостаточность – 7.

Выводы. СРП – грозное хирургическое заболевание, характеризующееся бурным течением и высокой летальностью. Заболевание может иметь симптоматику различных острых хирургических и терапевтических заболеваний. Выживаемость пациентов с СРП зависит от ранней диагностики и своевременно выполненного оперативного лечения.

Снигирев А.Ю.¹, Алексеев Н.А.¹, Снигирев Ю.В.^{1,2}

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

ГБУЗ КО НГКБ №5 г.Новокузнецк, Россия¹. НГИУВ филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России г. Новокузнецк, Россия²

Актуальность. В настоящее время важной проблемой билиарной хирургии является холедохолитиаз, частота которого при желчнокаменной болезни (ЖКБ) составляет 1035%. В последние десятилетия отмечен рост числа больных с осложненными формами ЖКБ, что определяет актуальность выбора оптимального способа

хирургического лечения желчнокаменной болезни осложненной патологией внепеченочных желчных протоков. Стандартом в лечении холецистохоледохолитиаза является 2х этапное лечение, когда на первом этапе выполняется ретроградная эндоскопическая коррекция патологии желчных протоков, а вторым этапом выполняется холецистэктомия. При исторически сложившемся приоритете ретроградных эндоскопических вмешательств в лечении холедохолитиаза имеется их альтернатива интраоперационная антеградная эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ИАЭПСТ).

Материал и методы. Проведен анализ одноэтапного хирургического лечения холецистохоледохолитиаза с использованием ИАЭПСТ у 386 пациентов, за период с 2010 по 2016 гг. В плановом порядке прооперированы 281 (72,7%) пациент, в экстренном – 105 (27,3%) пациентов. Возраст пациентов варьировал от 24 до 87 лет, из них 330 (85,5%) женщины и 56 (14,5%) мужчины. Основными методами, дооперационной диагностики осложненной ЖКБ являлись: УЗИ брюшной полости и фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) с осмотром большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК). Всем пациентам как окончательным диагностическим этапом выполнялась интраоперационная холангиография (ИОХГ), для определения показаний к транспапиллярным вмешательствам.

Результаты. Лапароскопический доступ был применен у 362 (92,9%) пациентов, минилапаротомный доступ применен у 4 (1,0%), традиционный лапаротомный доступ применен у 20 (5,2%) пациентов. В группе плановых пациентов ИАЭПСТ с удалением конкрементов выполнена у 246 (87,6%) пациентов. ИАЭПСТ по поводу стеноза БСДПК выполнена у 35 (12,4%) пациентов. В случаях множественного холедохолитиаза, неуверенности в полной санации холедоха оперативное лечение закончено наружным дренажом холедоха через культю пузырного протока у 9 (3,2%) пациентов. В послеоперационном периоде у 3 (1,0%) пациентов с наружным дренажом холедоха при контрольной фистулографии выявлен холедохолитиаз, который устранен ретроградно эндоскопически. В группе экстренных пациентов ИАЭПСТ и удаление конкрементов выполнена у 89 (84,8%) пациентов. ИАЭПСТ по поводу стеноза БСДПК выполнена у 16 (15,2%) пациентов. В случаях множественного холедохолитиаза, неуверенности в полной санации холедоха оперативное лечение закончено наружным дренажом холедоха через культю пузырного протока у 6 (5,7%) пациентов, эндопротезирование холедоха у 1 (0,95%) пациента. В послеоперационном периоде у 4 (3,8%) пациентов с наружным дренажом холедоха при контрольной фистулографии выявлен

холедохолитиаз, который устранен ретроградно эндоскопически. У 1 (0,9%) пациента в послеоперационном периоде удаление эндопротеза, в сочетании с ретроградным эндоскопическим удалением конкрементов. Осложнения, связанные с ИАЭПСТ, развились у 7 (1,8%) пациентов. У 2 пациентов развился острый панкреатит легкой и средней тяжести, купирован консервативно, у 4 пациентов транзиторная бессимптомная гиперамилаземия, лечение консервативное, у 1 пациента кровотечение с папиллотомического разреза, эндоскопический гемостаз. Осложнения не связанные с ИАЭПСТ развились у 11 (2,9%) пациентов: Раневая инфекция – 8 пациентов, жидкостное скопление в зоне операции – 3 пациентов (у 2 пациентов лечение консервативное, у 1 пациента пункционная санация под контролем УЗИ).

Выводы. Интраоперационная антеградная эндоскопическая папиллосфинктеротомия при коррекции холедохолитиаза позволяет: выполнить одноэтапное лечение холецистохоледохолитиаза, уменьшить психоэмоциональную нагрузку на пациента, сократить длительность госпитализации, уменьшить количество специфических осложнений ретроградной ЭПСТ.

Соколовский П.А., Тарасик Л.В., Хрыщанович В.Я.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТОНКОКИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

УЗ «10я городская клиническая больница», Городской центр гастроудоденальных кровотечений, Минск, Беларусь УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Актуальность. По оценкам экспертов, ежегодная частота госпитализации пациентов с кровотечением из верхних отделов ЖКТ составляет от 36 до 102 пациентов на 100 000 населения. Летальность от ЖКК колеблется от 3% до 14%. В структуре причин ЖКК удельный вес тонкокишечных кровотечений составляет от 2% до 10%. Ввиду низкой частоты встречаемости, дефицита времени в ургентной ситуации, особенностей локализации, отсутствия возможности эндоскопической визуализации источника кровотечения и выполнения гемостаза, тактика диагностики и лечения тонкокишечных кровотечений требует дальнейшего совершенствования.

Материал и методы. Существующие методы диагностики тонкокишечных кровотечений: Рскопия тонкой кишки (энтерография), спиральная компьютерная

томография, КТэнтерография, двухбаллонная энтероскопия, видеокапсульная энтероскопия, радионуклидное исследование. Адаптированный диагностический алгоритм 1. Общеклинические лабораторные исследования (включающие общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмму, определение группы крови); 2. ФЭГДС с детальным осмотром постбульбарной зоны, области Фатерова сосочка, кардиального отдела желудка и субкардии; 3. УЗИ органов брюшной полости с дуплексным сканированием; 4. Спиральная КТ с болюсным контрастным усилением; 5. Диагностическая лапароскопия. Клиникодемографическая характеристика пациентов. В период с 2010 по сентябрь 2018 гг. в Городском Центре гастроуденальных кровотечений г. Минска по поводу тонкокишечных кровотечений оперировано 22 пациента. Мужчин – 10, женщин – 12. Возраст 57,1 лет (от 29 до 80 лет). Эпизод гастроинтестинального кровотечения был в анамнезе у 16 пациентов. Все 22 пациентов госпитализированы с клиникой гастроинтестинального кровотечения. Тяжесть кровопотери при поступлении: тяжелой степени – у 10 пациентов (из них у 3 – геморрагический шок), средней степени тяжести – у 6 пациентов, легкой степени тяжести – у 6 пациентов. Адаптированный лечебный алгоритм. Интенсивная (предоперационная) терапия проводится в условиях ОИТАР или блока интенсивной терапии. Проводилась коррекция гематологических и гемодинамических показателей: восполнение ОЦК, количества эритроцитов, факторов свертывания крови, гемостатическая терапия, антисекреторная терапия, антибактериальная терапия (по показаниям), лечение сопутствующей патологии, радикальное хирургическое вмешательство.

Результаты. После проведения обследования выявлены следующие источники кровотечения: гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) (13), доброкачественные опухоли тонкой кишки (4), туберкулез (1), эндометриоз (1), язва подвздошной кишки (1), болезнь Крона (1), гемангиома тощей кишки (1). Выполненные хирургические вмешательства по срокам разделялись на: экстренные (9), отсроченные (6), срочные (7). Виды проведенных операций: открытая резекция тонкой кишки (10), открытая резекция тонкой кишки с лимфаденэктомией (5), лапароскопическая резекция тонкой кишки (4), резекция тонкой кишки с адгезиолизисом (2), энтероскопия с гемостазом (1). Ближайшие (30 дней после операции) результаты лечения. Послеоперационной летальности не было. Повторная операция выполнялась у 1 пациента с туберкулезом тонкой кишки по поводу перфорации язвы тонкой кишки на 26 сутки. Послеоперационных осложнений не

зафиксировано. Отдаленные (24 месяца после операции) результаты лечения. Пациенты с подтвержденной ГИСО находятся под диспансерным наблюдением врача-онколога. Пациенты с доброкачественными опухолями консультированы врачом-онкологом, в диспансерном наблюдении не нуждаются. Рецидив ГИСО был отмечен 1 пациентки через 19 месяцев после операции (химиотерапия препаратом Иматиниб). Умерла 1 пациентка в возрасте 80 лет через 8 месяцев после операции вследствие прогрессирования ишемической болезни сердца и хронической сердечной недостаточности.

Выводы. Тонкокишечные кровотечения попрежнему остаются актуальной проблемой неотложной хирургии, поскольку являются жизнеугрожающей urgentной патологией, а информативность малоинвазивных методов визуализации требует дальнейшего подтверждения. Спиральная компьютерная томография с болюсным усилением является методом выбора для диагностики тонкокишечных кровотечений в экстренных ситуациях. Основным радикальным методом лечения в большинстве случаев является хирургическая операция, вид и объём которой зависит от источника кровотечения.

Тарасов А.С.

АНАЛИЗ ПОТОКА УРГЕНТНЫХ ХИРУГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ЖИГАЛОВСКОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Жигаловская РБ

Актуальность. Неотложные хирургические заболевания требуют своевременного и эффективного подхода в лечении пациентов. Учитывая современные тенденции, направленные на улучшение оказываемой хирургической помощи в структуре urgentной патологии, анализ данного направления в условиях центральной районной больницы несет в себе научно-практический интерес, отражая работу отделения хирургического профиля.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы истории болезней пациентов хирургического отделения с экстренной хирургической патологией за период с января 2015 г. по январь 2018 г. Обработка результатов производилась с помощью MS Excel.

Результаты. Для результатов нужно само исследование. Например, пациенты с urgentной хирургической патологией обращались самостоятельно – 421 человек, доставлены СМП – 605 человек. Гендерные признаки 541 жен. , 880 муж. в % (муж и

жен), от 18 лет и до 93 лет 882 человека. Из них прооперировано 539 человек – 37,9%, консервативная терапия – 882 человека – 62,06% от общего числа. Сроки лечения от 7,2 суток, до 13,5 дней и среднее время госпитализации. Еще можно колво пациентов, переведенных в областное учреждение и т.п.

Выводы. Наиболее частые ургентные хирургические заболевания – травмы – 27,0 %, абдоминальная патология 9,7 %, мочеполовой системы 9,5%, болезни мягких тканей 7,1%, болезни костномышечной системы – 6,0% и в убывающем порядке. Летальность – 1.1 % и от патологии органов пищеварения 2,2%, травмы 1,3%. Летальность связана с поздней обращаемостью пациентов.

Урумбаев Р.М., Мельник И.В.

ОСТРАЯ ОБТУРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ташкентский медицинский педиатрический институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Лечение пациентов с острой обтурационной кишечной непроходимостью является актуальной проблемой экстренной хирургии. Несмотря на внедрения современных методов диагностики и лечения, летальность при данной патологии остается высокой и в последнее время не имеет существенной тенденции к снижению.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы результаты лечения 46 больных с острой обтурационной кишечной непроходимостью. Мужчин 38 (82,6%), женщин 8 (17,4%). Возраст больных от 29 до 90 лет.

Результаты. Наиболее часто наблюдалась острая обтурационная толстокишечная непроходимость опухолевой этиологии 40 (86,9%) случаев, обтурационная тонкокишечная непроходимость имела место у 6 (13,1%) больных. Опухоли сигмовидной кишки выявлены – у 26 (65%) пациентов, нисходящей ободочной кишки – у 7 (17,5%), восходящей ободочной – у 5 (12,5%), слепой кишки – у 1 (2,5%), поперечной – у 1 (2,5%) больного. Операцией выбора при опухолях правой половины ободочной кишки явилась правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза «бок в бок» (6). При опухолях сигмовидной кишки больным (26) выполнена операция Гартмана с выведением проксимальной десцендостомы. Интраоперационно у 17 больных выявлена инвазия опухоли в париетальную брюшину

левого бокового канала брюшной полости, у 3 – имелось прорастание опухоли в тонкую кишку, что потребовало дополнительного выполнения резекции участка тонкой кишки с наложением тонкотонкокишечного анастомоза «бок в бок». Наложение первичного толстокишечного анастомоза мы не применяем в связи с высокой вероятностью развития недостаточности. При опухоли поперечной ободочной кишки (1) выполняли резекцию участка поперечной кишки с опухолью с выведением проксимальной трансверзостомы и ушиванием дистальной части поперечной ободочной кишки. При локализации опухоли в нисходящей ободочной кишке (7) выполняли левостороннюю гемиколэктомию с выведением проксимальной трансверзостомы и ушиванием дистальной части толстой кишки с трансанальным дренированием оставшейся дистальной части толстой кишки. У 19 (47,5%) больных имелись метастазы в регионарные лимфатические узлы, у 5 (12,5%) – отдаленные метастазы в печень в виде узлов диаметром от 1 до 3 см в III, V, VII, VIII сегментах. У 6 (13,1%) пациентов имела место острая обтурационная тонкокишечная непроходимость. Все больные подвергнуты оперативному вмешательству. Интраоперационно: уровень обтурации находился в терминальном отделе подвздошной кишки. У 3 из них диагностировано наличие фитобезоара, который после фрагментации передислоцирован в правые отделы толстой кишки. Энтеротомия не потребовалась. У 3 других пациентов причиной обструкции явились желчные камни ориентировочным диаметром около 4,5 см., передислоцировавшиеся в просвет тонкой кишки из билиарного тракта (вероятнее всего, из желчного пузыря) через билиодигестивный свищ. Во время операции в подпеченочном пространстве справа имел место выраженный спаечный процесс, который не позволил выполнить детальную ревизию. Продвинуть конкременты дистально в слепую кишку не представлялось возможным. Камни удалены из просвета тонкой кишки через энтеротомию, выполненную дистально от блока, с последующим ушиванием энтеротомного отверстия в поперечном направлении. Различные послеоперационные осложнения наблюдались у 8 (17,4%) больных: некроз и «проваливание» колостомы в брюшную полость (2), нагноение послеоперационной раны (3), пневмония (2), инфаркт миокарда (1). У 2 больных выполнена релапаротомия, причиной которой послужил некроз и «проваливание» десцендостомы в брюшную полость на 3и и 4е сутки после операции с развитием калового перитонита. Больным произведено полное удаление оставшейся части нисходящей ободочной кишки с некротизированным участком и выведение трансверзостомы. Послеоперационная летальность составила 13% (6). Причинами

летальных исходов явились тяжелый абдоминальный сепсис на фоне перитонита, обусловленного внутрибрюшными осложнениями (2), инфаркт миокарда (2), тяжелая пневмония (1), ТЭЛА(1).

Выводы. Лечение острой обтурационной кишечной непроходимости является актуальной проблемой абдоминальной хирургии. Частота развития послеоперационных осложнений составила 17,4%. Послеоперационная летальность – 13%. Внедрение современных методов диагностики, борьба с эндотоксикозом, усовершенствование методов хирургического лечения, профилактика интраоперационных и послеоперационных осложнений позволят улучшить результаты лечения данной категории больных.

Фомин В.С., Гудков Д.А., Кондратьев Я.В.

**ВОЗМОЖНОСТИ РЕЗОНАНСНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ В
ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ МОТОРНОЭВАКУАТОРНЫХ
ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ВТОРИЧНЫМ РАСПРОСТРАНЕННЫМ
ПЕРИТОНИТОМ**

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Актуальность. На сегодняшний день частота регистрации послеоперационных моторноэвакуаторных нарушений и осложнений после ликвидации источника перитонита не имеет тенденции к снижению, несмотря на бурное развитие анестезиолого-реаниматологической службы, внедрение программ ускоренной реабилитации, использование широкого спектра малоинвазивных технологий. При этом сохраняется довольно высоким процент несостоятельности анастомозов, формирования острых язв, паретического илеуса, а также летальных исходов у пациентов, перенесших лапаротомию по поводу распространенного перитонита, несмотря на элиминацию источника ввиду полиорганной дисфункции, абдоминального сепсиса. В основе вышеприведенных состояний лежат «патофизиологические поломки» моторики кишечника, рост внутрибрюшного давления и висцеральных отеков, что и служит одной из причин высоких значений послеоперационной летальности у этих пациентов. Таким образом, целью данной работы явилось внедрение транскутанной резонансной стимуляции в комплексную схему коррекции моторноэвакуаторных

нарушений в послеоперационном периоде у пациентов с распространенными формами вторичного перитонита

Материал и методы. Анализу подвергнут исход лечения 125 пациентов, находившихся в хирургических клиниках кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии стоматологического факультета ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова за период 2015-2018 гг. Все пациенты удовлетворяли критериям включения и исключения. В качестве критерия не включения в исследование считался письменный отказ, необходимость релапаротомии «по программе», а также отказ от измерения внутрибрюшного давления трансвезикально. Среди включенных пациентов преобладали лица мужского пола (соотношение 2,7:1), средний возраст составил $35,5 \pm 2,02$ лет. Все оперативные вмешательства выполнялись с соблюдением требований приказов 320 и 83 ДЗМ. С целью объективизации данных были выделены 2 группы исследования: основная (n67; ведение послеоперационного периода с дополнительным применением резонансной электростимуляции) и группа сравнения (n58; послеоперационное ведение больных согласно нормативной документации): группы были соизмеримы по полу, возрасту, объему операции, а также исходной тяжести состояния больных ($p \geq 0,05$). В рамках предоперационной подготовки производилась манометрия внутрибрюшного давления (ВБД) трансвезикально по методу Kron IL et al [1984], в последующем ВБД контролировалось на 1, 3, 5 и 7-е сутки послеоперационного периода. В послеоперационном периоде всем пациентам выполнялся мониторинг перистальтической активности на «селективном полиграфе ЖКТ», в основной группе выполнялась также резонансная стимуляция (патент РФ 2648819).

Результаты. Исходно перистальтическая активность в раннем послеоперационном периоде имела низкие осцилляции согласно данным селективного полиграфа ЖКТ. На фоне резонансной стимуляции в группе 1 отмечался более быстрый период восстановления моторноэвакуаторной функции кишечника, прирост осцилляций во всех отделах, достижение синхронизации спектров, что отличалось от тождественных параметров группы 2. Полное восстановление моторноэвакуаторной функции пищеварительного тракта к 5м суткам лечения: в группе 1 у 63 (96,9%) пациентов, в группе 2 у 48 пациентов (82,7%; $p \leq 0,05$). Анализируя полученные данные ВБД в группах исследования, отмечена статистически достоверная диссоциация сравниваемых показателей начиная с 3х суток лечения ($p \leq 0,05$) и до окончания измерения в пользу группы 1. Дополнительно нами рассчитан индивидуально

прогностический индекс релапаротомии по Pujó: прослежена динамика роста последнего в группе 2 с сохранением практически неизменных достоверно более низких значений ПИР в 1й группе ($p \leq 0,05$). На 4-е и 5-е сутки в группе 2 ПИР был практически в 2 раза выше ($p \leq 0,05$), чем в 1 группе, что сочеталось с ростом процента осложнений у этих пациентов по шкале Clavien-Dindo. Суммарно 10 пациентов (17,2%) были подвергнуты реоперациям в группе 2 ($p \leq 0,05$), среди последних было 6 случаев перфораций острых язв тонкой кишки и 4 случая илеуса, резистентного к консервативной терапии (5 случаев удалось разрешить консервативно). Длительность стационарного лечения в группе 2 была достоверно выше ($10,3 \pm 0,8$ суток), чем в 1й группе ($7,4 \pm 0,7$ суток; $p \leq 0,05$), что также не в последнюю очередь связано с количеством и характером послеоперационных осложнений.

Выводы. Внедрение резонансной электростимуляции стимуляции для профилактики моторноэвакуаторных нарушений в послеоперационном периоде у пациентов с распространенными формами вторичного перитонита способствует ускорению восстановления перистальтики кишечника с нормализацией физиологического пассажа химуса, снижению ВБД и протекции органной недостаточности. На основании полученных данных считаем целесообразным включение вышеприведенных транскутанных электрофизиологических методов в комплексные схемы ведения пациентов с распространенными формами вторичного перитонита в раннем послеоперационном периоде для улучшения хирургических результатов лечения и минимизации осложнений периода реконвалесценции.

Фомин В.С., Гудков Д.А.

**ПРОФИЛАКТИКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА ЗА СЧЕТ
КОРРЕКЦИИ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИМЕНЕНИЕМ
ТРАНСКУТАННОЙ РЕЗОНАНСНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ
ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА**

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ

Актуальность. Поиск методов и средств минимизации рисков инфицирования и снижения летальности при тяжелом остром панкреатите сохраняет свою актуальность и злободневность на протяжении последних десятилетий. Одну из главенствующих ролей в патогенезе прогрессии деструкции поджелудочной железы, риску инфицирования,

развитию моно и полиорганной недостаточности при тяжелом остром панкреатите следует отводить синдрому внутрибрюшной гипертензии и развивающимся моторноэвакуаторным нарушениям пищеварительного тракта. Мониторинг внутрибрюшного давления и своевременная коррекция интраабдоминальной гипертензии позволяют достоверно уменьшать процент инфекционных осложнений, а также показатели летальности при тяжелом остром панкреатите, однако на сегодняшний день при всем многообразии различных средств фармакопеи и хирургических девайсов нет единой концепции лекарственной и неинвазивной терапии при синдроме внутрибрюшной гипертензии. Таким образом, целью данной работы явилось внедрение неинвазивной методики стимуляции перистальтической активности пищеварительного тракта для коррекции синдрома внутрибрюшной гипертензии и снижения риска инфицирования при тяжелом остром панкреатите в работу хирургической службы скоропомощного стационара.

Материал и методы. Анализу подвергнут исход лечения 85 пациентов, находившихся в хирургических клиниках кафедры по поводу тяжелого острого панкреатита (2015-2018гг). Все пациенты были госпитализированы по экстренным показаниям и удовлетворяли критериям включения в исследование. Критериями включения в исследование явилась клинкоинструментальная картина тяжелого острого панкреатита без признаков инфицирования, а также параметры внутрибрюшной гипертензии не выше 2 степеней. Критериями невключения: механическая обструкция желчного дерева, инфицированный панкреонекроз, значения внутрибрюшного давления 3 или 4 степеней. При анализе гендерного распределения отмечена доминанция лиц мужского пола; средний возраст включенных в исследование пациентов составил $41,3 \pm 4,7$ года. Нами выделены 2-е группы исследования: 1-я (n=43, основная) и 2-я группа (n=42, группа сравнения). Распределение по группам выполнялось согласно последовательности случайных чисел, сгенерированной персональным компьютером. В 1ой группе помимо общепринятых методов лечения в комплексной терапии применялся метод транскутанной резонансной стимуляции, в то время как в группе сравнения проводилось лишь традиционное лечение тяжелого острого панкреатита согласно нормативным документам. Для объективизации оценки тяжелого острого панкреатита нами применялся балльный индекс шкалы APACHE II. Внутрибрюшное давление измерялось по методу Kron II [1984], временные рамки манометрии соответствовали 1-м, 3-м, 5-м, 7-м суткам лечения согласно дизайну исследования. При этом нами оценивалась как скорость восстановления внутрибрюшного давления, так и расчетные

параметры абдоминального перфузионного давления (дельта между показателями среднего артериального и внутрибрюшного давления). Дополнительному анализу подверглись значения утилитарных показателей визуальноаналогового шкалирования, проводимого ежедневно у пациентов в сознании без когнитивных нарушений, а также степень изменений внутрибрюшного давления в зависимости от МСКТ данных поражения забрюшинной клетчатки по Ishikawa K. (2006). Исходное лечение всех включенных в исследование пациентов проводилось строго в отделениях реанимации и интенсивной терапии с обязательной установкой назогастрального/еюнального зондов для проведения декомпрессий и возможного энтерального лаважа, а также забора морфологического биопсийного материала начальных отделов тощей кишки (выполнялось как при установке назоюнального зонда, так и на 7 сутки при наличии согласия пациента). В динамике лечения всем пациентам обеих групп проводился анализ перистальтической активности пищеварительного тракта на «селективном полиграфе ЖКТ» (патент РФ №2023419).

Результаты и их обсуждение. После старта терапии в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии всем пациентам проводилось исследование перистальтической активности желудочнокишечного тракта посредством селективной полиграфии. Регистрировались 4-е потока кривых, соответствующих желудочной, дуоденальной, тонко и толстокишечной перистальтической активности. У всех пациентов групп исследования исходно отмечалась низкоамплитудная пропульсивная активность: $10,7 \pm 4,2$ мкВ ($p \geq 0,05$), что соответствовало тем или иным вариантам моторноэвакуаторных нарушений. В дальнейшем, в группе 1 применялась транскутанная резонансная стимуляция как в стандартных, так и индивидуально моделированных режимах (патент РФ №2648819) с длительностью каждого сеанса 98 ± 12 мин. Исходные параметры интраабдоминального давления соответствовали начальным проявлениям 2й степени компартментсиндрома ($22,1 \pm 1,7$ vs $21,9 \pm 1,5$ мм рт. ст.; $p \geq 0,05$). На фоне лечения: у больных 1й группы отмечался более быстрый регресс внутрибрюшной гипертензии с нормализацией показателей давления к 7м суткам лечения ($8,7 \pm 0,7$ мм рт. ст.; $p \leq 0,05$) в сравнении с группой 2 ($11,3 \pm 0,8$ мм рт. ст.; $p \leq 0,05$). Тожественная динамика отмечена нами при расчёте абдоминального перфузионного давления для 1ой и 2ой групп исследования: $62,5 \pm 1,9$ vs $62,8 \pm 1,1$ мм рт. ст. на старте ($p \geq 0,05$) и $89,4 \pm 0,5$ vs $74,2 \pm 1,3$ мм рт. ст. ($p \leq 0,05$) к 7 суткам лечения. В ходе проведения резонансной стимуляции нами отмечена хорошая переносимость пациентами данной методики, что проявлялось отсутствием дискомфорта (локально,

при аппликации электродов) и улучшением самочувствия в сравнении с группой 2 ($p \leq 0,05$) по данным субъективной балльной оценки утилитарных показателей начиная с 3х суток лечения (к 7 суткам балльное отношение выглядело как 8,1 vs 6,7 баллов соответственно; $p \leq 0,05$). Кратность резонансной терапии составила $4,2 \pm 1,8$ суток. Критериями эффективности и прекращения электровоздействия служили самостоятельный стул, отчетливая аускультативная картина перистальтических шумов и отсутствии признаков сохранения пареза кишечника. Полное восстановление моторноэвакуаторной функции пищеварительного тракта (отсутствие вздутия и метеоризма, ретроградного сброса по желудочному зонду, активная аускультативно и электрогастроэнтерографически регистрируемая перистальтика, отхождение газов и самостоятельный регулярный стул) отмечено к 5м суткам лечения у 42 (97,7%) пациентов основной группы, что достоверно отличалось от тождественных параметров группы сравнения ($n32; 76,2\%$; $p \leq 0,05$). При анализе локальных изменений забрюшинной клетчатки (12 степень) по данным МСКТ нами последние выявлены у 29 пациентов (67,4%) 1й группы и у 32 пациентов (76,2%) группы 2 ($p \geq 0,05$). Распространенный процесс определялся суммарно 17 больных обеих групп (20%) и соответствовал 3-й и 4-й степени распространения ($p \geq 0,05$) по Ishikawa K. При анализе внутрибрюшного давления при распространенных поражениях забрюшинной клетчатки отмечалась более торпидная динамика данного параметра у пациентов 2й группы, что способствовало увеличению рисков осложнений и инфицирования в данной группе. При анализе клинического материала нами прослежена диссоциация показателей развития инфицирования панкреонекроза в группах исследования: в 1 группе инфицирование наступило у 9 (20,9%) пациентов, а в группе сравнения – у 16 (38,1%). Сепсис верифицирован у 3 пациентов 1й группы (6,9%) и у 16,6% (7 пациентов) группы 2. В анализируемом материале отмечено 3 летальных исхода в основной группе (6,9%) и 6 (14,3%) в группе сравнения.

Выводы. На основании полученных данных установлена прямая связь между параметрами внутрибрюшного давления и рисками моторноэвакуаторных нарушений, процентом инфицирования панкреонекроза и полиорганной недостаточности. Своевременная коррекция интраабдоминального давления у больных с тяжелым острым панкреатитом является одним из основополагающих моментов в лечебном арсенале данной патологии. Включение резонансной стимуляции перистальтической активности пищеварительного тракта в лечебный арсенал при тяжелом остром

панкреатите позволяет значительно улучшать результаты лечения столь тяжелой категории больных.

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

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ АНТИРЕФЛЮКСНЫХ МЕТОДИК

ФГБОУ Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского

Актуальность. Выполнение максимально атравматичных антирефлюксных вмешательств при коррекции ГПОД в настоящем считается наиболее адекватным подходом в антирефлюксной хирургии. Несмотря на наличие определенных недостатков. По данным ряда литературных источников, наиболее распространенными антирефлюксными операциями являются различные виды фундопликаций, выполняемых как из традиционного, так и из лапароскопического доступов.

Цель работы. Оценить эффективность применения различных способов фундопликаций при выполнении лапароскопических антирефлюксных коррекций.

Материал и методы. За период времени с 2005 по 2018 годы нами выполнено 87 лапароскопических антирефлюксных операций. Структура оперативных коррекций представлена так: у 43 (49%) пациентов выполнена ЛФ по Ниссону, у 44 (51%) – двухсторонняя ЛФ по Тупе. Все пациенты в предоперационном периоде прошли обязательное обследование, включающее: УЗИ исследование ОБП, ФЭГДС с биопсией слизистой оболочки пищевода, рентгенологическое исследование пищевода и желудка, суточный рНмониторинг. Все операции были выполнены одной хирургической бригадой.

Результаты. Среднее время оперативного вмешательства в настоящее время не превышает 40 минут. Имели место несколько интраоперационных осложнений: в 1м случае имело место повреждение капсулы селезенки, купированное гемостатиками и коагуляцией. В 23 % случаев (21 операция) выполнялись симультанные оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза – по поводу ЖКБ, гинекологические и урологические заболевания. В раннем послеоперационном периоде ранняя послеоперационная дисфагия выявлена в 20% случаях (10 пациентов), которым

выполнена ЛФ по Ниссену, и в 11 % случаев (21 пациент) после ЛФ по методике Тупе. Не было ни одной конверсии на открытую операцию.

Выводы. Пациенты для оперативного вмешательства отбираются только по строгим показаниям (выраженная клиническая картина, наличие эзофагита и отсутствие эффекта от консервативной терапии). Как лапароскопическая операция по Touret так и фундопликация по Ниссену, позволяют адекватно и эффективно осуществить антирефлюксную коррекцию ГПОД, что значительно улучшает качество жизни пациентов в послеоперационном периоде.

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

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕФЛЮКСЭЗОФАГИТОМ НА ФОНЕ СКОЛЬЗЯЩИХ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

ФГБОУ Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского

Актуальность. В настоящее время отмечается увеличение числа больных, страдающих рефлюксэзофагитом и ГПОД. Наиболее распространенным методом операций при данной патологии являются различные методы фундопликаций, а целью антирефлюксных коррекций при ГПОД является восстановление анатомофункционального состояния эзофага – гастрального перехода и создание адекватного антирефлюксного барьера.

Материал и методы. Наша клиника обладает опытом выполнения 83 антирефлюксных операции по поводу скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (СГПОД). Из них у 1 (1,2 %) пациентов было диагностировано наличие пищевода Баррета, а у 11 (13,2 %), пациентов наблюдалось осложненное течение рефлюксэзофагита в виде пептического эзофагита, рубцовых стриктур пищевода. Для выбора наиболее адекватного метода коррекции СГПОД всем пациентам выполнялось измерение пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД) с помощью УЗИ баллонографии. Помимо этого, и на интраоперационном этапе нами проводилось измерение величины ПОД с помощью эзофагогастральных зондов различного диаметра.

Результаты. В случае, если размеры ПОД не превышали 35 мм, целью антирефлюксных коррекций являлось создание механического жома или манжетки по методикам Ниссена или Тупе. В случае большего расширения ПОД, антирефлюксная

фундопликация дополнялась круорографией. В связи со слабостью связочного аппарата диафрагмы у 11 (13,2%) пациентов, выполнялась аллопластика сетчатым эксплантатом и фиксировался узловыми швами. В случае, наличия в анамнезе сопутствующих заболеваний, выполнялись симультанные вмешательства. В раннем послеоперационном периоде у 12 (14,5%) пациентов отмечены осложнения. Так, преходящая стойкая постоперационная дисфагия была выявлена у 8 (9,6%) пациентов, которая была купирована консервативно.

Выводы. В связи с развитием научнотехнического прогресса и внедрением современных технологий в хирургическую практику, диагностика ГПОД, а также отбор пациентов на антирефлюксное лечение при скользящих ГПОД должен вестись исключительно по строгим показаниям, основанным на данных комплексного лабораторноинструментального обследования. При этом, объем, методика хирургического вмешательства должны основываться на объективных данных, полученных как до операции, так и изученных интраоперационно. Внедрение малоинвазивных лапароскопических технологий в хирургическое лечение СГПОД, способствуют сокращению сроков послеоперационной реабилитации пациентов, уменьшению числа осложнений, а также повышению качества жизни в отдаленном периоде.

Чамышев Д.А., Капралов С.В., Федоров В.Э.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Филиал частного учреждения образовательной организации высшего образования
«Медицинский университет «Реавиз» в городе Саратове

Актуальность. Инфицированный панкреонекроз является серьезной проблемой современной ургентной хирургии. Гнойные осложнения острого панкреатита наблюдаются не более чем у 5% больных, но сопровождаются летальностью 50-60%.

Материал и методы. За период 2017 по июнь 2018 г. в клинике находились на лечении 458 больных с острым панкреатитом. Панкреонекроз был диагностирован у 30 человек (6,6%). Из 30 больных с панкреонекрозом летальный исход отмечен у 6 пациентов (20%). Из них лишь 1 человек умер от панкреатогенного шока в ферментативную фазу заболевания. В остальных наблюдениях смерть наступила в результате гнойной интоксикации в фазу септической секвестрации. Всего гнойные осложнения

наблюдались у 24 больных. Летальность при гнойных осложнениях панкреонекроза составила 20,8%. У 6 человек септическая секвестрация сопровождалась деструкцией толстой кишки, у 4 из них аррозивным кровотечением. Неблагоприятное сочетание сепсиса, деструкции толстой кишки, аррозивного кровотечения и алиментарного истощения сопровождалась летальностью 99%. Для своевременной диагностики гнойных осложнений острого панкреатита наряду с лабораторным исследованием, динамическим ультразвуковым исследованием и магниторезонансным исследованием применялась прецизионная эндоскопическая термометрия прибором Greisinger GMH 3700 (ФРГ). С этой целью датчик прибора вводился через биопсийный канал гастроскопа. Термометрия производилась при контакте измерительной головки датчика с задней стенкой желудка. Время измерения 30 секунд. Считали, наличие локальной гипертермии обоснованным при разнице с аксиллярной температурой более чем в 0,5 градуса.

Результаты. Несмотря на успехи лечения ферментативной фазы острого панкреатита, нельзя полностью предотвратить его дальнейшее течение с развитием фазы септической секвестрации. Важнейшим фактором, определяющим прогноз течения заболевания, является своевременная диагностика гнойных осложнений с возможно ранним и радикальным хирургическим лечением. Присоединение деструкции толстой или двенадцатиперстной кишок, аррозивного кровотечения, алиментарного истощения делает хирургическую ситуацию неуправляемой. У 6 пациентов операция была выполнена с запозданием при тяжелых осложнениях, что сопровождалось летальностью 99%. При этом ошибок в сторону гипердиагностики гнойнонекротического панкреатита не было допущено ни у одного пациента. Все это свидетельствует о недостаточной настойчивости хирургов в определении показаний к хирургическому лечению гнойных осложнений панкреонекроза. У 18 пациентов с инфицированным панкреонекрозом развитие гнойных осложнений наблюдалось в сроки 1421 сутки от начала заболевания. У 6 больных гнойные осложнения регистрировались в более ранние сроки. Ультразвуковое исследование не позволило распознать гнойные осложнения панкреонекроза ни в одном наблюдении. Магниторезонансная томография не позволила полноценно диагностировать забрюшинную флегмону у 8 из 24 пациентов, хотя при ретроспективном анализе изображений устанавливались ее косвенные признаки. Эндоскопическая термометрия показывала изолированную гипертермию задней стенки желудка у 22 из 24 пациентов. Следует также отметить, что локальная гипертермия была зарегистрирована и у 8

пациентов из 30 без гнойных осложнений. Следовательно, чувствительность эндоскопической прецизионной термометрии для диагностики его гнойных осложнений составила 91,6%; специфичность — 73,3%.

Выводы. Несмотря на тяжесть клинического течения инфицированного панкреонекроза, своевременная диагностика гнойных осложнений с немедленно выполненной операцией, позволяют оптимизировать результаты лечения. Наряду с ультразвуковым исследованием и магниторезонансной томографией, эндоскопическая прецизионная термометрия задней стенки желудка может быть использована с целью диагностики гнойников при панкреонекрозе. Задержка хирургического лечения при появлении деструкции толстой кишки, аррозивном кровотечении, сепсисе значительно ухудшает результаты лечения.

Шаматрина Е.И., Шепелева А.И., Микаилова Г.А., Пашаева М.А., Бородин А.А.

ПРИМЕНЕНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВНУТРИБРЮШНЫХ ОЧАГОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ

Медицинский институт ФГБОУ ВО «ОГУ имени И.С. Тургенева»

Актуальность. В последние годы широкое распространение получили миниинвазивные оперативные вмешательства под сонофлуороскопическим контролем, которые доказали свою эффективность при целом ряде хирургических патологий. При этом известно, что возрастающая хирургическая активность на органах брюшной полости, закономерно определяет риск и частоту возникновения послеоперационных внутрибрюшных осложнений. По данным литературы частота послеоперационных осложнений после выполненных хирургических вмешательств на органах брюшной полости достигает 23% [Григорьев С.Г. 2003; Кригер А.Г. 2003; Андреев А.В. 2009]. Что несомненно определяет актуальность данной проблемы и поиска её решения.

Цель исследования. Оценка эффективности лечения послеоперационных внутрибрюшных очаговых осложнений с использованием возможностей миниинвазивных вмешательств под ультразвуковым и рентгенологическим контролем.

Материал и методы. Нами проведён ретроспективный анализ 67 пациентов хирургического отделения Орловской областной клинической больницы. Период

исследования 2015-2017 гг. Всем пациентам в исследуемой группе были выполнены оперативные вмешательства по экстренным показаниям. Среди них: лапароскопическая холецистэктомия, аппендэктомия, спленэктомия, ушивание перфоративной язвы желудка. В раннем послеоперационном периоде (от 3х до 6ти суток) в исследуемой группе пациентов отмечено развитие послеоперационных внутрибрюшных очаговых осложнений, который были диагностированы на основании выполненных в динамике УЗ и КТ исследований.

Результаты. Всего в исследуемой группе пациентов было выполнено 97 миниинвазивных вмешательств под контролем ультразвуковой томографии и рентгенотелевидения. Пункционных санаций при небольших жидкостных скоплениях, преимущественно серозного характера, выполнено 16 (16,5%). Дренирующих миниинвазивных вмешательств выполнено 81 (83,5%). Из них в 11 (11,3%) случаях выполнено крупнокалиберное дренирование (диаметр дренажей 36 Fr), в остальных случаях произведено малокалиберное дренирование 70 (72,2%). Полноту санации полости контролировали рентгенологически и при динамическом УЗИ. Время стояния дренажей варьировало от 7 до 45 дней. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила $17 \pm 5,8$ дней. Дренажи удаляли поэтапно при отсутствии отделяемого, полостей и затеков контраста при ультразвуковом исследовании и фистулографии, нормализации температуры тела. Летальных исходов и осложнений, связанных с миниинвазивными вмешательствами, не наблюдалось.

Выводы. Миниинвазивные вмешательства под ультразвуковым и рентгенологическим контролем оказались эффективными у всех пациентов с послеоперационными внутрибрюшными очаговыми осложнениями.

Шестаков А.Л., Хрусталева М.В., Шахбанов М.Э., Булганина Н.А., Битаров Т.Т.,
Боева И.А.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ВНУТРИПРОСВЕТНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ АССИСТЕНЦИЯ КАК МЕТОД КОНТРОЛЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ФОРМИРОВАНИЯ ФУНДОПЛИКАЦИОННОЙ МАНЖЕТКИ

ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского»

Актуальность. Современная хирургия характеризуется интенсивным внедрением в практику инновационных наукоемких технологий, направленных на повышение

эффективности лечебнодиагностических мероприятий, минимизацию их негативного влияния на организм пациента и снижение риска возникновения осложнений, обладающих, при этом, достаточной экономической привлекательностью. В полной мере все вышесказанное можно отнести к эндоскопии, активно развивающейся в последние годы, как в диагностическом, так и в оперативном направлениях. В последние годы в практику ведущих клиник мира вошли сочетанные методики при лечении различных заболеваний органов желудочнокишечного тракта, основанные на одновременном применении двух и более миниинвазивных технологий. Цель исследования. Оценка возможности использования интраоперационной внутрипросветной эндоскопической ассистенции для контроля лапароскопического формирования фундопликационной манжетки в модификации РНЦХ, с целью улучшения результатов хирургического лечения пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Материал и методы. В ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» фундопликация из лапаротомного доступа в модификации Центра выполняется с 1979 года. Лапароскопически данная операция впервые была выполнена в январе 2008 года. С 2008 по 2018 г нами проанализирован опыт лечения 265 больных рефлюксэзофагитом, из которых 165 были оперированы лапароскопически, в том числе, в последние годы, с интраоперационной эндоскопией. В основную группу вошли 68 больных, которым была выполнена лапароскопическая фундопликация в модификации РНЦХ с применением интраоперационной внутрипросветной эндоскопии, 97 больных, перенесших лапароскопическую фундопликацию без эндоскопической оценки, составили контрольную группу. Основная и контрольная группы достоверно не отличались по основным демографическим и клиническим показателям. Наиболее частой жалобой больных была изжога как основной симптом ГЭРБ. В обеих группах преобладали женщины (66% и 55%), средний возраст составил 47,5 и 50,5 лет в контрольной и основной группах соответственно ($p>0,05$). Диагноз ГЭРБ устанавливали на основании результатов общеклинического комплексного обследования, включавшего полипозиционное рентгенологическое исследование пищевода и желудка, эзофагогастроскопию.

Результаты. Всем пациентам была выполнена лапароскопическая фундопликация. У пациентов основной группы на этапе формирования фундопликационной манжетки удаляли желудочный зонд и проводили интраоперационную эзофагогастроскопию с обязательным ретроградным осмотром зоны кардии и формируемой манжетки. При

пробном затягивании первого (верхнего) узла шва контролировали степень обхвата манжеткой эндоскопа и деформацию желудка. Далее сверху вниз от первого наложенного шва продолжали формировать симметричную фундопликационную манжету непрерывным швом длиной 4,0–5,0 см, что обычно требовало наложения 67 стежков. Формирование фундопликационной манжетки производили на эндоскопе. Средняя продолжительность операции в основной группе была на 15 минут больше, чем в контрольной. Интраоперационных осложнений и летальных исходов не было. Состояние фундопликационной манжетки оценивали через 23 суток с помощью полипозиционного рентгенконтрастного исследования. Как в основной, так и в контрольной группах отмечено нормальное состояние фундопликационной манжетки. В раннем послеоперационном периоде признаки гиперфункции фундопликационной манжетки отмечены у 1 (0,97%) пациента контрольной группы, что потребовало эндоскопического бужирования через 1 месяц. В остальных случаях признаков гиперфункции и недостаточности манжетки не выявлено. В обеих группах получены хорошие непосредственные функциональные результаты с исчезновением клинической симптоматики. Длительность послеоперационного пребывания в стационаре составила в среднем $3,0 \pm 1,5$ суток. Пациенты в удовлетворительном состоянии выписаны под наблюдение хирурга по месту жительства с рекомендацией контрольного видеэндоскопического контроля через 6–12 месяцев. При изучении отдаленных результатов хирургического лечения от 6 месяцев до 3 лет удовлетворительные показатели получены у 8 (7,7%) пациентов контрольной группы с явлениями рецидива явлений рефлюксэзофита из которых у 5 (4,8%) выявлена несостоятельность фундопликационной манжетки и у 3 (2,9%) дисфагия легкой при приеме твердой пищи, требующая только соблюдения диеты. В основной группе у 1 (0,7%) пациента через 2 месяца после операции выявлены явления рефлюксэзофита легкой степени, что потребовало назначения диеты и приема антацидных средств. В остальных случаях данная методика показала положительные результаты и высокую эффективность применения.

Выводы. Таким образом, интраоперационная внутрипросветная эндоскопическая ассистенция при лапароскопическом формировании фундопликационной манжетки по методике РНЦХ улучшает результаты хирургического лечения и снижает число осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периодах.

Шор Э.М.

ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА У ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Государственный Университет Медицины и Фармации им. «Николая Тестемицану»,
Институт Срочной Медицины, Кишинев, Молдова

Актуальность. Хотя язвенная болезнь является известной причиной болей в животе у детей, она все еще является редким заболеванием среди детей в западных странах (J. Baltrūnaitė, K. Trainavičius, 2015). Частота язвенной болезни у детей составляет по статистическим данным 8,1% в Европе и 17,4% в США, таким образом оставаясь относительно редким по сравнению со взрослым населением (ShuChing, S. BorShyang, L. ShuiCheng et al., 2009, G. Guariso and M. Gasparetto, 2012). Одним из наиболее грозных осложнений язвенной болезни является перфорация, что требует проведения неотложного хирургического вмешательства.

Материал и методы. В данное исследование включены пациенты подросткового возраста, поступившие в срочном порядке в Институт Срочной Медицины и прооперированные лапароскопическим и открытым способами по поводу перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Все больные и их законные представители (родители и опекуны) в обязательном порядке подписали информированное согласие на участие в данном исследовании.

Результаты. В ходе исследования были проанализированы истории болезни 18 подростков мужского пола (что согласуется с данными литературы относительно частоты встречаемости язвенной болезни у детей) в возрасте от 15 до 17 лет (средний возраст 16,5 лет \pm 0,17 (95% CI: 16,1516,85)). У всех пациентов (n=18) клиническая картина характеризовалась внезапным появлением острых болей в области живота, сопровождающейся тошнотой и рвотой. В первые шесть часов от начала заболевания было госпитализировано 15 больных (83,33%). У пятерых зарегистрирован язвенный анамнез. Диагноз перфоративной язвы основывался на использовании комплекса диагностических мероприятий с учетом их разрешающей способности у данного возраста. При осмотре физикальное обследование выявило положительные симптомы раздражения брюшины у 13 пациентов (72,22%). Наличие свободного газа под диафрагмой (симптом Леви Дорна) рентгенологически зарегистрировано у 8 больных (44,44%). Тринадцати пациентам (72,22%) выполнено оперативное вмешательство открытым способом (у 30,76% произведено ушивание язвенного дефекта с фиксацией сальника, у 61,53% иссечение язвы и пилоропластика Judd, 1 пациент с резекцией

желудка по показаниям) и пятеро больных были прооперированы при помощи лапароскопического вмешательства. В послеоперационном периоде всем больным назначалась антибактериальная терапия с использованием антибиотиков широкого спектра действия и противовоспалительное лечение. У трех пациентов (16,66%) были выявлены послеоперационные осложнения. Среднее пребывание в стационаре составило $7,56 \pm 0,39$ (95% CI: 6,738,37 дней). Все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии с рекомендациями прохождения дальнейшего лечения и диспансеризации у семейного врача и гастроэнтерологам по месту жительства.

Выводы. Гастродуоденальная перфорированная язва в детской возрастной группе является редким явлением; и, к сожалению, как правило, мало учитывается при проведении дифференциальной диагностики острого живота у детей. Наличие прободной язвы следует подозревать у подростков, которые обращаются с острыми болями в животе, в особенности при наличии симптомов раздражения брюшины. Изучение результатов лечения и качества жизни после лапароскопических вмешательств по поводу перфоративной гастродуоденальной язвы убедительно демонстрирует их преимущество по сравнению с традиционными методами хирургического лечения у больных подросткового возраста.

Щербаков Г.В., Качкуркина Ю.И.

СТРУКТУРА ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

ПГУ Медицинский институт

Актуальность. Острый панкреатит представляет собой одну из самых тяжелых проблем неотложной хирургии. Усилия, прилагаемые хирургами, для улучшения результатов лечения пациентов с панкреонекрозом, пока не дали удовлетворительного результата: летальность при деструктивных формах колеблется в пределах 30-60%. Такие высокие показатели заставляют хирургов уделять большое внимание проблеме панкреонекроза. Высокие цифры летальности обусловлены не только тяжестью заболевания, но и многообразием осложнений при данной патологии, которые, зачастую, и определяют неблагоприятный исход.

Материал и методы. Проведен анализ осложнений, развившихся у больных острым панкреатитом, находящихся на стационарном лечении в хирургическом отделении №2 ГБУЗ Пензенской областной клинической больницы им. Н.Н.Бурденко в 2015 – 2016

годах. За указанный период в хирургическом отделении №2 на лечении находилось 187 пациентов с диагнозом острый панкреатит. Мужчин было 101 человек (54,0%), женщин 86 (46,0%). Возраст пациентов варьировал от 18 до 85 лет (в среднем 51,3 года). Все больные поступали в экстренном порядке. Обследование и лечение проводили в соответствии со стандартами и клиническими рекомендациями. 76 пациентов были подвергнуты оперативному лечению (40,6%), часто требовалось выполнение повторных операций. Показания к операциям выставляли при наличии гнойных осложнений, ферментативного перитонита, кровотечения аррозивного или гастродуоденального, а также при наличии динамической кишечной непроходимости и механической желтухи, не поддающихся консервативному лечению.

Результаты. Продолжительность лечения больных составила от 2 до 103 дней (в среднем 16,4 дней). Из 187 пациентов 25 умерли (13,4%). Послеоперационная летальность составила 30%. Из числа умерших не оперированы только 2 пациента, они скончались в первые сутки лечения от панкреатогенного шока, несмотря на проводимое лечение. Таблица 1. Структура осложнений у больных с острым панкреатитом

Осложнения	Колво	больных	Абс.	%
Абдоминальные Гнойные осложнения (флегмона, абсцесс, гнойный перитонит)	41	23,2		
Ферментативный перитонит	35	19,8		
Кисты поджелудочной железы	21	11,9		
Механическая желтуха	12	6,8		
Оментобурсит	7	4,0		
Острая кишечная непроходимость	4	2,3		
Кишечный свищ	4	2,3		
Синдром МеллориВейсса/Аррозивное кровотечение/ Острые язвы с кровотечением	1	0,6		
Всего	129	72,9		
Экстраабдоминальные Плевральные осложнения (Гидроторакс, плеврит)	22	12,4		
Полиорганная недостаточность	18	10,2		
Панкреатогенный шок	4	2,3		
Инфаркт миокарда	2	1,1		
Тромбоз вен н/к	1	0,6		
Пневмония	1	0,6		
Всего	48	27,1		
Итого	177	100		

В нашем исследовании из 187 пациентов 95 (51%) имели осложнения (Таблица 1). Основную массу составили абдоминальные осложнения 72,9%. Самыми распространенными являются гнойные осложнения острого панкреатита, развившиеся у 41 больного (23,2%) – это почти четверть всех пациентов. Очень часто у одного больного развивается несколько осложнений, что отягощает течение заболевания. Наиболее грозными осложнениями являются полиорганная недостаточность и панкреатогенный шок, все пациенты с данными осложнениями погибли. К часто встречающимся состояниям относится и ферментативный перитонит, данное осложнение развилось у 35 больных (19,8%).

Выводы. Учитывая, что летальность при остром панкреатите обусловлена именно развитием осложнений, большие усилия в лечении направлены на их профилактику и

лечение. Однако в настоящее время не при всех осложнениях разработана общепризнанная тактика лечения, особенно это касается сроков и объёмов оперативного пособия. Поэтому эти вопросы требуют дальнейшего обсуждения и уточнения. Разнообразие и тяжесть осложнений, лишний раз подчёркивают серьёзность рассматриваемой проблемы.

Ярцев М.М., Чарышкин А.Л.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ МАЛОИНВАЗИВНОЙ АППЕНДЭКТОМИИ

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность. Исследование результатов малоинвазивных вмешательств в отдаленном периоде и особенно качество жизни у больных после различных операций позволяет объективно оценить преимущество и недостатки хирургических методов.

Цель исследования. Оценить показатели качества жизни у больных после аппендэктомии, выполненной из минидоступа.

Материалы и методы. Проведена оценка результатов минидоступа у 220 больных острым аппендицитом, оперированных в ГУЗ «УОКЦСВМП» г. Ульяновска, хирургическое отделение ЦРБ р.п. Николаевка с 2008-2017 гг. У всех пациентов проведено: аппендэктомия, мирилапаротомия. Пациенты разделены на группы по способу мирилапаротомии. Исследуемые группы пациентов сопоставимы по полу и возрасту. Первая группа – 140 больных, оперированных традиционным методом мирилапаротомии, аппендэктомии. Вторая группа – 80 больных, аппендэктомия выполнена разработанным способом минидоступа (А.Л. Чарышкин, М.М. Ярцев, патент РФ № 2612983). Оценку индикаторов качества жизни проводили на протяжении 6 месяцев и 1 года после операции с использованием медицинского опросника Medical Outcomes Study – Short Form (SF 36).

Результаты и обсуждение. Полученные результаты исследования качества жизни через 6 месяцев показывают достоверно более высокие суммарные показатели физического и психического здоровья у пациентов после мирилапаротомии предложенным способом (таблица 1). Спустя 1 год после аппендэктомии во второй группе пациентов улучшенные показатели физического и психического здоровья сохраняются. Таблица 1 Показатели физического и психического здоровья у пациентов

после минилапаротомии через 6 месяцев после операции Показатели Шкала 1 группа n140 2 группа n80 Физический ФФ 81,1 85,8* РФФ 69,2 75,4* Б 68,1 73,2* ОЗ 53,2 59,7* Психологический Ж 54,1 60,4* СФ 62,2 74,1* РЭФ 68,3 73,4* ПЗ 53,1 63,2* *
Статистически значимые различия (p).

Выводы. Разработанный способ минилапаротомии для удаления червеобразного отростка повышает суммарные показатели физического и психического здоровья у пациентов после аппендэктомии в сравнении с традиционным минидоступом.

ОНКОЛОГИЯ

Аревин А.Г., Теплов А.А., Грицкевич А.А., Мирошкина И.В.

РОБОТАССИСТИРОВАННАЯ РЕЗЕКЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ МЫШЕЧНОИНВАЗИВНОМ РАКЕ. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ 22 ПАЦИЕНТОВ

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Радикальная цистэктомия с тазовой лимфаденэктомией остаётся «золотым стандартом» лечения мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря (МИРМП). Выполнение робот-ассистированной (РА) резекции мочевого пузыря представляет собой альтернативный хирургический подход, преимуществом которого является сохранение качества жизни пациента, отсутствие необходимости формирования необладера, меньшее время пребывания в стационаре, возможность гистологического изучения всего объёма первичной опухоли, что позволяет более точно установить стадию заболевания. В настоящий момент идет накопление опыта по оценке непосредственных и отдаленных результатов, осложнений и качества жизни. Результаты должны быть критически проанализированы до широкого применения данного метода. Цель исследования: оценка результатов органосохраняющего хирургического лечения МИРМП при помощи роботизированной системы da Vinci S.

Материал и методы. Проанализирован опыт лечения 22 больных, которым в период 2012-2018 г. была выполнена РА резекция мочевого пузыря. Стадия TNM: pT2a-вN0M0G1-2. Средний возраст составил $63,1 \pm 6,8$ года. Критерии включения: единичная (одиночные) опухоль мочевого пузыря, локализованная в шейке мочевого пузыря T2a-в, G1-2, N0. Операции производилась в 2 этапа. I этап – РАРМП с чреспузырной трансиллюминацией. II этап – подвздошно-обтураторная лимфаденэктомия. В некоторых случаях требовалась предоперационная уретроцистоскопия и стентирование мочеточников. Конверсий, интраоперационных осложнений не было.

Результаты. Продолжительность операции $137,1 \pm 19,2$ минут, кровопотеря - $77,1 \pm 27,5$ мл. Нахождение в стационаре составило $7,1 \pm 2,7$ дня. Осложнения по системе Clavien-Dindo составили 6,2%. Осложнения I степени в осложнения не включались. Положительный хирургический край не выявлен ни в одном случае. Сроки наблюдения составили от 5 до 58 месяцев ($32,8 \pm 10,9$). У четверых больных был поверхностный

рецидив. Системного прогрессирования опухолевого процесса не выявлено ни у одного больного.

Выводы. Робот-ассистированная резекция мочевого пузыря представляет собой альтернативный вариант лечения мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря, но требует тщательного отбора пациентов и последующего длительного наблюдения. РА резекция мочевого пузыря дает возможность достичь благоприятных клинических, анатомических и патологических результатов, а так же сокращает время пребывания пациентов в стационаре. Для опытных хирургов робот-ассистированная резекция мочевого пузыря может представлять собой оптимальный хирургический подход к органосохраняющей хирургии мочевого пузыря. Полученные онкологические и функциональные результаты хирургического лечения сопоставимы с данными мировой литературы.

Асадчая Д.П., Карачун А.М., Пелипась Ю.В.

БИОПСИЯ СИГНАЛЬНОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА ПРИ РАННЕМ РАКЕ ЖЕЛУДКА

ФГБУ "НМИЦ онкологии им. Н.Н.Петрова" МЗ РФ

Актуальность. Многие годы Японские и Корейские хирурги подчеркивали важность гастрэктомии с расширенной лимфаденэктомией как основной составляющей лечения рака желудка. В настоящее время, однако, они выполняют миниинвазивные вмешательства для этой группы злокачественных образований, таким образом индивидуализируя лечение рака желудка. Это стало возможным благодаря ранней диагностике рака желудка в этих странах, поскольку органосохраняющие вмешательства для пациентов с раком желудка составляет более 50% всех хирургических вмешательств при раке желудка в этих странах. Малоинвазивные вмешательства включают эндоскопические диссекции в подслизистом слое и резекции желудка с менее обширными лимфаденэктомиями, такими как D1 или D1+, и улучшили качество жизни в послеоперационном периоде при сохранении 5летней выживаемости выше 95%. Высокая заболеваемость раком желудка позволила лучше исследовать данные заболевания, что повысило уровень подготовки многих специалистов из разных областей медицины и улучшило диагностику и лечение. Таким образом, точная

эндоскопическая диагностика ранних опухолей позволяет безопасно проводить лечебные эндоскопические резекции. Однако, наличие или отсутствие метастазов в лимфатических узлах является одним из наиболее важных прогностических показателей у пациентов после оперативного вмешательства. При диагностике более 50% больных раком желудка имеют метастазы в лимфатические узлы, что приводит к 5-летней выживаемости.

Материал и методы. Мы исследовали сигнальные лимфатические узлы у 59 пациентов с раком желудка, прооперированных в НМИЦ онкологии им. Н.Н.Петрова. Из статистической обработки мы исключили 2х больных с клинической стадией заболевания T2\T3, 3х пациентов с определяемыми метастазами в регионарных лимфатических узлах по данным КТ, 8 пациентов, которым была выполнена эндоскопическая диссекция по стандартным показаниям и 2х больных, у которых не отмечено свечения в лимфатических узлах. Таким образом, в наш анализ вошли 44 пациента с ранним раком желудка входящие в «серую зону» это больные, которые входят в группу расширенных показаний для выполнения эндоскопической диссекции, однако, имеют низкий риск метастатического поражения регионарных лимфатических узлов. Всем больным было выполнено эндоскопическое исследование, диагноз был подтвержден морфологически. Дооперационная клиническая стадия cT1N0 была подтверждена данными эндоскопической ультрасонографии и компьютерной томографии. 34 пациентам была выполнена эндоскопическая диссекция в подслизистом слое с лапароскопической биопсией сигнальных лимфатических узлов, 10 пациентам была выполнена дистальная субтотальная резекция желудка с лимфодиссекцией D1+D2 с биопсией сигнальных лимфатических узлов. Всем больным была выполнена интраоперационная гастроскопия с подслизистой инъекцией индоцианина зеленого в каждый из четырех квадрантов опухоли. В течение 330 минут в инфракрасном свете визуализировалась группа сигнальных лимфатических узлов и удалялась для гистологического исследования. Дальнейшее наблюдение за пациентами включает в себя гастроскопию 1 раз в 3 месяца и компьютерную томографию 1 раз в 6 месяцев.

Результаты. Частота выявления сигнального лимфатического узла составила 84,7%, чувствительность метода 85,7%. Среднее время до начала «свечения» сигнального лимфатического узла составило 9 минут (от 2 до 25 минут). Среднее число удаленных лимфатических узлов 4,9. Из 7 больных с метастатическим поражением сигнального лимфатического узла ложноотрицательный был всего 1. Так же следует отметить, что частота обнаружения лимфатических узлов у больных с индексом массы тела <25

составила 100%, а у больных с индексом массы тела >25 составила 80%. У всех больных с метастатическим поражением регионарных лимфатических узлов метастазы определялись только в лимфатических узлах сигнального бассейна. Период наблюдения составил от 5 до 44 месяцев. Местный внутрислизистый рецидив выявлен у одной пациентки через 6 месяцев после операции. Больной была выполнена эндоскопическая редиссекция.

Выводы. В заключение стоит сказать, что на сегодняшний день методика биопсии сигнального лимфатического узла при раке желудка не может быть рекомендована к широкому клиническому применению и требует дальнейших клинических исследований. Вместе с тем, мы, как и большинство других авторов, небезосновательно надеемся на то, что полученные данные в будущем в значительной степени повлияют на тактику лечения больных ранним раком желудка.

Байтман Т.П., Мирошкина И.В., Грицкевич А.А., Теплов А.А.

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ С ОРТОТОПИЧЕСКОЙ РЕПЛАНТАЦИЕЙ СОСУДОВ В УСЛОВИЯХ ФАРМАКОХОЛОДОВОЙ ИШЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЧЕЧНОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии
имени А.В. Вишневского» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Несмотря на широкое распространение органосохраняющих операций, вопрос о тактике лечения пациентов, страдающих раком единственной почки, остается дискуссионным. В частности, в соответствии с современными клиническими руководствами, органосберегающая операция рекомендована пациентам при раке почки T1a и, при технической возможности, предпочтительна при T1b. При T2 и выше на данный момент рекомендована нефрэктомия. Однако ряд исследований свидетельствуют о допустимости резекции почки и при большем объеме поражения. Методика экстракорпоральной резекции почки (ЭКРП) с последующей аутотрансплантацией разработана для сохранения почечной функции у пациентов, имеющих облигатные показания к органосохраняющему лечению.

Материал и методы. В исследование включено 20 пациентов с ПКР, проходивших лечение в отделении урологии НМИЦХ им. А.В.Вишневского в 2013-18 гг. Средний

возраст больных составил $59,5 \pm 8$ лет. Большую часть пациентов составляли мужчины (14 (70%)). Стадирование по системе TNM: pT1a-T3vN0-2M0-1G1-3, из них у 8 (40%) пациентов размеры опухоли превышали 7 см, в 5 (25%) случаях имелись отдаленные метастазы. Средний балл нефрометрического индекса RENAL составил $11 \pm 0,45$. В двух случаях ЭКРП была выполнена одновременно с тромбэктомией и резекцией нижней полой вены (рено-кавальный опухолевый тромб).

Результаты. Средняя продолжительность холодовой ишемии составила $102,6 \pm 42,7$ мин. Кровопотеря — $613 \pm 300,1$ мл. Протезирование почечных сосудов было выполнено в 4 случаях. Интраоперационных осложнений не было. Послеоперационные осложнения наблюдались у 10 (50%) больных: 6 (30%) I степени по Clavien-Dindo, 1 (5%) - II, 2 (10%)— IIIa, 1 (5%) - IVa. Сроки наблюдения составили 4 - 69 месяцев ($36,7 \pm 17,7$). Прогрессирование опухоли имело место в 3 (15%) случаях. Один пациент погиб в связи с прогрессированием опухолевого процесса через 20 месяцев после операции.

Выводы. Полученные нами данные сходны с представленными в литературных источниках. Онкологические и функциональные результаты ЭКРП единственной почки в условиях фармако-холодовой ишемии с ортотопической реплантацией почечных сосудов удовлетворительны, что делает возможным дальнейшее развитие органосберегающего лечения.

Беляева А.И., Соболев Ю.А.

ОПТИМАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ТИРЕОПАТИЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

ФГБОУ ВО "Оренбургский государственный медицинский университет"

Актуальность. В современной медицине вопрос своевременной диагностики и лечения пациентов с доброкачественными и злокачественными образованиями щитовидной железы является одним из самых актуальных в области эндокринной хирургии. Ряд проведённых ранее исследований показал, что число больных с узловыми образованиями щитовидной железы увеличилось в 45 раз. С частотой от 3% до 60% в узловых формах зоба диагностируется рак. В настоящее время такие условия, как йодный дефицит, различные техногенные влияния, снижение иммунитета, стали ключевыми в возникновении патологий щитовидной железы на клеточном уровне, что

в свою очередь приводит к нарушению стабильности генома тироцитов и формированию рака щитовидной железы. Дооперационная диагностика образований щитовидной железы, основанная на лабораторноинструментальных методах, главными из которых является анализ данных цитологического исследования аспирата, получаемого при помощи тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем УЗИ, позволила повысить выявляемость злокачественных новообразований вдвое. Узловой зоб является распространённой патологией щитовидной железы, частота встречаемости которого варьирует от 42% до 98%. Важным является то, что около 20% солитарных узлов представляют собой злокачественные образования, а под маской узлового зоба может развиваться рак щитовидной железы. Раннее выявление рака предопределяет 10летнюю выживаемость почти у 90% больных, что свидетельствует об актуальности проблемы дифференциальной диагностики данных образований. На основании анализа сонографических признаков и данных цитологического исследования, которые являются результатом проведения тонкоигольной аспирационной биопсии, базируется дооперационная диагностика тиреопатий различного генеза.

Материал и методы. В исследовании участвовали 867 пациентов с узловой патологией щитовидной железы в период 2016-2018 гг. Возраст пациентов, направленных на процедуру ТАБ, варьировал от 20 до 80 лет. Средний возраст составил 50 ± 9 лет. Большую часть представляли женщины – 85,8% (744 человека), количество мужчин было значительно меньше – 14,2% (123 человека). Биопсия проводилась под контролем ультразвука одноразовой иглой размером 21G. Для определения диагностической значимости ТАБ использованы стандартизированные показатели чувствительности, специфичности и точности. Внедрение данного метода позволило сократить число оперативных вмешательств на 50%.

Результаты. Исходя из результатов тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии образований щитовидной железы, пациенты были разделены на несколько групп: непосредственно злокачественные новообразования были выявлены у 0,9% обследуемых, предраковое состояние установлено у 20,6% пациентов, наличие аденомы составило 2,2% всех случаев, кистозное содержимое обнаружено у 25,3%, повышенная функция щитовидной железы зарегистрирована в 34% случаев. У 17% пациентов анализ биоптата не выявил значительных изменений в функции щитовидной железы. Ключевыми признаками озлокачествления узла щитовидной железы при его дифференциальной диагностике с другими доброкачественными патологиями были: плотная консистенция узла и его значительное увеличение, увеличение лимфатических

узлов шеи, нарушение у пациента акта глотания, наследственный анамнез, наличие в анамнезе жизни таких заболеваний, как нейрофиброматоз, гиперпаратиреоз, опухоли мозгового слоя надпочечников, а также определённые ультразвуковые признаки – нечёткость контуров, неправильная форма узла, хаотичность кровотока в узле, наличие кальцинатов. За период 2016-2018 гг. на основании полученных при проведении ТАБ данных было выполнено несколько видов операций непосредственно на щитовидной железе, такие как резекция щитовидной железы, тиреоидэктомия и гемитиреоидэктомия, последняя из которых входит в число органосохраняющих операций. Внедрение в хирургическую практику тиреоидэктомии связано с увеличением числа больных с многоузловым зобом и возросшую частоту рака щитовидной железы на фоне многоузлового зоба. Из группы больных с гиперфункцией щитовидной железы на операцию были направлены 44,7% с диагнозом «Диффузноузловой зоб», 23% с узловым зобом, 17,6% больных тиреоидитом. 14,5% обследуемым с коллоидным зобом рекомендовано консервативное лечение. Показаниями для оперативного лечения являлось наличие небольших доброкачественных образований с высоким риском озлокачествления, непосредственно рак щитовидной железы и предраковые состояния, проявляющиеся в активной пролиферирующей активности фолликулярной ткани железы. Важно отметить, что для проведения данных хирургических вмешательств отсутствуют абсолютные противопоказания.

Выводы. Тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия щитовидной железы под контролем ультразвука является одним из самых эффективных дооперационных методов диагностики узловых образований железы, позволяющих выявить злокачественные новообразования с диагностической точностью до 90%. Обнаружение при проведении ТАБ изменённых узлов с нечёткими контурами и кальцинатами служит непосредственным признаком верификации рака щитовидной железы. Оптимальным методом лечения, в случае неэффективности консервативной терапии, является хирургическое вмешательство, заключающееся в частичном или полном удалении повреждённой щитовидной железы. Внедрение данного метода значительно снижает риск возникновения рецидива заболевания.

Егоров В.И., Петров Р.В., Григорьевский М.В., Шишкина А.С., Иванов Г.В.

DPCAR (mAppleby) ПРИ ПРОТОВОКОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ ЧРЕВНОГО СТВОЛА.

НАШИ ДАННЫЕ И ОПЫТ

ГКБ им. Братьев Бахрушиных

Актуальность. Ранее считалось, что неметастатическая протоковая аденокарцинома (ПА) ПЖ вовлекающая в себя артерии – нерезектабельна, т.к. имеет низкую выживаемость даже при успешно выполненной резекции артерий с их реконструкцией, которая сопровождается высоким уровнем осложнений и летальностью. Такие операции долгое время считались онкологически необоснованными, а ПА тела ПЖ с вовлечением чревного ствола – местнораспространённой, нерезектабельной опухолью. Но по последним данным выживаемость при раке тела ПЖ с вовлечением чревного ствола только после проведенной химиотерапии (ХТ) по схеме FOLFIRINOX составила 11 месяцев, а при проведении комбинированного лечения ХТ + mAppleby медиана выживаемости колеблется от 9,3 до 31 месяца. Это доказывает, что дистальная резекция поджелудочной железы с резекцией чревного ствола (ДРПЖ РЧС или DPCAR) – онкологически оправданная операция для хорошо отобранных пациентов и прогноз для данных пациентов значительно лучше. Наши данные с 2009 по 2018 г. 26 DPCAR. Уровень резекции R0 – 90%, осложнения развились в 13 случаях (50%), летальность составила 2 случая (7,7%). Все операции прошли без артериальной реконструкции. Было проведено 10 резекций воротной вены (40%). Ишемии печени не наблюдалось ни в одном из случаев. Острый холецистит развился в 1 случае, купирован на фоне консервативной терапии. Гастропатия в 4 случаях (15%). Медиана выживаемости составила 24 месяца, что по нашим данным соответствовала медиане выживаемости при раке головки ПЖ и проведенной ПДР, при этом 5летняя выживаемость составила 16%. Безрецидивная выживаемость составила 18% случаев.

Материал и методы. Было проанализировано 26 DPCAR. Средний возраст составил – 58, 3 г. Артериальное кровоснабжение по классификации Michels в 18 случаях было классическим (Michels I), иные варианты встречались в 8 раз, 5 из которых с замещением основных магистралей (II, IV, VIIIb по Michels). После пережатия общей печеночной артерией (ОПА) пульс на гепатодуоденальной связке определялся в 23 случаях, однако артериальный кровоток над паренхимой печени с помощью УЗдатчика определялся во всех случаях. Определение основных коллатералей и изменений

объёмного артериального кровотока с помощью КТ и КТангиографии проводилось во всех случаях до и после операции. Оно показало, что увеличение кровотока по панкреатодуоденальной артерии (ПДА) от 1,7 до 16 раз; по гастродуоденальной артерии (ГДА) от 0,8 до 5,5 раз; по правой желудочносальниковой артерии (ПЖСА) в 116 раз. Это показывает, что при классическом кровоснабжении после резекции ЧС основной коллатералью снабжающей печень является ПДА и панкреатодуоденальные аркады. Помимо КТ и КТангиографии было использовано интраоперационное ультразвуковое исследование (ИОУЗ) в 115 случаях для определения пульса, артериального кровотока и линейной скорости кровотока (ЛСК) на артериях Гепатодуоденальной связки (ГД) после временного пережатия (время пережатия 515 минут) ОПА, добавочной или замещающей левой печеночной артерии (дз ЛПА) и ПЖСА из которых: сегментарные и субсегментарные резекции печени 46 случаев; Гастрэктомия и дистальная резекция поджелудочной железы (ДРПЖ) – 31 случай; ДРПЖ при раке её тела (включая DPCAR) – 38 случаев.

Результаты. Из 115 случаев классическое кровоснабжение (Michels I) встретилось в 80 (70%) случаях, а в 35 (30%) – иные типы кровоснабжения. После пережатия ОПА, дз ЛПА, ПЖСА пульс на ГД связке сохранился в 96 случаях (83,5%); исчез но восстановился в 10 (8,7%) случаях; исчез и не восстановился в 9 (7,8%) случаях. Снижение ЛСК составило от 0 до 65%, но во всех случаях сохранился магистральный или коллатеральный кровоток в артериях паренхимы печени. При соотнесении результатов КТангиограмм до и после операции с показателями ЛСК до и после операции стало понятно, что: тип строения артерий не влияет на степень снижения ЛСК и вероятность исчезновения пульса. В свою очередь исчезновение пульса зависело от снижения ЛСК: пульс исчез и не появился при снижении ЛСК на $61\% \pm 6\%$ (9 случаев); пульс сохранился или восстановился при снижении ЛСК на $23\% \pm 18\%$ (106 случаев) Так же были соотнесены диаметры ключевых артерий с показателями ЛСК до и после пережатия ОПА, дз ЛПА, ПЖСА. Результатом этого стало то, что зная диаметр перипанкреатических артерий нельзя предсказать исчезновение пульса и степень снижения ЛСК и вероятность исчезновения пульса на ГД связке повышается в 10 раз если отношении диаметров ОПА к ГДА стремится к 2.

Выводы. DPCAR (mAppleby) – онкологически обоснованная радикальная операция при пограничнорезектабельном раке тела ПЖ. Основной и обычно единственной коллатералью к печени после резекции ЧС является путь от верхней брыжеечной артерии через ГДА (Michels I). Пережатие ОПА может приводить к снижению скорости

кровотока по печеночным артериям, но не приводит к исчезновению артериального кровотока в паренхиме печени. ИОУЗ печени – надежный способ оценки адекватности артериального кровоснабжения при DPCAR. При любом типе артериального кровоснабжения по Michels после DPCAR (mAppleby), риск ишемии желудка превышает риск ишемии печени. Таким образом реконструкция ОПА при mAppleby не нужна.

Елизарова Н.И., Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Цвиркун В.В., Казаков И.В.,
Ванькович А.Н., Ким П.П.

РОБОТИЧЕСКИЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫЕ РЕЗЕКЦИИ

ГБУЗ Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова

Актуальность. Наряду с распространением лапароскопического доступа в абдоминальной хирургии, все чаще используется роботический комплекс DaVinci, в том числе и в хирургии поджелудочной железы. Мировой опыт насчитывает более 500 полностью роботических панкреатодуоденальных резекций (C.Ricci, 2017), однако большинство клиник только приступает к освоению методики, имея опыт от нескольких единиц до нескольких десятков случаев. Таким образом, актуальной является оценка имеющегося опыта каждой клиники и разработка наиболее коротких путей освоения роботического доступа.

Материал и методы. С апреля 2017 года по октябрь 2018 года в отделе хирургии печени и поджелудочной железы МКНЦ им А.С. Логинова выполнено 22-х роботических панкреатодуоденальных резекций. В 77 % случаев показанием к операции являлись резектабельные злокачественные новообразования головки поджелудочной железы, в 18% – рак терминального отдела холедоха и большого дуоденального сосочка, одна пациентка оперирована по поводу доброкачественного заболевания (цистаденома) головки поджелудочной железы. Оперированы пациенты в возрасте от 53 до 78 лет (средний возраст 65 лет), 32 % мужчин и 68 % женщин. В случаях злокачественных новообразований головки поджелудочной железы в 65% степень распространенности первичной опухоли была «Т3» (TNM7), в 35% Т2. В 6 случаях (27%) выполнена пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция. Во всех случаях панкреатоюноанастомоз сформирован по методике Blumgart L.H.

Результаты. Средняя продолжительность операции составила 661 ± 107 . Отмечено снижение среднего времени операции на 15% между первым и вторым десятком случаев. Средняя кровопотеря составила 220 ± 88 мл, интраоперационной гемотрансфузий не требовалось. Конверсия доступа в верхнесрединную лапаротомию выполнена в двух случаях и была обусловлена в одном случае интраоперационно выявленной инвазией опухоли в общую печеночную артерию – было выполнено протезирование артерии, во втором случае трудностями в выделении верхней брыжеечной вены от опухоли. Осложнения, требующие хирургического вмешательства (>II по Clavien-Dindo) отмечены в 7 (32%) случаях: в 3х случаях (13,6%) обусловлены формированием панкреатической фистулы класса «С» по ISGPS, в 2х случаях (9%) типа «В» (во всех случаях интраоперационно диагностирована «мягкая» поджелудочная железа), в одном случае (4,5%) инфицированным жидкостным скоплением в зоне операции и в одном случае частичной несостоятельностью билиодигестивного анастомоза. Явления гастростаза III степени отмечались в 3х случаях (13,6%). В трех случаях на фоне панкреатической фистулы типа С у пациентов имело место кровотечение по дренажу из зоны операции, что послужило в одном случае причиной гибели пациентки – единственный летальный исход (4,5%), в последующем в двух случаях была выполнена «завершающая» тотальная панкреатэктомия, после которой рецидивов кровотечения не отмечалось, оба пациента были выписаны в удовлетворительном состоянии на 53-е и 19-е сутки. Средний послеоперационный койко-день составил 17 ± 10 дней, медиана реанимационного койко-дня составила 3 дня (от 1 до 32-х дней). В среднем в операционном материале выявлено 14 ± 5 лимфатических узлов, в 41 % случаев в лимфоузлах обнаружены клетки опухоли. В одном случае (4,5%) край резекции соответствовал R1 микроскопически выявлены опухолевые клетки по границе выделения опухоли от верхней брыжеечной артерии.

Выводы. Роботический доступ при выполнении панкреатододуоденальной резекции не уступает по своим техническим возможностям и ближайшим результатам традиционному и лапароскопическому вариантам операции. Пути к улучшению ближайших результатов является совершенствование методики формирования панкреатоеюноанастомоза, изоляция и адекватное дренирование зоны операции.

Журковский В.И., Сидорова Л.В., Киценко Ю.Е., Тулина И.А., Царьков П.В.
**СРАВНЕНИЕ ЧАСТОТЫ ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФОУЗЛОВ И ФАКТОРОВ
НЕГАТИВНОГО ПРОГНОЗА ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ**
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Актуальность. Цель данного исследования в сравнении частоты лимфогенного метастазирования рака прямой кишки в зависимости от патоморфологических характеристик препарата и наличия факторов негативного прогноза.

Материал и методы. В исследование включены все оперированные в клинике пациенты со злокачественными новообразованиями прямой кишки с лимфодиссекцией в объеме D3. Сразу после операции проводилось исследование нативного препарата и жировой клетчатки парааортальной, промежуточной и запираетельных областей в соответствии с японской классификацией. Далее препарат направлялся на плановое патоморфологическое исследование.

Результаты. Всего было исследовано и проанализировано 297 препаратов, среднее количество изученных лимфатических узлов составило $28,0 \pm 6,7$ с препарата. Всего поражение лимфоузлов отмечалось в 220 (74,1%) случаях. По степени дифференцировки выявлено 34,1% G1, 49,8% G2, 11,7% G3 и 1% G4; в 7 наблюдениях новообразование после химиолучевой терапии не выявлено (полный ответ). При проведении корреляционного анализа отмечены следующие зависимости: R1 и R2 резекции чаще происходят при слизеобразующих новообразованиях ($r=0,752$, $p=0,008$), при большей стадии pT (но не cT) повышается вероятность выявления экстрамуральной периваскулярной инвазии опухоли ($r=0,562$, p .

Выводы. Данное исследование подтверждает необходимость более прецизионного удаления новообразований и выполнение латеральной лимфодиссекции при хирургическом лечении рака прямой кишки в случае возможного слизеобразования.

Закаев К.Ю.^{1,2}, Зурнаджьянц В.А.¹, Кчибеков Э.А.¹, Луцева О.А.¹, Коханов А.В.¹

ФЕКАЛЬНЫЙ ЛАКТОФЕРРИН КАК БИОМАРКЕР КАЧЕСТВА ДРЕНИРОВАНИЯ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ ОПУХОЛЕВОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава
России¹, ФГБУЗ «Южный окружной медицинский центр Федерального
медикобиологического агентства»²

Актуальность. Одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии является разрешение толстокишечной опухолевой непроходимости при подготовке к хирургическому лечению рака толстой кишки с формированием первичного межкишечного анастомоза. Опухоли, осложненные острой кишечной непроходимостью, представляет серьезную хирургическую и социальноэкономическую проблему в связи с высоким процентом осложнений и длительным сроком 23х этапного лечения. Несмотря на достижения современной хирургии, летальность при этом заболевании варьирует от 2 до 1820% [7, 9, 12, 13, 14, 22], что связано с пожилым возрастом пациентов и наличием у этой категории лиц тяжелой сопутствующей сердечнососудистой и дыхательной патологии. Задача выбора рациональных способов лечения острой кишечной непроходимости опухолевого генеза (ОКНОГ) у таких пациентов является актуальной и до конца не решённой.

Цель работы. улучшение результатов лечения толстокишечной опухолевой непроходимости путем разработка устройства для дренирования толстой кишки и оценка эффективности разработанного устройства для дренирования кишечника.

Материал и методы. Исследованы 32 пациента, прооперированных в отделении в 2017 году по поводу ОТНОГ, 13 неоперабельным больным с распространенным опухолевым процессом (41%) были выполнены паллиативные операции, а 19 пациентам (59%) - радикальные 23х этапные оперативные вмешательства. На основании анализа дооперационного состояния этих больных по угрозометрическим шкалам и результатам УЗИ, обзорной рентгенографии брюшной полости и видеоколоноскопии определялась тактика первого этапа лечения. У 8 пациентов из 19 (42%) для декомпрессии кишечника на 1м этапе применялось разработанное нами дренажное устройство, фиксированное после разгрузки кишечника к коже правой подвздошной области, у остальных 11 больных (58%) на этом этапе формировалась разгрузочная

стома. Для оценки степени декомпрессии кишечника использовали экспрестест на фекальный лактоферрин.

Результаты. Разрешение толстокишечной опухолевой непроходимости при подготовке к хирургическому лечению рака толстой кишки с формированием первичного межкишечного анастомоза достигается в полезной модели (заявка на полезную модель РФ № 2018118872) за счет включения в неё трехканального трубчатого элемента, состоящего из большого канала, для отвода содержимого кишки, в котором размещен адаптер со стороны проксимального конца с закрепленной в нем трубчатого фиксатора с пункционной иглой, среднего канала, для промывания (аспирации) просвета кишки водным раствором (фортранс), с целью разжижения содержимого кишки, с дальнейшей её эвакуации через большой канал, и малый канал для рабочей среды (рентгенконтрастной жидкости), эластичный баллон, снабженный рентгенконтрастными кольцами, на проксимальном и дистальном его концах, для контроля нахождения раздувного баллона в просвете кишки. Дренаж снабжен со стороны дистального конца открытым наконечником, соединенным с большим и средним каналами с отверстиями для отвода содержимого кишки через большой канал, пункционной иглой, размещенную в трубке фиксаторе. Рабочий образец заявляемого дренажа испытан на больных в хирургическом отделении №1 ГБУЗ АО ГКБ №3 им. С.М. Кирова г. Астрахани, и показал свою полную работоспособность. Преимущества разработанного дренажа по сравнению с прототипом следующие: уменьшение травмируемости у больного; исключение развития калового перитонита; исключение частого и скорого закупоривания самого дренажа; исключение послеоперационных осложнений и интоксикации больного. По сравнению с прототипами установлено достоверно (р.

Выводы. Преимущества разработанного дренажа по сравнению с прототипом следующие: уменьшение травмируемости у больного; исключение развития калового перитонита; исключение частого и скорого закупоривания самого дренажа; исключение послеоперационных осложнений и интоксикации больного.

ПРИМЕНЕНИЕ ОПУХОЛЕВЫХ СФЕРОИДОВ В DRUG DISCOVERY

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский
Университет)

Актуальность. Трехмерные культуры опухолевых клеток преодолевают ограничения традиционно используемых монослойных культур и воссоздают такие основные характеристики опухолей, как пространственные градиенты кислорода, факторов роста и метаболитов и наличие некротических, гипоксических, покоящихся и пролиферативных клеток. Задачи: Целью данного исследования было доказать преимущество 3D-модели над 2D-моделью с целью дальнейшего интегрирования *in vitro* модели опухолевых сфероидов в схему разработки противораковых лекарственных средств и использования первичных опухолевых клеток в исследованиях скрининга лекарств для реализации персонализированного лечения рака.

Материал и методы. В рамках исследования были получены многоклеточные сфероиды, сгенерированные из суспензии отдельных клеток иммортализованной клеточной линии аденокарциномы молочной железы человека MCF-7 в сыворотке. Микрокапсулы с мультিকлеточными опухолевыми сфероидными (МОС) инкубировались в 24-луночных планшетах с Метотрексатом в течение 48 часов. В качестве контроля использовали монослойную культуру MCF-7 (105 кл в лунке). Количественная оценка выживших клеток производилась с помощью красителя трипанового синего в камере Фукса-Розенталя.

Результаты. При концентрации Метотрексата 100 нМ выживаемость жизнеспособных клеток в контроле была вдвое меньше по сравнению с таковой для МОС. Была также произведена оценка цитотоксического действия Капецитабина в зависимости от размера МОС. При концентрации Метотрексата 100 нМ количество живых клеток составило 65 и 88% для сфероидов размером 150 и 300 мкм, соответственно, в то время как в контроле это значение составило только 35%.

Выводы. По сравнению с монослойными культурами раковые клетки в трехмерных сфероидных культурах демонстрируют большую устойчивость к цитотоксическим препаратам, причем цитотоксическое действие Метотрексата уменьшается с увеличением размера МОС. В связи с этим, трехмерные опухолевые модели

представляют собой ценный «инструмент» для исследования рака в контексте с drug discovery.

Кривошеев А.В., Воронкова И.А.

АЛЬДОСТЕРОНПРОДУЦИРУЮЩАЯ КАРЦИНОМА КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКА (2 КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЯ)

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф Владимирского

Актуальность. Рак коры надпочечника является редкой опухолью с агрессивным течением и плохим прогнозом, при этом альдостеронпродуцирующая карцинома надпочечника встречается казуистически редко.

Материал и методы. Представлены данные по диагностике и хирургическому лечению альдостеронпродуцирующего аденокортикального рака.

Результаты. Клиническое наблюдение 1: Женщина 58 лет, поступила в нашу клинику с жалобами на высокое артериальное давление, боли в спине, судороги. По лабораторным данным подтвержден первичный гиперальдостеронизм (альдостерон в сыворотке крови 1012 пг/мл, прямая концентрация ренина 0,5 мкМЕ/мл, альдостеронрениновое соотношение 202,4, гипокалиемия 1,2 ммоль/л). По данным КТ с внутривенным контрастированием выявлена опухоль правого надпочечника 8*6*9 см с гетерогенной структурой. Нативная плотность опухоли составила 38 единиц Хаунсфилда (HU). В артериальной и венозной фазе плотность опухоли 70 HU, отсроченной 55 HU. Динамика роста опухоли + 5 см за 6 месяцев. Выполнена операция: двухподреберная лапаротомия, при ревизии в правом забрюшинном пространстве опухоль диаметром около 15 см, сдавливающая нижнюю полую вену, правую почечную артерию и почечные вены. Выполнена расширенная адреналэктомия с паракавальной лимфодиссекцией. Гистологически подтвержден аденокортикальный рак. Средний уровень экспрессии Ki67 составил 65%. Количество баллов по шкале Weiss 6. Через 3 месяца после удаления первичной опухоли лабораторно зафиксирован рецидив первичного гиперальдостеронизма, по данным КТ выявлен опухолевый тромбоз нижней полую вены, метастаз в верхнюю долю правого легкого. Выполнена тромбэктомия опухолевого тромба нижней полую вены, атипичная резекция верхней доли правого легкого. После операции уровень альдостерона в пределах референсных значений, однако через 7 месяцев вновь выявлено повышение уровня альдостерона

крови, по данным КТ множественные метастазы в легких. Через 2 месяца пациентка умерла от прогрессирования заболевания. Клиническое наблюдение 2: Мужчина 43 лет, поступил в нашу клинику с жалобами на высокое артериальное давление, одышку. По данным КТ с внутривенным контрастированием выявлена опухоль левого надпочечника 10*8,4*10 см с неровными, нечеткими контурами, нативной плотностью 27 HU. Плотность опухоли в артериальную фазу составила 55 HU, венозную 60 HU, отсроченную 47 HU. Кроме того выявлен опухолевый тромбоз центральной вены надпочечника. Динамика роста опухоли + 2 см за 2 мес. По данным лабораторных исследований альдостерон в сыворотке крови 985 пг/мл, прямая концентрация ренина 16,9 пг/мл, гипокалиемия 2,8 ммоль/л. Альдостеронрениновое соотношение 58,2, что подтверждает первичный гиперальдостеронизм. Выполнена операция: лапароскопия, при ревизии в левом забрюшинном пространстве опухоль диаметром около 10 см, сдавливающая селезеночную артерию и вену, левую почку, почечную артерию и вену. Выполнена расширенная адреналэктомия с паракавальной лимфодиссекцией. По данным гистологического исследования аденокортикальный рак. Статус резекции R0. Средний уровень экспрессии Ki67 составил до 35%. Количество баллов по шкале Weiss 6. Через 3 месяца после удаления первичной опухоли по результатам лабораторных исследований и данным КТ без рецидива и метастазов.

Выводы. Представленные случаи показывают агрессивный рост опухоли и склонность к быстрому метастазированию, что требует настороженности в отношении альдостеронпродуцирующих опухолей небольшого размера. В качестве метода послеоперационного мониторинга течения заболевания может быть использовано исследование уровней альдостерона и калия в крови.

Ланков Т.С., Панайотти Л.Л., Олькина А.Ю., Петров А.С.

СТРУКТУРА ЛИМФОГЕННОГО МЕСТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

ФГБУ "НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова" Минздрава России

Актуальность. Лимфатический аппарат толстой кишки активно изучался еще в начале XX века. В 1977 году японские хирурги предложили систему нумерации групп лимфоузлов в зависимости от уровня лимфооттока и расположения относительно магистральных сосудов. Кроме того на основании нескольких тысяч наблюдений из

Японской национальной базы данных, они смогли описать частоту метастазирования опухолей в различные лимфатические коллекторы в зависимости от локализации. Тем не менее, определение оптимального объема лимфодиссекции остается актуальным и нерешенным вопросом хирургии рака ободочной кишки.

Материал и методы. Проанализированы проспективно собранные данные о 77 пациентах, перенесших резекцию ободочной кишки по поводу рака. Одним из членов хирургической бригады, принимавшим участие в операции, производилась маркировка групп лимфатических узлов на свежем препарате (учитывая уровень выполненной лимфодиссекции) и обозначение номеров групп лимфатических узлов согласно японской классификации. При патоморфологическом исследовании послеоперационного материала вырезка и описание обнаруженных лимфатических узлов производились в соответствии с разметкой, выполненной хирургом.

Результаты. Среди рассмотренных случаев опухоли слепой кишки составили 10.4% (8 пациентов), опухоли восходящей ободочной кишки 18.2% (14 пациентов), опухоли печеночного и селезеночного изгибов ободочной кишки по 6.5% (5 пациентов), опухоли поперечной ободочной кишки 2.6% (2 пациента), опухоли нисходящей ободочной кишки 7.8% (6 пациентов) и опухоли сигмовидной кишки 48.1% (37 пациентов). При исследовании препаратов после резекции ободочной кишки по поводу рака селезеночного изгиба и поперечной ободочной кишки лимфогенных метастазов обнаружено не было. При опухолях слепой и нисходящей ободочной кишки частота лимфогенного метастазирования составила 50%, при раке восходящей ободочной кишки – 28,6%, при раке печеночного изгиба – 40%, при раке сигмовидной кишки – 43,2%. Метастазов в лимфоузлах уровня D3 обнаружено не было. При опухолях слепой кишки метастазы в первую очередь обнаруживались в 201 группе лимфоузлов, поражение 202 группы отмечалось в 2 раза реже, и ни в одном из случаев регионарной лимфаденопатии не было поражения узлов, расположенных в бассейне правой или средней ободочной артерии. При опухолях восходящей ободочной кишки поражалась исключительно 201 группа. Зато при раке печеночного изгиба ободочной кишки во всех случаях N+ метастатически измененные лимфоузлы обнаруживались в 211 группе, и в половине наблюдений в 212 и 201. При опухолях селезеночного изгиба поражались разные лимфатические коллекторы: в трети случаев 221 группа (бассейн средней ободочной артерии), еще в трети случаев 231 и 232 группы (бассейн левой ободочной артерии) и наконец отмечен вариант с поражением 241 и 252 групп (бассейн нижней брыжеечной артерии). При опухолях сигмовидной кишки в 80% случаев

метастатически измененные лимфоузлы относились к 241 группе, в 25% случаев синхронно с ними обнаруживались измененные лимфатические узлы 242 и 252a группы; в 6.25% случаев лимфогенные метастазы обнаруживались в 251, 252b и 231 группах.

Выводы. Таким образом, вне зависимости от локализации опухоли первым поражается параколический коллектор, собирающий лимфу от участка кишки, пораженного опухолью. Дальнейшее распространение лимфогенных метастазов зависит от того, какой сосуд является питающим для этого участка кишки. Лимфогенного распространения на лимфоузлы коллектора D3 выявлено не было. Учитывая наличие дуги Риолана слева и вариантную анатомию правой ободочной артерии, лимфогенное распространение метастазов опухолей, расположенных вблизи изгибов может иметь различное направление, обусловленное индивидуальными особенностями пациента. Полученные данные необходимо учитывать при планировании операций.

Лаухтина Е.А.¹, Глыбочко П.В.¹, Рапопорт Л.М.¹, Новоселова Т.Е.², Тараткин М.С.¹,
Маргулис В.³, Еникеев Д.В.¹

НЕОБХОДИМОСТЬ СТЕНТИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ УСТЬЯ МОЧЕТОЧНИКА ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ

Институт Урологии и Репродуктивного Здоровья Человека, Сеченовский Университет, Москва¹; Кафедра медицинской информатики и статистики, Сеченовский Университет, Москва²; Department of Urology, UT Southwestern Medical Center, Dallas, TX, USA³

Актуальность. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – основная причина нарушения мочеиспускания у мужчин старшей возрастной группы (после 60 лет). На сегодняшний день как Европейская, так и Американская урологические ассоциации считают методики лазерной энуклеации основными при лечении гиперплазии простаты. Наиболее распространенной из них является гольмиевая лазерная энуклеация (HoLEP). В последние годы в России разработан лазерный аппарат нового поколения тулиевый волоконный лазер (Tmfiber), основной особенностью которого является наименьшая (среди всех остальных лазерных систем) глубина проникновения лазерного излучения (до 0,15 мм), что позволяет снизить

вероятность интраоперационного повреждения окружающих тканей. Именно этот факт качественно отличает тулиевый лазер и делает его предпочтительным при выборе методики лечения. Редким, но достаточно серьезным (изза возможности развития гидронефроза почки) осложнением при проведении операции на предстательной железе является повреждение устья мочеточников, которое возникает при значительном интрапузырном росте аденоматозной ткани. И как результат мочеточники могут оказаться вовлеченными в зону проведения операции на предстательной железе (в случае, когда устья мочеточников располагаются в относительной близости к шейке мочевого пузыря). И встает вопрос о степени повреждения устья мочеточника во время тулиевой волоконной лазерной энуклеации гиперплазии простаты (ThuFLEP), а также вопрос о тактике лечения пациентов с данным осложнением.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы данные 465 пациентов (перенесших ThuFLEP или HoLEP) с инфравезикальной обструкцией (IPSS > 20, Qmax и/или стриктур уретры или камней мочевого пузыря; 3. ранее перенесенные операции на простате. Средний возраст пациентов ~ 67,2 лет (от 54 до 89 лет). Среди них у 7 пациентов отмечено интраоперационное повреждение устья мочеточника, и эти пациенты случайным образом распределены в одну из групп. У 3 из них интраоперационно проведено стентирование верхних мочевых путей катетеромстентом (1 – HoLEP; 2 – ThuFLEP). А оставшимся 4 пациентам (из той же группы) мочеточниковый катетерстент установлен не был (2 пациентам из группы HoLEP; 2 пациентам из группы ThuFLEP). Срок наблюдения за пациентами 6 месяцев.

Результаты. По итогам послеоперационного наблюдения ни у одного из пациентов с катетеромстентом в верхних мочевых путях не отмечалось нарастания дилатации чашечнолоханочной системы (ЧЛС) или симптомов нарушения оттока мочи. У 2 пациентов (без стентирования верхних мочевых путей) в течение периода послеоперационного наблюдения не отмечалось дилатации ЧЛС (1 – HoLEP, 1 ThuFLEP). Но у 2 других пациентов (1 – HoLEP, 1 ThuFLEP) отмечалась дилатация ЧЛС (лоханка до 1,5 см; чашечка до 0,5 см) без какихлибо клинических проявлений. На 14е сутки после операции дилатация сохранялась у 1 пациента. Через 1 месяц после операции дилатация ЧЛС не отмечалась ни у одного из обследуемых.

Выводы. Полученные данные позволяют предположить, что проведение стентирования верхних мочевых путей при интраоперационном повреждении устья мочеточника во время лазерной энуклеации гиперплазии простаты не является необходимым. А возникающая при этом бессимптомная дилатация чашечнолоханочной

системы не является показанием к установке катетерастента, однако требует тщательного регулярного ультразвукового контроля. Кроме того, на основании проведенных лабораторных исследований мы считаем, что тулиевый волоконный лазер (Tm fiber) за счет своей небольшой глубины проникновения лазерного излучения оказывает наименьшее влияние на подлежащие ткани и минимизирует риск повреждения важных анатомических структур. Этот факт является существенным при работе в деликатной зоне устья мочеточника, поскольку при использовании тулиевого лазера возможно предотвращение травматизации этой зоны во время энуклеации гиперплазии простаты.

Маслей В. В.¹, Скуридин П.М.², Салов М.А.², Неймарк А. Е.², Данилов И. Н.²

**КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЭТАПНЫХ ОПЕРАЦИЙ У
БОЛЬНОГО СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ НОВООБРАЗОВАНИЕМ НА ФОНЕ
КОНКУРИРУЮЩЕЙ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ**

ФГБОУ ВО «Первый СанктПетербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Министерства здравоохранения РФ, СанктПетербург, Россия¹; ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова» Министерства здравоохранения РФ, СанктПетербург, Россия²

Актуальность. Болезни системы кровообращения (БСК) и онкологические болезни (ОБ) занимают лидирующие позиции в мировой структуре смертности населения. Нередко данные заболевания сочетаются у пациентов, что требует нестандартного подхода в их лечении. Как правило, пациенты данной категории обследуются, получают лечение по направлениями кардиохирургия, аритмология в условиях специализированных стационаров. В ходе дообследования в рамках протоколов предоперационной подготовки перед операцией на сердце, либо ввиду манифестации осложнений, выявляется онкологическое заболевание.

Материал и методы. Рассмотрен случай хирургического лечения пациента по поводу злокачественного новообразования ободочной кишки с тяжелым пороком клапанного аппарата сердца, стенозом аорты и общей сонной артерии в условиях НМИЦ им. В.А. Алмазова г. СанктПетербург.

Результаты. Пациентка М., 81 год, поступила в центр с представлением о склеродегенеративном пороке аортального клапана, наличии тяжелого аортального

стеноза, хронической сердечной недостаточности IV ф.кл. с выраженным отечным синдромом. В связи с хронической железодефицитной анемией обследована, выявлена стенозирующая опухоль восходящего отдела ободочной кишки (аденокарцинома G2). По данным МСКТ головного мозга – последствия перенесенного ранее лакунарного ОНМК в бассейне ПСМА неизвестной давности. Выявлены ангиографические признаки стеноза правой общей сонной артерии до 70%. Проведен междисциплинарный консилиум, по решению которого в первую очередь выполнена ангиопластика со стентированием правой внутренней сонной артерии. Спустя 20 дней больная оперирована в объеме транскатетерной имплантации аортального клапана (TAVI). Спустя 25 дней после перенесенного кардиохирургического вмешательства выполнена лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия с расширенной лимфаденэктомией уровня D2. Выбор видеоэндохирургического доступа был обусловлен целью минимизировать хирургическую травму у больной, чья система гемостаза скомпрометирована приемом дезагрегантов и антикоагулянтов. Гистологическое заключение умереннодифференцированная аденокарцинома T4aN0. Послеоперационный период без осложнений. Пациентка в удовлетворительном состоянии выписана на одиннадцатые сутки после вмешательства. Спустя три месяца по данным контрольных исследований данных за отдаленные метастазы, рецидив опухоли не обнаружено.

Выводы. Лечение пациентов с конкурирующими ОБ и БСК должно осуществляться только в специализированных многопрофильных учреждениях. Последовательность этапов оперативного лечения должна определяться путем междисциплинарного подхода и диктоваться значимостью клинической картины, то есть наличием самого тяжелого фактора риска. Прием антиагрегантов и антикоагулянтов не может являться противопоказанием для проведения планового онкохирургического вмешательства. Современные достижения анестезиологической и реанимационной служб, усовершенствование методик в лечении кардиохирургических и онкологических больных, позволяет сделать доступным оказание медицинской помощи данной категории больных.

Моисеенко В.Е., Павловский А.В., Попов С.А., Поликарпов А.А., Стаценко А.А.,
Гранов Д.А.

**ВЛИЯНИЕ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ
СЕЛЕКТИВНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ НА СРОКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ
РЕЦИДИВА ПРОТОВОКОВОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ГОЛОВКИ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ
РЕЗЕКЦИИ**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» им. академика А.М. Гранова Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. В 2015 г. число случаев впервые диагностированного рака поджелудочной железы (РПЖ) в России составило 8 791, и с каждым годом отмечается рост данного показателя. РПЖ в структуре смертности населения России от злокачественных новообразований занимает значимое место и составляет 5,9%. Наиболее часто опухоль располагается в головке поджелудочной железы. Гистологически в 85% случаев РПЖ представлен клетками протоковой аденокарциномы. Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) остается стандартным вариантом лечения больных с резектабельным раком головки поджелудочной железы (РГПЖ), однако, несмотря на совершенствование методик оперативного лечения, отдаленные результаты операции остаются неудовлетворительными. Наиболее часто рецидив заболевания возникает в сроки от семи месяцев в области культи резецированной железы и в виде метастатического поражения печени. Канцероматоз брюшины и метастатическое поражение легких возникают в более длительные сроки. По мнению многих авторов, необходимость сочетать резекцию органа с химиотерапией в нео – и адьювантном режиме не имеет альтернативы, однако, сопровождается нежелательными явлениями, создающими определенные трудности в выборе оптимальной, эффективной и своевременной схемы лечения, что может приводить к раннему рецидиву и прогрессированию заболевания. Использование регионарной химиотерапии (РХТ) в нео – и адьювантном режимах препаратами гемцитабин и оксалиплатин позволило достоверно улучшить непосредственные результаты лечения РГПЖ, а также характеризовалось небольшим количеством нежелательных явлений и хорошей переносимостью больными, что позволяло своевременно проводить оперативное вмешательство и не

снижало качество жизни пациентов после проведения операции. Изучение влияния периоперационной регионарной химиотерапии на сроки возникновения рецидива РГПЖ после проведения операции у пациентов с РГПЖ является задачей данного исследования.

Материал и методы. 169 пациентам проведено комбинированное лечение. Хирургический этап во всех группах был представлен операцией в объеме стандартной пилоросохраняющей панкреатодуоденальной резекции. Основную группу составили 52 пациента, получивших комбинированное лечение: неoadъювантную химиоэмболизацию препаратами гемцитабин (400 мг/м²) и оксалиплатин (50 мг/м²), оперативное лечение, а также до 6 курсов регионарной химиотерапии – химиоинфузии в чревный ствол препаратами гемцитабин (800 мг/м²) и оксалиплатин (45 мг/м²) в адъювантном режиме. Первую контрольную группу представили 59 больных, которым была проведена периоперационная регионарная химиотерапия (неoadъювантная химиоэмболизация и адъювантная химиоинфузия препаратом гемцитабин (800 мг/м²)). Во вторую контрольную группу вошли 58 пациентов, которым выполнено только оперативное вмешательство. Анализировали выживаемость без прогрессирования и время возникновения рецидива во всех группах.

Результаты. Одногодичная выживаемость без прогрессирования в основной группе и первой контрольной группе составила 80%, во второй контрольной группе – 40% (группе – 0% (рлетняя выживаемость без прогрессирования в основной группе составила 11%, в первой и второй контрольных группах не зарегистрирована).

Выводы. Проведение регионарной химиотерапии способствует снижению частоты рецидивов и увеличивает продолжительность выживаемости без прогрессирования у пациентов после проведения оперативного лечения аденокарциномы головки поджелудочной железы.

Несвит Е.М.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСТРЫЕ ПЕРФОРАТИВНЫЕ ЯЗВЫ ТОНКОЙ КИШКИ ПРОБЛЕМА ХИРУРГИИ ИЛИ ОНКОЛОГИИ?

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации г. Санкт
Петербург

Актуальность. Острые перфоративные язвы тонкой кишки, возникающие после операций на органах брюшной полости и малого таза, являются относительно редкими и малоизученными осложнениями: на сегодняшний день неизвестны ни причины их возникновения, ни механизмы развития.

Цель исследования. Изучение структуры первичной заболеваемости пациентов, у которых оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза осложнились развитием острых перфоративных язв тонкой кишки.

Материал и методы. Проведен анализ случаев 62 пациентов, проходивших лечение в стационарах г. Санкт Петербурга с 2012 по 2017 гг. В исследование включались пациенты, оперированные по поводу различных нозологий, как в экстренном, так и в плановом порядке, чей послеоперационный период осложнился развитием острых перфоративных язв тонкой кишки. Большинство пациентов были женского пола 63,3%, средний возраст составил $67,8 \pm 9,7$ лет.

Результаты. Установлено, что большинство операций (64,5%) выполнялось по экстренным показаниям, плановые операции выполнялись в 35,5%. При этом в структуре плановых операций из 22 случаев только в 3 (13,6%) первичная нозология была не онкологического характера. Среди остальных пациентов в 45,5% операция выполнялась по поводу различных форм колоректального рака, у 13,6% по поводу рака желудка, в 9% имел место рак матки, в 9% выполнялась восстановительная операция на толстой кишке после обструктивной резекции толстой кишки по поводу рака, по 5% пришлось на рак мочевого пузыря и забрюшинную лимфому. Следует отметить, что в группе плановых операций применялись различные хирургические доступы: в 68,4% выполнялась лапаротомия, в 13,6% лапароскопически ассистированная операция, в 9% лапароскопия с конверсией на лапаротомию, и в 9% работассистированная операция. Среди больных, оперированных по экстренным показаниям, структура первичной нозологии была более разнообразна, однако также преобладали осложненные формы

колоректального рака (35%), следующей по частоте встречаемости была острая спаечная тонкокишечная непроходимость (32,5%), осложненные формы дивертикулеза (20%), ущемленные грыжи передней брюшной стенки (7,5%). Все экстренные операции выполнялись из лапаротомного доступа.

Выводы. Таким образом, в структуре первичной заболеваемости значимо преобладали различные формы злокачественных заболеваний: из общего количества пациентов с послеоперационными острыми перфоративными язвами тонкой кишки в 69,4% первая операция выполнялась по поводу онкологической патологии. Конечно же, невозможно однозначно определить роль исходного неопластического процесса в патогенезе острых перфоративных язв тонкой кишки – данный вопрос требует дальнейшего детального изучения. В то же время, учитывая появление и нарастание раковой интоксикации, изменение реактивности и иммунитета, общее истощение организма, можно говорить о закономерном воздействии особенностей онкологического процесса на послеоперационное течение у данной категории пациентов в виде формирования острых язв тонкой кишки и их последующей перфорации.

Новожилов А.В., Мовсисян М.О., Щербаков Р.И., Григорьев С.Е., Сандаков П.И.
**НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ
РЕЗЕКЦИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ**

ГБУЗ "Иркутская ордена «Знак Почета» областная клиническая больница"

ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет

Актуальность. Целью настоящего явилось изучение непосредственных результатов лечения пациентов с различными заболеваниями билиопанкреатодуоденальной зоны, которым выполнено оперативное вмешательство в объеме панкреатодуоденальной резекции.

Материал и методы. Критериям включения соответствовало 108 пациентов, из них мужчин 59, женщин 49. Все пациенты оперированы по поводу рака головки поджелудочной железы (55), большого дуоденального сосочка (18), дистального отдела общего желчного протока (7), хронического головчатого панкреатита (19), инсулиномы головки поджелудочной железы (1), рака холедоха в сочетании с раком желчного пузыря (1), рака двенадцатиперстной кишки (2), желчного пузыря (1), желудка (1), рака внепеченочных желчных протоков (1) и в одном случае по поводу

кистозной лимфангиомы головки поджелудочной железы в отделении портальной гипертензии ГБУЗ ИОКБ в период 2009-2018 гг.. В качестве предоперационной подготовки пациентам с механической желтухой предварительно выполняли билиарную декомпрессию с целью коррекции печеночной недостаточности различными методами: холецистостомия (33), ЭРХПГ, билиарное стентирование (23), у одного пациента выполнена лапаротомия, дренирование холедоха по Керу. 79 пациентам операция выполнена на фоне желтухи. Технология выполнения операции предусматривает 3 основных этапа: мобилизация, резекционный этап и реконструктивный этап. Предпочтительнее выполнять пилоросохраняющую модификацию. ПДР у большинства больных сочеталась с лимфаденэктомией, у 1 пациента с боковой резекцией воротной вены и в одном случае с краевой резекцией верхней брыжеечной вены, в двенадцати случаях выполнялось гастропанкреатодуоденальная резекция, при этом в двух случаях с резекцией воротной вены, в одном с краевой резекцией верхней брыжеечной вены, у одного пациента выполнялось правосторонняя гемиколэктомия, панкреатодуоденальная резекция, холецистэктомия, атипичная резекция печени по поводу рака желчного пузыря. В ходе реконструктивного этапа операции формировали все анастомозы на одной кишечной петле. Послеоперационные осложнения возникли у 29 (26,9%) больных, общая летальность 3,6%. Наиболее значимыми послеоперационными осложнениями явились — внутрибрюшные кровотечения (4), несостоятельность панкреатоеюноанастомоза (7), несостоятельность гепатикоеюноанастомоза (3), абсцессы (5) и др. Частота послеоперационных осложнений достоверно не зависела от характера основного заболевания.

Результаты. Частота послеоперационных осложнений достоверно не зависела от характера основного заболевания.

Выводы. Непосредственные результаты зависят, прежде всего, от соблюдения технологии выполнения операции, а именно — формирования широкого билиодигестивного соустья и панкреатикоеюноанастомоза на скрытом дренаже.

Олькина А.Ю., Панайотти Л.Л., Ланков Т.С., Петров А.С.

**ВЛИЯНИЕ ВЫБОРА ОБЪЕМА ЛИМФОДИССЕКЦИИ НА
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ УДАЛЕННОГО
ПРЕПАРАТА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ**

ФГБУ "НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова" Минздрава России

Актуальность. Учитывая важную прогностическую роль наличия и количества пораженных регионарных лимфатических узлов, а также влияние плоскости диссекции брыжейки ободочной кишки на отдаленные результаты лечения, сегодня большое внимание уделяется исследованию удаленных препаратов

Материал и методы. В исследование были включены данные о 77 больных, которым в период с февраля 2017 по сентябрь 2018 проводилось хирургическое лечение по поводу опухолей ободочной кишки на базе хирургического отделения абдоминальной онкологии НМИЦ Онкологии им. Н.Н. Петрова. Операции выполнялись согласно принципам эмбриональноориентированной хирургии с выполнением тотальной мезоколонэктомии. Объем лимфодиссекции был D2 у 39 (50.6%) пациентов, 38 (49.4%) пациентам была выполнена лимфодиссекция в объеме D3. Всем пациентам выполнялась резекция ободочной кишки: 20 больных перенесли правостороннюю гемиколэктомию (11 с лимфодиссекцией D2 и 9 с лимфодиссекцией D3), 9 – расширенную правостороннюю гемиколэктомию (3 D2 и 6 D3), 10 – левостороннюю гемиколэктомию (4 D2 и 6 D3), 4 – расширенную левостороннюю гемиколэктомию (2 D2 и 2 D3), 32 – резекцию сигмовидной кишки (19 D2 и 15 D3). 68 (88.3%) пациентам были выполнены лапароскопические операции, в том числе 6 (8,8% от общего числа лапароскопий) с конверсией доступа. 7 (11.7%) пациентам была выполнена лапаротомия. Для сравнительной оценки использовались такие параметры как расстояния до краев резекции (проксимального, дистального, циркулярного), длина резецированной толстой и тонкой кишки, расстояние от места перевязки сосуда до стенки кишки и края опухоли, среднее число удаленных лимфатических узлов (в том числе отдельно по коллекторам), качество тотальной мезоколонэктомии. Перед проведением сравнения средних значений выборка данных, состоящая из количественных переменных, оценивалась на предмет нормальности распределения при помощи непараметрического критерия согласия КолмагороваСмирнова с поправкой Большева. При условии, что экспериментальное значение критерия оказывалось ниже критических значений, а асимптотическая значимость

экспериментального значения критерия более или равной 0.05 распределение признавалось нормальным. В этом случае использовался Критерий Стьюдента для независимых выборок. Для выборок с распределением переменной отличным от нормального Критерий МаннаУитни. Для исследования значимости взаимосвязи между двумя переменными (таблицы сопряженности) использовался точный тест Фишера.

Результаты. При сравнении характеристик препаратов в группах D2 и D3 значимых различий получено не было. Качество тотальной мезоколоэктоми (СМЕ) было оценено как хорошее у 30 (76.9%) препаратов после операции с лимфодиссекцией D2, и 30 (78.9%) после лимфодиссекции D3, $p=0.524$; как удовлетворительное у 7 (17.9%) и 6 (15.8%) соответственно, $p=0.520$; как неудовлетворительное у 2 (5.2%) и 3 (5.3%) соответственно, $p=0.512$. Таким образом, в обеих группах практически в 95% случаев удалось выполнить СМЕ хорошего или удовлетворительного качества. Препараты после правосторонней, расширенной правосторонней и левосторонней гемиколоэктоми также статистически не различались. Однако при анализе препаратов после резекции сигмовидной кишки обнаружено, что при выполнении D3 лимфодиссекции расстояние от места перевязки магистрального сосуда до края опухоли статистически достоверно больше, чем при D2 лимфодиссекции (11.7 ± 2.1 против 14.6 ± 2.6 , $p=0.008$). При этом расстояние от места перевязки магистрального сосуда до стенки кишки также больше (11.7 ± 2.9 против 14.1 ± 3.3 , $p=0.074$), но эта разница статистически недостоверна. Также интерес представляет факт отсутствия статистических различий между количеством удаляемых лимфоузлов: 23.8 ± 10.5 в группе D2 и 22.0 ± 8.2 в группе D3, $p=0.772$

Выводы. Стандартизованная техника выполнения тотальной мезоколонэктомии позволяет практически в 95% добиться хорошего и удовлетворительного качества СМЕ. Выполнение расширенных лимфодиссекций не приводило к достоверному увеличению количества удаленных лимфоузлов. Морфометрические характеристики препаратов достоверно различаются лишь при резекциях сигмовидной кишки – в этом случае выполнение D3 лимфодиссекции сопровождается достоверным увеличением расстояния места перевязки нижней брыжеечной артерии до опухоли.

Панайотти Л.Л., Ланков Т.С., Олькина А.Ю., Петров А.С.

**СТРУКТУРА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И
ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ В ТЕЧЕНИЕ 90 ДНЕЙ ПОСЛЕ
РЕЗЕКЦИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ С ВЫПОЛНЕНИЕМ D2 И D3
ЛИМФОДИССЕКЦИЙ**

ФГБУ "НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова" Минздрава России

Актуальность. Расширение объема лимфодиссекции при операциях по поводу опухолей ободочной кишки, по данным некоторых авторов, может сопровождаться к большим числом послеоперационных осложнений и функциональных нарушений, чем наблюдается при стандартных резекциях. Перевязка подвздошноободочной артерии вблизи верхней брыжеечной артерии может приводить к тяжелой диарее, парааортальная диссекция и лигирование нижней брыжеечной артерии у аорты – к повреждению гипогастрального сплетения и нарушению сексуальной функции и урологическим проблемам. Однако данные о худших непосредственных результатах после D3 лимфодиссекции были получены только в рамках небольших одноцентровых исследований.

Материал и методы. В исследование были включены 77 пациентов которые перенесли хирургическое лечение по поводу опухолей ободочной кишки с февраля 2017 по сентябрь 2018 и наблюдались в течение не менее 3 месяцев после операции. Из них 39 (50.6%) была выполнена лимфодиссекция в объеме D2, 38 (49.4%) пациентам была выполнена лимфодиссекция в объеме D3. При опухолях правой половины ободочной кишки D2 лимфодиссекция подразумевала пересечение подвздошноободочной артерии на уровне корня брыжейки ободочной кишки, центральнее проекции нижнего края двенадцатиперстной кишки без обнажения ствола верхней брыжеечной вены; при необходимости обработки правых ободочных сосудов последние пересекались по краю мобилизации брыжейки, при необходимости обработки средние ободочные сосуды пересекались на уровне корня брыжейки без обнажения стенки верхней брыжеечной вены. При опухолях левой половины ободочной кишки нижняя брыжеечная артерия обрабатывалась тотчас центральнее отхождения левой ободочной артерии. Структуры глубже фасции Тольда (парааортальные нервные сплетения и стенка аорты) не визуализировались). При опухолях правой половины ободочной кишки обязательным элементом D3 лимфодиссекции являлось обнажение передней полуокружности верхней брыжеечной вены, клипирование артерий осуществлялось с обнажением сегмента

клипированной артерии между верхней брыжеечной артерией и веной. При опухолях левой половины ободочной кишки нижняя брыжеечная артерия обрабатывалась с выделением стенки аорты и смещением 253 группы лимфоузлов в сторону препарата, мезоколический слой на этом уровне нарушался для выполнения заданного объема диссекции. В течение послеоперационного периода проводилась регистрация всех осложнений; под осложнением (нежелательным явлением) понималось любое отклонение от ожидаемого течения послеоперационного периода.

Результаты. Нежелательные явления были зарегистрированы у 20 (51.3%) пациентов из группы D2 и 24 (63%) из группы D3, $p=0.205$. Осложнения, классифицируемые как ClavienDindo 1 отмечались у 6 (15,4%) больных из группы D2 и 11 (28,9%) пациентов из группы D3, $p=0.272$. Осложнения группы ClavienDindo 2 наблюдались у 9 (23.1%) пациентов после D2 лимфодиссекции и 11 (28.9%) после D3 лимфодиссекции, $p=0.371$. По 2 пациента из каждой группы перенесли осложнения ClavienDindo 3, $p=0.682$. Также у 2 пациентов из группы D2 отмечены осложнения ClavienDindo 4 и у 1 ClavienDindo 5. Несостоятельность швов анастомоза зарегистрирована у 4 (10.3%) пациентов из группы D2 и 1 (2.6%) из группы D3, $p=0.187$. По 1 пациенту из каждой группы перенесли в послеоперационном периоде кишечное кровотечение и тромбоз ветвей легочной артерии, $p=0.746$; по двое острый цистит, $p=0.682$. Раневая инфекция встречалась чаще в группе D3: 7 (18.4%), чем в группе D2 4 (10,3%), но это различие статистически недостоверно, $p=0.243$. Единственный случай лимфорей зарегистрирован в группе D2. Послеоперационный парез наблюдался как после операций на правой половине ободочной кишки, так и после левосторонней гемиколэктомии и резекции сигмовидной кишки. В группе D2 его частота составила 10.3% (4 пациента), в группе D3 – 5.3% (2 пациента), $p=0,349$. Также в группе D3 зарегистрировано по 1 случаю приапизма и послеоперационной атонии мочевого пузыря. Нарушения стула после выписки из стационара отмечались у 5 больных: 3 (7.7%) из группы D2 и 2 (5.3%) из группы D3, $p=0.512$. Примечательно то, что диарея наблюдалась только у пациентов, перенесших вмешательство на левой половине ободочной и встречалась в обеих группах (2 (5.3%) в D2 и 1 (2.6%) в D3, $p=0.509$). На обстипацию в ходе наблюдения жаловались по 1 пациенту из каждой группы, перенесшие левостороннюю гемиколэктомию D2 и правостороннюю гемиколэктомию D3 соответственно, $p=0.746$. Таким образом в рамках данного исследования не удалось обнаружить статистически значимых различий в структуре осложнений и функциональных нарушений после выполнения D2 и D3 лимфодиссекции.

Выводы. Выполнение D3 лимфодиссекции не сопряжено с большим количеством осложнений в послеоперационном периоде. Различий в структуре функциональных нарушений в течение 3 месяцев после операций с лимфодиссекциями D2 и D3 выявлено не было.

Перлин Д.В., Александров И.В., Дымков И.Н., Зипунников В.П.

**ВЫБОР ДОСТУПА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ ЗАБРЮШИННОГО
ПРОСТРАНСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ
ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

Волгоградский областной уронефрологический центр

Актуальность. Пациентам с терминальной стадией хронической почечной недостаточности в 1015% случаях выполняются нефрэктомии по поводу хронического пиелонефрита, гидронефроза, поликистозной болезни почек. Показаниями для выполнения санационных операций являются подготовка пациентов к трансплантации почки, с целью ликвидации потенциального источника инфекции, а также при огромных поликистозноизменённых почках, для увеличения объема брюшной полости, как этап подготовки пациентов к перитонеальному диализу.

Материал и методы. В период с 2005 по 2018 год в нашем центре было выполнено 69 санационных нефрэктомий. Показаниями для выполнения данных операций, послужили следующие заболевания: поликистоз почек 39 случая, мочекаменная болезнь и хронический пиелонефрит 13 случаев, гидронефроз 8 случаев, другие причины 9 случаев. 27 операций было выполнено открытой методикой (в основном в период с 2006 - 2009 г.), преимущественно в группе пациентов с поликистозом почек. 23 операции выполнено лапароскопически и 17 ретроперитонеоскопически. Проводилась оценка послеоперационного периода, количеств осложнений, а также была проведена оценка эффективности перитонеального диализа в зависимости от операционного доступа.

Результаты. Конверсия на открытую операцию отмечена в 6 случаях и была обусловлена выраженным спаечным процессом в паранефральной клетчатке. В интраоперационном периоде были отмечены следующие осложнения: кровотечение, купированное интраоперационно 3 случая, повреждение селезенки единичный случай, при выделении поликистозно измененной почки слева. Значительно ниже отмечена

кровопотеря в группе операций, выполненных эндоскопическим доступом, и в среднем составляла 173 мл. (+/56 мл). В послеоперационном периоде наблюдалось 2 осложнения: гематома забрюшинного пространства, требующая ревизии и дренирования 1 случай, при открытой нефрэктомии, и динамическая кишечная непроходимость 1 случай после лапароскопической нефрэктомии, разрешившаяся после консервативного лечения. Нами была проведена оценка эффективности перитонеального диализа у данной группы пациентов по формуле kt/v через 3 месяца после перевода пациента на режим постоянного амбулаторного перитонеального диализа и через 1 год. В группе пациентов, которым выполнялись операции открытыми методиками, эффективность в среднем составила 1,62 через 3 месяца и 1,42 через один год. У пациентов, которым выполнялись эндоскопические нефрэктомии, эффективность в среднем составила 1,69 и 1,57 через 1 год в группе трансперитонеального доступа, 1,93 и 1,72 в группе ретроперитонеального доступа соответственно.

Выводы. Таким образом, наш опыт выполнения санационных нефрэктомий у пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности ретроперитонеоскопическим доступом показывает меньшее воздействие на эффективную площадь брюшины, что отражается в последующем на течении постоянного амбулаторного перитонеального диализа.

Пикунов М.Ю., Леднев А.Н.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКОГО С АКТГЭКТОПИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии
имени А.В. Вишневского» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Среди первичных новообразований лёгких доля нейроэндокринных опухолей составляет до 20 – 25 %. Согласно базе данных Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) с 1970 г. отмечен значительный рост диагностики первичных карциноидных опухолей разных органов с максимальным приростом заболеваемости в группе бронхолёгочной локализации. Не более 5% карциноидных опухолей лёгких гормонально активны, что имеет различные проявления, которые принято объединять в карциноидный синдром.

Материал и методы. Пациент Н., 23 лет обратился в отделение торакальной хирургии с жалобами на общую слабость, потливость, раздражительность, наличие стрий на теле и конечностях, изменение внешности, повышение АД до 170/100 мм рт.ст. В течение 3х лет пациент отмечал повышение АД до 170/120 мм рт.ст., отеки ног. Отметил появление стрий на передней брюшной стенке, перепады настроения. Проведено обследование в Эндокринологическом центре, в ходе которого установлена эктопическая продукция адренокортикотропного гормона (АКТГ): кортизол вечер 1116 нмоль/л (N: 80550 нмоль/л); АКТГ утро: 181 пг/мл; вечер: 180,8 пг/мл (норма 9-46 пг/мл); кортизол суточной мочи: 5012 нмоль/сут. (60413); большая дексаметазоновая проба отрицательная; при МРТ головного мозга выявлены признаки мультифокальной аденомы гипофиза, однако по данным селективного забора крови из нижних каменистых синусов установлен АКТГэктопический синдром. При МСКТ органов грудной клетки в прикорневой зоне S8 левого легкого визуализировано мягкотканое гиперваскулярное новообразование с нечеткими неровными контурами, максимальным размером 13x12 мм, сужающее просвет сегментарного бронха. Пациент направлен на хирургическое лечение с диагнозом: нейроэндокринная опухоль нижней доли S8 левого легкого, АКТГэктопический синдром. Выполнена операция – видеоторакоскопическая резекция базальных сегментов слева, медиастинальная лимфаденэктомия. При срочном морфологическом исследовании подтверждена нейроэндокринная природа опухоли. Снижение уровня кортизола крови зарегистрировано через 30 минут после удаления опухоли, референсные показатели достигнуты на 1е сутки после операции. В первые 3 суток после операции пациент получал заместительную гормональную терапию, в дальнейшем переведен на таблетированные формы. Выписан в удовлетворительном состоянии на 6е сутки после операции. При иммуногистохимическом исследовании, морфологическая картина типичного карциноида нижней доли левого легкого pT1aN0cM0;R0. Через 3 месяца после операции отмечает заметное улучшение самочувствия, нормализацию артериального давления, снижение веса, уменьшение стрий на теле.

Результаты. В настоящем клиническом наблюдении показана важность мультидисциплинарного подхода к диагностике и лечению нейроэндокринных опухолей. Лобэктомия с медиастинальной лимфаденэктомии – стандартный объём хирургического лечения при ранних стадиях (I-II) рака лёгкого. В настоящее время имеет место увеличение количества исследований, обосновывающих выполнение

сублобарных анатомических резекций лёгкого (сегментэктомии) при I стадии (операций с сохранением функционально активной паренхимы легкого).

Выводы. Диагностика АКТГэктопического синдрома мультидисциплинарная проблема. Основной метод лечения – хирургический. Выбор объема операции основан на локализации и размерах первичного очага, компенсации сопутствующих заболеваний. Анатомическая сегментэктомия – альтернативный метод хирургического лечения при размере первичной опухоли менее 3 см, отсутствии медиастинальной лимфаденопатии (сT1N0M0) и низком потенциале злокачественности первичной опухоли.

Радостев С.И., Шелехов А.В.

ЦИТОРЕДУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЯИЧНИКОВ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ

Государственное Бюджетное Учреждение здравоохранения "Областной диспансер" г.

Иркутск

Актуальность. В настоящее время рак яичников занимает 7е место в структуре онкологической смертности у женщин, а летальность больных раком яичников на первом году после установления диагноза составляет 20,9%. Заболеваемость раком яичников увеличилась с 56,9 случаев на 100000 населения в 2007 году до 74,6 в 2017 году

Материал и методы. Данное исследование носит характер проспективного, выполнено на базе ГБУЗ ООД г. Иркутска, период работы 2013 — 2018 гг. В исследование было включено 85 пациентов, с диагнозом рак яичников 3с стадии.

Результаты. Пациенты, включенные в исследование, были распределены на 2 группы. Группа клинического сравнения: пациентки с диагнозом рак яичников 3с стадии 53 человека. Основная группа пациентки с диагнозом рак яичников 3с стадии (n = 32), где обязательным компонентом операции было циторедуктивное вмешательство, включающее не только экстирпацию матки с придатками, оментэктомия, но и удаление части органов, вовлеченных в опухолевый процесс.

Выводы. Выигрышным с нашей точки зрения является возможность выполнения полной циторедукции на 1м этапе комплексного лечения рака яичников с последующим проведением адьювантной химиотерапии. Оптимальная, а лучше полная

циторедукция позволяет в большей степени уменьшить объем резистентной опухолевой массы со слабым кровотоком и свести его к минимуму, и провести первый курс лечебного воздействия химиопрепаратом на оставшиеся опухолевые клетки. Выполнение неполного объема циторедукции достоверно увеличивает процент рецидива заболевания: 58,5% рецидивов на 1м году наблюдения в сравнении с 22,2% при выполнении полной или оптимальной циторедукции, отсутствие рецидива заболевания, при первоначально выполненной полной циторедукции.

Святненко А.В., Лукьянюк П.П.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫМИ НЕКРОЗАМИ

Военномедицинская академия им. С.М. Кирова

Актуальность. Хирургическое лечение больных осложненными местнораспространенными опухолями толстой кишки, является одной из наиболее актуальных проблем современной хирургии. Неудовлетворительные непосредственные результаты, а также недостаточный уровень радикализма комбинированных оперативных вмешательств определяют неблагоприятный отдаленный прогноз у этих пациентов.

Материал и методы. Проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения больных местнораспространенными опухолями толстой кишки, осложненными некрозом. В контрольной группе больных (n=45) применялась традиционная периоперационная тактика и стандартные оперативные подходы. В лечении больных основной группы (n=31) использовалась предоперационное планирование вмешательства и эмбриологически обоснованная оперативная хирургия. Контрольная и основная группы были сопоставимы по основным демографическим показателям и характеру клинических проявлений некроза опухоли. Критериями сравнения контрольной и основной групп являлись: длительность оперативного вмешательства, объем интраоперационной кровопотери, количество удаленных лимфатических узлов, частота R0резекций, послеоперационных осложнений и летальности.

Результаты. Средняя длительность оперативного вмешательства в контрольной группе составила 250,4 минут и 226,5 минут в основной. В то же время, средняя величина

кровопотери в контрольной группе составила 789,3 мл, в основной 643,3 мл. Полученные результаты свидетельствуют об уменьшении травматичности оперативных вмешательств у больных основной группы, что, повидимому явилось следствием использования предоперационного планирования оперативных приемов, основанных на принципах мобилизации удаляемого органокомплекса в плоскости эмбриональных слоев. Применение данного подхода позволило существенно увеличить степень онкологического радикализма оперативных вмешательств. Среднее количество удаленных лимфатических узлов в контрольной группе составило $10,83 \pm 3,09$, а в основной $17,12 \pm 3,42$. При этом, количество R0резекций в основной группе удалось увеличить до 87% (n=27), по сравнению с контрольной группой, где этот показатель составил 57,8% (n=26). Частота послеоперационных осложнений в контрольной группе составила 40% в основной группе 25,8%. Частота осложнений напрямую зависела от количества вовлеченных в опухолевый процесс органов и достигала 66,7% при вовлечении в опухолевый процесс четырех и более органов. В структуре осложнений у больных обеих групп преобладали пневмонии, нагноение послеоперационной раны, эвентрации. Послеоперационная летальность в контрольной группе составила 24,4%, при этом в основной группе больных удалось добиться снижения данного показателя до 12,9%. Причинами летальных исходов в контрольной и основной группах были тяжелый сепсис (63,6% и 25%, соответственно) и ТЭЛА (36,4,8% и 75%, соответственно).

Выводы. Тщательное предоперационное планирование комбинированного оперативного вмешательства, основанное на детальном анализе результатов обследования больных местнораспространенными опухолями толстой кишки, осложненными некрозом, а также широкое внедрение в хирургическую практику принципов эмбриологически обоснованной оперативной хирургии позволяет не только снизить травматичность мультивисцеральных резекций, уменьшить частоту послеоперационных осложнений и летальности, но и существенно повысить их радикализм, создавая необходимые условия для проведения эффективной адъювантной терапии и, как следствие, улучшение отдаленных результатов лечения данной категории пациентов.

Теплов А.А., Грицкевич А.А., Мирошкина И.В.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ EXVIVO В УСЛОВИЯХ ФАРМАКОХОЛОДОВОЙ ИШЕМИИ С ОРТОТОПИЧЕСКОЙ РЕПЛАНТАЦИЕЙ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ПОЧЕЧНОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии
имени А.В. Вишневского» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Важность органосохраняющего лечения нельзя недооценивать, учитывая многочисленные данные о развитии почечной недостаточности после проведенного хирургического лечения, а также возрастающее число пациентов с ранними стадиями почечноклеточного рака (ПКР). В сравнении с радикальной нефрэктомией органосохраняющие операции показывают лучшие функциональные и онкологические результаты в лечении локализованного ПКР независимо от хирургического подхода.

Материал и методы. В исследование включено 39 больных ПКР. Средний возраст пациентов составил $55,92 \pm 12,6$ года. Стадирование по системе TNM: pT1a—3bN0M0—1 G1—3. Средний балл нефрометрического индекса RENAL составил $10,21 \pm 1,25$. Двум больным одновременно была выполнена тромбэктомия с резекцией НПВ (ренокавальный опухолевый тромб) и ЭКРП единственной почки с тромбэктомией из центральных сосудов почки с ортотопической реплантацией сосудов.

Результаты. Продолжительность холодовой ишемии составила $154,1 \pm 50,12$ мин. Кровопотеря — $715,15 \pm 419,78$ мл. Протезирование почечных сосудов было выполнено у 12 больных. Интраоперационных осложнения выявлены у 3 больных. Послеоперационные осложнения наблюдались у 14 (35,89 %) больных. Осложнения включали I, II и IVa степени. Имел место один летальный исход, обусловленный мезентериальным тромбозом на 4е сутки послеоперационного периода с развитием полиорганной недостаточности. Сроки наблюдения составили от 11 до 76 мес. ($33,5 \pm 8,8$ мес). Один больной погиб от острой сердечной недостаточности через 26 мес. СКФ до операции составляла $81,84 \pm 17,82$ мл / мин, после — $71,51 \pm 39,5$ мл / мин.

Выводы. Методика экстракорпоральной резекции почки с последующей аутотрансплантацией разработана для сохранения почечной функции у пациентов, имеющих облигатные показания к органосохраняющему лечению. Она выполняется при множественных очагах, центрально расположенных и опухолях больших размеров,

труднодоступных для резекции локализаций, а также у больных с невозможностью проведения интракорпоральной фармакохолодовой ишемии, особенностями кровоснабжения органа.

Тетерин Д.К., Федосюк А.М., Котюх А.В., Кузнецова Л.В.

КРИТЕРИИ ВЫБОРА МЕТОДА И СРОКОВ РЕКОНСТРУКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ФГБУ "3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского" Минобороны России

Актуальность. Радикальная мастэктомия на сегодня остаётся основным видом лечения рака молочной железы (РМЖ). Исход лечения часто приводит к серьезному функциональному ограничению и психоэмоциональной травме пациентки. Однако реконструкция молочной железы (МЖ) позволяет значительно улучшить качество жизни пациенток. В настоящее время тенденция в лечении РМЖ нацелена не только на увеличение общей и безрецидивной выживаемости, но и на улучшение качества жизни и эстетический результат.

Материал и методы. Для определения критериев проведения реконструктивного лечения оценивались диагностические данные стандартного протокола обследования, а также обязательно учитывались результаты билатеральной маммографии, УЗИ МЖ и региональных зон, КТ органов грудной клетки, Согебиопсии с иммунофенотипированием опухоли. Отбор пациентов по стадиям РМЖ согласно TNM проводился с учетом рекомендаций по диагностике и лечению больных РМЖ (Москва, 2018). Первичная реконструкция МЖ выполнялась больным с начальными стадиями (0,IA,IB,IIA). Немаловажным критерием выбора одномоментного восстановления груди также являлся иммунофенотип опухоли. Так пациентки с базальным типом РМЖ, даже в случае с ранними формами, требовали индивидуального подхода в выборе тактики первичной реконструкции. В то же время больным с люминальным А типом опухоли IIВ стадии (T3N0M0) мы предлагали одномоментное вмешательство при условии резектабельности опухоли у пациенток с большим размером МЖ. При выборе метода одноступенчатого восстановления груди учитывалось предполагаемое проведение лучевой терапии (ЛТ) в случае первичной пластики (аутопластика или использование силиконовых эндопротезов). При отсроченной реконструкции предпочтение отдавалось пластике собственными тканями ввиду дефицита мягких тканей в зоне планируемой

реконструкции. В центре реконструктивной и пластической хирургии 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого в период с 2016-2018г. было пролечено 32 пациентки с РМЖ. Проводилась одномоментная и отсроченная реконструкция МЖ с использованием аутологичных тканей, экспандеров и силиконовых эндопротезов. Количество отсроченных реконструкций составило 37,5% (12 пациенток), из них двухэтапная реконструкция (экспандер + эндопротез) была проведена в 2 случаях (16,67%), пластика ТРАМ-лоскутом у 9 пациентов (75%), комбинированное лечение (эндопротез + ТДЛ) 1 пациентка (8,33%). Процент одномоментных операций составил 62,5% (20 пациенток), из них восстановление груди с помощью силиконовых имплантатов выполнялось у 3 пациенток (15%) в при сохранении сосковоареолярного комплекса (САК), при невозможности сохранения САК и небольшом дефиците покровных тканей у 7 пациенток (35%) использовался эндопротез Беккера. При отсутствии необходимого объема в 3 случаях (15%) был установлен экспандер с последующим эндопротезированием, в остальных 7 случаях (35%) выполнялась аутопластика ТРАМ-лоскутом. Срок наблюдения пациентов составил 1 ± 0.24 года.

Результаты. Основными критериями для выбора сроков и метода реконструкции МЖ служили стадия РМЖ, иммунофенотип опухоли и соотношение размеров опухолевого узла к объему МЖ. За время наблюдения рецидивов онкологического заболевания выявлено не было. По шкале оценки удовлетворенности пациенток в 75% случаев получен отличный косметический результат, в 20% случаев хороший. В послеоперационном периоде у 4 пациенток (12,5%) развились ранние послеоперационные осложнения: 2 случая краевого некроза кожных лоскутов и 1 случай формирования гематомы под лоскутом. Пациенты были пролечены консервативно с положительным эффектом. В одном случае возникла протрузия имплантата вследствие некроза кожного лоскута. Пациентке выполнено удаление эндопротеза с перемещением торакодorzального лоскута в позицию дефекта.

Выводы. Реконструктивно-пластические операции при РМЖ позволяют добиться улучшения качества жизни, значительно сократить сроки социальной реабилитации, при этом не влияя на безрецидивную и общую выживаемость. При этом необходимо соблюдать критерии отбора пациентов с планируемым реконструктивным лечением.

Шестаков А.Л., Битаров Т.Т., Цховребов А.Т., Боева И.А., Тарасова И.А.,
Шахбанов М.Э.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

ФГБНУ "РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского"

Актуальность. Распространенность рефлюкс-эзофагита в развитых странах достигает 50-60% и с каждым годом неуклонно растет, что определяет актуальность данной работы. Интерес к проблеме хирургического лечения больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью обусловлен не только большим количеством неудовлетворительных результатов без тенденции к их снижению, но и отсутствием единого подхода к показаниям к операции и выбору метода хирургического лечения. Невозможность избежать серьезных осложнений, характерных для разных методов фундопликаций, диктует постоянный поиск максимально эффективной, безопасной и технически простой в выполнении антирефлюксной операции.

Материал и методы. В ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» фундопликация из лапаротомного доступа в модификации Центра выполняется с 1979 года. Лапароскопически данная операция впервые выполнена в январе 2008 года, а с 2012 года по показаниям выполняется всем больным. Нами проанализирован весь опыт лечения больных рефлюкс-эзофагитом, который составил 315 больных. Показаниями к фундопликации считали: рефлюкс-эзофагит на фоне грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, не поддающийся консервативному лечению, а также осложненный пищеводом Барретта (без дисплазии) или пептической стриктурой дистальной части пищевода; рефлюкс-эзофагит, развившийся вследствие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы на фоне укорочения пищевода; внепищеводные проявления рефлюкс-эзофагита на фоне грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Результаты. При лапароскопической фундопликации манжетку формировали непрерывным швом сверху вниз, равномерно сопоставляя переднюю и заднюю стенку дна желудка благодаря первому наложенному верхнему шву. Особенностью методики фундопликации в модификации РНЦХ является формирование симметричной циркулярной 360-градусной манжетки, что обеспечивает профилактику сдавления стволов блуждающих нервов, перекрута и деформации желудка, смещения и соскальзывания манжетки. В зависимости от оперативного доступа больные были разделены на группы сравнения. Фундопликация из лапаротомного доступа была

выполнена 152, лапароскопически – 163 больным. Средняя продолжительность лапароскопической фундопликации равнялась 74 минутам. Послеоперационный койко-день составил в среднем 3,5 суток. При клинко-инструментальном исследовании получены хорошие непосредственные результаты с исчезновением и уменьшением клинической симптоматики (91% и 93% соответственно).

Выводы. Анализ полученных результатов свидетельствует о высокой клинической эффективности фундопликации по методике РНЦХ в лечении больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью на фоне грыжи пищеводного отверстия диафрагмы независимо от доступа оперативного вмешательства. Указанные преимущества методики и высокая эффективность позволяют рекомендовать фундопликацию в модификации РНЦХ в клиническую практику.

Юшина А.А., Юшина Е.А.

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СЕКРЕТОРНАЯ АДЕНОКАРЦИНОМА МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ НЕБА У РЕБЕНКА 14 ЛЕТ

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Актуальность. Группа опухолей слюнных желез различны по своему морфологическому строению новообразования малых и больших слюнных желез, медленно развивающиеся и практически не проявляющиеся клинически на ранних этапах. От всех опухолей области головы и шеи доброкачественные и злокачественные новообразования малых и больших слюнных желез занимают 6 %. Тенденция к рецидивированию и метастазированию данной опухоли до конца изучена. В силу того, что не имеется достаточной группы пациентов, нет единого мнения о ведении лечения данных больных.

Материал и методы. Пациент М., 14 лет, поступил в отделение опухолей головы и шеи НИИ ДОГ для комплексной диагностики и лечения. В сентябре 2017 года, мать при осмотре полости рта ребенка заметила участок изъязвления до 1 см в области 7 зуба слева. После обращения к стоматологу по месту жительства, направлены в ЦКБ г. Тулы. Выполнена биопсия, по результатам которой предварительно установлена морфологическая структура опухолевого образования секреторная аденокарцинома, направлены в НМИЦ онкологии им. Блохина. В отделении опухолей головы и шеи НИИ ДОГ ребенку проведено комплексное обследование. На основании полученных

данных установлен диагноз: «Секреторная аденокарцинома малых слюнных желез неба T1N0M0». Назначена полихимиотерапия по протоколу (Цисплатин, Доксорубицин). Суммарно проведено 3 курса неoadьювантной химиотерапии. На консилиуме принято решение выполнить пациенту хирургический этап лечения в следующем объеме: резекция верхней челюсти с замещением дефекта кожнофасциальным лоскутом.

Результаты. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии из хирургического отделения НИИ ДОГ. Через месяц после операции у больного отсутствует рецидивирование, а также метастазирование.

Выводы. Важно помнить, что и в детском возрасте встречаются опухоли малых слюнных желез, в том числе аденокарцинома. При подозрении на различные образования, изъязвления в ротовой полости обязательно проведение полноценного гистологического и иммуногистохимического исследования, а также магнитнорезонансной томографии головы.

ХИРУРГИЯ РАН И РАНЕВЫХ ИНФЕКЦИЙ

Блинова Н.П., Алексеев А.М., Валиахмедова К.В.

ЗАЖИВЛЕНИЕ РАН, С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИЙ ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ МИНИДОСТУПА

Филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Новокузнецк

Актуальность. Проблема инфекций области хирургического вмешательства (ИОХВ) в неотложной абдоминальной хирургии имеет большое социальноэкономическое значение и требует разработки новых методов профилактики. Среди всех инфекционных осложнений, развивающихся у хирургических пациентов, на долю ИОХВ приходится около 40 %, две трети из которых связаны с областью операционного разреза и одна треть затрагивает орган или полость. Развитие ИОХВ приводит к увеличению сроков нахождения пациента в стационаре и стоимости госпитального лечения.

Материал и методы. В наше исследование были включены 42 больных острым холециститом оперированных в МБЛПУ «Городская клиническая больница № 1» в период с 2016 по 2017 г. Критерии включения: больные, оперированные в объеме холецистэктомии из минидоступа и больные с высоким риском развития ИОХВ в послеоперационном периоде (III и IV класс раны по Крузе). Среди них женщин было 14 (34,1%), мужчин — 28 (65,9%). Возраст больных составлял от 46 до 90 лет. Средний возраст $71,5 \pm 12,4$ лет. ИМТ пациентов составлял от 28 до 48 кг/м². Средний ИМТ $33,7 \pm 5,9$ кг/м². Сопутствующую сердечнососудистую патологию имели 22 (53,7%) пациента, патологию дыхательной системы – 1 (2,4%) пациентов, эндокринные нарушения (сахарный диабет) – 2 (4,9%), другую сопутствующую патологию – 6 (14,6%) пациентов. Среднее время операции составило $108,5 \pm 19,5$ минут. Средний койкодень $10,2 \pm 3,8$ дней. Пациенты были разделены на две группы: 1. Больные, которым в послеоперационном периоде проводилась местная цитокиноterapia – 20 (48%). 2. Больные, которым цитокиноterapia не проводилась – 22 (52%). Исследуемые

группы были сопоставимы по полу, возрасту, ИМТ, длине доступа, по сопутствующим заболеваниям, ASA, типу операции, длительности операции. АБ терапия не проводилась. На 1е и 3е сутки послеоперационного периода осуществлялось введение рИЛ2 в края операционной раны. На 1, 3 и 5е сутки послеоперационного периода проводилась оценка признаков воспаления (гипертермия, боль, отек, гиперемия, инфильтрация). Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с использованием прикладных статистических программ «BIOSTAT» и «IBM SPSS Statistic 19.0». При анализе данных на нормальность распределения использовался непараметрический критерий КолмогороваСмирнова. При сравнении групп использовался непараметрический критерий Манна-Уитни. При уровне значимости p

Результаты. При сравнении исследуемых групп выявлены достоверные различия в макроскопической картине операционной раны на 1, 3 и 5е сутки послеоперационного периода ($p=0,0002$). Дальнейший анализ выявил, что макроскопические признаки воспаления были выражены в меньшей степени в группе с введением рИЛ2 по сравнению с группой без введения рИЛ2 ($p=0,0003$). Также выявлено, что признаки регенерации в группе с введением рИЛ2 были более выражены в сравнении с группами без введения рИЛ2.

Выводы. 1. Местное введение препаратов рИЛ2 способствует благоприятному течению раневого процесса у оперированных больных с высоким риском развития ИОХВ, уменьшает выраженность местных признаков воспаления раны. 2. Представляется возможным использование препаратов рИЛ2 для профилактики инфекций области хирургического вмешательства.

Богданов В.Л., Красенков Ю. В, Татьяначенко В.К., Сухая Ю.В.

НАГНОИВШЕЙСЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ КОПЧИКОВЫЙ ХОД, РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава
России, г. Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. Улучшение результатов лечения больных с нагноившимся эпителиальным копчиковым ходом является важной проблемой проктологии и гнойной

хирургии, ввиду значительного количества неудовлетворительных результатов после хирургического лечения с использованием различных методик.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 62 больных с нагноившимся эпителиальным копчиковым ходом (ЭКХ) на стадии абсцесса. Вид операции зависел от показателей индивидуальной шкалы балльной оценки тяжести течения ЭКХ и топографоанатомических особенностей крестцовокопчиковой области и таза (патент РФ №2408292).

Результаты. Все больные были оперированы в экстренном порядке. У 21 больного (33,9%) с разветвленным свищевым копчиковым ходом, мы наблюдали на фистулографии гнойные полости в мягких тканях ягодичных областей. На первом этапе операции тактика лечения всех больных была одинаковой. Объем нежизнеспособных тканей, подлежащих удалению определяли на операционном столе, путем введения через первичное отверстие свищевого хода метиленового синего, смешанного с перекисью водорода 1:1. Под эпидуральной анестезией выполняли вскрытие абсцесса из линейного разреза строго по средней линии. Прокрашенные ткани удаляли единым кожноподкожнофасциальным блоком с ликвидацией первичного отверстия ЭКХ. Устанавливали суточное проточнопромывное дренирование полости абсцесса. При посевах экссудата 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%, *Pseudomonas aeruginosa* 10,4%. У трети обследованных больных возбудители хирургической инфекции были выделены в монокультуре, преимущественно стафилококки и стрептококки. Ассоциации микроорганизмов у 36,5% больных. При лечении больных мы использовали мази на полиэтиленгликолевой основе (Левомеколь, Диоксиколь). Применяли дезэскалационные принципы антибиотикотерапии, озонотерапию и ультразвук. Критерием завершения первого этапа лечения было снижение у всех больных микробной обсемененности раны до 10⁵ КОЕ в 1 г ткани и цитологическая картина III фазы течения раневого процесса. Микробиологические исследования показали высокую эффективность санации раны озоносодержащими жидкостями. Восстановительный этап лечения, как уже было отмечено, начинали в строгом соответствии с показателями микробной обсемененности ран. Ранние вторичные швы с проточнопромывным дренированием у 13 больных; поздние вторичные швы с подшиванием краев раны к дну у 27 больных; дозированная дерматензия у 4 больных; свободная пластика расщепленным кожным лоскутом у 6

больных. Пластика сложным трансплантатом по оригинальной методике у 12 больных (патент РФ №2398532).

Выводы. Дифференцированный подход к двухэтапному радикальному хирургическому лечению больных с нагноившимся ЭКХ на стадии абсцесса с учетом оценки тяжести его течения и динамики бактериальной контаминации в зоне операции даёт возможность минимизировать уровень послеоперационных местных осложнений, что позволяет достичь положительных результатов лечения: 93,7% хорошие и 2,1% удовлетворительные (в контрольной группе 70,4% и 25,0% соответственно).

Буцан С. Б., Салихов К. С., Большаков М. Н., Булат С. Г., Абрамян С. В., Арсенидзе А. Р., Хохлачёв С. Б., Ходячий А. Е., Черненький М. М.

ОПЫТ КЛИНИКИ ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ВЫРАЖЕННОЙ АТРОФИЕЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ РЕВАСКУЛЯРИЗОВАННОГО МАЛОБЕРЦОВОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА

ФГБУ "Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии", г. Москва

Актуальность. Атрофия челюстей после удаления зубов происходит в 100% случаев, приводя к изменению их архитектоники. В настоящее время, наиболее современным методом реабилитации пациентов при адентии и потере зубов, является протезирование с опорой на дентальные имплантаты. Ортопедические конструкции с опорой на имплантаты обладают лучшими функциональными возможностями, более долговечны, эстетичны и практически всегда удовлетворяют пациентов. Однако, установка внутрикостных дентальных имплантатов требует наличия достаточного объема кости в предполагаемой зоне имплантации, что обеспечивает условия для правильного позиционирования имплантатов и способствует дальнейшему ремоделированию костной ткани под воздействием жевательной нагрузки. Одной из самых трудных задач реконструктивной челюстнолицевой хирургии является реконструкция выражено атрофированной нижней челюсти V и VI класса атрофии челюстей по Sawood и Howell, что соответствует полной резорбции альвеолярной части и распространению резорбции на базальную часть нижней челюсти. В таком случае, комплексная реабилитация с использованием имплантатов, представляет значительные трудности с анатомической, хирургической и биологической точек зрения. Опубликованы лишь

единичные работы, посвященные проблеме устранения выраженной атрофии челюстей с использованием реваскуляризированного малоберцового аутотрансплантата, который является наиболее часто используемым пластическим материалом при устранении обширных дефектов челюстей.

Материал и методы. В период с 2017 г. по 2018 г., на базе клиники ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» г. Москва, проведена комплексная реабилитация 5 пациентов женского пола с выраженной атрофией нижней челюсти с использованием реваскуляризированного малоберцового аутотрансплантата. Средний возраст пациентов составил 53 года (от 44 до 64 лет). Всем пациентам на основании данных мультиспиральной компьютерной томографии головы и голеней, выполняли виртуальное планирование предстоящей операции, при участии инженера-программиста, челюстнолицевого хирурга и стоматолога ортопеда, с учетом требований к будущей ортопедической конструкции с опорой на дентальные имплантаты, то есть с соблюдением принципов «обратного планирования». На основании сконструированных виртуальных образов изготавливались стереолитографическая модель челюсти, шаблон для остеотомии и сборки аутотрансплантата, модель собранного фрагмента малоберцового аутотрансплантата. Дентальная имплантация проводилась через 35 месяцев после реконструктивнопластической операции. В дальнейшем, после остеоинтеграции имплантатов (около 3 месяцев), изготавливались ортопедические конструкции с опорой на них. При необходимости выполнялись корригирующие операции на мягких тканях.

Результаты. Во всех случаях послеоперационный период протекал гладко. Два пациента комплексно (функционально и эстетически) реабилитированы путем изготовления ортопедических конструкций с опорой на дентальные имплантаты. Одному пациенту проведена дентальная внутрикостная имплантация. Два пациента ожидают этапа установки дентальных имплантатов.

Выводы. Возможность забора большого фрагмента кости, делает малоберцовый аутотрансплантат единственно возможным пластическим материалом для реконструкции альвеолярной части нижней челюсти на всем протяжении. Хорошее сегментарное периостальное кровоснабжение малоберцовой кости позволяет выполнять необходимое количество остеотомий с целью воспроизведения естественных изгибов челюсти. Забор фрагмента малоберцовой кости с питающими ее сосудами отличается минимальным ущербом со стороны донорской зоны. Применение в клинической практике метода устранения выраженной атрофии нижней челюсти с использованием реваскуляризированного малоберцового аутотрансплантата, с учетом

принципов «обратного планирования», позволяет расширить показания к дентальной имплантации в случаях тотального дефицита альвеолярной кости и, тем самым, повысить эффективность комплексной реабилитации данной категорией пациентов. Благодаря перемещению мягких тканей после реконструкции нижней челюсти в новое положение, отмечается эффект лифтинга с устранением выраженногоптоза тканей нижней зоны лица. Отсроченная имплантация, проведенная через 34 месяца после аутотрансплантации, делает установку имплантатов безопасной и надежной.

Гафарова А. Р.

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

Актуальность. В статье приводится описание нового метода определения чувствительности микробов к антибиотикам. Актуальность проблемы определяется необходимостью раннего назначения при гнойных заболеваниях и послеоперационных осложнениях антибиотиков, эффективных при идентифицированной микрофлоре у конкретного больного. Для получения микробиологического заключения требуется обычно определенное время и обычно первоначально так называемая «стартовая» терапия антибиотиками, последние могут быть неэффективными при данной инфекции. Предлагаемый метод позволяет рассчитать количественно чувствительность микробов определенного вида к конкретному антибиотику (т. к. коэффициент ka), а также при помощи второго коэффициента (kg) – определить долю микробов данной популяции, чувствительной к той или иной группе антибиотиков. Первый коэффициент ka позволяет выбрать наиболее оптимальный антибиотик для конкретного больного, а второй – kg обозначить в клинике, медицинской организации антибиотик резерва для снижения вероятности антибиотикорезистентности.

Материал и методы. Проведено обследование 250 больных с гнойной инфекцией мягких тканей ($n=198$) и гнойносептическими осложнениями после абдоминальных оперативных вмешательств ($n=52$). Обследование и лечение больных проводилось в соответствии с протоколами и национальными клиническими рекомендациями для указанных заболеваний. Материал для микробиологических исследований забирали при выполнении оперативных вмешательств по поводу гнойной инфекции мягких

тканей и при выявлении и устранении послеоперационных осложнений. В структуре гнойной инфекции мягких тканей основную часть составили больные с флегмоной, абцессами, подкожной жировой клетчатки (180 больных – 90,9%), послеоперационными осложнениями – инфекции области хирургического вмешательства (у 38 больных (73,07%) – II степень, у 14 (26,9%) – III степень осложнений по классификации DindoClavien (2004) [5]. Статистическая обработка результатов микробиологического исследования проводилась компьютерной программой NNPRO (Pro356, Россия), достоверность различий оценивали с помощью t-теста student.

Результаты. Нами для количественной оценки чувствительности микробов определенного вида к конкретному антибиотику предлагается рассчитывать коэффициент антибиотикочувствительности – k_a (k_a АБЧ), при этом мы пользовались разделением чувствительности к антибиотикам на 5 степеней (0; 1+; 2+; 3+; 4+), полученным по результатам АБГ. Указанный коэффициент k_a вычисляли по следующей формуле: $k_a = \frac{\sum_{i=1}^n a_i}{n}$ (1), где k_a – искомый коэффициент; $\sum_{i=1}^n a_i$ – сумма степеней чувствительности всех $i=1$ исследований; n – число исследований. В то же время, хотя и коэффициент k_a характеризует количественно антибиотикочувствительность, он не позволяет судить о значимости доли микробов данной популяции, чувствительной к той или иной группе антибиотиков. Знание данной закономерности является исключительно важным при назначении препарата во время «стартовой» АБТ. Для решения данного вопроса нами предложено рассчитывать другой коэффициент – k_g – чувствительной доли микробов по следующей формуле: $k_g = \frac{\sum_{i=1}^n a_i \times 100}{n_0 \times 4}$ (2), где k_g – рассчитываемый коэффициент; $\sum_{i=1}^n a_i$ – сумма степеней чувствительности во всей $i=1$ группе; n_0 – число всех наблюдений (посевов); 4 – максимальная степень чувствительности. При изучении результатов микробиологического исследования и АБТ у 250 больных с гнойными заболеваниями и гнойными ранами, послеоперационными гнойносептическими осложнениями, оказалось, что выделенная микрофлора часто мало, слабочувствительна или нечувствительна ко многим антибиотикам за исключением карбенициллина (82%), аминогликозидов (84,92%), метронидазола (73,87%), цефалоспоринов (81%), карбопенемов (83,89%) (табл. 1). Кроме того, степень АБЧ зависит от вида микроба: для кишечной палочки k_a составил в среднем 2,5 (диапазон 0,63,2), стафилококка золотистого – 1,9 (диапазон 13,66) и значительно ниже для синегнойной палочки – менее – 1,0. следовательно, по уровню k_a и результату идентификации микроба

обоснованно можно выбрать наиболее эффективный антибиотик. По показателям второго коэффициента kg можно определить также антибиотики, (для «резерва»), к которым чувствительна большая доля выделенных микробов (например, цефалоспорины, карбопенемы, метронидазол и др.), в то же время антибиотики резерва должны быть выделены отдельно для определенных штаммов бактерий. Таким образом, предлагаемый способ определения антибиотикочувствительности позволяет провести количественный анализ чувствительности к конкретному антибиотику и определить значимую долю микрофлоры популяции, чувствительной к той или иной группе антибиотиков.

Таблица 1. Показатели чувствительности микрофлоры к антибиотикам

Антибиотики/ коэффициенты	Вид микрофлоры	Кишечная палочка	Протей	Синегнойная палочка	Стафилококк золотистый	Стафилококк эпидерм.	Стрептококк	Энтеробактерии	Клебсиеллы, анаэробы	
1 2 3 4 5 6 7 8 9	Карбенициллин	ка 3 1 1 2,33 1,2 2 1,3	kg 75 25 25 58,3 30 50 33,3	Гентамицин	ка 3,26 2,2 1,25 3,66 2 3 1,3 4	kg 86,1 55 31,2 91,6 50 75 33,2 100	Левомецетин	ка 1,55 0,5 2,16 1,4 4 1 2	kg 38,8 12,5 54,2 35 100 25 50	
1 2 3 4 5 6 7 8 9	Метронидазол	ка 3,1 2,5 1,8 1,33 1,4	kg 3 2 80,7 61,2 38 33,3 35	73 50	Метициллин	ка 0,68 0,2 1,33 0,4	kg 2 18,1 15 33,3 10 50	Линкомицин	ка 0,8 1,66 0,2 3 3	kg 18 41,7 5 75 75
1 2 3 4 5 6 7 8 9	Полимиксин	ка 2,05 1 1,75 1	kg 0,66 2 51,4 25 43,5 25	16,6 50	Бензилпенициллин	ка 0,77 1,5 1,2 0,2 0,66	kg 19,4 37,5 30 5 16,6	Ампициллин	ка 2,1 0,6 1,33 2,6 1,3	kg 51,4 15 33,3 66,7 33,2
1 2 3 4 5 6 7 8 9	Цефтриаксон	ка 3,1 2,5 1,8 2,6 3,1 2,6 2,5 1,8	kg 80,7 61,2 38 66,7 8,07 66,7 61,2 38	Карбопенемы	ка 3,2 2,6 2,3 3,3 3,5 2,6 2,7 2,3	kg 82,3 63,2 49 82,6 89 66,7 63,8 51				

Примечание: () – исследование не проводилось; ka – коэффициент антибиотикочувствительности; kg – коэффициент чувствительной доли микробов к антибиотику.

Выводы. 1. Для выбора оптимального варианта при «стартовой» антибиотикотерапии и определения антибиотиков «резерва» в медицинской организации обоснованного руководствоваться количественными критериями антибиотикочувствительности. 2. Предложенные коэффициенты определения антибиотикочувствительности могут способствовать оптимизации выбора антибиотикопрофилактики.

Карпенко В.Ю., Державин В.А., Бухаров А.В., Илуридзе Г.Д.

РЕЗУЛЬТАТЫ МОДУЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЕВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ

МНИОИ им. П.А. Герцена

Актуальность. Обобщение опыта выполнения параацетабулярных резекций с реконструкцией у больных с опухолевым поражением вертлужной впадины.

Материал и методы. В период с 2011г. по 2018 г. хирургическое лечение в объеме: Параацетабулярной резекции с реконструкцией модульным эндопротезом было выполнено у 30 больных. Мужчин было 13 (43%), женщин 17 (57%). Средний возраст составил 45 лет (от 23 до 63 лет). По морфологическим данным, первичные злокачественные опухоли костей встречались у большинства пациентов 19 (63%), в частности хондросаркома IIb стадии у 9 (30%), а пограничные опухоли (ГКО) у 5 (17%) исследуемых. Наиболее часто диагностировалась расположение опухоли в зоне P(III) – в 19 случаях.

Результаты. Средняя продолжительность операции составила 310 мин. (145520), объем интраоперационной кровопотери 5520 мл. (60020000мл.). Положительный край резекции по результатам планового морфологического исследования выявлен у 5 (15%) больных. Средний срок наблюдения составил 36 месяцев. Прогрессирование болезни в сроки от 6 до 40 месяцев выявлено у 10 больных (33%). За время наблюдения от прогрессирования болезни умерло 6 больных (20%). Один пациент (3%) скончался по причинам не связанным с онкологией. Осложнения разного типа диагностированы у 50% больных. В нашем исследовании преобладали раневые осложнения 32% среди которых наиболее часто были отмечены глубокое инфицирование раны и краевой некроз. Механические осложнения со стороны металлоимпланта в виде вывиха были отмечены у пяти больных (18%). У одной пациентки была диагностирована ТЭЛА (3,5%). Неврологический дефицит по топике седалищного нерва был у четырех больных (14%). Лимфостаз на оперированной конечности был у двух больных (7%). Таким образом два и более типа осложнений были отмечены у 4 больных. Ревизионные операции выполнены у так же у 4 больных. У 3 из них причина была глубокое инфицирование. У одной больной кровотечение. Среднее значение функционального результата по шкале MSTs составило 59% (1582%).

Выводы. Применение модульных систем эндопротезирования вертлужной впадины и тазобедренного сустава при опухолевом поражении, является перспективной

хирургической методикой, и не смотря на достаточное количество послеоперационных осложнений позволяет добиться адекватных функциональных результатов.

Корнилов Д.Н., Шумов А.В.

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ КОСТНОЙ ТКАНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ НАНОСТРУКТУРИРОВАННОГО ПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО ИМПЛАНТА

ГБУЗ "Иркутская ордена «Знак Почета» областная клиническая больница", г. Иркутск

Актуальность. Кисть для человека представляет огромную функциональную и эстетическую значимость. Поэтому особенно остро стоит вопрос в отношении лечения повреждений и травм кисти с дефектами костей и суставов, изолированно и сочетанно. Такой метод лечения как ампутации на различных уровнях с последующим протезированием конечности или без него, в мирное время, при наличии многопрофильных стационаров не всегда оправдан. Как правило, данному виду травматизма подвержены люди работоспособного возраста от 20 до 45 лет, в связи с чем остро встает вопрос о социальной реабилитации, самообслуживании и возвращении к труду. Все вышеперечисленное требует постоянного поиска наиболее оптимальных методов лечения, разработку и внедрения различных остеозамещающих материалов, подразумевающих возможность консолидации с различными имплантатами, и специальных хирургических техник реконструкции мягкотканевых дефектов. Длительность лечения пациентов напрямую зависит от времени, прошедшего от момента получения травмы; характера повреждения; размера дефекта; сопутствующей патологии; а также от качества оказания и объема хирургической помощи. Используемые, в настоящее время имплантаты имеют ряд недостатков, связанных как с высоким травматизмом донорской зоны, так и с отсутствием консолидации с реципиентными тканями, что ограничивает спектр их использования в реконструктивной хирургии кисти. Аллотрансплантанты чужеродны для организма. Они выполняют, в лучшем случае функцию протеза кости, а в худшем случае подвергаются рассасыванию и не обеспечивают стабильности. К тому же, нередко, развивается аллергическая реакция, присоединяются инфекционные осложнения. Использование данных материалов исключает комбинацию с эндопротезами суставов в связи с невозможностью фиксации последних. Полимеры в процессе биологического

старения могут выделять продукты, оказывающие токсическое или канцерогенное воздействие на организм человека

Материал и методы. В результате длительного поиска, для замещения дефектов костной ткани нами решено использовать наноструктурированный пористый углерод. Он представляет собой прочный композит из углеродных волокон, связанных наноструктурной углеродной матрицей. Такие имплантаты близки к свойствам человеческой кости. Технология их изготовления в России разработана Гарбузом А.Е. и Гордеевым С.К. Самым важным преимуществом наноструктурированного пористого углеродного имплантата перед различными остеозамещающими является возможность создания нативной костной ткани в зоне костымплантат.

Результаты. На базе микрохирургического отделения Иркутской Областной Ордена «Знак Почета» Клинической Больнице проведено более 15 реконструктивных вмешательств с использованием наноструктурированного углеродного композита у пациентов с последствиями травм кисти. Особенности предложенного метода, тактики и подхода к лечению последствий травм кисти продемонстрированы клиническим примером пациента с посттравматическим дефектом костной ткани пальца кисти. Особенностью данного подхода является объединение нескольких этапов лечения в одну операционную сессию, а именно: замещение дефекта костной ткани наноструктурированным углеродным композитом с одномоментным эндопротезированием проксимального межфалангового сустава и пластикой сухожильного аппарата пальца. В предлагаемой технологии наноуглеродный имплантат используется в качестве опорного и остеокондуктивного материала, а также основой фиксации дистального компонента эндопротеза межфалангового сустава.

Выводы. Предложенный нами подход и метод в лечении пациентов данной группы показал, что углеродные наноструктурные имплантаты не только не оказывают негативного воздействия на течение процесса регенерации, но и способствуют его активизации. Образованный костноуглеродный блок позволяет значительно увеличить прочностные свойства костной мозоли, образующейся в месте контакта имлантат – костная ткань.

Красенков Ю.В., Богданов В.Л., Татьянченко В.К., Эдилов А.В., Бякова Е.Н.

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКИ
ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ
С ГНОЙНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ**

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава
России, г. Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. Проблема эффективности лечения больных с гнойновоспалительными заболеваниями мягких тканей остается актуальной до настоящего времени. Так, по данным центра хирургии ран и раневой инфекции института хирургии им. Вишневского у 3040% больных в послеоперационном периоде развиваются гипертрофические рубцы и рубцовая контрактура.

Материал и методы. Проведен анализ исходов лечения 120 пациентов за период с 2013 по 2018 год по поводу флегмон мягких тканей верхней и нижней конечностей. Все пациенты были разделены на две группы: 1основная (n=70), в схеме лечения которых применялся оригинальный способ профилактики образования гипертрофических рубцов (патент РФ №2587972), и 2я контрольная (n=50), которым применялась традиционная схема лечения. Для оценки результатов использования оригинальной методики использовали следующие характеристики: площадь рубца, цвет, трофические изменения. Для объективной оценки динамики использовали электронную версию опросника «SF36 Health Status Survey» с автоматическим подсчетом баллов.

Результаты. Показатели качества жизни убедительно показывают, что у больных 1 группы через 6 месяцев после операции они были на высоком уровне. Хорошие и удовлетворительные результаты получили у 94,7% больных. Только у 2х больных (5,3%) получили неудовлетворительные результаты, за счет развития гипертрофических рубцов. В контрольной группе неудовлетворительные результаты получили у 25% больных, а у 44,4% хорошие и удовлетворительные. У 30,6% отмечено снижение качества жизни.

Выводы. Применение в программе лечения и реабилитации больных с флегмонами мягких тканей конечностей разработанного способа профилактики гипертрофических рубцов патогенетически обосновано и клинически эффективно.

Лукин П.С.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СТАТИСТИЧЕСКОГО УЧЕТА СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Городской консультативнодиагностический эндокринологический центр ГБУЗ
Пермского края «Городская клиническая поликлиника № 5»

Актуальность. Статистические данные, представляемые ВОЗ, IDF и Росрегистра, утверждают о неуклонном росте числа больных сахарным диабетом (СД). Однако, статистика по СД и его осложнению синдрому диабетической стопы (СДС) в частности парадоксальна, ежегодные данные сильно отличаются как у ВОЗ с IDF, так и в Росрегистре, цифры опровергают и противоречат друг другу. МКБ10 не содержит конкретных кодов СДС. Отсутствие кода «синдром диабетической стопы» в МКБ10, ставит под сомнение истинную статистику данного заболевания, прогноз его течения и количество ампутаций.

Цель исследования. Изучить достоверность официальных статистических отчетных данных по синдрому диабетической стопы в рамках хирургического стационара города Перми.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование медицинских карт стационарных пациентов, проходивших лечение в хирургических отделениях Клинической медикосанитарной части № 1 (КМСЧ№1) города Перми в 2017 году. Проанализированы статистические формы отчетности, представленные в региональной информационноаналитической медицинской системе «ПроМед», в том числе форма № 14, отражающая сведения о работе стационара.

Результаты. Всего в 2017 году в отделении плановой хирургии КМСЧ№1 прошли лечение 1758 пациентов с различными хирургическими патологиями, в отделении экстренной хирургии (ЭХО) — 2541 пациент. Из официальных отчетов по общепринятой классификации МКБ10 с СД, обозначенные кодами E11.5, E11.7, E10.5, E10.7 — пролечено 26 пациентов в ЭХО. В отделении плановой хирургии пациентов с осложнениями СД не было, что говорит об отсутствии официальных мер профилактики и лечения. Из формы №14, в стационаре выполнено 133 ампутации и экзартикуляции, при этом данная форма имеет недостаток, нет отражения уровня ампутации и количества ампутаций у одного пациента. При анализе медицинских карт было выявлено, что СДС шифруют следующим образом: I70.2, I83.7, M86.6, L97, L08.8, L03, L02.4, E11.5, E11.7, E10.5, E10.7. При этом коды E10.5 и E10.7, обозначающие

инсулинзависимый СД — СД 1 типа с осложнениями, не соответствовали действительности, по медицинской документации у пациентов был СД 2 типа. Фактически в плановой хирургии прошли лечение 107 пациентов с СД из 1758, СДС был у 34 пациентов, в ЭХО 100 из 2541, СДС был у 100% пациентов. В отделении плановой хирургии выполнены 4 ампутации из них 2 на уровне бедра, 2 — на уровне стопы и пальцев. В ЭХО количество ампутаций по поводу СДС составило 74, из них 41 на уровне бедра. Соответственно, ампутации по поводу СДС в обоих отделениях составили 58,6%. Обсуждение. Таким образом в рамках одного хирургического стационара отсутствует единство в кодировке СДС, и даже СД. Основным ставиться код I70.2 — атеросклероз нижних конечностей, а следовательно и ампутация была по поводу атеросклероза, а не по поводу СДС. Соответственно отсутствие правдивой общепринятой статистики ставит под угрозу финансирование направления профилактики и лечения СД и СДС в частности строительство и открытия «Центров спасения конечности». Нет пациентов — нет денег на их нужды.

Выводы. Введение кода МКБ10 «синдром диабетической стопы» позволит дать полную картину по данному осложнению сахарного диабета. Правдивая статистика позволит объективно финансировать направление и принимать своевременные меры профилактики. Рекомендации. Добавить в имеющуюся МКБ10 коды: Edf10.0 инсулинзависимый сахарный диабет с синдромом диабетической стопы и Edf11.0 инсулиннезависимый сахарный диабет с синдромом диабетической стопы, где df diabetic foot (диабетическая стопа). В предложенные коды Edf10.0 и Edf11.0 ввести две цифры после точки, первая обозначает область поражения (7 областей), вторая глубину поражения (5 уровней). Для ампутаций выделить отдельные коды: Edf10.8 ампутационная культя нижней конечности после нетравматической ампутации при инсулинзависимом сахарном диабете с синдромом диабетической стопы, без язвы; Edf11.8 ампутационная культя нижней конечности после нетравматической ампутации при инсулиннезависимом сахарном диабете с синдромом диабетической стопы, без язвы. Уровень ампутаций обозначать буквами латинского алфавита: t toe (палец стопы); p prohibere (стопа); s shin (голень); f femur (бедро). Сторону ампутаций как и язвы обозначить: справа — d (dextra); слева — s (sinistro). Классификация позволяет проследить динамику течения и результатов лечебных мероприятий у каждого пациента, это также дает возможность акцентировать направление финансирования отрасли и направлена, в первую очередь упорядочить статистические данные по СДС, не меняя лечебные подходы.

Татлыбаева Н.З.

АНАЛИЗ БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА 23 СТАДИЙ

Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Актуальность. Одним из самых распространенных заболеваний в структуре костномышечной системы является остеоартроз коленного сустава. Данное заболевание составляет 33,3 % от числа всех случаев остеоартроза крупных суставов и нередко является причиной потери трудоспособности и инвалидности населения. По данным статистики, в Российской Федерации остеоартрозом коленного сустава страдает до 12 % трудоспособного населения. Согласно данным ВОЗ, ОА коленных суставов находится на 4м месте среди основных причин нетрудоспособности у женщин и на 8м у мужчин. (Р.П.Матвеев, С.В.Брагина, 2012г). Частота инвалидизации достигает 20%, а снижение качества жизни, связанное с данной патологией, отмечают у 80% пациентов. Встречаемость заболевания повышается возрастом и развивается после 3550 лет в 3040%, и после 65 лет в 6070%, при этом соотношение заболеваемости мужчин и женщин – 1:3.

Материал и методы. На базе ГБУЗ РКБ им.Г.Г.Куватова проанализированы результаты 18 случаев артроскопического лечения артроза коленного сустава. В исследование включено 3 мужчин и 15 женщин, средний возраст составил 57 лет. Всем пациентам была проведена артроскопическая операция коленного сустава, резекция поврежденной части мениска, шлифовка шейвирование поврежденного гиалинового хряща латерального или медиального мыщелков, дебридмент полости сустава. Для оценки тяжести остеоартроза коленного сустава мы использовали в своей работе классификацию Kellgren и Lawrence, в которой различают 5 стадий: 0 стадия отсутствие рентгенологических признаков; I стадия кистовидная перестройка костной структуры, линейный остеосклероз в субхондральных отделах, появление маленькие краевых остеофитов; II стадия симптомы I стадии + более выраженный остеосклероз сужение суставной щели; III стадия выраженный субхондральный остеосклероз, большие краевые остеофиты, значительное сужение суставной щели; IV стадия грубые массивные остеофиты, суставная щель прослеживается с трудом, эпифизы костей, образующих сустав, деформированы, резко уплотнены. Всем больным проведена оценка болевого синдрома по 10ти балльной визуальноаналоговой шкале боли (ВАШБ)

до оперативного вмешательства и спустя 2 недели после операции, эффективность лечения оценивалась по динамике шкалы. Для оценки тяжести гонартроза рассчитывался альгофункциональный индекс Лекена. Проведена оценка клинических симптомов заболевания до операции и через 2 недели после артроскопии: боль в покое, боль при движении, крепитация (хруст), припухлость, наличие кисты Бейкера. Средние сроки стационарного лечения составили 1 день. После операционного лечения показано – смена повязки через день, снятие швов на 7 сутки, анальгетическая терапия по показаниям, ношение иммобилизации (бандаж, ортез) 4 недели, далее при нагрузках. Для восстановления амплитуды движений показано ЛФК, физиотерапевтическое лечение, массаж после снятия швов.

Результаты. Результаты исследования оценивались по субъективному мнению пациентов и объективным критериям. Влияние избыточного веса на развитие артроза коленного сустава оценивалось по ИМТ (индекс массы тела): среди женщин 79 % имели избыточный вес, среди мужчин ИМТ соответствовал норме. Лишний вес увеличивает нагрузку на сустав, увеличивает скорость деградации хряща, что является одной из причин развития гонартроза. В данном исследовании через 2 недели наблюдалась положительная динамика. Важным для пациентов являлось снижение болевого синдрома. Пациенты отмечали улучшение состояния, снижение интенсивности болей при ходьбе, снижение отека. При этом выраженность боли уменьшилась в 2 раза с исходными значениями 79. Пациенты оценивали боль как умеренную и слабую, отмечали болезненность при разгибательных движениях, ходьбе по лестнице, сохранение боли в покое в 13 случаях (68%), крепитации – в 9 случаях (47%), припухлости в 11 случаях (57%) из 18. Степень тяжести гонартроза у пациентов 2 группы определялась по альгофункциональному индексу Лекена, который в 98 % составил более 12 баллов (резко выраженная степень гонартроза). Течение заболевания сопровождалось выраженным болевым синдромом, ограничением подвижности, значительным отеком и хрустом в суставе. Среди предрасполагающих факторов развития остеоартроза в 16 случаях (90%) были застарелые повреждения менисков, а также перенесенный ревматизм, и иные травмы коленного сустава. Киста Бейкера, развивающаяся вследствие растяжения синовиальной сумки синовиальной жидкостью, выявлялась при МРТ-исследовании. Наличие кисты отмечалось в 15 случаях (78%) из 18, после операции киста сохранилась у 12 пациентов (63%). В 1 случае (5%) течение заболевания отягощалось наличием свободных хрящевых фрагментов, которые удалены артроскопически.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о том, что артроскопическая операция является клинически эффективным методом оперативного лечения. Так через 2 недели после проведенной операции пациенты отмечали снижение интенсивности болевого синдрома, скованности коленного сустава, частичное восстановление двигательных функций коленного сустава.

Ярема И.В., Ярема В.И., Валентов А.Ю.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ СРЕДСТВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

ФГБОУ ВО «Московский государственный медикостоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ

Актуальность. По представлениям многих авторов частота встречаемости гнойных осложнений послеоперационных ран равна 35%. А по некоторым данным, даже доходит до 40 %. В 48% случаев гнойных процессов возбудителями являются стафилококки, занимающие первое место среди всех бактерий. Неферментирующие грамотрицательные палочки и энтеробактерии встречаются в 18 и 15% соответственно. Большой проблемой, возникающей на пути подбора наиболее адекватного метода лечения, является развитие устойчивости микроорганизмов к разрабатываемым антибактериальным препаратам и возникновение новых штаммов. В связи с этим возникают затруднения с уменьшением койко-дня и увеличиваются затраты на лечение данной группы пациентов. Однако энтузиазм учёных позволяет разрабатывать и искать новые пути и средства в помощи данной проблемы.

Материал и методы. С целью изучения комплексного лечения гнойных ран нами были отобраны больные, имеющие абсцедирующие пилонидальные кисты. В нашем исследовании в экспериментальных группах больных после вскрытия абсцедирующей копчиковой кисты помимо антибактериальной (Sol. Ceftriaxonі 1 гр x 2р./сут №14) и симптоматической (Sol. Ketoroli 1,0 x 2 р./сут при боли) терапии применялись методы дополнительной терапии: физиотерапия (аппарат «УВЧ-66», режим 40 Вт), действующая электромагнитными полями высокой частоты на рану, а также, применялись различные современные перевязочные материалы, имеющие улучшенные характеристики для лечения гнойных ран. В исследовании принимали участие 120

пациентов с установленным диагнозом «абсцедирующая копчиковая киста». Больные были распределены на 3 группы по 40 человек, в каждой из которых применялись 4 вида перевязочных средств. Возраст больных составлял от 18 до 47 лет, все были мужчинами. Пациенты распределялись на группы по наличию или отсутствию сопутствующих хронических заболеваний: 1 группа — пациенты без хронических заболеваний, 2 группа — больные с атеросклерозом сосудов нижних конечностей, 3 группа — больные с сахарным диабетом II типа. Перевязочные материалы, ежедневно применяемые в группах, следующие: марлевая салфетка с мазью Левомеколь, средство перевязочное с антибактериальными свойствами, Hydrotül, Активтекс ХФ.

Результаты. Перед началом работы вводилось предположение, указывающее на улучшение результатов лечения гнойных ран и сокращения сроков госпитализации больных при применении указанного плана лечения в сравнении с контрольной группой, где производилось вскрытие абсцесса с последующим применением антибактериальных препаратов и марлевыми перевязками с мазью Левомеколь. При детальном разборе результатов лечения можно отметить следующую динамику: 1) У больных первой группы, которым применялось перевязочное средство в виде марлевой салфетки с мазью Левомеколь, Hydrotül, выраженность признаков воспаления прекращалась на 3,5 сутки. Количество отделяемого воспалительного экссудата значительно уменьшалось на 3 сутки. Гранулирование раны начиналось на $3,8 \pm 0,4$ сутки. 2) У второй группы больных: при применении средства перевязочного с антибактериальными свойствами и комбинированного метода лечения признаки воспалительного процесса резко снижались на 2,7 сутки. Количество отделяемого воспалительного экссудата значительно уменьшалось на 2,1 сутки. Начало гранулирования раны отмечено на $2,9 \pm 0,1$ сутки. 3) У третьей группы больных: при применении повязки Активтекс ХФ и комбинированного метода лечения признаки воспалительного процесса резко снижались на 2,8 сутки. Количество отделяемого воспалительного экссудата значительно уменьшалось на 2,5 сутки. Начало гранулирования раны отмечено на $3,0 \pm 0,2$ сутки. При бактериологическом исследовании содержимого послеоперационных ран выявлено, что основную часть микрофлоры занимает *Staphylococcus aureus*. Его количество в ранах в среднем составляло 106 КОЕ/мл. В ходе лечения и применения перевязочных материалов это количество заметно снижалось. Результатом количественного исследования стафилококка на четвёртые сутки лечения являлись следующие показатели: при применении марлевой салфетки с мазью Левомеколь — 105 КОЕ/мл, средства

перевязочного с антибактериальными свойствами — 102 КОЕ/мл, Hydrotül — 103 КОЕ/мл, Активтекс ХФ — 103 КОЕ/мл. Одним из основных факторов, положительно влияющих на заживление раны является впитываемость экссудата перевязочного материала. Это в свою очередь влияет на улучшение очищения раны от отделяемого, что не позволяет микроорганизмам задерживаться в полости раны. У всех материалов разная впитываемость отделяемого. Под действием комбинированного лечения сроки госпитализации больных значительно сокращались.

Выводы. 1. у больных, которым применялось комплексное лечение, клинические признаки воспаления уменьшались значительно раньше, чем у контрольной группы на 1,2 сутки. 2. При применении комплексного лечения концентрация микроорганизмов в ране на 4-е сутки значительно снижалась. 3. Количество впитываемого экссудата исследуемыми перевязочными материалами превосходит количество экссудата, впитываемого марлевыми салфетками. 4. Средняя продолжительность госпитализации больных, которым применялось комплексное лечение, в среднем на 1,1 суток меньше в сравнении с контрольной группой. 5. У больных с установленным диагнозом «абсцедирующая пилонидальная киста», не имеющих сопутствующих заболеваний эффективнее всего во время перевязок применять марлевую салфетку с мазью Левомеколь или Hydrotül; у больных с сопутствующим диагнозом «облитерирующий атеросклероз» наибольший эффект оказывает средство перевязочное с антибактериальными свойствами; у больных, имеющих сахарный диабет II типа — Активтекс ХФ.