



# Медицинский вестник

ЮГА РОССИИ

ПРИЛОЖЕНИЕ. №2 2017

РОСТОВСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ



Ростов-на-Дону

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
«РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ХИРУРГОВ»

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ



# **V СЪЕЗД ХИРУРГОВ ЮГА РОССИИ**

**с международным участием**

**ТЕЗИСЫ**

**18-19 мая 2017 г.**

Ростов-на-Дону

2017

УДК 617-089 (063)

ББК 54.5

Т 30

V Съезд хирургов Юга России с международным участием [Электронный ресурс]: тезисы: 18-19 мая 2017 г. / ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России. – Ростов н/Д.: Изд-во РостГМУ, 2017. – 588 с.

**Редакторы:**

Черкасов М.Ф. – заведующий кафедрой хирургических болезней ФПК и ППС ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, д.м.н., профессор, главный хирург ЮФО

Тотиков В.З. – заведующий кафедрой хирургических болезней №2 ФГБОУ ВО «СОГМА» Минздрава России, д.м.н., профессор, главный хирург СКФО

## ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Абдоминальная хирургическая инфекция.....	с. 5
2. Внутрисветная хирургия.....	с. 66
3. Герниология.....	с. 84
4. Желудочно-кишечные кровотечения.....	с. 133
5. Заболевания поджелудочной железы.....	с. 186
6. Колопроктология.....	с. 247
7. Малоинвазивные операции в неотложной хирургии.....	с. 318
8. Новые технологии в хирургии.....	с. 377
9. Пластическая хирургия.....	с. 480
10. Сердечно-сосудистая хирургия.....	с. 493
11. Хирургия пищевода.....	с. 567

*Тезисы в пределах секций представлены в порядке поступления*

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

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

# **АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ**

## **1. Профилактика и лечение гнойных осложнений после неотложных операций.**

Гринцов А.Г., Антонюк С.М., Ахрамеев В.Б., Андриенко И.Б., Луценко Ю.Г.

Донецк, ДНР

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Наиболее частыми осложнениями после оперативных вмешательств, особенно неотложных, являются нагноения операционной раны и послеоперационный абсцесс брюшной полости. На клинических базах клиники хирургии ФИПО ДонНМУ им. Горького за последние 15 лет выполнено 14215 неотложных операций. Гнойные осложнения возникли у 184 (1,3%) больных, в том числе послеоперационный абсцесс брюшной полости – у 12 (6,5%), нагноение послеоперационной раны – у 172 (93,5%). Мужчин было 116, женщин – 68. Возраст больных колебался от 18 до 76 лет. Частота возникновения гнойных осложнений после аппендэктомии составила 6,4%, после ампутации конечностей – 5,2%, операций по поводу закрытых и открытых травм органов брюшной полости – 5%, операций на органах малого таза – 4,7%, операций на желчном пузыре и внепеченочных желчных протоках – 2,6%, дренирования сальниковой сумки по поводу панкреатита – 3,9%, грыжесечения – 1,8%, операций по поводу острой кишечной непроходимости – 1,2%. Обращает внимание, что у 8,7% больных выявлен сахарный диабет различной степени тяжести. Сроки возникновения нагноений послеоперационных ран и послеоперационных абсцессов брюшной полости различны, однако эти данные в отношении послеоперационных абсцессов брюшной полости не точны в связи с трудностями их диагностики. Наиболее часто нагноение операционных ран возникало на 3 – 8 сутки после операции, послеоперационные абсцессы брюшной полости 0 на 12 – 14 сутки. Клиническая картина нагноения операционной раны была типичной. У 2 больных течение этого осложнения протекало очень тяжело. В обоих случаях осложнение развилось на фоне тяжелого сахарного диабета. Оба больных умерли от сепсиса и интоксикации. Клиническая картина послеоперационных абсцессов брюшной полости разнообразна, однако общие симптомы острого гнойного воспаления отмечены у всех больных. Боль в животе возникала после стихания болевых ощущений, обусловленных оперативным вмешательством, была ноющей, не имела определенной иррадиации. Из 5 больных с тазовым абсцессом только 2 отмечали незначительную ноющую боль над лобком. Температура тела повышалась по мере прогрессирования процесса и с течением времени становилась постоянной. У 4 больных отмечена гектическая лихорадка. У 7 больных в брюшной полости пальпировался инфильтрат, который был плотным, умеренно болезненным, по мере прогрессирования процесса увеличивался в размерах, а болезненность его усиливалась. Исключения составляли недоступные пальпации поддиафрагмальные абсцессы. Тазовые абсцессы диагностировали при влагалищном и ректальном исследовании. У всех больных число лейкоцитов в крови было увеличено, так же отмечалось ускоренное СОЭ. Изменения в крови отмечались до появления выраженной гипертермии и пальпируемого инфильтрата. Данные рентгенологического исследования в ряде случаев могут оказать помощь в диагностике, однако наиболее информативным является ультразвуковое исследование брюшной полости, либо компьютерная томография, которые позволяют установить наличие воспалительного процесса в брюшной полости, стадию его развития (инфильтрат либо абсцесс), точную локализацию. Лечение нагноения операционной раны включало широкое раскрытие раны, адекватную обработку ее, активную санацию. Мы отдаем предпочтение современным антисептикам, а не антибиотикам, к которым резистентны основные виды микрофлоры. Лечение послеоперационных абсцессов брюшной полости у всех больных – оперативное.

Гнойники вскрывали доступом в проекции абсцессов после проведения ультразвукового исследования и компьютерной томографии. Тазовые абсцессы вскрывали через задний свод влагалища, либо через прямую кишку, поддиафрагмальные абсцессы – по Клермону. С целью профилактики развития гнойных осложнений необходимо рассечение тканей для обеспечения оперативного доступа выполнять при помощи электроножа, в процессе операции повторно обрабатывать рану раствором хлоргексидина в процессе ее зашивания, рационально дренировать брюшную полость парными хлорвиниловыми дренажами, применять первично-отсроченный шов при наличии гнойной инфекции в брюшной полости, избыточном отложении жира, особенно у больных сахарным диабетом, вводить в подкожную клетчатку микроиригаторы, для повторного орошения раны антисептиками, широко раскрывать рану при подозрении на ее нагноение. Проведение описанного комплекса мероприятий способствовало снижению частоты послеоперационных гнойных осложнений с 1,3 до 0,21%.

## **2. Комбинированная система оценки прогнозирования исхода перитонита.**

Лебедев Н.В., Климов А.Е., Агрба С.Б., Гайдукевич Е.К.

Москва

ФГАУО ВО РУДН

Актуальность: в настоящее время у больных с перитонитом, для прогнозирования его исхода и определения лечебной тактике, широко используют различные системы количественного измерения индивидуального фактора риска. Наиболее часто используют системы МРІ (Мангеймский индекс перитонита), АРАСНЕ II, MODS, SOFA, шкала индекса брюшной полости (ИБП). Оценка прогностических способностей данных систем показала, что только шкалы АРАСНЕ II и МРІ вносят независимый вклад в прогноз исхода перитонита (отношение шансов 6,7 и 9,8 для АРАСНЕ II и МРІ соответственно). Однако сопоставление литературных данных заставляет нас сомневаться в достоверности прогноза МРІ в исходе перитонита. Нами изучены показатели летальности при перитоните в зависимости от балла МРІ по данным восьми независимых исследований. При одних и тех же параметрах оценки смертельные исходы по данным различных авторов наступают с различной вероятностью, причем эта разница достигает 50%. Такую разницу в результатах лечения больных с перитонитом невозможно объяснить оснащенностью и качеством лечения в различных клиниках, поскольку эти исследования проводили в крупных многопрофильных лечебных учреждениях мира. Вероятно, различия в уровне летальности в зависимости от показателя МРІ обусловлены различным распределением больных по причине перитонита. К сожалению, авторы в своих работах, как правило, не дают четкого распределения больных по основному диагнозу. Ведь ясно, что при одинаковом показателе МРІ, летальность в группе больных с острым деструктивным аппендицитом будет меньше чем, например, у больных с деструктивным панкреатитом в стадии гнойных осложнений или тромбозом мезентериальных сосудов. Таким образом, на наш взгляд, для оценки результатов лечения и проведения научных исследований МРІ можно использовать только у больных с одинаковой причиной развития перитонита. В этой связи, для повышения достоверности результата прогноза, необходимо учитывать угрожающую жизни органную дисфункцию. Материал и методы исследования. Наши исследования у 200 больных с перитонитом показали, что наибольшее значение в исходе перитонита имеет выраженность синдрома системного воспалительного ответа (SIRS 3-4 - вероятность события P(E) (0,75-1,0) и наличия органной недостаточности (P(E) = 0,8). Пол и возраст не были значимыми прогностическими факторами (вероятность события менее 0,1). Полученные результаты. На основании выбора наиболее значимых факторов риска смерти, нами была разработана комбинированная система перитонита (КСП) включающего в себя как клинические, так и

лабораторные параметры. В создании системы мы ориентировались на легко определяемые параметры, доступные практически в любом хирургическом стационаре. Причинами перитонита были деструктивные формы острого аппендицита, холецистита, перфоративная гастродуоденальная язва, перфорации тонкой и толстой кишки различного генеза, кишечная непроходимость. В критерии КСП включили: наличие злокачественного образования (2 балла), распространенный перитонит (1 балл), длительность перитонита свыше 24 часов (1 балл), наличие калового эксудата (2 балла), содержание альбумина в сыворотке крови менее 21 г/л (3 балла), оценка по системе SIRS - SIRS 3 (4 балла), SIRS 4 (5 балла), сепсис (4 балла), септический шок (5 баллов), наличие органной недостаточности (4 балла). Наличие органной недостаточности определяли по qSOFA (упрощенная система SOFA). Органная недостаточность фиксируется 2 и более баллов по qSOFA. Под сепсисом понимали наличие инфекции в сочетании с органной недостаточностью (qSOFA 2 или 3). Пороговое значение (вероятность летального исхода более 50%) КСП составляет 8 баллов. При баллах от 10 до 14 вероятность смерти 89%. При балле 15 и более вероятность смерти абсолютна (100%). Чувствительность и специфичность КСП (96-99% и 90-94%) превышает аналогичные показатели MPI и APACHE II соответственно. Нами был проведен сравнительный анализ шкал MPI, SOFA, APACHE II и КСП с помощью кривой ошибок (ROC-analysis). Качество классификатора оценивали по значению площади под кривой каждой шкалы (Area under curve, AUC). Чем больше AUC (0,5-1), тем достовернее считается выбранная модель. КСП показала лучший результат (AUC=0,994) в сравнении с MPI (AUC=0,904), APACHE II (AUC=0,903), SOFA (AUC=0,967) ( $p<0,05$ ). Выводы. 1. Комбинированная система прогноза перитонита (КСП) является специфической, легко определяемой системой прогнозирования смерти у больных с вторичным перитонитом. 2. Увеличение балла КСП связано с неблагоприятным прогнозом, что определяет тактику и методы лечения. 3. Чувствительность, специфичность и точность КСП анализируемые по ROC-кривой составили 93,3, 99,7 и 98,9 % соответственно, что превышает аналогичные показатели MPI и APACHE II ( $p<0,05$ ).

### **3. Роль инфекционного фактора в развитии тромбоэмболических осложнений у больных разлитым перитонитом.**

Перегудов С.И.(1), Синенченко Г.И.(1), Вербицкий В.Г.(2), Ромашкин-Тиманов М.В.(2)

Санкт-Петербург

1) ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, 2) ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

По данным современной литературы, тромбоэмболические осложнения нередки у пациентов с тяжёлыми формами перитонита. Целью исследования явилась оценка роли инфекционного фактора в генезе тромбоэмболических осложнений (ТЭО) разлитого перитонита. Материалом послужили 44 больных разлитым перитонитом, находившихся на лечении в Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, у которых в послеоперационном периоде развились тромбозы и тромбоэмболии. Использовались как архивные материалы, так и результаты собственных наблюдений. Для оценки тяжести перитонита и прогнозирования исхода заболевания пользовались мангеймским перитонеальным индексом. По величине индекса, среди наших наблюдений было 20 пациентов, отнесённых ко II группе. 24 пациентов составили III группу. Больных I группы не было. Во II группе отмечалось преобладание реактивной фазы перитонита (по К.С. Симоняну) – у 12 больных. Токсическая фаза заболевания зарегистрирована у 5 пациентов. В III группе преобладали случаи токсической фазы перитонита (у 14 пациентов); реактивная фаза встретилась у 7 больных. Доля пациентов с терминальной фазой перитонита была одинакова – по 3 случая. Состояние больных II группы

расценивалось как удовлетворительное у 3 пациентов, средней степени тяжести – у 10, тяжёлое – в 7 случаях. Распределение пациентов III группы по тяжести состояния практически не отличалось: удовлетворительное состояние – у 4, средней степени тяжести – у 11, тяжёлое – у 9 пациентов. В обеих группах больные имели сопутствующие заболевания, удельный вес которых в III группе был выше. По длительности заболевания III группа также включала в себя более тяжелые случаи. Исследование показало, что наиболее частыми ТЭО во II и III группах являлись тромбоэмболии лёгочных артерий (ТЭЛА) (15 и 18 наблюдений, соответственно) и мезентериальный тромбоз (5 и 2 случая, соответственно). Треть пациентов II группы имела сочетание двух ТЭО, а именно сочетание ТЭЛА и мезентериального тромбоза отмечалось у 3 больных, ТГВ и ТЭЛА, тромбоз поверхностных вен нижних конечностей и ТЭЛА, тромбоз системы ВПВ и ТЭЛА – по 1 пациенту. В III группе 3 больных имели сочетание двух ТЭО: тромбоз ушка правого предсердия и мезентериальный тромбоз, тромбоз ушка правого предсердия и ТЭЛА, тромбоз портальной вены и мезентериальный тромбоз – по 1 пациенту. Сроки развития ТЭО в группах существенно различались. Так, во II группе наблюдалось три пика развития ТЭО. Первый пик был растянут во времени с 1-х по 12-е сутки. В этот период произошло более 80% ТЭО, половина из которых пришлось на первые трое суток. Ещё один пик ТЭО отмечался с 20-х по 24-е сутки. В этот период произошло 3 тромбозов и тромбоэмболий. Два осложнения зарегистрированы на 35-е сутки. В III группе, в отличие от II группы, отсутствовали второй и третий пики ТЭО, а первый пик был короче по времени; при этом максимальное число ТЭО произошло в первые четверо суток – 24 случая (89%). Как оказалось, сроки возникновения ТЭО тесно связаны по времени с развитием инфекционных осложнений (ИО) перитонита. Пациентов с такими осложнениями во II группе было 17. В III группе больных, у которых развились эти осложнения, было значительно меньше – 7. Это связано с тем, что пациенты этой группы умирали в ранние сроки, и они у них не успевали развиться. Самым частым осложнением в обеих группах была пневмония. Кроме того, II группа характеризовалась обилием различных сочетаний инфекционных осложнений – 10 пациентов этой группы имели 2 и более инфекционных осложнения. В III же группе сочетание инфекционных осложнений встречалось редко – 2 наблюдения. В подавляющем большинстве случаев в обеих группах ИО либо предшествовали ТЭО, либо развивались одновременно с ТЭО. Лишь у 2 больных ТЭО развились до появления ИО. ИО во II группе имели 2 пика – 1–14-е сутки и 17–24-е сутки, что позволяет предполагать о наличии предрасполагающей роли инфекционного фактора в генезе тромбообразования. В III группе пациентов, в отличие от II группы, присутствует лишь один пик – с 1-х по 6-е сутки, при этом длительность его короче, амплитуда меньше, а вторая волна ИО отсутствует. Степень бактериальной интоксикации, помимо перитонеального индекса, оценивали по ряду лабораторных показателей. Так, уровень средних молекул в обеих группах в 1-е сутки после операции существенно не различался, но на 3-и сутки этот показатель у больных III группы достоверно превышал показатели пациентов II группы ( $0,786 \pm 0,066$  и  $0,623 \pm 0,06$ , соответственно). Количество лейкоцитов в крови у больных III группы превышало этот показатель во II группе как до операции, так в послеоперационном периоде. Таким образом, риск развития тромбоэмболических осложнений у больных разлитым перитонитом зависит от тяжести перитонита, уровня бактериальной интоксикации и наличия инфекционных осложнений. Поэтому больные тяжёлыми формами разлитого перитонита нуждаются в обязательной медикаментозной антикоагулянтной терапии.



#### 4. Диагностика и лечение билиарного сепсиса при холедохолитиазе.

Колкин Я.Г., Хацко В.В., Дудин А.М., Нестеров Н.А., Потапов В.В.

Донецк, ДНР

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Актуальность проблемы. Ежегодно увеличивается количество больных с желчнокаменной болезнью и ее осложнениями. Острый холангит (ОХ) возникает у 4,2 – 36,5% пациентов с холедохолитиазом (ХДЛ), на фоне обструкции и стаза желчи. В настоящее время ОХ приобретает статус не осложнения, а самостоятельной проблемы. Он характеризуется не только местным гнойно-деструктивным процессом, но и системными расстройствами, быстро приводящими к тяжелой эндогенной интоксикации и выраженной органной дисфункции. Послеоперационная летальность у таких больных составляет 8 - 67%. Не все вопросы этой патологии решены окончательно. Цель работы – уточнить клинко-диагностические критерии билиарного сепсиса, обусловленного холедохолитиазом для разработки оптимальной тактики лечения и улучшения результатов. Материалы и методы. За 14 лет в клинике оперированы 1078 больных с холедохолитиазом. В 99 (9,2%) случаях выявлен билиарный сепсис. Среди пациентов были 66 женщин и 33 мужчины в возрасте от 32 до 80 лет. Острый калькулезный холецистит был в 23% случаев, хронический калькулезный холецистит – в 72,4%, резидуальный холедохолитиаз – в 4,6%. Диагноз БС ставили на основании клинко-лабораторных данных, бактериологического исследования желчи и крови, УЗИ, компьютерной томографии, магнитно-резонансной холангиопанкреатографии, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии, чрескожной чреспеченочной холангиографии, фиброхолангиоскопии. Для оценки тяжести состояния больных применяли модифицированную шкалу APACHE II. Результаты и обсуждение. Клиническое течение билиарного сепсиса сопровождалось симптомами общей интоксикации, печеночной недостаточности и энцефалопатии, которые при неадекватном или поздно начатом лечении привели к развитию полиорганной недостаточности у 9 (9,1%) больных. В 33,4% случаях лейкоцитоз превышал  $15,2 \times 10^9/\text{л}$ . Крайне тяжелое состояние соответствовало по модифицированной шкале APACHE II 20 и более баллам. Для диагностики тяжелого БС и билиарного септического шока мы учитывали: наличие клинических признаков синдрома системной воспалительной реакции; развитие синдрома полиорганной недостаточности; значение по модифицированной шкале APACHE II более 10 баллов; ультразвуковые признаки билиарной гипертензии. Микробиологическое исследование протоковой желчи, полученной интраоперационно и эндоскопически, выявило наличие бактериохоллии у 94,6% обследованных. Изученные штаммы были наиболее чувствительны к цефалоспорином III-IV поколения и карбапенемам. У больных с БС и обтурационной желтухой основное значение придавали активной хирургической тактике, приоритетному применению миниинвазивных технологий в сочетании с интенсивной инфузионной и антибиотикотерапией. В клинике выполнены следующие операции: эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с литоэкстракцией, назобилиарным дренированием (НБД), с последующей ЛХЭ через 5 - 7 дней – у 40 (41,1%) пациентов; ЭПСТ с литоэкстракцией и промыванием холедоха антисептическими растворами, с последующей ЛХЭ через 5 - 7 дней – у 20 (19,8%); ЛХЭ, удаление конкрементов из холедоха через культю пузырного протока, холедохостомия по Холстедту – у 14 (14,5%); чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) при высоком риске – у 8 (7,8%); ранняя лапаротомия, ХЭ, холедохотомия, наружное дренирование холедоха по Холстедту или Вишневскому – у 17 (16,4%). В 57 (57,7%) случаях хороший эффект показал разработанный в клинике “Способ лечения острого обтурационного холангита” (патент №30307 от 25.02.2008 г.), с применением общей и местной озонотерапии. Важное значение в лечении БС придавали также гемодинамической и респираторной поддержке, дезинтоксикации с применением

эфферентных методов (гемосорбция, плазмаферез), рациональной антибиотикотерапии, иммунокоррекции, антиоксидантам, витаминотерапии. Умерли 8 (7,8%) из 90 больных вследствие нарастания явлений сепсиса и полиорганной недостаточности. За последние 14 лет летальность уменьшилась на 9,2 %. Выводы. Жёлчнокаменная болезнь является основным этиологическим фактором развития острого холангита и БС. Применение современных эндо-скопических методов лечения острого холангита и БС, в сочетании с общей и местной озонотерапией, адекватной антибактериальной терапией является эффективным лечебно-диагностическим комплексом, позволяющим значительно улучшить результаты.

## **5. Резекционный метод в лечении несформированных тонкокишечных свищей.**

Глабай В.П.(1), Архаров А.В.(1), Быков А.Н.(2), Абашидзе З.Ш.(3)

Москва

1) ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ГКБ 3, 3) ГКБ 64

Результаты лечения несформированных тонкокишечных свищей не удовлетворяют потребности практической хирургии, прежде всего, своей высокой летальностью, достигающей 50%. Цель исследования: доказать эффективность резекционного метода хирургического лечения несформированных тонкокишечных свищей. Материал и методы. За последние 23 года наблюдали 25 подобных больных. Из них 20 оперированы неотложно, 5 в плановом порядке, 4 из последних после применения лапароскопической iprot пластики при послеоперационных вентральных грыжах. В ближайшем послеоперационном периоде повторно оперирован 1 в связи с развившейся перфорацией острой язвы. 2 больных подвергнуты двухэтапной операции. Умерли в послеоперационной периоде 3 больных. Обсуждение. Наружные несформированные тонкокишечные свищи, чаще всего множественные, открывающиеся в гнойную полость передней брюшной стенки, сопровождающиеся межкишечными абсцессами и, нередко, распространенным перитонитом, не подлежат консервативному лечению ввиду бесперспективности. Данное положение в полной мере относится как к высоким, так и низким тонкокишечным свищам, поскольку они одинаково опасны значительной потерей массы тела, интоксикацией, водно-электролитными нарушениями и сепсисом. Применение различных obturаторов и дренажей с целью сбора кишечного содержимого и возвращения его в кишку неэффективно при множественных свищах и приводит к увеличению размеров одиночных свищей. Исходя из высказанных постулатов адекватным пособием при несформированных тонкокишечных свищах может быть лишь резекция кишки, несущей свищи с восстановлением пассажа по кишке. Оптимальным сроком выполнения операции считаем с первых суток после возникновения свища, когда нет водно-электролитных нарушений и до 1-1,5 месяцев, т.е. до развития кахексии. Выполнение операции требует соблюдения определенных технических приемов. Так, окаймляющим разрезом, вначале слева или справа от раны передней брюшной стенки вскрываем брюшную полость и поэтапно освобождаем переднюю брюшную стенку от сращений с кишками вначале одну, а затем вторую половину брюшной полости. Наилучшим ориентиром и отправной точкой в этой ситуации является печень. Затем разделяем толстую и тонкую кишку. Далее, выявляем связку Трейтца и от нее выделяем тонкую кишку до проксимального свища. Таким же образом от илеоцекального угла выделяем тонкую кишку до проксимального свища и затем удаляем конгломерат тонкой кишки вместе со свищевыми ходами и межкишечными абсцессами и накладываем первичный энтероэнтероанастомоз. В 2 случаях при наличии распространенного перитонита дополнительно укрепили анастомоз тахокомбом. В 2 наблюдениях в связи с тяжестью состояния больных, несмотря на комплексную предоперационную подготовку,

нам пришлось выполнить двустороннее отключение свищей, а вторым этапом через 2 месяца убрать конгломерат со свищами. Остающаяся часть тонкой кишки в наших наблюдениях была в пределах 120-150 см. Закрытие брюшной полости после удаления конгломерата петель тонкой кишки не представляло затруднений. В 5 случаях после ушивания апоневроза рану оставили открытой и вели ее с помощью аппаратов, создающих отрицательное давление. В еще двух наблюдениях была ушита лишь кожа, а спустя год выполнена аллопластика грыжевого выпячивания. Выводы: 1. Консервативное лечение несформированных тонкокишечных свищей любой локализации бесперспективно. 2. Применение обтураторов приводит к прогрессированию размеров свищевого хода и неэффективно при множественных свищах. 3. Резекция кишки, несущей несформированные тонкокишечные свищи, осуществима при соблюдении принципов предоперационной подготовки и выполнения оперативного пособия.

## **6. Ближайшие и отдаленные результаты лечения инфицированного панкреонекроза.**

Суковатых Б.С.(1), Еленская Е.А.(2), Итинсон А.И.(2), Пашков В.М.(1), Андрюхина Е.Г.(1)

Курск

1) ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ОБУЗ КГКБ СМП

Актуальность: летальность при гнойно-некротическом парапанкреатите колеблется в пределах 50-60%. Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с инфицированным панкреатитом путем применения для санации распространенной бактериальной флегмоны иммобилизированной формы гипохлорита натрия. Материалы и методы. Нами проведен анализ результатов диагностики и лечения 94 больных с распространенным инфицированным панкреонекрозом, лечение которых проводилось путем открытых программированных этапных санаций гнойно-некротических очагов. Больные были разделены на две статистические однородные группы по полу, возрасту, причинам развития деструктивного панкреатита, степеням внутри-брюшного давления, эндотоксикоза, полиорганной недостаточности. Контрольную (первую) группу составили 48 пациентов, которым после некрэсвестрэктомии для санации гнойных очагов использовалась мазь «Левомеколь», а основную (вторую) - 46 пациентов, лечившихся по той же технологии, с введением в сальниковую сумку раствора гипохлорита натрия в геле полимеров. Эффективность лечения в ближайшем послеоперационном периоде оценивали по частоте осложнений и летальности, а в отдаленном периоде по качеству жизни больных, которое изучалось через 1 год после операции с помощью опросника SF-36. Результаты. В первой группе ранние осложнения послеоперационного периода развились у 22 (45,8%), а во второй группе – у 16 (34,8%). Летальность в первой группе составила 39%, а во второй – 30,4%. Наиболее частыми осложнениями как в первой, так и во второй группе были легочные осложнения: плеврит и пневмония, обусловленные наличием гнойного процесса под диафрагмой. Кишечные осложнения в виде свищей толстой и тонкой кишок зарегистрированы одинаково часто в обеих группах вследствие перехода воспалительного процесса на стенку кишки. Сосудистые осложнения (артериальные и венозные кровотечения) возникали вследствие аррозии сосудов соком поджелудочной железы. Наиболее частыми причинами смерти как в первой, так и во второй группе была полиорганная недостаточность. Она развилась у 13 (27%) в первой и у 11 (23%) больных во второй группе. Артериальное кровотечение вследствие аррозии селезеночной артерии привело к смерти одного больного в первой группе. Кишечные свищи с большими потерями пищеварительных соков были причиной смерти у 5 (10,4%) больных в первой и у 3 (6,5%) больных во второй группе. Общая летальность у больных второй группы на 9,1% меньше, чем в первой. Панкреатический свищ развился у 11 (18%) из 61 (100%)

выживших пациентов. Он самостоятельно закрылся через 2-3 месяца после операции. Сахарный диабет развился у 29 (47,5%) выживших больных: легкой степени – у 22 (36%), тяжелой – у 7 (11,5%). У больных с легкой степенью его удалось компенсировать и больные не потеряли трудоспособность. Больные с тяжелой степенью трудоспособность утратили. Послеоперационные вентральные грыжи возникли у 57 (93,45%) выживших больных. У 54 (88,5%) они были средних размеров и через 6-12 месяцев после перенесенного панкреонекроза больным было проведено эндопротезирование брюшной стенки полипропиленовой сеткой. Рецидива грыж не было. Лишь у 3(4,9%) грыжи были больших размеров, у этих же больных был сахарный диабет тяжелой степени, что препятствовало протезированию брюшной стенки. При изучении результатов лечения больных в отдаленном послеоперационном периоде отмечается снижение показателей как физического, так и психического компонентов здоровья по сравнению с общей популяцией. При сравнении исследуемых групп установлено, что интегральный показатель физический компонент здоровья у пациентов основной группы в 1,15 раза ( $p < 0,05$ ), а психический компонент здоровья в 1,07 раза выше ( $p > 0,05$ ), чем в контрольной группе. Вывод. Представленная технология лечения позволяет в ближайшем послеоперационном периоде уменьшить количество ранних послеоперационных осложнений на 11%, летальность больных – на 9,1%, повысить физический компонент здоровья пациентов в 1,15, а психологический – в 1,07 раза по сравнению с контрольной группой больных

## **7. Аспекты профилактики инфекционных осложнений и ее прогностическое значение у больных хирургического профиля.**

Каминский И.В.

Симферополь

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»,  
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

Профилактика и лечение послеоперационных раневых осложнений у хирургических больных до последнего времени остается трудной задачей. Особенно это актуально для больных старшего возраста в операционной ране у которых во время хирургического вмешательства обнаруживаются различные типы микроорганизмов (Жебровский В.В., 2005). Их происхождение приписывают нарушениям правил асептики и антисептики. Источниками такой микрофлоры считаются больные с нагноительными заболеваниями и микробоносители из числа медперсонала и больных, которые выделяют в окружающую среду антибиотикоустойчивые штаммы микроорганизмов (Покровский В.И., 1999). Существенной признается роль и аутогенного инфицирования. Предполагается наличие и других источников и механизмов инфицирования (Блатун Л.А., 2004). Инфекционные осложнения у оперированных больных являются примером нозокомиальных (внутрибольничных) инфекций, возникающих, как правило, у иммунокомпрометированных пациентов. Их возбудителями часто являются относительно маловирулентные оппортунистические микроорганизмы, вызывающие заболевание только у людей со сниженными иммунными реакциями. Считается, что, по-крайней мере, половину всех нозокомиальных инфекций вызывают *Escherichia coli*, *Enterococcus spp.*, *Staphylococcus aureus* и *Pseudomonas spp.* (Black J.G., 2002). Среди небактериальных агентов, вызывающих нозокомиальные инфекции преобладают грибы рода *Candida*, которые считаются основными возбудителями микозов человека (Petri M.G., 1997; Сергеев А.Ю., 2001; Богдатов В.Е., 2003). В связи с этим, разработка и оценка эффективности методов интенсивной профилактики инфекционных осложнений хирургических операций является важной задачей. Значение такой интенсивной профилактики особенно велико для больных старшей возрастной группы с патологией органов пищеварительной

системы, у которых высока вероятность заражения операционного поля и, в силу возрастного иммунодефицита, повышен риск формирования резистентных форм микроорганизмов. Были изучены материалы (раневое отделяемое и кровь) от 52 больных в возрасте от 46 до 76 лет. Больные были распределены на две группы: 1- больные, которым не проводили интенсивную профилактику инфекционных осложнений (24 человека), 2 - больные, которым ее проводили (28 человек). Пациенты были прооперированы по поводу грыж (29 человек), онкологических заболеваний (9 человек) и других заболеваний органов брюшной полости (14 человек). С целью профилактики послеоперационных гнойно – воспалительных осложнений широко применялась селективная деконтаминация кишечника, включающая энтеросорбцию (механическая очистка кишечника, применение энтеросорбентов), и введение антимикробных и антифунгальных препаратов как энтерально, так и парентерально до, и через каждый час после начала операции. Установлено, что у больных, не получавших курс интенсивной профилактики инфекционных осложнений, микроорганизмы в операционной ране и/или крови были обнаружены в 100% случаев. Микробный микст (более, чем один вид микроорганизмов) был зарегистрирован у 66% пациентов (16 больных из 24). Наличие микроорганизмов в крови было зарегистрировано у 11 больных (47%), причем их идентичность флоре хирургической раны была доказана в 6 случаях (27%). Грибковая микрофлора была высеяна из материалов 16 больных (66%). Из них более чем в одной пробе грибы были обнаружены у 9 больных (40%). Из 28 больных, получавших курс интенсивной профилактики инфекционных осложнений, микрофлора в операционной ране и/или крови была выделена у 91% случаев (25 из 28). Микробный микст был зарегистрирован у 77 % пациентов (21 больной). Наличие микроорганизмов в крови было зарегистрировано у 5 больных (19%), причем ее идентичность флоре хирургической раны была доказана в 3 случаях (9,6 %). Грибковая микрофлора была высеяна из материалов 4 больных (14%), причем из крови - только у 2 пациента (4,8%). Применение интенсивной профилактики инфекционных осложнений повлияло на общую частоту выделения микроорганизмов из операционной раны и крови больных, и привело к заметному перераспределению выделяемых микробов. У больных, которым проводили данные профилактические мероприятия выделение микроорганизмов из крови значительно уменьшилось: резко снизилось выделение дрожжевые грибов (с 66% в группе 1 до 19% в группе 2). Однако в группе №2 почти в два раза выросла частота выделения грамположительных кокков. Прирост бактерий происходил, главным образом, за счет стафилококков и микрококков. Применение интенсивной профилактики инфекционных осложнений привело к снижению выделения из ран грамотрицательных палочек, прежде всего E coli (40% в гр.1 до 29% в гр.2). Причинами такого перераспределения может являться различная устойчивость микробов к антибиотикам, а также вероятное изменение характера взаимного влияния в микробиоценозах одного вида микроорганизмов на другие. Таким образом, применение интенсивной профилактики инфекционных осложнений, по-видимому, способно снизить риск развития осложнений, вызываемых грамотрицательными бактериями и грибами рода Candida. Профилактическое сочетанное применение антибактериальных и антифунгальных препаратов ведет не к полной элиминации микроорганизмов из зоны операции, а к изменению соотношения их видов. Перераспределение видов микроорганизмов, выделяемых от оперированных больных в результате применения интенсивной профилактики инфекционных осложнений, может быть вызвано как изменением характера эндогенного инфицирования крови и операционной раны больного, так и, или изменением колонизации зоны операции больного при экзогенном инфицировании. Выяснение того, какой из указанных механизмов перераспределения микроорганизмов имеет преобладающее значение в условиях применения интенсивной профилактики инфекционных осложнений, равно как и прогностическое значение самого эффекта перераспределения, является важным для оценки целесообразности применения антимикотиков для профилактики инфекционных осложнений хирургических операций.

## **8. Послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения у больных с абдоминальной хирургической патологией. Вопросы комплексной профилактики.**

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

Симферополь

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»  
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

Значительное влияние на частоту возникновения послеоперационных осложнений оказывает ряд факторов, среди которых: возраст больного; характер патологического процесса; нарушение гомеостаза; тактические, организационные, технические ошибки персонала; уровень материальной оснащённости лечебного учреждения. Основным этиологическим моментом у 80.0% больных является инфекция. Проблема предупреждения этих осложнений является одной из самых трудных в современной хирургии. Нами проведены исследования у 2339 больных, оперированных в экстренном и плановом порядке, как открытым, так и закрытым способом в клиниках г. Симферополя с 2005 по 2016 год по поводу различной абдоминальной патологии. Среди них выполнено операций на желудке и 12- перстной кишке – 152, тонком и толстом кишечнике – 151, при патологии поджелудочной железы – 17. Значительную группу составили оперативные вмешательства при грыжах передней брюшной стенки – 1449, а также операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях – 421 больной. В 36 случаях были выполнены повторные операции. В 12 наблюдениях произведены повторные релапаротомии (от 2 до 6). Умерло 59 (2.1%) больных. Возраст больных составлял от 21 до 80 лет. Среди оперированных больных женщин было – 996 (42.6%), мужчин – 1343 (57.4%) больных. Клинические проявления осложнений изучались на основании как традиционных, так и специальных методов исследования. Вместе с этим, проводилось динамическое изучение степени эндогенной интоксикации с использованием общепринятых методик. С целью объективизации факторов риска послеоперационных осложнений до и после операции проводилось изучение энтерогенного компонента токсемии по показателям напряжённости гуморального антиэндотоксинового иммунитета на основании определения методом твердофазного иммуноферментного анализа динамики изменения уровня антител классов А, М и G, специфичных к липополисахариду *Escherichia coli* K30 (соответственно анти – ЛПС – IgA, анти – ЛПС – IgM, анти – ЛПС – IgG). При оценке клинического течения послеоперационного периода широко использовался компьютерный мониторинг. В ходе проведенных исследований было установлено, что из общего числа прооперированных больных гнойно – воспалительные осложнения различной локализации наблюдались у 162 (6.9%) больных. Наиболее частыми осложнениями гнойно – воспалительного характера являлись осложнения со стороны раны (нагноения, инфильтраты, серомы и эвентрации) – 57 (35.2 %) больных и осложнения со стороны бронхо – легочной системы (послеоперационные пневмонии, острый трахеобронхит) – 49 (30.2%) больных. У 12 (7.4%) человек наблюдалось развитие в раннем послеоперационном периоде легочно – сердечной недостаточности. У некоторых больных имело место сочетание двух и более осложнений. В целях профилактики ранних послеоперационных осложнений нами разработана и внедрена в клинику система лечебных мероприятий, позволяющая снизить, а в некоторых случаях предотвратить развитие данных осложнений в раннем послеоперационном периоде. Проводимые мероприятия включали комплекс хирургических, биологических и физиологических методов. Для повышения эффективности предоперационной подготовки, коррекции эндотоксикоза, нормализации гемодинамики в комплекс лечебных мероприятий включали применение антиагрегантов и антиоксидантов. По показаниям проводилась антикоагулянтная терапия. Применялись сеансы лечебной гимнастики, массаж грудной клетки, ингаляции с бронхолитиками. Использовалась методика внутритканевого

электрофореза. В целях коррекции и профилактики энтерогенной токсемии в предоперационную подготовку были включены инфузионная детоксикация, селективная деконтаминация кишечника, энтеросорбция, иммуномодуляторы. Интраоперационно всем больным проводили антибиотикопрофилактику. Большое внимание уделялось технике проведения наркоза. В целях профилактики раневой инфекции до операции проводилась тщательная обработка операционного поля с предварительной санацией лигатурных свищей, во время операции – этапное отграничение всех слоев брюшной стенки широкими марлевыми салфетками, иссечение краев дефекта брюшной стенки с возможными источниками «дремлющей» инфекции, смену инструмента и перчаток после наиболее «загрязненных» этапов операции. При наложении анастомозов на желудке, тонком и толстом кишечнике, при формировании колостомы и ушивании раны передней брюшной стенки использовались прицизионные технологии с применением ареактивного шовного материала. После операций на толстом кишечнике, онкологических операций, сложных реконструктивных операций брюшную полость дренировали 2-х просветным силиконовым дренажем по принятым методикам. Помимо этого, у больных с очень высоким риском развития эвентрации на фоне глубоких расстройств метаболизма применялся способ профилактики эвентрации, основанный на принципе «ненатяжной пластики» с помощью полипропиленовой сетки. Для защиты срединной раны от инфекции у больных с особенно высоким риском нагноения устанавливали системы для проточного орошения раневой полости с постоянным бактериологическим контролем, проводились контрольные пункции послеоперационной раны. В послеоперационном периоде применяли внутритканевой электрофорез: производили гальванизацию живота с одновременным введением антибактериальных препаратов. Особое значение придавалось профилактике послеоперационной динамической кишечной непроходимости – применялись паранефральные новокаиновые блокады, эпидуральная анестезия, электро- и медикаментозная стимуляция перистальтики. Данный комплекс профилактических мероприятий был применен нами у 63 больных с абдоминальной хирургической патологией. Гнойно – воспалительные осложнения возникли у 3-х (4.7%) больных. Из них послеоперационная пневмония возникла у 2-х пациентов, у 1 больного – нагноение послеоперационной раны. Других осложнений этого характера не наблюдалось. Таким образом, комплексный подход к профилактике гнойно – воспалительных осложнений, включающий тщательную предоперационную подготовку больного, усовершенствование хирургической техники, уход за раной в послеоперационном периоде является эффективным лечебным мероприятием, позволяющим значительно снизить частоту их возникновения.

## **9. Технологические особенности резекции тонкой кишки в условиях распространенного перитонита.**

Дарвин В.В., Краснов Е.А., Бабаев М.С., Бубович Е.В.

Сургут

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

Цель исследования – провести сравнительный анализ результатов хирургического лечения больных с экстренной патологией тонкой кишки, осложненной распространенным перитонитом, при применении различных интра- и послеоперационных технологий. Материал и методы. Мы проанализировали опытом хирургического лечения 87 больных с экстренной хирургической патологией тонкой кишки, осложненной распространенным перитонитом: острое нарушение мезентериального кровообращения в стадии некроза (54), странгуляционная тонкокишечная непроходимость (15) и ущемленные грыжи с некрозом тонкой кишки (18). Больные были разделены на 2 группы. В основу деления были положены вид межкишечного анастомоза и сроки его формирования. Контрольную

группу составили 40 больных, у которых межкишечные анастомозы (n=28) или стомы (n=12) были сформированы по стандартной методике при первичной операции. В основной группе (n=47) была применена тактика программированных релапаротомий с формированием отсроченного межкишечного анастомоза однорядным ручным швом (19) или степлерным швом (28) с последующим укрытием зоны анастомоза пластиной Тахокомб. Возраст больных варьировал от 22 до 88 лет. Средний возраст составил 58,9+6,3 лет. Сроки поступления больных в стационар с момента заболевания колебались от 10 часов до 4 суток Тяжелая сопутствующая патология имела место у 83,9%. По протяженности зоны некроза: сегментарный некроз имел место у 49 больных; обширный некроз – у 30, субтотальное поражение тонкой кишки - у 8. Явления распространенного перитонита имели место у всех больных основной и контрольной группы. Всем больным в экстренном порядке была выполнена резекция различных по протяженности (в зависимости от объема поражения) сегментов тонкой кишки. У 29 больных контрольной группы во время первичного оперативного вмешательства был сформирован первичный межкишечный анастомоз одно- и двухрядными серозно-мышечно-подслизистыми атравматическими швами. У 11 больных операцию закончили формированием еюно(илео)стомы. Переднюю брюшную стенку ушивали наглухо, брюшную полость дренировали силиконовыми дренажами. У больных основной группы первичная резекция пораженного участка тонкой кишки носила обструктивный характер. Приводящий и отводящий сегменты тонкой кишки зашивали наглухо механическим или ручным швом с укреплением линии швов пластиной Тахокомб. С целью декомпрессии тонкой кишки интраоперационно производили назоинтестинальную интубацию ее приводящих отделов. Первичную операцию заканчивали санацией, дренированием брюшной полости и временным закрытием брюшной полости для последующего проведения программы релапаротомий, для чего использовали узловые лигатуры на апоневроз (32) или кожу (15) в зависимости от уровня внутрибрюшного давления (ВБД). Количество программированных релапаротомий составляло от 2 до 6. Две программированные релапаротомии потребовались у 19, три - у 17, четыре - у 6, пять – у 4, шесть – у 1. Резекцию краев при программированных релапаротомиях потребовалось выполнить у 4 больных (8,5%). Показания к очередной санации выставлялись на предыдущей операции по визуальной макроскопической оценке степени регрессии перитонита, данным микробиологического мониторинга выпота, учитывали динамику лабораторных параметров и ВБД. Отсроченный межкишечный анастомоз был сформирован на 2 релапаротомии у 28 пациентов, на 3 – у 15, на 4 – у 3, на 5 – у 1. У 22 больных анастомоз сформирован однорядным ручным швом, у 25 - степлерным швом с последующим укрытием анастомозов пластиной Тахокомб: у 37 больных сформирован тонко-тонкокишечный, у 10 – тонко-толстокишечный анастомоз. Результаты. В контрольной группе частота послеоперационных осложнений составила 52,5 % (у 21 больного 25 осложнений): у 2 - несостоятельность анастомоза; у 2 - эвентрация; у 3 – прогрессирование перитонита и абсцессы брюшной полости, у 2 - некроз стомированной кишки; у 1 – ОРСКН, у 6 - местные инфекционные процессы; у 2 - послеоперационная пневмония; у 6 – СПОН, сепсис, у 1 - ТЭЛА. У 25% больных характер послеоперационных осложнений потребовал вынужденной релапаротомии. Средняя длительность стационарного лечения – 22,4+6,0 койко-дней. Кроме того, 11 больных второй группы выписаны с еюно-илеостомами, которым в последующем потребовалась реконструктивно-восстановительная операция. Послеоперационная летальность - 40% (16). Частота послеоперационных осложнений в основной группе составила 31,9% (у 15): местные инфекционные процессы в ране - у 4; воспалительный инфильтрат брюшной полости – у 3 больных; ОРСКН – у 1, острый инфаркт миокарда - у 1; пневмония - у 3; СПОН - у 3. Средняя длительность стационарного лечения – 19,2+4,8 койко-дней. Летальность в основной группе составила 25,5% (12). Выводы. Таким образом, использование в экстренной хирургии тонкой кишки тактики отсроченного формирования тонкокишечных анастомозов, укрепленных пластиной Тахокомб, позволило уменьшить частоту осложнений с 52,5% до 31,9%, снизить госпитальную летальность с 40% до



25,5%, исключить необходимость повторных реконструктивных операций в отдаленном периоде.

## **10. Пиогенные абсцессы печени: причины, диагностика и хирургическое лечение.**

Капшитарь А.В.

Запорожье, Украина

Запорожский государственный медицинский университет

Частота абсцессов печени составляет 0,029-0,04%, из них пиогенные абсцессы встречаются у 0,007% случаев. Точность дооперационной диагностики достигает 82%. Летальность остаётся высокой. Так, по сводным данным статистик, при множественных пиогенных абсцессах летальность составляет 98%, а при одиночных – 29%. При осложнённых одиночных и множественных абсцессах летальность составляет 90,9%. Цель работы: провести анализ результатов диагностики и хирургического лечения пиогенных абсцессов печени. Материал и методы. Под нашим наблюдением в хирургическом отделении КП „Городской клинической больницы № 2“, базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, находились 37 больных с пиогенными абсцессами печени (ПАП). Мужчин было 16 (43,2%), женщин - 21 (56,8%) в возрасте 23-89 лет. Пациенты транспортированы СМП в клинику в тяжёлом и крайне тяжёлом состоянии вследствие выраженной интоксикации. С диагнозом острого холецистита доставлены 10 (27%) больных, холецисто-панкреатита - 6 (16,2%), прободной язвы двенадцатиперстной кишки - 1 (2,7%), абсцесса брюшной полости - 1 (2,7%), перитонита - 6 (16,2%), закрытой травмы живота - 4 (10,9%) и открытой травмы живота - 2 (5,4%), флегмоны бедра и голени - 7 (18,9%). Результаты и обсуждение. На догоспитальном этапе ни у одного пациента не диагностирован ПАП, как и при первичном клиническом обследовании больного хирургом в приёмно-диагностическом отделении. С целью диагностики, наряду с клиническим обследованием, использовали лабораторно-биохимические исследования, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) Кальф-Калифа, молекулы средней массы (МСМ), обзорную рентгенографию грудной и брюшной полостей, ультразвуковое исследование, компьютерную томографию, лапароскопию. При обзорной рентгенографии грудной полости у 18 (48,6%) пациентов выявлено высокое стояние правого купола диафрагмы, дисковидные ателектазы в базальных отделах лёгких, пневмонию в нижней доле легкого, плеврит. На обзорной рентгенограмме брюшной полости из 35 больных у 3 (8,6%) пациентов определён абсцесс печени, гепатомегалия и у 3 (8,6%) - поддиафрагмальный абсцесс. Из 21 больного, подвергшихся УЗИ, у 3 (14,3%) пациентов диагностирован ПАП. При КТ диагностика ПАП была наиболее высокой, из 4 больных ПАП установлен у 3 (75%) пациентов. Лапароскопия, выполненная у 8 больных, диагностировала ПАП у 3 (37,5%) пациентов и лишь разлитой гнойный перитонит - у 5 (62,5%). Следовательно, до операции ПАП установлен нами 12 (32,4%) больных. После кратковременной предоперационной подготовки пациенты оперированы в неотложном порядке и, в зависимости от хирургической абдоминальной или гнойно-септической патологии, были разделены на две группы. Группу А составили 30 (81,1%) пациентов, которым под внутривенной тотальной анестезией с ИВЛ выполнена лапаротомия в связи с острой или хронической хирургической абдоминальной патологией. В процессе операции ПАП диагностировали у 16 (53,3%) больных, подтвердили - у 8 (26,7%), не диагностировали - у 6 (20%). Результаты бактериологических посевов обнаружили кишечную палочку у 30% пациентов, стрептококк – у 25%, стафилококк – у 25%, миксты, в состав которых входили вышеперечисленные и другие микроорганизмы – у 15%, гной оказался стерильным - у 5%. В группу В включили 7 (18,9%) больных с анаэробной неклостридиальной субфасциальной флегмоной нижних конечностей (бедра и голени), осложнённых сепсисом. Под внутривенной анестезией флегмоны вскрыты, дополнены

некрэктомией и дренированием, проведением системной терапии. В дальнейшем все они умерли от сепсиса, а диагноз множественных пиогенных абсцессов печени диагностирован лишь при патологоанатомическом вскрытии. Из всех 37 пациентов с ПАП у 22 (59,5%) они были одиночными и у 15 (40,5%) - множественными. Локализация ПАП только в правой доле печени отмечена у 16 (43,2%) больных, в левой доле печени - у 6 (16,2%) и обеих долях печени одновременно - у 15 (40,6%). Течение послеоперационного периода, несмотря на многокомпонентную консервативную терапию, весьма тяжёлое. После операции умерли 18 (48,6%) пациентов. Из них при наличии одиночного ПАП умер 1 (5,6%) больной и множественных ПАП – 17 (94,4%). Выводы: 1. Дооперационная диагностика ПАП остаётся трудной. Наиболее эффективными дополнительными методами исследования являются УЗИ и КТ, а перитонита - лапароскопия. 2. ПАП у 32,4% пациентов определён нами до операции, у 43,2% - во время операции, у 35,1% - при патологоанатомическом вскрытии. 3. Летальность при лечении ПАП продолжает оставаться высокой, 48,6%. Причём, резко превалирует смертность при наличии множественных ПАП – 94,4% против одиночных ПАП – 5,6%.

## **11. Новый логарифм хирургической тактики при распространенных формах гнойного перитонита.**

Совцов С.А.

Челябинск

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. В связи сохраняющимися на высоком уровне показателями послеоперационных осложнений и летальности, с нашей точки зрения, необходим пересмотр ряда тактических подходов при подобных ситуациях. Цель работы. Улучшение непосредственных результатов лечения тяжелых форм гнойного перитонита. Материал и методы. В период 2013-2015 гг. в нашей клинике были оперированы 132 больных с разлитым гнойным перитонитом наблюдениях. Достоверно преобладали больные молодого возраста с перфоративными поражениями желудочно-кишечного тракта ( $p < 0,001$ ). По окончании основного этапа операции, в зависимости от имеющейся клинической ситуации у каждого конкретного больного, оперирующим хирургом принималось решение о виде завершения хирургического вмешательства : а) зашивание раны брюшной полости наглухо (закрытая технология), б) временное ее закрытие (полуоткрытые/полузакрытые технологии) или в) преднамеренное оставление открытой брюшной полости (технология лапаростомии или «открытого живота»). Исходя из этого, выполняли тот или иной способ зашивания операционной раны. Все больные госпитализировались в ОРИТ. Результаты и обсуждение. При вторичном перитоните выполнением одной операции ограничилось лечение у 74 человек (56,3%). У 58 (43,7%) больных были выполнены повторные операции. Эти пациенты были отнесены в группу третичного перитонита. В своей клинической практике предпочтение отдавали плановым санационным релапаротомиям (41 пациент - 70,6%). У 9 (15,5%) больных применяли релапаротомию «по требованию», которая производилась только у тех пациентов, у которых наблюдали клиническое ухудшение или отсутствие положительной динамики при проводимом адекватном лечении заболевания. Две релапаротомии были применены в лечении 31 человека (54,4%), три у 12 (20,2%) и четыре и более повторных вмешательств выполнены у 15 больных (25,4%). При имеющихся возможностях выполняли лапароскопические санации (12 человек - 20,2%). Преимуществами их являются более легкое течение послеоперационного периода за счет уменьшения болевого синдрома, ранней активизации больных и раннего восстановления функции кишечника. У 8 (6,1%) крайне тяжелых больных принимали решение об использовании стратегии «открытого

живота» (лапаростомия). При анализе показателей послеоперационных осложнений и летальности было выяснено, что большинство из них приходились на группу пациентов с третичным перитонитом. Это послужило основанием к пересмотру некоторых тактических подходов и технологий лечения перитонита. Известно, что логарифм числа по основанию определяется как показатель степени, в которую надо возвести основание (в нашем случае ряд новых тактических подходов и технологий), чтобы получить число (конечный результат лечения). Нами разработан логарифм в виде – ОРСЗ, где О – первичная операция, Р – реанимация (интенсивная терапия), С – этапные санации брюшной полости, З – закрытие живота. Для оптимизации лечебной тактики проводили мониторинг состояния больного путем объединения и анализа клинических и лабораторных критериев, результатов динамического УЗИ и КТ, что давало возможность адекватного и своевременного выявления показаний для выполнения релапаротомии «по требованию». При первичном перитоните не умер ни один больной. При вторичном – летальный исход наступил у 7 человек (8,9%). При третичном перитоните погибло 15 (25,8%) пациентов. При лечении с использованием этапных релапаротомий «по плану» умерло 9 пациентов (21,9%), при релапаротомиях «по требованию» – 2 человека (22,2%), и при лечении методом «открытый живот» умерло 4 больных (50%). Выводы. Эти показатели свидетельствуют о том, что остаются не до конца решенными вопросы показаний к перечисленным методам лечения, кратности и сроков их продолжительности, способов раннего закрытия брюшной полости. Вместе с тем, дифференцированный подход в лечении больных с разлитым гнойным перитонитом, основанный на учете вида перитонита, выбора доказательно показанных хирургических стратегий для каждого больного, оптимальных технологий методов интенсивной и антибактериальной терапии у этой тяжелой группы пациентов, позволил нам достичь стабильных удовлетворительных показателей частоты возникновения послеоперационных осложнений и летальности.

## **12. Роль внутрибрюшного давления в определении показаний к релапаротомии при разлитом гнойном перитоните.**

Гольбрайх В.А., Маскин С.С., Арутюнян А.Г.

Волгоград

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. Летальность при тяжелых формах разлитого гнойного перитонита (РГП) за последние годы не снижается, достигая 20-40%. В настоящее время одним из ведущих механизмов развития полиорганной недостаточности считается внутрибрюшная гипертензия (ВБГ). Спорными остаются вопросы объективизации и разработки критериев для проведения повторных санаций брюшной полости, алгоритмов их применения. Цель работы: анализ влияния ВБГ на исходы перитонита и возможности коррекции повышенного давления в брюшной полости при определении показаний к релапаротомии. Материал и методы обследования. Исследование выполнено на основе ретроспективного и проспективного анализа течения и исходов заболевания у 348 пациентов с РГП. Из них у 105 пациентов выполнены релапаротомии. Выделена основная группа больных (53 пациента), в лечении которых применялся метод программных санаций и группа сравнения (52 больных) с экстренными релапаротомиями (ЭРЛТ). Внутрибрюшное давление измеряли непрямым чрезпузырным методом с использованием устройства UnoMeterAbdo-Pressure. Обсуждение результатов. Причинами перитонита в основной группе были: деструктивные формы острого аппендицита и холецистита, закрытая травма живота, перфоративные язвы желудочно-кишечного тракта. Во второй группе – послеоперационные гнойные осложнения со стороны брюшной полости. Показанием к РЛТ являлись: разлитой гнойный или каловый перитонит; анаэробное

инфицирование брюшной полости; невозможность ликвидации источника перитонита в течение первичной операции; стадия перитонита соответствующая тяжелому сепсису или септическому шоку. Всем больным с релапаротомией, а также в динамике перед каждой реоперацией, выполнено измерение внутрибрюшного давления (ВБД). ВБГ выявлена у 80 пациентов (76,2%). Из них с I степенью тяжести ВБГ было 18 человек (давление -  $11,2 \pm 0,4$  мм.рт.ст.), со II степенью – 34 пациента (давление -  $16,6 \pm 0,6$  мм.рт.ст.), с III степенью - 24 больных ( $27,6 \pm 1,4$  мм.рт.ст.), с IV степенью - 4 пациентов ( $37,9 \pm 1,2$  мм.рт.ст.). Самые высокие показатели ВБД зарегистрированы у пациентов с мезентериальным тромбозом, разлитым каловым перитонитом вследствие перфорации дивертикула толстого кишечника. Стратегия хирургического лечения во всех случаях учитывала показатели ВБД, в зависимости от степени ВБГ выполнялись различные декомпрессивные мероприятия. Декомпрессивные мероприятия при ВБГ I-II степени тяжести включали в себя продленную эпидуральную анестезию, антиоксидантную терапию, респираторную поддержку и препараты улучшающие реологические свойства крови. В дальнейшем после релапаротомии отмечалась тенденция к плавному снижению ВБД до нормальных величин к исходу 5-6 суток послеоперационного периода. У 9 больных с наиболее высокими цифрами ВБД и явлениями полиорганной недостаточности диагностирован абдоминальный компартмент-синдром (АКС). У всех больных данной группы декомпрессия брюшной полости осуществлялась с помощью лапаротомии. Обращает на себя внимание и более низкая скорость снижения давления в брюшной полости у больных с АКС. У пациентов с РГП были изучены данные величин ВБД и показателей эндогенной интоксикации (ЭИ). Проведено сравнение показателей после однократной лапаротомии, ЭРЛТ и ПРЛТ, т.е. между группами больных, различие которых заключалась лишь в объеме тканевой травмы. Выделены три группы пациентов: группа А – 49 больных с однократной лапаротомией, группа В – 52 больных с экстренной релапаротомией, группа С – 53 больных ПРЛТ. Сравнительную оценку тяжести проводили по интегральному показателю, включающему 6 клинических и 8 лабораторных показателей эндотоксикоза (ЛИИ, ЦИК, фагоцитарное число, прокальцитониновый тест и др.). Выявлена значительная разница между тремя группами пациентов при исследовании ВБД в динамике. После однократной лапаротомии в первые сутки после операции только у 15% больных отмечено повышение внутрибрюшного давления, соответствующее ВБГ 1 ст., у остальных – оно было в пределах нормы. В группах В и С – более, чем у 70% выявлена III ст. ВБГ, причем у 5 больных развился АКС. Повышение индекса ЭИ в группе А отмечено у 25% больных, в группах В и С практически у 50%. Пациенты с повышенным давлением в брюшной полости имели статистически достоверные (по точному тесту Фишера при  $p=0,0230$ ) высокие значения показателей ЭИ, достигая критических значений при III-IV степени ВБГ. Изучение динамики ВБД показало, что прогрессирование перитонита и пареза кишечника сопровождалось повышением внутрибрюшного давления, что требовало выполнения релапаротомии, как для санации очагов инфекции, так и профилактики АКС. Реализация предложенной тактики лечения больных распространенным перитонитом с учетом роли внутрибрюшной гипертензии позволила снизить летальность при программных релапаротомиях до 25,0%, по сравнению с вынужденными экстренными релапаротомиями - 38,0%. Различия в летальности были достоверны по точному тесту Фишера ( $p=0,0122$ ). Выводы. Для раннего выявления осложнений и определения своевременных показаний к релапаротомии при РГП необходимо оценивать тяжесть состояния пациентов в пред- и послеоперационном периоде с учетом давления в брюшной полости. Для улучшения результатов лечения пациентов с тяжелым РГП необходимо применение лапаротомии с программированными санациями брюшной полости.

### 13. Современный спектр возбудителей и оптимальные направления антибактериальной терапии гнойного перитонита и абдоминального сепсиса.

Бархатова Н.А.

Челябинск

ФГБОУ ВО «Южно-уральский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Перитонит является одной из самых тяжёлых вариантов острой хирургической инфекции органов брюшной полости и сейчас выделяют первичный, вторичный и третичный перитониты. При этом наиболее частыми причинами вторичного перитонита считают острый аппендицит, холецистит, перфорации полых органов при воспалении или опухолях, а также мезентериальный тромбоз (Ерехин И.А. и соавт., 2004, Синенченко Г.И. и соавт., 2007, Савельев В.С. и соавт., 2009). В последние годы всё шире обсуждается вопрос о влиянии на развитие инфекции бактериальных биоплёнок, в формировании которых участвуют ассоциации разных штаммов бактерий (Яковлев С.В., 2007, Гостев В.В. и соавт., 2010). В наши дни при выборе препаратов эмпирической терапии хирурги не столько учитывают распространённость и вариант течения инфекции, сколько опираются на вероятность возбудителя в зависимости от источника инфекции, при этом вопросы современных причин, спектра возбудителей и выбор антибиотиков сохраняют вою актуальность. Цель исследования – определить особенности этиологии, клиники и оптимальные направления антибактериальной терапии вторичного перитонита. Материалы и методы исследования. Для решения поставленной цели был проведён анализ результатов обследования и лечения 94 пациентов с гнойным перитонитом и абдоминальным сепсисом, проходивших лечение в МБУЗ ГКБ №1 г. Челябинска в период 2011- 2016 гг. Все больные были разделены на две группы. В первую группу были включены 50 пациентов с местным перитонитом (МП). Во вторую группу вошли 44 пациента с распространённым перитонитом (РП). У всех больных обеих групп отмечали наличие синдрома системной воспалительной реакции (ССВР), что соответствовало клинике генерализованной формы инфекции и абдоминального сепсиса. В обеих группах преобладали женщины, составляя 52% (МП) и 55% (РП) ( $p>0,05$ ). Средний возраст больных составил от  $66,2\pm 2,8$  (МП) до  $71,1\pm 1,8$  (РП) лет ( $p<0,05$ ). Сроки поступления в стационар составили в среднем от  $23,9\pm 1,5$  (МП) до  $28,4\pm 2,1$  (РП) часов. Сопутствующую соматическую патологию имели все больные, при этом патология одной системы органов была у 10% с местным перитонитом, а у остальных 90% (МП) и 100% (РП) больных отмечали различные варианты полипатии. Сахарный диабет имел место у 12% (МП) и 9% (РП) больных ( $p>0,05$ ). Статистическую обработку данных производили с использованием методов непараметрической статистики, при уровне значимости менее 5%. Результаты и обсуждение. При анализе данных первичными источниками исследуемых форм местного перитонита чаще всего были деструктивные формы аппендицита (32%\*), перфорация престенотического отдела толстой кишки при злокачественных новообразованиях (20%\*), гнойный панкреатит (16%\*) и мезентериальный тромбоз (16%), а более редкими причинами местного перитонита были кишечная непроходимость с некрозом кишечной стенки (12%\*) и абсцесс печени с прорывом в брюшную полость (4%) ( $p^*<0,05$ ). Источником распространённого гнойного перитонита чаще всего являлись злокачественные опухоли толстого кишечника с распадом, кишечной непроходимостью и перфорацией (50%\*) и гангренозно-перфоративный аппендицит (23%\*), а мезентериальный тромбоз с некрозом кишечника (13%), панкреатит (9%\*) и осложнения других вариантов кишечной непроходимости (5%\*) отмечали достаточно редко ( $p<0,05$ ). При лечении гнойного перитонита однократная лапаротомия с санацией очага инфекции и брюшной полости была выполнена у 74% (МП) и 28% (РП) больных с последующим дренированием брюшной полости с помощью трубчатых или сигарообразных дренажей.

У остальных 26% (МП) и 72% (РП) больных анализируемых групп, в лечении использовали от 2 до 5 программных релапаротомий, при этом в 4% (МП) и 6,8% (РП) применяли отсроченное формирование кишечных анастомозов после первичной резекции кишечника с внутриспросветным дренированием ушитого наглухо приводящего отдела, а в 16% (МП) и 43% (РП) использовали первичную обструктивную резекцию толстой кишки. При анализе системного воспалительного ответа клиника абдоминального сепсиса была у 82% (МП) и 18% (РП) больных, а ССВР сохранялся от  $6,2 \pm 0,8$  (МП) до  $12,8 \pm 1,1$  (РП) суток ( $p < 0,05$ ). У 18% (МП) и 77,3% (РП) имела место клиника тяжёлого абдоминального сепсиса, при этом ССВР сохранялся от  $7 \pm 0,6$  (МП) до  $11,5 \pm 1,3$  (РП) суток ( $p < 0,05$ ). Более короткие сроки сохранения ССВР при тяжёлом сепсисе обусловлены более высокой степенью тяжести больных и ранним наступлением летального исхода, который наблюдали у 16% (МП) и 27% (РП) больных этих групп ( $p < 0,05$ ). При анализе результатов бактериологического исследования экссудата из брюшной полости грамотрицательная микрофлора была у 79% (МП) и 94% (РП) больных, а доля грамположительной микрофлоры составила 21% (МП) и 6% (РП) случаев ( $p < 0,05$ ). Возбудителями местного гнойного перитонита чаще всего были: клебсиелла пневмонии (29%\*), цитробактерии (14%), кишечная (14%) и синегнойная (14%\*) палочки, а ацинетобактерии (7%\*), коринебактерии (7%), золотистый (7%) и эпидермальный (7%) стафилококки встречались в 2-2,5 раза реже ( $p^* < 0,05$ ). В отличие от этого спектр возбудителей при распространённом перитоните включал ацинетобактерии (24%\*), синегнойную палочку (24%\*), клебсиеллу пневмонии (18%\*) и кишечную палочку (18%), а энтеробактерии (12%) и эпидермальный стафилококк (6%) отмечали реже ( $p^* < 0,05$ ). При местном перитоните в 72% случаев отмечали моноинфекцию, а у 28% больных была микстинфекция возбудителей, а для 61% случаев распространённого перитонита была микстинфекция грамотрицательных бактерий, а моноинфекцию отмечали в 39% случаев ( $p < 0,05$ ). На 3-5 сутки после первой операции при контрольных бакпосевах из экссудата или дренажей брюшной полости при местном перитоните у 16% больных отмечали суперинфекцию кишечной палочки или ацинетобактерий. При распространённом перитоните суперинфекцию клебсиелл или ацинетобактерий отмечали в 23% случаев ( $p < 0,05$ ). При определении чувствительности к антибиотикам 80-100% штаммов возбудителей были чувствительны к сульперазону, левофлоксацину, имепенему, рифампицину, тетрациклину и фузидину. 40-60% возбудителей имели чувствительность к защищённым пенициллинам, гликопептидам, цефалоспорином IV поколения и аминогликозидам. При этом у 80-100% возбудителей перитонита была выявлена исходная устойчивость к препаратам из группы незащищённых пенициллинов, к цефалоспорином I-II поколений, макролидам, линезолидам и линкозамидам. При смене возбудителей в процессе лечения, как правило, высевали полирезистентную госпитальную микрофлору, которая сохраняла высокую чувствительность 60-80% штаммов к сульперазону, аминогликозидам, левофлоксацину и рифампицину, а к остальным препаратам имела устойчивость. Выводы: 1. Современными причинами вторичного гнойного местного и распространённого перитонита и абдоминального сепсиса чаще всего являются осложнения злокачественных опухолей толстого кишечника (34%), деструктивный аппендицит (28%), мезентериальный тромбоз (15%) и панкреатит (13%). 2. Возбудителями местного перитонита чаще всего является моноинфекция клебсиеллы пневмонии, цитробактерий, кишечной или синегнойной палочек а распространённый перитонит чаще всего вызывают ассоциации ацинетобактерий, клебсиеллы пневмонии, синегнойной и кишечной палочки. Грамположительная микрофлора становится причиной перитонита лишь в 13,8% случаев. 3. В лечении гнойного перитонита эффективно использование первично-отсроченных анастомозов, программных релапаротомий с формированием различных вариантов закрытой лапаростомы, а также проведение комплексного лечения в условиях отделения интенсивной терапии, направленного на коррекцию и компенсацию нарушенных функций организма. 4. Наиболее оптимальным выбором для стартовой эмпирической антибактериальной терапии при гнойном перитоните является применение амоксиклава, ванкомицина, цефалоспоринов IV

поколения и аминогликозидов в виде комбинаций из 2 препаратов. При этом к препаратам второй очереди и резерва следует отнести сульперацеф, меронем, левофлоксацин, рифампицин и фузидин., чувствительность к которым сохранена у 100% внегоспитальных и 80-100% нозокомиальных штаммов возбудителей.

#### **14. Оценка значимости прокальцитонина в прогнозировании течения вторичного перитонита.**

Михельсон Е.П., Насер Н.Р., Батыршин И.М., Склизков Д.С., Остроумова Ю.С., Двойнов В.Г., Бородина М.А., Шляпников С.А.

Санкт-Петербург

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

Актуальность проблемы. Лечение вторичного перитонита в настоящее время остается одной из самых актуальных проблем неотложной хирургии. Прогнозирование исхода заболевания на ранних сроках госпитализации с последующей оптимизацией лечения является приоритетным направлением. Учитывая тот факт, что вторичный перитонит сопровождается системным воспалительным ответом, перспективным научным направлением является изучение возможности использования биомаркеров воспаления в прогнозировании клинического исхода. Прокальцитонин является одним из наиболее значимых маркеров, отражающих тяжесть бактериальной инфекции. Цель работы. На основании изучения клинико-диагностических и прогностических значений уровня прокальцитонина разработать алгоритм оптимизации лечения пациентов с вторичными перитонитами. Материалы и методы. С 2015 по 2017 год в НИИ Скорой помощи им. И.И.Джанелидзе на базе Городского центра по лечению тяжелого сепсиса проведено проспективное исследование с целью оценки прогностической значимости прокальцитонина в лечении пациентов с вторичными перитонитами. В исследование включено 30 пациентов, которые были разделены на две группы. Контрольная группа – пациенты, которым лечение проводилось «классическим способом» (n=16). Основную группу (n=14) составляли пациенты, которым в комплексном лечении проводилось исследование уровня прокальцитонина до операции, через 12 и 24 часа послеоперационного периода. Обе группы были статистически сопоставимы по тяжести состояния, которая оценивалась по шкалам SOFA, MPI. В исследование были включены все пациенты с интраоперационно подтвержденным вторичным перитонитом. Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования было установлено: 1. При адекватной санации очага инфекции во время первичной операции отмечалось значимое снижение прокальцитонина в первые сутки послеоперационного периода. 2. При сохранении исходных показателей или повышении уровня прокальцитонина требовалось выполнение повторной релапаротомии и дополнительной санации, что неблагоприятно сказывалось на клиническом исходе. 3. Уровень летальности в основной группе составил 28% (n=4), в контрольной – 37,5% (n=6), (p<0,05). 4. Длительность госпитализации в контрольной группе составила 25±3,6 дней, в основной группе – 18±2,7 дней (p<0,05). Выводы. 1. Прокальцитонин является высокочувствительным и специфичным маркером раннего выявления адекватности санирования очага инфекции и возможных ранних осложнений. 2. Прокальцитонин позволяет контролировать эффективность проводимой операции и оптимизировать лечение пациентов с вторичными перитонитами. 3. Сохранение высоких уровней прокальцитонина на фоне проведенного лечения может с большой долей вероятности прогнозировать тяжелое течение заболевания и неблагоприятный прогноз. 4. Использование разработанного подхода позволяет снизить летальность и повысить эффективность лечения.

## 15. Пиемические осложнения энтеростомирующих операций в детской хирургической практике.

Бабич И.И, Мельников Ю.Н, Мельникова С.Р.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность: наложение кишечной стомы является неотъемлемым этапом хирургического лечения аноректальных пороков развития, болезни Гиршпрунга, некоторых осложнений приобретенной кишечной непроходимости. В детской хирургической практике формирование кишечной стомы, в большинстве случаев, носит превентивный или разгрузочный характер и подразумевает последующие восстановление целостности кишечной трубки. Нарушение техники наложения, неправильный выбор методики формирования и локализации кишечной стомы, неосведомленность людей, ухаживающих за пациентом, приводят к развитию пиемических перистомальных осложнений, значительно ухудшающих качество жизни, затрудняющих дальнейшее лечение основного заболевания, требующих неотложного хирургического вмешательства. Цель: улучшить результаты лечения пациентов с энтеростомами путем определения и профилактики наиболее частых причин развития ранних пиемических осложнений энтеростомирующих операций. Материалы и методы: В клинике детской хирургии РостГМУ на базе ГБУ РО «ОДКБ» за период с 2012 по 2016 г. находилось на лечение 68 больных в возрасте от 1 месяца до 14 лет, которым формировалась временная кишечная стома в качестве паллиативной операции при различных вариантах врожденной и приобретенной патологии ЖКТ, при этом в 64% случаев (44 пациента) накладывалась двухствольная илеостома, 22% (14 пациентов)- двухствольная илеоколостома, 14% (10 пациентов) - одноствольная Т-образная илеостома. Результаты и обсуждение: В результате проведенного ретроспективного анализа полученных данных за период с 2012г по 2016г перистомальные осложнения были выявлены в 34% случаев (23 пациента). Ранние пиемические осложнения в области кожно-слизистого перехода кишечной стомы, обусловленные инфицированием краев послеоперационной раны кишечным содержимым, в виде флегмонозного воспаления регионарной подкожно-жировой клетчатки и нагноения послеоперационных швов отмечались в 13% случаев (2 пациента) и являлись следствием дефектов основных принципов наложения энтеростом, при этом, швы, фиксирующие кишку к коже, были редкими и недостаточно герметичными. В 6,5% случаев (1 пациент) после купирования местного пиемического воспаления параколостомического пространства, развилось стенозирование колостомического отверстия, что, в свою очередь, послужило показанием для проведения реконструктивной операции. В 5% (1 пациент) отмечался некроз концевых отделов выведенной стомы с нарастанием перитониальных явлений, вследствие технической погрешности при ее наложении. Данное осложнение требовало неотложного хирургического лечения. При релапаротомии обнаружен некротизированный дистальный участок выведенной кишки, свидетельствующий о резекции кишечника не в пределах здоровых тканей. Эвагинация встречалась в 18% (4 пациента), связанная с нарушением техники формирования двухствольной стомы и отсутствием этапа фиксации выводимых петель кишечника между собой. В 5% случаев (1 пациент) в раннем послеоперационном периоде отмечалось незначительное кровотечение из подшитой к коже кишки, которое купировалось с помощью пластины Тахокомб. В 5% (1 пациент), при более массивном кровотечении из сосудов брыжейки, наблюдавшимся на фоне врожденной коагулопатии, производилось лигирование сосудов в сочетании с гемостатической терапией. Мацерации, дерматит наблюдались в 55% (14 пациентов), что вполне закономерно при тонкокишечных стомах и обусловлено нарушением правил ухода, в том числе, частой заменой калоприемников, их



сомнительной герметичностью и обработкой мацерированных участков неспецифическими препаратами. В настоящее время, у пациентов с энтеростомами применяется присыпка и паста «Стомагезив», обеспечивающая полную герметичность калоприемника в течение 10-20 дней, что, в свою очередь, позволяет купировать признаки острого воспаления регионарных тканей и профилактировать развитие пиемических осложнений. Выводы: Пиемические осложнения энтеростомирующих операций в раннем послеоперационном периоде являются результатом неадекватного ухода и нарушением оперативной техники формирования стом, что в свою очередь, значительно увеличивает сроки госпитализации и может привести к повторному хирургическому вмешательству.

## **16. Результаты лечения больных с инфарктом кишечника и перитонитом.**

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

Краснодар

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель. Провести анализ результатов лечения декомпенсированных форм ишемии кишечника с перитонитом и тактических подходов к формату абдоминального этапа с использованием интегральных шкал оценки тяжести состояния больных. Материал и методы. В данной работе представлены результаты лечения 118 пациентов с мезентериальным тромбозом в стадии некроза кишечника и перитонита. Из исследования исключены неокклюзионные формы мезентериальной ишемии и сегментарные поражения. Большинство леченых больных были женщины 76 (64,4%). Возраст пациентов колебался от 62 до 87 лет, медиана составила 74,4 года. Давность заболевания колебалась от 10 часов до 5 суток. Все больные оперированы в связи с имеющейся клиникой перитонита. Больные разделены на 2 группы. Первая группа- 72 наблюдения, когда после реваскуляризации и резекции кишечника формировался первичный анастомоз, релапаротомии выполнялись по требованию. Вторая группа - 46 пациентов, в сочетании с реваскуляризационными и резекционными методиками применялись программные релапаротомии с отсроченным межкишечным анастомозом. Оценка тяжести состояния пациентов проводилась по шкалам APACHE II, SOFA, определение Мангеймского индекса перитонита (МИП) и индекса брюшной полости (ИБП) проводилось ретроспективно. В 103 случаях (87,3%) операции носили сочетанный «ангио-абдоминальный» характер, лишь 15(12,7%) больных подверглись изолированной протяженной резекции кишечника. Сочетанных реваскуляризаций и резекций проведено 63(87,5%) в первой группе и 40(87%) во второй. Первичных резекций кишечника выполнено 9 (12,5%) в первой группе и 6 (13%) во второй. Обсуждение и результаты. Всем пациентам второй группы предпринята эмболтромбэктомия. Из соображений деконтаминации, первым этапом резецировались некротизированные петли кишечника и выполнялся сосудистый этап через культю основного ствола ВБА или сегментарную ее ветвь достаточного диаметра. Основным различием первой и второй исследуемых групп явился формат окончания операции. В первой группе все резекции кишечника заканчивались наложением первичного межкишечного соустья. Во второй группе применялись обструктивные резекции по границе девитализованных тканей кишечной стенки, с обязательным интестинальным дренированием. Сроки и уровень наложения анастомоза определялся в ходе программных санаций брюшной полости. Ранняя послеоперационная летальность в сравниваемых группах практически не отличалась. У выживших больных первостепенную задачу представляли продолженные реперфузионные некрозы кишечника с вторичным распространенным перитонитом и абдоминальным сепсисом. Полученные результаты МИП и ИБП в обеих группах свидетельствовали о тяжелом, обширном поражении брюшины с прогнозируемой

летальностью > 75%. При первых двух реоперациях явных различий в группах не было, при третьей релапаротомии получено достоверное различие в полученных индексах, с тенденцией к купированию явлений перитонита во второй группе. Полиорганная недостаточность была у всех больных, зачастую, не как следствие ишемии кишечника и перитонита, а как декомпенсация мультиорганной сопутствующей патологии. Общая летальность в обеих группах больных составила 87,5 и 84,8% соответственно. Заключение. Особенностью лечения острой окклюзионной мезентериальной ишемии в стадии некроза и перитонита является сочетание реваскуляризации и резекции кишечника. Исходный разлитой перитонит и синдром ишемии-реперфузии кишечника обуславливают прогрессирование перитонита, и делают необходимыми повторные санации брюшной полости. В раннем послеоперационном периоде необходима визуальная оценка эффективности реваскуляризации, ввиду возможных ретромбозов и реперфузионных повреждений с исходом в некроз стенки кишки. Повторный осмотр кишечника делает возможным экономный подход к резекциям. Обструктивные резекции кишечника с адекватным назоинтестинальным дренированием и программными релапаротомиями позволяют сократить продолжительность первой и повторных операций, оценить в динамике жизнеспособность кишечника, с опережением удалять девитализованные участки кишки, эффективно санировать брюшную полость и формировать межкишечное соустье в условиях купированного синдрома «ишемии-реперфузии».

#### **17. Инфекционно-воспалительные осложнения при острой обтурационной кишечной непроходимости при раке левых отделов ободочной кишки.**

Артюхов С.В.

Санкт-Петербург

СПб ГБУЗ «Александровская больница»

Введение. В России заболеваемость колоректальным раком неизменно. Наиболее частыми сочетанными осложнениями при раках ободочной кишки являются интраабдоминальные абсцессы, перфорации опухоли с развитием перитонита, некроз и перфорация, а также, диастатические разрывы приводящих отделов ободочной кишки, кровотечение из опухоли. Сочетание осложненной обтурационной непроходимостью рака ободочной кишки и инфекционно-воспалительных процессов, включая сепсис, представляет собой самостоятельную проблему, которая требует изучения. Целью нашей работы является изучение инфекционно-воспалительных процессов в структуре осложнений острой кишечной непроходимости при раке левых отделов толстой кишки, с целью понимания путей профилактики. Материал и методы. Проведен анализ лечения 2200 больных раком левой половины толстой кишки, находившихся на лечении в ГБУЗ «Александровская больница» Санкт-Петербурга за период 2003 - 2012 годов. Исследование проводилось по результатам ретроспективного и проспективного анализа. Результаты и их обсуждение. Всего за указанный период в больницу обратились 2200 больных раком левой половины толстой кишки, осложненной острой кишечной непроходимостью, в возрасте от 26 лет до 91 года. Основная масса пациентов (70,4%) обратилась в течение 48 – 72 часов с момента заболевания. Среди заболевших, мужчин было 973 (44,2%), женщин 1127 (55,8%). Пациентов в возрасте до 40 лет было 2,3%, 41 - 60 лет - 22,4%, 61 - 70 лет - 35,2% и старше 70 лет - 40,1%. Всего пациентов старше 60 лет было 75,3%. При гистологическом исследовании аденокарцинома в разной степени дифференциации была выявлена более чем у 88% больных. Более злокачественные формы рака были выявлены у 11,9%, из которых наиболее прогностически неблагоприятная форма – неклассифицируемый рак, определен у 1,7% . Длительный догоспитальный период влечет за собой усугубление водно-электролитных расстройств, интоксикации, запуск цитокинового каскада. Чаще

всего наблюдалась перфорация опухоли (у 41,9% больных). У каждого третьего больного (30,3%) диагностирован околоопухолевый абсцесс. С примерно одинаковой частотой (12,9-11,6%) наблюдались некроз приводящих отделов, распространенный перитонит без перфорации кишки. Тяжелый сепсис диагностирован у 8,8% больных, в том числе у 1,7% - септический шок. Послеоперационные осложнения после наблюдались у 237 (23,3%) пациентов (всего 318 осложнений). Инфекционно-воспалительные осложнения одиночно или в сочетаниях встречались в 170 случаях. Пневмония выявлена у 49 человек (4,8%), тромбозы в 2,7% случаев (27 пациентов), нагноение послеоперационной раны отмечено у больных (6,8%), эмпиема плевры диагностирована у 4 больных (0,4%). Абсцессы брюшной полости у 21 больного (2,1%) и некроз колостомы у 7 пациентов (0,7%). Немаловажную роль играют и лабораторные индикаторы. Почти у 5% больных количество лейкоцитов было ниже  $4 \times 10^9 /л$ , что свидетельствовало о тяжелой интоксикации или абдоминальном сепсисе. Системная воспалительная реакция с повышением уровня лейкоцитов выше  $12,1 \times 10^9 /л$  отмечена более чем у 44% больных. Палочкоядерный сдвиг более 6% наблюдалась у 93% больных. О наличии выраженного иммунодефицита свидетельствует низкий процент содержания лимфоцитов в крови. Так их удельный вес менее 1% выявлен у 8,2%, менее 3% - у 50,4% и от 3 до 6% - у 30,1% больных. Таким образом, недостаточный уровень лимфоцитов был диагностирован более чем у 88% пациентов. Эти данные свидетельствуют о тяжелом иммунодефиците у пациентов с острой кишечной непроходимостью, обусловленном раком левой половины толстой кишки. Таким образом, различные инфекционно-воспалительные осложнения изолированно или в сочетании встречаются в среднем у каждого пятого больного. Это обусловлено разными причинами – возрастом, сроками поступления, сопутствующими заболеваниями. Наличие факторов риска следует учитывать при составлении плана лечения таких пациентов. Выводы. 1. При поступлении больных с острой кишечной непроходимостью следует учитывать возраст, сроки доставки для понимания возможных патогенетических процессов с целью профилактики инфекционно-воспалительных осложнений. 2. Учитывая сочетанность различных осложнений, следует как можно раньше начинать эмпирическую антибактериальную профилактику с переходом в антибактериальную терапию. 3. Пациенты с острой кишечной непроходимостью с сочетанием ряда осложнений и наличием сопутствующих заболеваний, требуют мультидисциплинарного подхода.

## **18. Профилактика и тактика лечения при гастродуоденальных кровотечениях у гериатрических больных.**

Магомедов М.Г.(1), Меджидов Р.Т.(1), Маммаев М.К.(2), Магомедов Н.М.(1).

Махачкала

1) ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ГБУ МЗ РД Республиканский Медицинский Центр Госпиталь ветеранов

Актуальность проблемы. Проблема лечения кровотечений из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта является одной из самых сложных в абдоминальной хирургии у лиц пожилого и старческого возраста. По данным литературы, среди всех причин гастродуоденальных кровотечений (ГДК) язвенная болезнь занимает более половины пациентов, а летальность по-прежнему остается высокой и составляет 8-10%. Отсутствию единого тактического подхода в хирургическом и консервативном лечении кровотечений из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта приводит к увеличению числа операций на высоте кровотечения, особенно у лиц пожилого и старческого возраста. Целью работы явилась изучение факторов риска развития, выбора оптимальной тактики лечения и профилактики гастродуоденальных кровотечений у больных пожилого и старческого

возраста. Материалы и методы. Анализированы результаты лечения 420 больных с ГДК за последние 21 лет (1995-2016), находившихся на лечении в РМЦ Госпитале ветеранов г.Махачкала развившимися на фоне различных заболеваний и приема лекарственных препаратов по поводу сопутствующих заболеваний. Мужчин было 324(77,1%), женщин – 96(22,9%). В возрасте от 60 до 85 лет, с желудочным анамнезом – 103(24,5%). Из них у 112(26,6%) больных язва желудка и 12 п. кишки, у 40(9,5%) - пептическая язва гастроэнтероанастомоза, у 70(16,7%) - новообразованиями желудка. Больные поступали в клинику на высоте кровотечения на 3 - 7 сутки от начала заболевания. Интерес представляют 181(43,1%) больных, из которых у 26 выявлен эрозивный эзофагит. Эрозии диаметром 0,3-0,4 см. локализовались в нижнем отделе пищевода с переходом в кардиальный отдел желудка. У 51 больного эрозии располагались в антральном отделе желудка и в луковице 12 перстной кишки. Сочетание эрозий пищевода и желудка отмечалось у 273(65%) больных. Эрозии у всех располагались выше или на уровне физиологических сужений пищевода и желудка. Из 420 больных 361(86%) имели два и более сопутствующих заболевания по поводу, которых принимали различные лекарственные препараты, влияющие на свертываемость крови и раздражающие слизистую желудочно-кишечного тракта (аспирин и его аналоги в сочетании с нитратами и НПВС и гормоны). При этом у больных не определяли свертываемость крови. Эти больные независимо от степени кровопотери квалифицировались, как пациенты, требующие повышенного внимания и интенсивной терапии. Им в срочном порядке проводились диагностические мероприятия, основывающиеся на клинической симптоматике, данных лабораторных и эндоскопических исследований. Результаты и обсуждение. Выбор лечебной тактики у больных с ГДК нами определялось следующими критериями: нозологической формой болезни, возраста больного, его общего состояния, степенью тяжести кровотечения, наличии сопутствующих заболеваний, степенью эффективности консервативного гемостаза, пока-зателями гемодинамики и эндоскопических данных. Несмотря, на множество нозологических форм заболевания вызвавших ГДК, всем больным проводилась интенсивная терапия на компенсацию кровопотери и нормализацию гемодинамических показателей исходя из следующих задач: 1) строгий постельный режим; 2) пузырь со льдом на эпигастральную область; 3) воздействие на свертывающую систему крови; 4) зондовая желудочная декомпрессия, проведение местной гипотермии и гемостатической терапии; 5) восстановление кровопотери и борьба с гипоксией; 6) этиопатогенетическая медикаментозная противоязвенная терапия; 7) поддержание сердечно-сосудистой деятельности; 8) эндоскопическая остановка кровотечения. Они служили как мероприятия предоперационной подготовки, так и в плане самостоятельного лечения этой тяжелой категории больных. В 360(85,7%) случаях после консервативного противоязвенного лечения с отменой аспирина и других препаратов, кровотечение остановлено, наступило заживление эрозий и язв и больные выписаны с выздоровлением. Из 420 больных оперированы 63(15%), после остановки кровотечения в плановом порядке, в том числе по поводу язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки – 34(8,1%), с новообразованием желудка – 25(5,9%) человек, прочие – 4(0,9%). Из методов оперативного вмешательства наиболее часто производились резекции желудка по Бильрот-II (40), Бильрот-I (11) и субтотальная резекция желудка (8) с хоро-шими ближайшими результатами. Летальный исход был у двух пациентов после прошивания сосудов на дне язвы обусловленной сердечно-сосудистой недостаточностью на фоне постгеморрагической анемии. Выводы. Прием НПВС в сочетании с нитратами и др., без динамического контроля за свертываемости крови приводит к развитию эрозии и острых язв пищевода, желудка и 12-перстной кишки с возможным осложнением кровотечением. С учетом этого факта при назначении выше названных препаратов больным пожилого и старческого возраста лечащим врачам нужно быть предельно осторожным в плане предупреждении развития грозного осложнения как ГДК.

## 19. Выбор лечебной тактики у больных с желудочно-кишечными кровотечениями при обширных термических поражениях.

Магомедов М.Г.(1), Ахмедов М.Г.(2), Мусаев З. М-С.(1), Магомедов Н.М.(1).

Махачкала

1) ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ГБУ МЗ РД Республиканская клиническая больница ожоговое отделение

Актуальность проблемы. При ожоговой болезни часто встречается острая хирургическая патология органов брюшной полости, диагностика и лечение которой зачастую трудна, а проявления достаточно многообразны, что является актуальной проблемой. Наиболее частым является – стрессовые язвы желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), протекающие чаще всего бессимптомно и являющийся основной причиной летальности. Цель работы. Ранняя диагностика и патогенетическая терапия стрессовых язв ЖКТ осложненной кровотечением у тяжелообожженных. Материалы и методы. Анализу подвергнуты результаты лечения 234 больных с обширными и критическими ожогами в ожоговом отделении РКБ РД г.Махачкала за период с 2004 по 2015 гг. с индексом тяжести поражения (ИТП) от 60 до 240 ед., в возрасте от 18 до 75 лет, мужчин было 154(65,4%), женщин - 81(34,6%). Большая часть больных - 210(89,7%) лица молодого, трудоспособного возраста. С момента травмы в первые двое суток госпитализировано 158(67,5%) пациентов, в стадии ожогового шока - 201(85,9%), в стадии ожоговой токсемии – 33(14,1%). У 222(94,9%) больных имели поверхностные ( 2 – 3А ст.) и глубокие (3Б – 4 ст.) ожоги, а у 12(5,1%) – только поверхностные (2-3А ст.), с площадью поражения от 60 до 80% поверхности тела. Из 234 больных острые язвы ЖКТ осложненной кровотечением выявлены у 28 (12%) больных. Помимо общеклинических, биохимических и гемореологических методов исследования для уточнения причин кровотечений из ЖКТ у пациентов нами использовали фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФГДС). Результаты и обсуждение. ФГДС выполнили всем больным с ожогами, поступившим в отделение, имеющие клинически значимые эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки желудка. У некоторых больных при появлении клиники кровотечения для уточнения источника кровотечения и состояния гемостаза требовалось повторное исследование. Для определения морфологической картины поражения и инфицированности *Helicobacter pylori* брались биоптаты из антрального отдела желудка и области эрозий и язв. Выбор лечебной тактики у больных с желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК) нами определялся следующими критериями: возрастом больного, его общим состоянием, степенью тяжести кровотечения, наличием сопутствующих заболеваний, степенью эффективности консервативного гемостаза, показателями гемодинамики и эндоскопических данных. Эндоскопическими признаками эрозивно-язвенного поражения ЖКТ являются множественные субэпителиальные петехии, прогрессирующие в поверхностные эрозии, и в некоторых случаях, единичные язвы, расположенные, как правило, в области дна желудка. Микроскопически эти повреждения характеризуются слущиванием поверхностного эпителия, коагуляционным некрозом слизистой и геморрагиями. При этом эрозии возникают через 24 часа, а кровотечения – спустя 2-3 суток после ожоговой травмы. Как правило, кровопотеря чаще бывает массивной, профузной, угрожающей жизни, но может быть и в некоторых случаях небольшим. Опираясь на сообщения различных авторов о заражении *Helicobacter pylori* от 40 до 72% населения, мы определяли наличие этого микроорганизма у пациентов с ожогами. Наши данные позволяют говорить о незначительной степени распространения *Helicobacter pylori* и неубедительной связи между наличием данного микроорганизма с образованием стрессовых эрозий и язв у обожженных. *Helicobacter pylori* был выявлен у 3(10,7%) пациентов. Несмотря, на это всем больным проводилась интенсивная терапия на

компенсацию кровопотери и нормализацию гемодинамических показателей, исходя из следующих задач: 1) строгий постельный режим; 2) пузырь со льдом на эпигастральную область; 3) воздействие на свертывающую систему крови; 4) зондовая желудочная декомпрессия, проведение местной гипотермии и гемостатической терапии; 5) восстановление кровопотери и борьба с гипоксией; 6) этиопатогенетическая медикаментозная терапия; 7) поддержание сердечно-сосудистой деятельности. Все эти мероприятия проводились комплексно и в сжатые сроки. Они служили как мероприятия предоперационной подготовки для эндоскопического гемостаза, так и в плане самостоятельного консервативного гемостатического лечения этой тяжелой категории больных. Из эндоскопических способов гемостаза нами применен – термический, инъекционный и комбинированный. Термокоагуляция позволила достичь первичного гемостаза у 82,1% больных, и лишь в 5-и случаях наблюдали рецидив кровотечения, которое было остановлено консервативным методом. Среди доступных эндоскопических способов гемостаза методом выбора является инъекционный, при котором применяются инъекции адреналина. Однако после эндоскопической инъекции у 8 больных наблюдали рецидив кровотечения. Только при комбинации инъекционного введения адреналина с термокоагуляцией наблюдали хорошие результаты. У всех пациентов эрозивно-язвенные поражения зажили полностью. Как базисное лечение пациенты, также получали полный комплекс противоязвенной терапии и повторных кровотечений до выписки из стационара не наблюдалось. Выводы. Эффективность фиброэндоскопических методов в ранней диагностике, и остановке кровотечения из эрозивно-язвенных поражений слизистой ЖКТ у тяжелообожженных и с их последующим комплексным противоязвенным лечением является оправданной тактикой.

## **20. Релапаротомия по «требованию» или программированная релапаротомия?**

Авакимян В.А., Карипиди Г.К., Марченко Н.В., Авакимян С.В.

Краснодар

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Острый разлитой гнойный перитонит частое осложнение острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и по сей день, сопровождающееся высокой летальностью, достигающей, по данным В.Н. Чернова и соавт. (2004), В.С. Савельева и соавт. (2002), Т.В. Дербенцева и соавт. (2012), 30 и более процентов. Для решения вопроса, какому виду релапаротомии (по «требованию» или программированной) отдать предпочтение, нами было сформировано две группы больных с разлитым гнойным перитонитом и сопоставлены результаты лечения. Первую группу составили 189 больных с разлитым гнойным перитонитом, у которых повторное вскрытие брюшной полости предпринималось по «требованию», на основании клинической диагностики развивающегося гнойно-септического осложнения (активно-выжидательная тактика). Вторую группу составили 315 пациентов с разлитым гнойным перитонитом, которым производились программированные релапаротомии, которые в комплексе с первичным вмешательством составляли единый хирургический этап лечения перитонита (активная хирургическая тактика). Необходимость каждого последующего вмешательства программировалось на основании интраоперационных признаков высокой вероятности развития гнойно-септических осложнений. Из 189 больных первой группы умер 61 человек (31,7%). Нагноение раны отмечено в 43,6 %, раневая инфекция с поражением всех слоев раны и развитием подкожной эвентрации - в 11,2%, из них полная эвентрация в гнойную рану в 2-х случаях явилась первым признаком прогрессирования перитонита. Ограниченные жидкостные скопления (ОЖС) и абсцессы брюшной полости встретились в 18 % случаев. Основной причиной смерти была длительная интоксикация с развитием

дистрофии паренхиматозных органов и органической полиорганной недостаточности (ПОН). Из 315 больных второй группы умерло 25 человек (7,9%). Программированную релапаротомию предпринимали каждые 48 часов. Лапаротомную рану, после установки дренажей, зашивали временными редкими швами наглухо. В послеоперационном периоде нагноение раны встретилось в 19,2 % случаев, полного расхождения краев раны мы не имели. Межкишечные ОЖС различной локализации составили 3,2%. Число релапаротомий у одного больного в этой группе колебалось от одной до пяти. Тем не менее, основной причиной смерти, так же, как и в первой группе, был не купируемый перитонит, ведущий к ПОН и смерти больных. Достоверные различия в числе летальных исходов, в разбираемых группах больных, нуждается в комментарии. Патологический процесс, как известно, начинает развиваться на до клеточном и клеточном уровне, а клинические проявления определяются только на органном уровне. По этой причине стертая клиника гнойно-септического осложнения не позволила хирургам диагностировать и установить показания к релапаротомии по «требованию» ранее 5.6 + 0,3 суток после первичного вмешательства, в том числе и в тех случаях, когда использовались аппаратные методы исследования (УЗИ, КТ и др). Позднее, травматичное и, как следствие, травматичное и мало эффективное вмешательство и ведет к росту летальности. Применение программированной релапаротомии через 48 часов обосновано тем, что адгезивный процесс в эти сроки рыхлый, легко и атравматично разрушается, позволяя вскрыть и санировать ОЖС, не достигшие формы абсцессов. Поздние сроки ее выполнения сопровождаются более глубоким поражением лапаротомной раны и требуют обширной некрэктомии. На фоне прогрессирующего перитонита, адгезивный процесс уплотняется и его разрушение приводит к десерозированию кишечника и вероятностью формирования кишечных свищей. Образовавшиеся ОЖС приобретают характер абсцессов с неудалимой пиогенной капсулой, что в совокупности делает вмешательство более травматичным и менее эффективным. Мы не пользовались внутрибрюшным диализом, так как каждые 48 часов проводилась тщательная санация операционной раны и всей брюшной полости, что одновременно являлось надежной профилактикой образования внутрибрюшных гнойников различной локализации. Таким образом, программированная релапаротомия продемонстрировала ряд преимуществ перед релапаротомией по «требованию», сокращая сроки воздействия инфекционно-токсического процесса на организм, сопровождаясь меньшим количеством гнойно-септических осложнений и более низкой летальностью, что позволяет рекомендовать ее к широкому применению в хирургической практике.

## **21. Диагностика, сроки и исходы гнойных осложнений в абдоминальной хирургии.**

Сафаров С.Ю., Магомедов Н.Н., Алиев М.А., Рабаданова С.Р. Сафаров Р.С.

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение. В структуре перитонитов доля послеоперационных составляет от 3,8 до 22,5%, с летальностью от 28 до 62%. Они одни из самых тяжелых в абдоминальной хирургии, вдвойне тяжело протекают у пациентов преклонного возраста, диабетиков, сердечников и анемичных больных. У таковых летальность возрастает пропорционально тяжести осложнения, и возрасту, колеблясь от 62 до 90%. Выявление источника инфицирования, точная диагностика, степени тяжести перитонита не только были ведущими в звене в определении лечебной тактики, но и имело важное прогностическое значение. Не раз убедились, как последовательная диагностическая процедура (алгоритм) по известной цепочке «анамнез – осмотр больного – оценка результатов лабораторных и инструментальных исследований – гипотезы - анализ - синтез - диагноз» в типичных

случаях обеспечивал высокую вероятность попадания «в десятку». Цель исследования. Изучение диагностических и лечебных аспектов послеоперационного перитонита, потребовавшего ре- и ререлапаротомий. Материал и методы. За последние 30 лет в клинике хирургических болезней Даггосмедуниверситета произведены 8758 лапаротомий, что составляло 52.7% от числа всех операций. Послеоперационные внутрибрюшные осложнения, требовавшие повторных чревосечений составляли 288. Из них в 94 наблюдениях клиника соответствовала гнойно-воспалительной нозологии. Их возраст колебался от 30 до 73 лет. Мужчин было 63, женщин - 31. Подтвердить или опровергнуть подозрения на осложнения, навеянные интуицией или результатами клинико-лабораторных сдвигов, помогли инструментальные методы исследования. Лабораторные показатели самостоятельного значения не имели, т.к. рост числа лейкоцитов, палочек, ускорение СОЭ служат прямым признаком многих инфекционных осложнений. УЗИ мы производили 56 больным, причем 41 пациенту 4-5 раз, Здесь был ценен контроль в динамике, позволяющий выявить изменения путем сравнительного анализа. Недостатками метода считаем трудность дифференциальной диагностики различных объемных образований (гнойник, гематома, опухоль), а также необходимость контакта между датчиками и кожей, что не всегда возможно из-за наличия повязок, дренажей и т.д. Обзорные R-логические исследования проведены 56 больным, результаты более информативны при патологиях в эпигастрии: в перфорации полых органов, поддиафрагмальном гнойнике, при выпоте в реберно-диафрагмальном синусе и т.д. КТ, отличающейся высокой (89-100%) точностью диагностики позволила определить не только локализацию, но и конфигурацию гнойников и других объемных процессов в любой зоне брюшной полости. Лапароскопия, будучи золотым стандартом, в диагностическом плане разрешала почти все проблемы, а в ряде случаев и лечебного характера. Обсуждение. К симптомокомплексу, указывающему на развивающегося послеоперационного инфекционного осложнения и позволяющего с большей долей вероятности ставить показания к релапаротомии, мы относим: усиление болей в животе, их интенсивность и распространение, очевидность перитонеальных симптомов – напряжение мышц живота, с. Щеткина, гипертермия до 39-40<sup>0</sup> С, нарастающая тахикардия – свыше 115-120 в мин, умеренный метеоризм, устойчивый парез кишечника, некупируемая медикаментозной стимуляцией, эвакуация из желудка свыше 500-800 мл застойного содержимого. Раннему выявлению несостоятельности швов помогало адекватное дренирование области анастомозов при сомнении их надежности. Увеличение количества и особенно изменение характера (гнойное, каловое, кишечное) отделяемого из дренажей. При анализе материала внимание было уделено срокам проведения повторных операций. Оказалось, что даже в клинике, где за больными наблюдают опытные хирурги, имеется возможность произвести в динамике лабораторный, рентгенологический и УЗИ мониторинг, послеоперационные гнойные осложнения диагностируются непросто долго. Итак, сроки повторных оперативных вмешательств таковы: при осложнении операций на желудке и 12 перстной кишке- 7,7 суток, на печени и желчных путях- 7,8, на тонкой и толстой кишке- 9,8 суток. У нас в раннем периоде (до 6 сут.), оперированы 41, в позднем (после 6 сут.) - 53 больных. На релапаротомии установлено: 27 случаев первичного перитонита, не купированные антибактериальной терапией; 28- в результате не состоятельности швов желудочно-кишечных и кишечных анастомозов; 4 случая - панкреатогенного перитонита; 5- ятрогенного повреждения (холедоха -3, кишечника -2); 3- в результате перфорации полого органа; в 15 наблюдениях причину разлитого перитонита не удалось обнаружить, у 11 - поддиафрагмальные абсцессы; у 1 - инфицированная остаточная полость после эхинококкэктомии печени. Цель повторных лапаротомий - многоплановая и какое оперативное вмешательство зависело от конкретных находок. Заканчивались все они санированием и дренированием брюшной полости. Назначали интенсивную терапию с гемо- и плазмотрансфузией, рациональной антибактериальной терапией, иммунокоррекцией. Из них умерло 16. Состояние 9 больных стабильно оставалось тяжелым и вскоре убедились о необходимости ререлапаротомии. Сроки проведения ререлапаротомии отличались еще большей продолжительностью (в



среднем на 12,6 сутки) по сравнению с релапаротомией (8,4 сут.). При ререлапаротомии приходилось решать те же задачи, что и при предыдущих чревосечениях - найти и ликвидировать источник инфекции, санировать и дренировать брюшную полость. И после этой третьей по счету операций терапия преследовала три цели: подавления инфекции, детоксикации организма, коррекция обменных нарушений. При упорном парезе кишечника, когда ганглиоблокаторы, симпатолитики, перидуральная анестезия были недостаточно эффективны с целью скорейшего восстановления моторно-эвакуаторной функции кишечника и уменьшения перитонеальной интоксикации в трех случаях накладывали разгрузочную энтеростому. После этой третьей операции от эндотоксикоза, полиорганной недостаточности умерло 6 (66,6%) больных. Как было отмечено, у 29 больных произошла эвентрация, из коих 19 после срочных и 10 после плановых вмешательств. В 24 из них был выбран верхнесрединный доступ. Чаще эвентрация возникла на фоне разлитого перитонита с резким вздутием кишечника и длительного пареза, частой рвоты, приступов кашля, двигательного беспокойства, вследствие интоксикационного или алкогольного делирия. Не последнюю роль играли здесь инфильтраты и нагноения послеоперационной раны, ослабления репаративных процессов вследствие анемии, гипо- и диспротеинемии у больных с язвенными кровотечениями, раковыми процессами, тяжелыми сопутствующими заболеваниями - бронхиальная астма, сахарный диабет, бронхит курильщика. У 15 пациентов первым признаком эвентрации было обильной, серозно-геморрагическое пропитывание повязки, отделяемым из брюшной полости. Девять пациентов на высоте кашля и рвотного рефлекса отмечали характерное ощущение «треска» в ране. Антибиотикотерапию проводили с учетом чувствительности высеваемой из брюшной полости микрофлоры. В 84% случаев у наших больных высеивались золотистый стафилококк, кишечная палочка, высоко чувствительной к канамицину, мономицину и гентамицину. При диффузном перитоните у трети больных высеивали ассоциация флоры. Нужная концентрация и лечебный эффект достигалась внутривенным и внутрибрюшинным введением сочетаемых препаратов широкого спектра действия. Из 94 наших больных 39 были пожилыми и стариками. У них клиническая картина послеоперационного перитонита порою не укладывалась в классические симптомы неблагополучия в брюшной полости. Тому причин несколько: наслоения симптомов осложнения на остаточные проявления операционной травмы, гипо- и ареактивное состояние пожилых, минимум 3-4 сопутствующих возрастных патологий, проведение интенсивной терапии, где основное место занимала регулярно вводимые антибиотики, седативные и наркотические препараты. Крайне мало изучены вопросы психологии принятия решения таких больных. И потому считаем вредным самоуспокоение врача, диагностировав у них «парез кишечника», «послеоперационный панкреатит», «острая пневмония», при которых консервативная терапия дает лишь кажущийся эффект. Выводы: 1. В диагностике абдоминальных гнойных осложнений не потеряли свои значения динамические наблюдения и физикальные методы исследования. 2. Из инструментальных методов в большинстве случаев достаточны УЗИ и рентгеноскопия. 3. Послеоперационные перитониты даже в клинике диагностируются на 8-12 сутки. 4. После каждой следующей операции на порядок возрастает летальность больных

## 22. Тактические решения, определяющие результаты хирургического лечения инфицированного панкреонекроза.

Бенсман В.М.(1), Савченко Ю.П.(1), Малышко В.В.(1), Гнипель А.С.(1), Голиков И.В.(2).

Краснодар

1) ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) НИИ - Краснодарская краевая клиническая больница им. проф. С.В. Очаповского

Актуальность проблемы. Инфицированный панкреонекроз (ИП) является тяжелым и прогностически неблагоприятным осложнением острого панкреатита, с летальностью 30-40% и более. Инфекционные осложнения возникают у 40-70% больных панкреонекрозом и встречаются в виде трёх клинико-морфологических разновидностей: панкреонекротических абсцессов (ПА), эпигастральных локализованных (ЭЛПФ) и эпигастральных распространённых панкреонекротических флегмон (ЭРПФ). В настоящее время преобладает мнение о необходимости лечения всех форм ИП миниинвазивными способами. Однако, такая тактика не всегда оказывается адекватной, особенно по отношению к ЭРПФ, часто содержащих большие, трудноудаляемые секвестры. Поэтому проблема адекватной тактики хирургического лечения ИП, и выбор безопасной продолжительности полужакрытого дренирования, особенно при его недостаточной эффективности, остаётся весьма актуальной. Цель работы. Разработать технологию, показания и сроки выполнения закрытых и открытых операций, saniрующих очаги инфицированного панкреонекроза. Материалы и методы. Изучены результаты лечения 462 больных ИП. Всем больным под контролем УЗИ и КТ выполняли миниинвазивное дренирование очагов ИП катетерами возрастающего поперечного сечения. Выявлено, что в ЭЛПФ и в ПА жидкий гной преобладает над секвестрами. Поэтому при ПА или ЭЛПФ можно продолжать миниинвазивное лечение до его завершения. При распространённой флегмоне (ЭРПФ), выходящей за пределы парапанкреатической клетчатки в отдалённые места брюшинного пространства и содержащей большие секвестры, часто требовалась конверсия в открытое лапаротомное лечение. Для этого применялась разработанная в клинике поперечная оментобурсопанкреостома (ОБПС), предотвращающая инфицирование брюшной полости и открывающая доступ ко всем затёкам ЭРПФ. Результаты и обсуждение. Снижению летальности при очагах ИП способствует срочное хирургическое лечение, начатое в сроки от 3 до 4-х недель от начала заболевания, когда происходит нагноение пальпируемого парапанкреонекротического инфильтрата. Достоверно установлено, что при отсутствии положительного результата закрытого миниинвазивного дренирования ИП, летальные исходы начинают появляться с 11 дня, и достигают своего максимума к 14 суткам от начала лечения. Поэтому, безрезультатное закрытое миниинвазивное дренирование под контролем УЗИ, не abortирующее в течение 10-13 суток ход гнойно-деструктивного процесса, требует безотлагательной конверсии в другой, более радикальный метод хирургического лечения. Таковыми могут служить разработанная нами поперечная ОБПС, или видеоскопическая некрсеквестрэктомия с измельчением отделившихся секвестров под контролем зрения, описанная В.М. Дурлештером, А.В. Андреевым и соавт. [2016]. Наименьшая летальность, в пределах  $14,8 \pm 2,5\%$  наблюдалась в группе больных, в основном ПА и ЭЛПФ, успешно перенесших закрытое миниинвазивное дренирование, с положительным результатом, наступившим не позднее 10-13 суток со дня начала лечения. Сюда же вошли пациенты, перенесшие конверсию в поперечную ОБПС, которую выполняли в тех случаях, когда в эти же сроки не наступал положительный результат миниинвазивного дренирования. Сравнимую низкую летальность, составившую  $19,0 \pm 4,2\%$ , имели больные ЭРПФ, содержащими преимущественно большие секвестры, которым поперечная ОБПС была выполнена

своевременно, по первичным показаниям ( $p > 0,1$ ). При неэффективном, но настойчиво превышающем все сроки закрытом миниинвазивном дренировании, летальность достигла  $60,7 \pm 3,2\%$  ( $p < 0,001$ ). Высокая летальность, порядка  $56,8 \pm 4,7\%$  также отмечена в группе больных, у которых не эффективное миниинвазивное лечение сменялось санационными релапаротомиями и продольной ОБПС. Выводы. 1. Миниинвазивное закрытое дренирование очагов ИП катетерами возрастающего поперечного сечения под контролем УЗИ и КТ, является зарекомендовавшим себя способом завершения диагностики и стартового лечения при всех клинико-морфологических разновидностях ИП. 2. При очевидной клинико-диагностической эффективности закрытого миниинвазивного дренирования, что часто наблюдается при лечении ПА и ЭЛПФ, эта хирургическая процедура должна стать завершающей. 3. В случае отсутствия положительного результата миниинвазивного закрытого дренирования в течение 10-13 суток, что нередко встречается при лечении больных ЭРПФ, следует всегда выполнять конверсию в поперечную ОБПС, либо использовать видеоскопическую некрсеквестрэктомиию. 4. Лечение любых форм ИП программными релапаротомиями проводить не следует. Продольную ОБПС целесообразно формировать только в случае вынужденного открытого хирургического лечения ПА. Для лечения других клинико-морфологических форм ИП продольная ОБПС оказалась малоприменимой. 5. Тактических и технологических ошибок можно избежать при едином понимании показаний к закрытому и открытому дренированию очагов ИП, и при использовании в качестве альтернативы поперечной ОБПС, либо видеоскопической некрсеквестрэктомии.

### **23. Комплекс лечебных мероприятий при лечении послеоперационного перитонита.**

Тимербулатов М.В., Мехтиев Н.М., Сендерович Е.И., Субхангулов З.М., Хафизов Р.М., Зиганшин И.М.,

Уфа

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Лечение больных послеоперационным перитонитом остается сложной проблемой в абдоминальной хирургии. В настоящее время уровень летальности при данной патологии остается высоким, составляя от 50% до 86%. Тяжелое состояние больных, обусловленное полиорганной недостаточностью, не является противопоказанием для релапаротомии, а при ее выполнении летальность снижается до 50%. Цель. Изучение результатов применения интраперитонеальной и интраинтестинальной оксигенотерапии в комплексе лечебных мероприятий при лечении послеоперационного перитонита. Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 74 больных послеоперационным перитонитом, из них 38 больных составили контрольную группу, которым проводился следующий комплекс лечебных мероприятий: предоперационная подготовка, экстренная релапаротомия, устранение причинного фактора, санация дренирование брюшной полости, интубация кишечника, инфузионно-трансфузионная терапия, введение протеолитических ферментов, гепатопротекторов, коррекция нарушений водно-электролитного обмена, кислотно-щелочного состояния, искусственная вентиляция лёгких и т. д. Летальность в контрольной группе составила 26,3%. В основную группу вошли 36 пациента, которым проводили следующий комплекс лечебных мероприятий, направленных на борьбу с инфекционным процессом в дооперационном периоде (предоперационная инфузионная терапия, дооперационное введение антибиотиков); на борьбу с инфекционным процессом и интоксикацией во время операции (экстренная операция по устранению источника послеоперационного перитонита, санация брюшной полости растворами антисептиков, интубация кишечника, дренирование брюшной полости); на борьбу с инфекцией и интоксикацией в

послеоперационном периоде (комбинированная антибактериальная терапия, декомпрессия кишечника, интраперитонеальная и интраинтестинальная оксигенотерапия, антикоагулянтная терапия, применение протеолитических ферментов); на коррекцию функций органов и систем, нарушенного гомеостаза (коррекция водно-электролитных и белковых расстройств, восстановление моторики кишечника, профилактика нарушений дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, нормализация функций печени и почек. Интраперитонеальная оксигенотерапия. Доказано, что кислород под повышенным давлением действует бактерицидно на аэробную и анаэробную флору, является хорошим окислителем и устраняет гипоксию в тканях. Учитывая вышеуказанное, нами предложен способ интраперитонеальной оксигенотерапии. В послеоперационном периоде в каждые 2 часа в течение 20-30 мин. создается повышенное давление кислорода 5-10 мм рт. ст. в брюшной полости в течение 3-6 дней послеоперационного периода. Периодически продувались дренажи для предупреждения их закупорки фибринными пробками. Интраинтестинальная оксигенотерапия. При послеоперационном перитоните развивается энтеральная недостаточность, характеризующаяся парезом кишечника, высоким содержанием в просвете кишечника молекул средней массы, патогенных микроорганизмов (60-80 видов аэробов, анаэробов). С целью окисления молекул средней массы и подавления полимикробного инфекционного процесса в просвете желудочно-кишечного тракта нами предложен способ интраинтестинальной оксигенотерапии. Результаты и их обсуждения. Критериями эффективности предложенного комплекса лечебных мероприятий служила динамика изменений уровня белка и титра обсемененности в отделяемом из брюшной полости, уровень лейкоцитарного индекса интоксикации и молекул средней массы в сыворотке крови, сроки восстановления моторики кишечника и исход лечения. Очевидно, что у больных основной группы купирование инфекционно-воспалительного процесса в брюшной полости и эндогенной интоксикации происходит в 2 раза быстрее, чем у больных контрольной группы. Сравнительный анализ полученных результатов показал, что восстановление моторики кишечника у больных основной группы происходит на 2-3 сутки, а у больных контрольной группы — на 3-5 сутки. Летальность в основной группе составила 13.9%. Выводы. Предложенный комплекс лечебных мероприятий является эффективным и позволяет в ранние сроки послеоперационного периода купировать инфекцию в брюшной полости, энтеральную недостаточность, эндогенную интоксикацию, восстановить моторику желудочно-кишечного тракта, значительно снизить летальность.

#### **24. Патогенетические механизмы развития синдрома энтеральной недостаточности и клинические аспекты его коррекции при тяжелых формах абдоминальной хирургической инфекции.**

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

Ростов-на-Дону

1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А.Семашко»

Актуальность. В патогенезе распространенного гнойного перитонита (РГП) и острой кишечной непроходимости (ОКН) одним из ключевых факторов прогрессирования течения заболевания является синдром энтеральной недостаточности (СЭН), который проявляется нарушением всех функций пищеварительного тракта, когда кишечник становится основным источником интоксикации и главным пусковым механизмом развития абдоминального сепсиса и полиорганной недостаточности. Цель работы: выявить основные патогенетические механизмы развития СЭН и обосновать

целесообразность комплексного подхода к его коррекции у больных с тяжелыми формами абдоминальной хирургической инфекции (АХИ). Материал и методы. Основную исследуемую группу составили 375 пациентов с тяжелыми формами АХИ: 198 больных – с распространенным гнойным перитонитом (РГП) и 177 – с острой кишечной непроходимостью (ОКН) механической природы, у которых имелись клинические признаки СЭН. У всех пациентов во время операции выполняли ликвидацию источника перитонита и/или устранение ОКН, санацию брюшной полости, назоинтестинальную интубацию тонкой кишки (НИИТК) и трансумбиликальную катетеризацию воротной вены. В раннем послеоперационном периоде осуществляли длительное дренирование тонкой кишки в сочетании с методами энтеральной детоксикации (кишечный лаваж, энтеросорбция), а также проводили комплексную интенсивную терапию, включая продленную эпидуральную блокаду и внутривенную инфузионную терапию (ВПИТ) с применением озононасыщенных растворов (1-2-е сутки – озонированный раствор перфторана, 3-5-е сутки – озонированный изотонический раствор хлорида натрия). Кроме того, на фоне стандартной интенсивной терапии проводили медикаментозную стимуляцию кишечной перистальтики препаратом динатон (серотонина адипинат) (внутривенно капельно до 40-60 мг/сутки). Программа исследования включала: оценку тяжести состояния пациентов по шкале АРАСНЕ II и выраженности лабораторных показателей эндотоксикоза, измерение внутрибрюшного давления (ВБД) непрямым методом (I.Kgöb и соавт., 1984), определение в сыворотке крови концентрации серотонина (высокоэффективная жидкостная хроматография) и прокальцитонина (ПКТ) (иммунолюминиметрический метод), бактериологические исследования портальной и системной венозной крови. Группу сравнения составили 268 пациентов (142 больных – с РГП и 126 – с ОКН), сопоставимые по тяжести клинического течения АХИ с пациентами основной группы. У этой категории больных в отличие от пациентов основной группы в раннем послеоперационном периоде не проводилась комплексная коррекция СЭН или она осуществлялась не в полном объеме. Сопоставлены показатели летальности в обеих группах больных. Результаты. У пациентов основной группы в 1-е сутки после операции на фоне стойкого пареза кишечника и эндотоксикоза исходная тяжесть состояния по шкале АРАСНЕ II составила  $14,8 \pm 1,3$  баллов, а концентрация ПКТ в крови –  $6,6 \pm 0,1$  нг/мл, что свидетельствовало о наличии абдоминального сепсиса. У 69,8% больных выявлялась портальная бактериемия и у 38,5% – системная бактериемия. При этом у больных отмечались выраженная внутрибрюшная гипертензия (ВБГ) с повышением ВБД до  $18,8 \pm 1,6$  мм рт. ст. и снижение уровня серотонина в крови в 2,6 раза по сравнению с нормальными значениями (синдром серотониновой недостаточности). Применение комплекса методов энтеральной детоксикации в сочетании с ВПИТ и целенаправленной внутривенной инфузией серотонина адипината в 95,5% наблюдений способствовало раннему восстановлению моторной активности кишечника и ликвидации клинических признаков СЭН к концу 3-х – началу 4-х суток после операции. При этом у пациентов частота выявления портальной бактериемии снижалась с 69,8% до 21,6%, системной бактериемии – с 38,5% до 8,1%. На 5-е сутки после операции наличие микрофлоры в портальной крови отмечено лишь в 4,8% случаев, тогда как в системном кровотоке микроорганизмы не выявлялись. У пациентов основной группы в эти сроки также отмечался отчетливый регресс ВБГ и эндотоксикоза: ВБД снижалось на 39,8%, уменьшались концентрация среднемолекулярных пептидов в плазме крови – в 2,1 раза и лейкоцитарный индекс интоксикации в 2,9 раза по сравнению с исходными величинами. Также у больных наблюдалось повышение в сыворотке крови уровня серотонина в 3,6 раза по сравнению с исходным показателем, что свидетельствовало о восстановлении секреторной активности энтерохромаффинных клеток тонкой кишки. При этом тяжесть состояния больных по шкале АРАСНЕ II снижалась до  $9,8 \pm 0,2$  баллов, а концентрация ПКТ в крови – до  $1,2 \pm 0,2$  нг/мл. Сравнительный анализ результатов лечения в обеих группах больных показал, что применение комплексной коррекции СЭН у пациентов с тяжелыми формами АХИ позволяет снизить послеоперационную летальность с 22,7% (группа сравнения) до 16,8% (основная группа), то есть на 5,9%. Выводы. Применение

НИИТК и энтеральных методов детоксикации в сочетании с ВПИТ и медикаментозной коррекцией серотониновой недостаточности (динатон) в послеоперационном периоде у больных с тяжелыми формами АХИ способствует раннему разрешению СЭН и восстановлению кишечной перистальтики, устранению портальной и системной бактериемии, ликвидации ВБГ и быстрому регрессу эндотоксикоза, что позволяет улучшить результаты хирургического лечения этой категории пациентов.

## **25. Внутривенные инфузии озонированного перфторана в комплексном лечении распространенного гнойного перитонита и абдоминального сепсиса.**

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

1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А.Семашко» Ростов-на-Дону

Актуальность. Одним из перспективных направлений в комплексном лечении распространенного гнойного перитонита (РГП) и абдоминального сепсиса (АС), воздействующих на наиболее значимые звенья патогенеза – нарушение мезентерико-портального кровотока и гипоксическое повреждение печени, является применение в составе инфузионных сред для внутривенной инфузионной терапии (ВПИТ) кровезаменителей с газотранспортными функциями на основе перфторуглеродных эмульсий (перфторана). При этом имеется возможность повышения лечебной эффективности перфторана путем насыщения его медицинским озоном, оказывающим антигипоксическое, антиоксидантное, дезинтоксикационное, бактерицидное и противовоспалительное воздействие. Цель работы: оценить клиническую эффективность внутривенных инфузий озонированного перфторана у больных РГП и АС. Материал и методы. В исследование включены 117 больных с тяжелыми формами РГП, у которых имелись клинико-лабораторные признаки АС и эндотоксикоза. Тяжесть состояния пациентов по шкале APACHE II составила  $14,9 \pm 1,8$  баллов, а концентрация прокальцитонина (ПКТ) в сыворотке крови –  $6,6 \pm 0,1$  нг/мл. По принципу подхода к лечению в раннем послеоперационном периоде все больные были разделены на две группы. В I группе (64 пациента) проводилась традиционная внутривенная (интракавальная) инфузионная терапия по общепринятым стандартам. Во II группе (53 больных) во время операции производили трансумбиликальную катетеризацию воротной вены и в последующем, помимо стандартного лечения, осуществляли ВПИТ. В течение 1-2-х суток после операции с целью детоксикации и улучшения функционального состояния печени у этих больных осуществляли внутривенные инфузии озонированного раствора перфторана. В последующем (3-5-е сутки после операции) в состав ВПИТ включали озонированный изотонический раствор хлорида натрия. Суточная доза вводимых озононасыщенных растворов составляла 2 – 2,5 мг/кг массы тела больного с концентрацией озона в диапазоне от 0,8 до 1,5 мг/л. Озононасыщенные растворы получали путем их барбитажа озono-кислородной смесью в озонаторе «Медозонс БМ». Суточный объем ВПИТ составлял 3000 - 3800 мл ( $45-55$  мл/кг массы тела больного). При этом соотношение суточных объемов ВПИТ и внутривенной интракавальной инфузии соответствовало в среднем как 2:1. В сравнительном аспекте исследованы лабораторные показатели функционального состояния печени и эндотоксикоза, включая выраженность системной воспалительной реакции (СВР), а также изучены результаты хирургического лечения в обеих группах больных. Результаты и обсуждение. Установлено, что у больных с РГП и АС на момент начала лечения имелись отчетливые признаки выраженной СВР. Отмечались высокий лейкоцитоз (более  $19,0 \cdot 10^9/л$ ), увеличение содержания белков острой фазы (СРБ - более чем в 50 раз и фибриногена – соответственно в 1,8 и 1,9 раза) по сравнению с нормальными величинами. В условиях проведения ВПИТ с использованием

озонированных растворов у больных II группы, начиная со 2-3-х послеоперационных суток, на фоне постепенного регресса СВР наблюдалось достоверное снижение лейкоцитоза, уровня СРБ и фибриногена по сравнению с аналогичными показателями в I группе больных. При этом у пациентов II группы к 5-м суткам после операции лейкоцитоз был ниже на  $44,6\pm 7,5\%$ , уровень СРБ - на  $33,5\pm 7,0\%$ , а содержание фибриногена было меньше на  $23,4\pm 6,2\%$  по сравнению с аналогичными величинами в I группе больных. Кроме того, у пациентов II группы в условиях проведения ВПИТ с использованием озонированных растворов отмечалась отчетливая тенденция к восстановлению метаболической функции печени. Так, у данных больных, начиная с 1-х послеоперационных суток уровень общего билирубина и концентрация в крови маркеров цитолиза гепатоцитов были достоверно ниже по сравнению с аналогичными показателями у больных I группы. Со 2-3-х суток содержание в крови общего белка и альбуминов достоверно превышало аналогичные значения в I группе больных. К 5-м суткам после операции у пациентов II группы концентрация общего билирубина была ниже на  $39,8\pm 7,7\%$ , содержание АЛТ – на  $65,5\pm 18,4\%$ , АСТ – на  $36,6\pm 5,9\%$ , тогда как уровень общего белка был выше на  $13,2\pm 5,3\%$  и содержание альбуминов – на  $12,4\pm 6,5\%$  по сравнению с аналогичными величинами в I группе больных. Оценивая динамику лабораторных параметров эндотоксикоза, было установлено, что уже со 2-3-х суток эти показатели уменьшались и сохраняли такую же направленность к 5-м послеоперационным суткам. В эти сроки у больных II группы отмечалось уменьшение величины ЛИИ в 2,0 раза, концентрации среднемoleкулярных пептидов в плазме крови - на  $61,7\pm 9,4\%$ , уровня сывороточного миоглобина – на  $39,5\pm 7,2\%$  по сравнению с аналогичными значениями у пациентов I группы. Послеоперационная летальность в I группе больных составила 28,1%, тогда как во II группе – 22,6%, то есть ниже на 5,5%. Выводы. Применение ВПИТ с использованием озононасыщенного раствора перфторана в ранние послеоперационные сроки у пациентов с РГП и АС приводит к улучшению внутрипеченочного кровотока и оксигенации печени, что способствует ее функциональной реабилитации, уменьшению выраженности эндотоксикоза и позволяет улучшить результаты хирургического лечения у этой категории больных.

## **26. Результаты хирургического лечения пациентов с перфоративной язвой.**

Абдулжалилов М.К.(1), Иманалиев М.Р.(1), Саиддибиров Ш.М.(1), Ашурлаев, К.М.(1) А-К.Г.Гусейнов (2), Абдулжалилов А.М.(1).

Махачкала

1.РКБ-ЦСЭМП. 2. ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. Число пациентов с перфоративной язвой среди всех пациентов с острыми заболеваниями органов брюшной полости в Республике Дагестан занимают 7 место. Ушивание язвы до настоящего времени остается наиболее распространенным хирургическим вмешательством у пациентов перфоративной язвой, сопровождающееся значительным числом послеоперационных осложнений и высокой смертностью. Цель исследования. Изучить эффективность разных способов хирургического лечения перфоративной язвы. Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 901 пациента с перфоративной язвой за последние 5 лет в хирургических отделениях республики Дагестан. По годам составила следующая госпитализация: 2012 год – 199, 2013 год – 211, 2014 год – 176, 2015 год – 166, 2016 год – 149. Показатель госпитализации пациентов с перфоративной язвой за анализируемый период снизился на 25,1%, что свидетельствует об улучшении выявляемости данной болезни и показателя проведения профилактического лечения. Позже суток из них были госпитализированы 55 (7,2%) пациентов. Показатель поздней госпитализации по годам

составил: в 2012 году – 5,5%, 2013 – 4,3%, 2014 – 5,1%, 2015 – 7,3%, 2016 – 10,1%. Показатель поздней обращаемости пациентов за этот же период ухудшился почти в 2 раза, что указывает на снижение эффективности санпросветработы среди населения. Среди всех пациентов с перфоративной язвой мужчины составили 796 (88,3%), женщины – 105 (11,7%). Возраст мужчин колебался в пределах 20 - 80 лет, а женщин - 24 – 84.. По данным анамнеза 226(25,0%) пациентов имели желудочный анамнез (ранее беспокоили изжога, боли и дискомфорт в эпигастральной области через 1-1,5 часов после приема пищи, ночные «голодные боли»), 151 (16,8%) имели язвенный анамнез (язва была ранее диагностирована, но регулярно пациенты не лечились), 524 (58,2%) - не имели никакого анамнеза.. В первой группе пациенты не обследовались. У пациентов второй группы язва была диагностирована, но они не находились под диспансерным наблюдением и не получали противорецидивное лечение. В третьей группе пациентов язвенная болезнь желудка и 12п. кишки протекала бессимптомно. По каналам госпитализации пациенты распределились следующим образом: доставлены бригадой скорой помощи - 701 (77,8%), обратились самостоятельно – 200 (22,2%). При госпитализации с целью уточнения диагноза выполняли обзорную рентгенографию брюшной полости стоя на «свободный газ». При этом тест был положительным у 580 (64,4%) пациентов, отрицательным - у 321 (35,6%). При отсутствии «свободного газа» под куполом диафрагмы для уточнения генеза перитонита в 26,7% случаев применили пневмогастрографию, в 33,3% - диагностическую лапароскопию, а в далеких районах, где отсутствуют возможности для этого - диагностическую лапаротомию (40,0%). Субоперационно перфорацию язвы желудка обнаружили у 89(9,9%) пациентов, 12п.к.- 812(90,1%). Перфоративная язва у 93,9% пациентов осложнилась распространенным фибринозно-гнойным перитонитом. Диаметр перфорации язвы желудка достигал от 0,5 до 1,5 см, а 12 п.к. от 0,2 до 1,5 см. При перфорации диаметром до 0,2 см количество выпота в брюшной полости было от 200 до 500 мл, при 0,3 см – от 150 до 500 мл, при 0,4 см – от 200 до 500 мл, при 0,5 см – от 50 до 1000 мл, при 0,6 см – от 200 до 3000 мл. Перфорацию язвы желудка ушивали двухрядными швами. При перфорации язвы 12п. кишки выполняли иссечение язвы с последующей дуоденопластикой. При перфорации диаметром 0,5 см в 75,0% случаев выполнено иссечение язвы с дуоденопластикой, в 25,0% - резекция желудка. При диаметре перфорации в 0,4 см – в 75,0% случаев – иссечение язвы с пилоропластикой, в 25,0% случаев – пилоопластика по Джадду+ стволовая ваготомия. При перфорации в 0,3 см в 13,3% случаев применили ушивание перфорации, в остальных – иссечение язвы с дуоденопластикой. Результаты и их обсуждение. При перфорации в 0,2 см – во всех случаях язвы была иссечена. В 5,7% случаев язва была иссечена и ушита однорядным швом при перфорации диаметром 0,2-0,5 см. В 72,2% случаев язва была иссечена и ушита 2-х рядными узловыми швами. В данной группе у 34,6% пациентов в раннем послеоперационном периоде были явления дуоденостеноза, у 19,2% - признаки паралитической непроходимости. При сочетании перфорации и стеноза у 2,9% пациентов выполнена резекция 2/3 желудка. Сочетание перфоративной язвы с язвой задней стенки 12п. кишки диагностировано интраоперационно у 47 (5,8%) пациентов, сочетание перфорации и стеноза диагностировано в 5,8%. При этом язва задней стенки прошита атравматическим шовным материалом, а перфорация ушита 2-х рядными узловыми швами. В 8,7 % случаев язву ушивали 2-х рядными узловыми швами с прикрытием прядью большого сальника. Частым осложнением у пациентов данной группы был стеноз ушитой зоны 12п. кишки. Причиной стеноза мы считаем выраженный отек шовной линии, что характерно для укрывания ушитой стенки тонкой кишки у пациентов с распространенным перитонитом. Этому способствует формирование замкнутого инфицированного пространства под сальником по ходу шовной линии, что способствует длительному воспалительному процессу не только шовной линии, но и в ткани пряди сальника. Послеоперационный парез ЖКТ наблюдали у 18,2% пациентов с распространенным фибринозно-гнойным перитонитом. После пилоропластики по Джадду с применением 2-х рядных швов или непрерывного однорядного шва у 36,4% наблюдали признаки дуоденостеноза. Умерло после операции 22 пациентов,



послеоперационная летальность составила 2,5%, а среди оперированных позже суток после прободения – 34,5%. Причиной смерти послужил прогрессирующий перитонит. Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы налажено только в 2-х клиниках и за последние 2 года выполнено 50 пациентам в возрасте 20-56 лет. Несостоятельность швов развилась у 2(4,0%), летальный случай один (2,0%) от ТЭЛА. Причиной несостоятельности послужило ушивание перфорации более 10 мм. Выводы. 1.Соотношение перфорации язвы у мужчин и женщин составляет 1:7,6. 2.У 58,2% пациентов перфорация наступила при бессимптомном течении язвенной болезни. 3.На обзорной рентгенограмме брюшной полости у 35,6% пациентов «свободный газ» не был обнаружен. 4. В связи с отсутствием возможностей для диагностической лапароскопии, перфорация язвы была диагностирована при лапаротомии. 5. Во всех хирургических отделениях необходимо внедрить диагностическую лапароскопию. 6.После ушивания язвы традиционным способом у 34,3% пациентов в раннем послеоперационном периоде наблюдаются признаки дуоденостеноза, а при распространенном перитоните в 17,1% случаев наблюдается длительный парез ЖКТ. 7.Внедрение лапароскопического способа ушивания перфоративной язвы позволяет улучшить результаты хирургического лечения пациентов с данной патологией.

## **27. Некоторые аспекты диагностики и лечения третичного перитонита.**

Топчиев М. А., Паршин Д. С., Кчибеков Э. А., Мисриханов М. К., Топчиев А.М.

Астрахань

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Одной из самых сложных проблем в лечении интраабдоминальной инфекции является диагностика и лечение третичного перитонита. Под третичным перитонитом понимается инфекционно-воспалительный процесс в брюшной полости, сохраняющийся через 48 часов после выполненного в полном (необходимом) объеме оперативного вмешательства (A.Nathens, et all, 1998). Основными причинами в возникновении данного перитонита являются неадекватная санация брюшной полости, транслокация возбудителей из желудочно-кишечного тракта, кроме этого нельзя исключать нозокомиальное инфицирование. Цель исследования. В данной работе мы решили остановиться на двух вопросах диагностики третичного перитонита. Первый – поиск ранних диагностических маркеров третичного перитонита, особенностям микробного пейзажа при третичном перитоните; второй – поиск новых методов лечения. Материал и методы. Обследовано 183 больных оперированных в клинике общей хирургии Астраханского ГМУ (ГБУЗ №3 г. Астрахани) по поводу разлитого перитонита. Средний возраст больных составил 44,7. Мужчин было 101, женщин – 82. Причиной перитонита являлись перфоративная язва желудка и 12 перстной кишки, деструктивный аппендицит, закрытая и открытая травма живота с разрывом полых органов и др. Мангеймский индекс перитонита в среднем составил 21,4 балла. Всем пациентам выполнялась лапаротомия, ликвидация причины перитонита, санация и дренирование брюшной полости. В 25 случаях больные велись методом программных санаций брюшной полости. В комплекс обследования пациентов в послеоперационном периоде включали динамическое исследование концентрации ферритина в сыворотке крови, а так же в перитонеальном экссудате. Так же у всех больных динамически исследовался микробный пейзаж и данные антибиотикограмм. В комплекс лечения мы включали энтеральное введение оксигенированных препаратов, а так же эндопортальное введение антибиотиков, антигипоксантов и гепатопротекторов. Результаты исследования. Исследование показало, что концентрация ферритина в сыворотке крови и экссудате у больных с распространенным перитонитом в момент операции варьировали в пределах 295,8±31,52 нг/мл и 701,1±179,22 нг/мл соответственно.

В случае благоприятного течения, при купирующемся перитоните, на 3-4 сутки концентрация ферритина в сыворотке крови и экссудате полученного из дренажей составили  $264,2 \pm 26,58$  нг/мл и  $547,5 \pm 79,51$  нг/мл соответственно. При послеоперационном перитоните, уровень ферритина в сыворотке крови и экссудате составил  $373,8 \pm 62,68$  и  $1173,2 \pm 79,06$  нг/мл соответственно. Статистическая обработка результатов проводилась с применением критерия Стьюдента. С целью систематизации и упрощения анализа полученных данных обследования уровень ферритина - 100 нг/мл мы принимали за 1 балл, затем баллы ферритина в экссудате и сыворотке суммировали и таким образом получали суммарный индекс ферритина (СИФ). В результате обследования при благоприятном послеоперационном течении у больных с разлитым перитонитом СИФ не превышал 12 баллов. Третичный перитонит развился у 18 больных (9,8%). У всех больных с третичным перитонитом СИФ составил 12 баллов и более, с достоверностью  $p < 0,05$ . Одной из особенностей третичного перитонита является микробный фактор. Проведен анализ 3166 результатов бактериальных посевов и антибиотикограмм, выполненных у 1756 пациентов, получавших лечение в отделении хирургии и отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) по поводу распространенного перитонита в период 2005-2015 гг. Случаях третичного перитонита микробный пейзаж распределился следующим образом: *S. aureus* встречался в 43,1 % посевов, *S. epidermidis* – 15,6%, *K. pneumoniae* – 10,4%, *S. pyogenes* – 6,2%, *S. saprophyticus* – 5,5%, *E. cloacae* - 3,5%, *E. coli* – 3,3 %, *P. vulgaris* – 2,6%, *P. aeruginosa* – 2,5%, *S. pneumoniae* – 1,8%, *P. mirabilis* – 1,6%, *E. aerogenes* и *P. rettgeri* по 1,3%. антибиотикорезистентность зафиксирована в 12,4%. Процент MRSA составил – 6,6 %, VRSA – 4,1%. Обратило на себя внимание частота грибковой суперинфекции (*Candida* и др.), которая была зарегистрирована в 14,4% бактериальных посевов. При этом отмечена наибольшая антибиотикорезистентность к цефалоспорином III поколения, фторхинолонам и имипенему. В бактериальных посевах преобладали штаммы *P. aeruginosa* и продуцирующих  $\beta$ -лактамазы расширенного спектра (ESBL) (*Enterobacteriaceae*, *Acinetobacter baumannii* и др.). Все больные с послеоперационным перитонитом оперированы. В группе больных с третичным перитонитом умерло 3 (16,6%). Общая летальность в группе исследования составила 14,5%. Причиной летальных исходов в обеих группах явилась интоксикация и прогрессирующая полиорганная недостаточность. Таким образом, третичный перитонит имеет многогранные особенности в диагностике и лечении. Суммарный индекс ферритина позволяет в ранние сроки заподозрить развитие третичного перитонита, а микробиологический мониторинг внести коррекцию в антимикробную химиотерапию. Энтеральная антигипоксическая терапия, а так же эндопортальное введение позволили в ранние сроки купировать синдром кишечной недостаточности и предотвратить микробную транслокацию.

## **28. Клинико-экспериментальная оценка применения экзогенного монооксида азота в санации брюшной полости при программированных лапаротомиях у больных с распространенным гнойным перитонитом.**

Суздальцев И.В., Бондаренко А.Г., Демьянова В.Н., Пыхтин Ю.Ю., Кубанов С.И.

Ставрополь

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. Проблема лечения разлитого гнойного перитонита (РГП) является одной из важнейших в клинической медицине. Актуальность обусловлена высокой частотой перитонита, летальность при котором достигает 70 %. По мнению большинства авторов, основным звеном в комплексном лечении острого разлитого перитонита является санация брюшной полости. В клиническую практику внедрены различные её способы. Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с РГП

путем применения в санациях брюшной полости NO-терапии Материалы и методы. Работа состояла из экспериментальной и клинической частей. Экспериментальная часть выполнена на крысах-самцах. Три группы по 9 особей, в которых моделировался перитонит по методу Блинкова Ю.Ю. с соавт.: I группа – санации брюшной полости не выполнялись, II группа – санировали брюшную полость 0,05% водным раствором хлоргексидина в режиме релапаротомий; III группа - лапаросанация инфуляцией экзогенного NO (0,6 сек на 1 см<sup>2</sup>). Клиническая часть исследования состояла из анализа результатов хирургического лечения больных РГП на базе ГБУЗ «ГКБ СМП» и МБУЗ «3-я городская больница» г. Ставрополя за 2007-2016гг.. Пациенты разделены на две группы: контрольную - получали традиционное лечение (30 человек) и основную - помимо стандартной схемы, применяли NO-терапию (31 человек). В группах статистически значимых различий по возрасту, полу, характеру основной и сопутствующей патологии не отмечено. Чаще всего причиной перитонита являлись перфорация полого органа (27,9 %), панкреонекроз (21,3 %), острая кишечная непроходимость (19,7 %), травма органов живота (14,7%). У всех больных основным методом лечения были программированные лапаротомии. Количество санаций составило: до трех - 29 (47,5 %), до 5 санаций- 24 (39,3 %) и более 5 санаций - 8 (13,1%) больных с РГП. Результаты исследования. При выполнении экспериментальной части работы: в I группе летальность к 4 суткам составила 100 %, во II группе - 60%. Картина органов брюшной полости характеризовались острыми воспалительными и деструктивными изменениями с нормализацией к 8 суткам. В III группе летальность составила 22%. Отмечено купирование воспалительных изменений к 4-м суткам. По результатам клинического применения экзогенного NO установлено, что интенсивность болевого синдрома достоверно снизилась быстрее на 2 суток в основной группе, субъективные и объективные симптомы исчезали на 2-3 суток быстрее при применении NO-терапии. Сравнение динамики лейкоцитоза и ЛИИ в контрольной и основной группах свидетельствует о достоверном двукратном ускорении нормализации этих показателей при применении экзогенного NO. На этом основании можно говорить о статистически достоверном купировании воспалительного процесса у 95% больных к 8 суткам в основной группе, а в контрольной только у 80%. Отрицательных бактериальных посевов в основной группе удалось достичь к 8 суткам у 95% больных, в контрольной лишь у 86% больных. Пациентов основной группы выписывали из стационара в среднем на 4-5 суток быстрее, чем в контрольной группе. Осложнений гнойно-инфекционного характера в основной группе было в 2 раза меньше. Выводы. Применение NO-терапии в лечении РГП позволяет добиться быстрого стихания воспалительного процесса в брюшной полости и снижения летальности экспериментальных животных в 2,7 раза. Стерильность достигается в 2 раза быстрее, чем при использовании 0,05% раствора хлоргексидина. Отмечается более быстрое (в среднем на 2 суток) исчезновение клинических симптомов и сокращение сроков лечения. Нормализация показателей интоксикации (лейкоцитоз, лейкоцитарный индекс интоксикации) в 2 раза быстрее, чем при использовании антисептиков.

## **29. Применение системных антимикотиков при лечении хирургического сепсиса.**

Бабаджанов Б.Д., Матмуротов К.Ж.

Ташкент, Республика Узбекистан

Ташкентская медицинская академия

На сегодняшний день лечение гнойных осложнений после хирургических операций требует особый алгоритм действий и индивидуальный. Несмотря на новые разработанные методы в лечении хирургического сепсиса летальность остается высоких цифрах. Цель: улучшить результаты лечения у больных хирургическим сепсисом с применением системных противогрибковых препаратов. Материал и методы: данное исследование

включало в себя 42 пациентов (у которых обнаружившийся грибковые инвазии отделяемого из раны и подтверждающих маркеров грибковых возбудителей из крови) с хирургическими осложнениями получившие стационарное лечение в Республиканском центре гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета МЗ РУз в 2013-2016 годы. Все пациенты наряду с инфузионной и антибактериальной терапией в комплекс лечения включена системная противогрибковая терапия (каспофунгин). В основном в исследуемой группе больные были с гнойной патологией связанной брюшной полости (83,3%): послеоперационный абсцесс брюшной полости, гнойный перитонит и абсцесс легких. Из них 19 (45,2%) были прооперированы повторно для ликвидации гнойного очага. Койка день пациентов в среднем составил 10 дней. Во время стационарного лечения все пациенты получали каспофунгин 70 мг/сут. При микологических и бактериологических исследованиях у этих больных с гнойные процессы были различной локализации. При исследовании грибковые возбудители обнаружены у всех пациентов. Из них у 36 больных обнаружены возбудители грибковых инвазий в ассоциации с различными бактериальными флорами («микобактериальная ассоциация») и это составлял 85,7 %. У большинства больных выявлено грибки из рода *Candida* spp. (31 больных), а также из рода *Aspergillus* sp. и *Fusarium* sp. Грибковая обсемененность определялась методом посева на питательной среде и микроскопически в виде мазка. Результаты: на бактериологическом исследовании отделяемого из раны наряду с грибками наиболее часто высевались *Staphylococcus aureus* и *Enterobacter*. При исследовании анализы для определения грибов взяты в день поступления и в динамике лечения. Повторное исследование проводилось на 5-е сутки, при этом отмечался элиминация микробов и грибов из раны у пациентов получивших противогрибковую терапию – каспофунгина 70 мг/сут. При этом высокая эффективность антимикотического эффекта отмечалось у пациентов, у которых наблюдалось выраженная нейтропения. Во время исследования больным проводилось наряду с антибактериальной терапией целенаправленная системная противогрибковая терапия (каспофунгин 70 мг/сут) после определения чувствительности к препаратам в течение 7-10 дней. При этом все грибки были чувствительны к каспофунгину и малочувствительны итраконазолу. Обсуждение: таким образом, у больных с хирургическим сепсисом наряду с определением состава бактериальной флоры должно включать определение возбудителей грибковых поражений, который имеет немаловажную роль. Высокая частота обнаружения грибов свидетельствует о необходимости включением в комплекс лечебных мероприятий лекарственные средства антимикотического действия в зависимости от чувствительности. Назначение антибактериальной терапии должно базироваться на результатах бактериологических исследований. При наличии грибковой обсемененности гнойной раны антибактериальную терапию целесообразно комбинировать назначением противогрибковых препаратов. Выводы: в свое очередь приведенные данные практикующим врачам, работающим в этой сфере дает своевременно предотвращать дальнейшее прогрессирование гнойного процесса и прогрессирование полиорганной недостаточности, так как грибковая инфекция считается фоновым субстратом для присоединения вторичных бактериальных инфекций, усугубляя патофизиологических механизмов. Своевременное применение этиопатогенетической терапии направленное на угнетение спровоцирующих факторов активации бактериальной флоры является основным звеном в лечении хирургического сепсиса. В связи с этим целенаправленное проведение дальнейших исследований в данном направлении на наш взгляд является весьма актуальным.

### **30. Оценка выраженности синдрома энтеральной недостаточности и его коррекция с использованием энтеральной терапии у больных с распространенным перитонитом.**

Ильченко Ф.Н., Багиров Н.В., Буглак Н.П., Ляшенко Н.В.

Симферополь

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»,  
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского.

Актуальность. Синдром энтеральной недостаточности (СЭН) при распространенном перитоните – один из ведущих синдромов, влияющий на характер клинического течения, развитие осложнений и исход заболевания. С целью коррекции СЭН у больных с распространенным перитонитом мы проводили энтеральную терапию с использованием энтеросорбента – диоктаэдрического смектита, разработанного на основе Крымской голубой глины. Данный энтеросорбент обладает адсорбционными, мукопротекторными и цитопротекторными свойствами. Мукопротективный эффект диасмектита обусловлен его способностью защищать слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта, увеличивая его массу, вязкость и защитные свойства. Эти качества позволяют снижать количество токсических компонентов и интенсивность их транслокации из просвета кишки в системный кровоток и тем самым коррегировать энтерогенный компонент эндогенной интоксикации. Материалы и методы. Было обследовано 74 больных с различными острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, осложненными распространённым перитонитом. В основной группе было 43 больных, в контрольной группе сравнения - 31. В основной группе проводилась энтеральная терапия с использованием диоктаэдрического смектита во время операции и после ее окончания через интубационный зонд. В контрольной группе данный энтеросорбент не применяли. Выраженность синдрома энтеральной недостаточности по клиническим данным оценивали по методике Сипливого В.А. и соавт. (2013). При сумме 20 баллов энтеральная недостаточность считается компенсированной, при сумме от 21 до 40 баллов – субкомпенсированной, и при росте числа от 41 баллов и выше - декомпенсированной. Оценка выраженности СЭН, проводили также по уровню специфических антиэндотоксиновых антител характеризующих напряженность гуморального антиэндотоксинного иммунитета. Титр этих антител непосредственно зависит от интенсивности бактериальной транслокации и выраженности антигенной стимуляции иммунной системы бактериальными эндотоксинами, поступающими в сосудистое русло из просвета кишечника. Специфические антиэндотоксиновые антитела классов А, М и G определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа, применяя протоколы, разработанные в лаборатории клинической иммунологии ЦНИЛ Медицинской академии им. С.И. Георгиевского. Концентрацию цитокинов ФНО- $\alpha$  и ИЛ-6 в сыворотке крови больных определяли с помощью коммерческих тест-систем производства института им. Л. Пастера (Санкт-Петербург) и ООО «Протеиновый контур» (Санкт-Петербург). Полученные результаты. Было выявлено, что до операции больных с числом баллов до 20, что характеризовало компенсированную стадию СЭН в основной и контрольной группе не наблюдалось. Субкомпенсированная энтеральная недостаточность при числе баллов от 21 до 40 баллов была выявлена у 28 больных в основной группе и у 19 в контрольной, что составило 65,2% и 61,2% соответственно. Декомпенсированная энтеральная недостаточность при числе баллов выше 41 обнаружена у 15 больных основной группы и у 13 больных контрольной. Показатели специфического антиэндотоксического иммунитета и цитокиновый профиль до операции у больных с распространенным перитонитом имели следующие особенности. В эти сроки наблюдения у всех обследованных больных наблюдалось снижение уровня антиэндотоксиновых антител классов А, М и G до значений  $0,291\pm 0,019$  у.е;  $0,219\pm 0,024$  у.е. и  $0,155\pm 0,03$  у.е. соответственно. В тоже время уровни провоспалительных цитокинов ФНО- $\alpha$  и ИЛ-6

существенно превышали нормальные показатели и возрастали до значений  $36,3 \pm 7,0$  пкг/мл и  $36,6 \pm 5,8$  пкг/мл ( $p < 0,05$ ). После операции на 3 сутки в основной группе больных, где проводилась энтеральная терапия по разработанной методике сумарно несколько увеличилось число больных с субкомпенсированной стадией энтеральной недостаточности – 34 больных (79,9%), однако число больных с декомпенсированной стадией существенно уменьшилось с 34,8% до 9,3%, а также у 5 больных (11,6%) была диагностирована компенсированная стадия. В тоже время в контрольной группе, где энтеральная терапия не проводилась, распределение больных по стадиям энтеральной недостаточности практически не изменилось. В сроки 8-10 сутки при оценке выраженности синдрома энтеральной недостаточности по клиническим данным в основной группе компенсированная энтеральная недостаточность наблюдалась у 34 из 43 больных (79,1%), а субкомпенсированная у 7 больных (16,3%). В контрольной группе больных с традиционным ведением компенсированная энтеральная недостаточность в эти сроки выявлялась только у 18 больных из 31 (58,1%), а субкомпенсированная имела место у 9 (29,0%). В сроки 1-3 сутки после операции также выявлялось еще более значительное по сравнению с их значениями до операции падение уровней антиэндоксинных антител всех трех классов, что свидетельствовало об их усиленном потреблении в иммунологических реакциях после объемной и травматичной операции. При этом у больных контрольной группы падение показателей антиэндоксинного иммунитета были более выражены, чем у больных основной группы ( $p < 0,05$ ). Содержание ФНО- $\alpha$  и ИЛ-6 напротив продолжало увеличиваться до значений  $105,6 \pm 17,0$  пкг/мл и  $15,6 \pm 1,0$  пкг/мл соответственно в основной группе и в большей степени до значений  $127,3 \pm 6,2$  пкг/мл и  $77,2 \pm 9,7$  пкг/мл соответственно в контрольной группе. На 8-10 сутки показатели антиэндоксинного иммунитета у всех больных в группе возрастали, и в группе, где использовали разработанную методику энтеральной терапии, имели тенденцию к нормализации. Содержание ФНО- $\alpha$  и ИЛ-6 снижалось в обеих группах. Выводы. 1. У больных с распространенным перитонитом различной этиологии на фоне субкомпенсированного и декомпенсированного СЭН имеет место выраженный дисбаланс антиэндоксинного иммунитета и высокий уровень содержания провоспалительных цитокинов ФНО- $\alpha$  и ИЛ-6, что может быть связано со специфической антигенной стимуляцией иммунной системы бактериальными эндотоксинами энтерогенного происхождения и может обуславливать высокий риск осложнений воспалительного характера. 2. Проведение в основной группе больных с распространенным перитонитом энтеральной терапии, обеспечивающей инактивацию и удаление токсических метаболитов, находящихся в избыточном состоянии в кишечнике (назоинтестинальная интубация тонкой кишки и энтеросорбция) способствует положительной динамике изменения клинических и лабораторных критериев, позволяющих оценить выраженность синдрома энтеральной недостаточности. Это можно расценивать как прогностически благоприятный фактор способствующий снижению частоты развития осложнений воспалительного характера в основной группе по сравнению с контрольной в 3,1 раза ( $p < 0,05$ ).

### **31. Общая характеристика больных абдоминальным туберкулезом в ургентной хирургии и результаты лечения.**

Фролов А.П., Белобородов В.А., Цоктоев Д.Б., Олейников И.Ю.

Иркутск

ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

С середины 1980-х годов в Российской Федерации (РФ), отмечается неуклонный рост заболеваемости туберкулезом, Одной из наиболее неблагоприятной территорией РФ по

заболеваемости туберкулезом является Иркутская область (ИО). Распространенность ВИЧ-инфекции на территории ИО также одна из высоких в РФ. До настоящего времени среди внелегочных форм туберкулеза абдоминальный туберкулез (АТ) считался редкой патологией, однако в связи с общим ростом заболеваемости туберкулезом, АТ стал заметной нозологической единицей в хирургическом стационаре, оказывающим urgentную помощь. Цель исследования: оценить клинические проявления АТ результаты лечения у больных, находившихся на лечение в общехирургическом стационаре. Материалы и методы Проведен ретроспективный анализ 165 наблюдений АТ у больных, находившихся на лечении в клинике общей хирургии ИГМУ в 2006-2015 гг., оказывающей urgentную хирургическую помощь. Больные АТ были в возрасте 18-66 лет, средний возраст составил 31 (30,8-34,8 95%ДИ) год. Мужчин было 127 (77,0%), женщин – 38 (23,0%). Результаты Больные АТ в общехирургический стационар чаще всего поступали по направлению из противотуберкулезного диспансера (55) или по скорой помощи (49), существенно из других лечебных учреждений. Подавляющее число больных вели асоциальный образ жизни, 132 (80,0%) больных употребляли внутривенные наркотики. У 137 (83,0%) 78 больных была ВИЧ-инфекция, из них у 100 (60,6%) – в стадии СПИДа. ВИЧ-инфекция в 37 (22,4%) наблюдениях сочеталась с гепатитом «В», в 79 (47,9%) – гепатитом «С», в 39 (23,6%) – кандидозом, в 6 (3,6%) – циррозом печени. В 97 (58,8%) наблюдениях АТ сочетался с туберкулезом легких, в 80 (48,5%) имелась выраженная кахексия. При поступлении 146 (88,5%) больных с АТ предъявляли жалобы на боли в животе, 49 (29,7%) – на тошноту и рвоту, 35 (21,2 %) – наличие гипертермии. У 51 90 (54,5%) больных была гипотензия, у 118 (71,5%) больных – тахикардия. Лабораторные исследования выявили наличие анемии у 100 (60,6%) больных, лейкоцитоза – у 56 (33,9%), тромбоцитопении (тромбоциты  $<100 \times 10^9$  /л) – у 14 (8,5%). При изучении биохимических показателей крови было установлено наличие гипопроотеинемии у 132 (80,0%) больных, билирубинемии – у 44 (26,7%) больных и азотемии – у 42 (25,5%) больных. В 44 (26,7%) наблюдениях отмечено снижение в плазме уровня калия ( $K^+ \leq 3,5$  ммоль/л) и натрия ( $Na^+ \leq 135$  ммоль/л). Оперировано 140 (84,5%) больных. Основным поводом к операции служило наличие клинических признаков перфорации полого органа и перитонита. На операции в 75 наблюдениях был выявлен туберкулез желудочно-кишечного тракта, осложненный перфорацией. В 40 наблюдениях перфорации локализовались в подвздошной кишке, 11 – подвздошной и тощей кишках, 9 – тощей кишке, 9 – ободочной кишке, 2 – слепой кишке, 2 – червеобразном отростке и 2 желудке. В 23 наблюдениях перфорация туберкулезной язвы сочеталась с туберкулезным мезаденитом тонкой кишки и в 11 – с туберкулезом забрюшинных лимфоузлов. В 16 наблюдениях был отмечен изолированный туберкулезный мезаденит (с абсцедированием или без него), в 14 – туберкулез селезенки (с абсцедированием в 6 случаях), в 9 – туберкулез печени, 4 случаях – туберкулез кишечника, осложненный кровотечением из области язв. В остальных 22 случаях был отмечен туберкулез брюшины (табл. 3). У 98 (70,0%) оперированных больных абдоминальный туберкулез осложнился развитием разлитого гнойного перитонита. Умерло 95 (57,6%) больных, из них 51 – имели ВИЧ-инфекцию. Основной причиной летальности у 75 больных был генерализованный туберкулез, у 20 больных – разлитой гнойный перитонит с полиорганной недостаточностью. Заключение Основным поводом обращения за urgentной хирургической помощью больных АТ является наличие боли в животе. Как правило, это мужчины 30-35 лет, употребляющие наркотики, имеющие ВИЧ-инфекцию в стадии СПИДа. Оперировалось 84,5% больных. Показанием к операции явились признаки гнойного перитонита. Сочетание перитонита с туберкулезом легких и ВИЧ-инфекцией являлось неблагоприятным для жизни.

## 32. Общая характеристика абдоминального туберкулеза у ВИЧ-инфицированных больных в ургентной хирургии.

Белобородов В.А., Фролов А.П., Цоктоев Д.Б., Олейников И.Ю.

Иркутск

ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Иркутская область является одной из территорий в Российской Федерации с наиболее напряженной эпидемиологической ситуацией по туберкулезу и ВИЧ-инфекции. До настоящего времени среди внелегочных форм туберкулеза абдоминальный туберкулез (АТ) считался редкой патологией, однако в связи с общим ростом обоих заболеваний АТ у ВИЧ-инфицированных больных стал заметным заболеванием. Цель исследования. Оценить клинические проявления и результаты лечения АТ у ВИЧ-инфицированных больных в ургентной хирургии. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 21 наблюдения АТ у больных ВИЧ-инфекцией, находившихся на лечении в клинике общей хирургии на базе отделения гнойной хирургии ОГБУЗ «Городская клиническая больница №1» г. Иркутска в 2013-2015 гг. Больные АТ в сочетании с ВИЧ-инфекцией были в возрасте от 21 до 44 лет, средний возраст 33,0 (31,1-36,5 95%ДИ) г. Мужчин было – 18, женщин – 4. Результаты исследования. У 6 больных ВИЧ-инфекция была в стадии СПИДа. Чаще всего больные поступали в первые 48 часов заболевания. У 16 больных помимо туберкулезного поражения органов брюшной полости имелось туберкулезное поражение легких. У ряда больных выявлялась тяжелая сопутствующая патология. У 2 больных диагностирована пневмония, у 1 – экссудативный плеврит, у – 1 тромбоцитопения, сопровождающаяся кишечным кровотечением. Все больные поступили с признаками острой патологии органов брюшной полости. При поступлении с целью диагностики использованы инструментальные и лабораторные методы исследования. Рентгенологическое исследование брюшной полости выполнено 16 больным, из них у 8 больных на обзорной рентгенограмме выявлен свободный газ в брюшной полости, у 2 – рентгенологические признаки острой кишечной непроходимости. Мультиспиральная компьютерная томография выполнена 2 больным. В одном наблюдении выявлено формирование абсцесса в правой подвздошной области и межкишечные абсцессы, в другом – свободный газ в брюшной полости. УЗИ органов брюшной полости выполнена 14 больным. Из них в 12 наблюдениях выявлена свободная жидкость в брюшной полости, в 2 – увеличение лимфатических узлов в воротах печени. Всем больным выполнено хирургическое лечение. На всех операциях у больных был выявлен разлитой гнойный перитонит, причинами которого у большинства больных были перфорация туберкулезной язвы кишечника (13) и абсцедирующий мезоденит. Среди оперированных 9 больным выполнялись программные релапаротомии. Количество программных релапаротомий было от 2 до 8 операций. В ходе операции у всех больным осуществлялся забор экссудата брюшной полости на бактериологическое исследование на неспецифическую флору и чувствительность. В экссудате брюшной полости при бактериологическом исследовании наиболее часто выделялись *staphylococcus aureus* (9), *citrobacter freundii* (6), *escherichiacoli* (5). Чувствительность выделенных бактериальных культур была достаточно высокой от одного до восьми антибиотиков, среди которых чаще отмечены имипенем, меропенем, цефепим. Посевы на микобактерии туберкулеза не выполняли. Диагноз АТ подтверждали гистологически. При окраске препарата по Цилю-Нильсену обнаруживали кислотоустойчивые микобактерии. В послеоперационном периоде отмечено одно осложнение – несостоятельность швов после иссечения перфоративной язвы подвздошной кишки. Умерло 10 больных, общая летальность составила 47,6%. Выводы. АТ в сочетании с ВИЧ-инфекцией наиболее часто встречается у мужчин в возрасте 30-39 лет. Больные за ургентной хирургической помощью обращаются



при развитии позднего осложнения – разлитого гнойного перитонита. Все больные оперированы. Основными причинами перитонита являлись перфорация туберкулезной язвы кишечника и абцедирующий мезоденит. Отсутствие ранней диагностики АТ, сочетание его с туберкулезом легких на фоне выраженного иммунодефицита обуславливает сложности лечения и высокую летальность.

### **33. Диагностика острого нарушения мезентерального кровообращения в ургентной хирургии.**

Фролов А.П.(1), Рудых К.Ю.(2), Лиханов А.А.(2)

Иркутск

1) ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) Иркутская городская клиническая больница №1

Острое нарушение мезентерального кровообращения (ОНМК) до сих пор представляет собой серьезную хирургическую проблему, которая требует проведения экстренных лечебно-диагностических мероприятий. Отсутствие четкой клинической картины заболевания трудности ранней диагностики окклюзии брыжеечных сосудов приводит к высокой летальности 50-100%. Цель исследования: оценить результаты клинических и инструментальных методов диагностики ОНМК, проводимые в условиях ургентной хирургии. Материалы и методы Проведен ретроспективный анализ 218 наблюдений ОНМК у больных, которые находились на лечении в клинике общей хирургии Иркутского государственного медицинского университета. Больные были в возрасте  $74,90 \pm 0,74$  года, мужчин было – 83. Женщин – 135. Результаты Все больные ОНМК в клинику поступали по экстренным показаниям. Диагностика ОНМК представляла определенные сложности. Правильный предварительный диагноз при поступлении был установлен у 69 больных, у которых были выраженные боли в животе, которые сочетались с пневматозом кишечника и реже с наличием кровавого жидкого стула. В остальных 149 наблюдениях устанавливался предварительный диагноз острой кишечной непроходимости – у 43 больного, острого панкреатита – у 31, желудочно-кишечного кровотечения – у 25, острого аппендицита – 10, перитонита – 9, другая абдоминальная патология – у 3 больных. Для дифференциальной диагностики скрининговые инструментальные исследования. Обзорная рентгенография (ОР) брюшной полости выполнялась больным в 131 наблюдениях. Патология со стороны брюшной полости выявлена у 84 больных. Из них в 60 наблюдениях обнаружены признаки острой кишечной непроходимости, в 8 – наличие свободного газа в брюшной полости, в 1 – сочетание признаков острой кишечной непроходимости и свободного газа в брюшной полости, в 15 - пневматоз кишечника. У 47 больных нарушений со стороны брюшной полости не выявлено. В 88 наблюдениях ОР брюшной полости не выполнялась. УЗИ полости проводилась больным в 178 наблюдениях. Изменения со стороны брюшной полости выявлены у 100 больных. Из них в 28 наблюдениях выявлена свободная жидкость в брюшной полости, в 15 – признаки острой кишечной непроходимости, в 3 – сочетание гидроперитонеума и признаков острой кишечной непроходимости, в 15 – пневматоз кишечника, в 40 – другая патология брюшной полости не имеющая отношение к ОНМК. У 78 больных – патологии со стороны брюшной полости не выявлено. Ни в одном их наблюдениях УЗИ со стороны мезентеральных сосудов изменений не выявлено. В 78 наблюдениях УЗИ брюшной полости не выполнялось. Для уточнения диагноза проводились дополнительные целенаправленные инструментальные методы исследования: компьютерная томография (КТ) и лапароскопия. КТ брюшной полости выполнялась больным в 29 наблюдениях. Патология органов брюшной полости и забрюшинного пространства выявлена у 26 больных. Из них признаки ОНМК выявлено в 8 наблюдениях, у остальных 18 больных

выявлена другая патология. Лапароскопия проводилась больным в 30 наблюдениях. Во всех наблюдениях установлен диагноз ОНМК. Заключение. В ургентной хирургии правильный предварительный диагноз ОНМК устанавливается в 31,7% случаев при наличии классических симптомов заболевания, в остальных случаях устанавливаются диагнозы другой острой хирургической патологии брюшной полости, что требует проведения инструментальных методов исследования. Скрининговые инструментальные исследования: ОР и УЗИ брюшной полости являются малоэффективными методами для постановки диагноза ОНМК. КТ не оправдывает высоких ожиданий в постановки точного диагноза ОНМК. Самым эффективным методом диагностики ОНМК является лапароскопия.

#### **34. Особенности острой спаечной кишечной непроходимости и ее лечение.**

Фролов А.П.(1), Томаш А.П.(2), Ланге Д.П.(1)

Иркутск

1) ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) Иркутская городская клиническая больница №1

Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) является одной из сложных проблем в неотложной хирургии органов брюшной полости. ОСКН страдают больные всех возрастных групп, с возрастом их количество увеличивается, что связано с возрастным увеличением числа операций. Увеличение числа операций на органах брюшной полости привело к увеличению количества обращений больных за ургентной помощью по поводу ОСКН. Общая летальность при кишечной непроходимости неопухолевого генеза составляет 1,6-43%. Цель исследования: оценить характер и особенности лечения ОСКН. Материалы и методы Проведен ретроспективный анализ 141 наблюдений ОСКН у больных, находившихся на лечении в клинике общей хирургии ИГМУ в 2014 г. Больные были в возрасте от 19 до 93 г., средний возраст составил 56,6±1,6 лет. Мужчин было 67 (47,5%), женщин – 74 (52,5%). Результаты Больные ОСКН в общехирургический стационар чаще всего поступали по скорой помощи (130/92,2%), реже – из терапевтических отделений различных больниц города (11/7,8%). При поступлении все больные ОСКН (141) предъявляли жалобы на боли в животе и отсутствие стула и газов. Из них у 129 (92,4%) была тошнота и рвота. В анамнезе у 136 (96,4%) больных имелись операции на брюшной полости, у 5 (3,6%) – не было. ОСКН развивалась после операций на органах брюшной полости по поводу аппендицита у 30 (21,2%) больных, грыжи – у 15 (10,6%), гинекологических заболеваний – у 30 (21,2%), проникающих ножевых ранений – у 10 (7%), перфоративной язвы желудка и ДПК – у 15 (10,6%), рака органов брюшной полости 8 (5,7%), калькулезного холецистита – у 11(7,8%), в том числе у 2 (1,4%) после лапароскопических операций. После других операции на органах брюшной полости ОСКН развивалась у 7 (4,9%) больных. После установления диагноза ОСКН всем больным проводилась инфузионная терапия в течение 2-4 часов с динамическим наблюдением за состоянием больного. В этот период определялся вид ОСКН. При установлении диагноза странгуляционной ОСКН, ОСКН, осложненной перитонитом, выполнялось экстренная операция, а проведенная инфузионная терапия в этом случае являлась предоперационной подготовкой. При установлении диагноза обтурационной или динамической ОСКН проводилось консервативное лечение в течение 12-48 ч с рентгенологическим контролем пассажа контраста по желудочно-кишечному тракту (ЖКТ). Положительная динамика заболевания отмечалась 111 (78,7%) больных. Появление клинической и рентгенологической отрицательной динамики служило поводом к срочному оперативному лечению. Всего оперировано 30 (21,3%) больных. На операции выполнили рассечение спаек с проведением назоинтестинальной интубации, при некрозе

тонкой кишки – резекцию с первичным или отсроченным энтероэнтероанастомозом. Умерло 5 (3,5%) больных, из них все были оперированы. Основной причиной летальности являлся перитонит, развившийся вследствие позднего обращения и интоксикационный синдром. Выводы ОСКН развивалась после разнообразных операции на органах брюшной полости, чаще – по поводу острого аппендицита и гинекологических заболеваний. Положительная динамика заболевания от консервативного лечения наступала у 78,7% больных, оперировалось – 21,3%. Общая летальность составила 3,5%. Основной причиной летальности явилось наличие перитонита, вследствие позднего обращения за медицинской помощью.

### **35. Заживление ран после лапаростомии.**

Стручков Ю.В.(1), Горбачева И.В.(1,2), Кириллин А.В.(1,2), Шалыгин А.Б.(1,2)

Москва

1) ФГАОУ ВО «Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М.Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ГБУЗ ДЗМ «ГКБ им. И.В.Давыдовского»

Актуальность: Перитонит, по-прежнему, остается одной из труднейших и далеко не решенных проблем современной хирургии. Особое место здесь по праву занимают послеоперационные перитониты. Частота этой патологии в структуре летальности после вмешательств на органах брюшной полости составляет более 3% , продолжая неуклонно расти. Цель работы: Тактика лечения послеоперационных перитонитов четко определена и включает раннюю релапаротомию, ликвидацию источника перитонита, санацию брюшной полости, декомпрессию кишечника, комплексную антибактериальную и дезинтоксикационную терапию, иммунотерапию и пр. Однако традиционные средства и методы лечения часто недостаточно эффективны и не всегда предупреждают развитие различных осложнений. Это определяет необходимость дальнейшего поиска новых и совершенствования известных средств и методов лечения с целью поиска путей улучшения результатов лечения больных этой тяжелой патологией. Материалы и методы: В период с 2000 по 2016г.г. в ГКБ им. И.В.Давыдовского (базе кафедры общей хирургии ПМГМУ им. И.М.Сеченова) нами были изучены результаты лечения 250 больных с распространенным послеоперационным перитонитом. Всем больным проводились программированные этапные санации брюшной полости при помощи, разработанной в клинике методики лапаростомии. Параллельно в комплекс лечебных мероприятий включалась активная антибактериальная терапия с использованием внутривенного и эндолимфатического путей введения препаратов, фаготерапия, как местное, так и энтеральное введение, а также комплексная детоксикация с применением метода экстракорпоральной детоксикации. Хорошие результаты получены при местном применении электролитного раствора гипохлорита натрия на фоне экстракорпоральной детоксикации при этапных санациях брюшной полости, а также использование адаптивных бактериофагов, эффективность которых превышает эффективность коммерческих на 69%. Для временного закрытия брюшной полости использовались как формирование лапаростомной раны с помощью местных тканей по традиционной методике, так и с использованием пленок и различных типов сеток в условиях жесткой необходимости профилактики развития компартмент синдрома. Показанием к ликвидации лапаростомы служила стойкая тенденция к разрешению послеоперационного перитонита, определяемая прекращением экссудации визуально, регрессом воспалительной реакции брюшины со снижением ее микробной обсемененности ниже критических показателей, восстановлением перистальтики кишечника, снижением уровня эндотоксемии, а также характерной картиной при ультразвуковом исследовании. Результаты: на ранних этапах изучения материалов лечения перитонитов методом наложения лапаростомы с

программируемыми санациями нагноения ран отмечались у 16 больных, в том числе у 4 больных оно носило прогрессирующий характер с формированием обширных флегмон брюшной стенки и сопровождалось развитием тонкокишечных свищей. В последнее время при применении ненатяжных методов закрытия брюшной полости и применения комплексной терапии данные осложнения не наблюдались. Применение неадегзивных сеток позволило в дальнейшем использовать их для окончательного закрытия лапаростомной раны. Выводы: Проведенное в клинике комбинированное микробиологическое, цитологическое и гистохимическое исследования показали схожесть динамики раневого процесса при использовании лапаростомы и при активном хирургическом лечении гнойных ран мягких тканей. Ранняя релапаротомия с наложением лапаростомы и использованием этапных программируемых санаций брюшной полости зарекомендовала себя как надежный метод активного хирургического лечения послеоперационного перитонита

### **36. К вопросам прогностических шкал при перитоните.**

Воронков Д.Е.

Симферополь

ГБУЗ РК «Симферопольская ГКБ №7»

Введение: Проблема бальной оценки тяжести состояния хирургических больных стала наиболее актуальной с конца XX в. Это связано, с тем, что, оценка тяжести состояния пациентов позволяет прогнозировать течение заболевания, вероятность летального исхода, эффективность проводимой терапии. О необходимости объективизации состояния больных пишут многие исследователи. Материалы и методы: В основу работы положен анализ результатов лечения 117 больных за период с 2000 – 2012 гг. Для анализа эффективности методов лечения больные были разделены на две группы: контрольную 57 пациента и основную 60 пациентов. Группы пациентов были сопоставимы по заболеваниям, осложнившимся распространенным перитонитом, тяжести состояния, возрастному и половому составу. Степень тяжести состояния пациентов и прогнозирование течения заболевания у пациентов основной группы проводилась при помощи разработанной собственной интегральной шкалы (патент Украины № 789899 от 13.05.13 Бюл. №9) (частично до операции и окончательно после операции), также производилась оценка по стандартным шкалам: МПИ, АРАСНЕ II в модификации Радзиховский А.П. 2000г., ИБП; тогда как в контрольной были использованы МПИ, АРАСНЕ II в модификации Радзиховский А.П. 2000г., ИБП. Предложен способ прогнозирования течения перитонита и определение показаний для выполнения программированных санаций брюшной полости заключается в том, что «Параметры пациента» (состояние больного, лабораторный показатели, интраоперационная картина, парез кишечника, интоксикация, показатели ВБД до и после операционном периоде) заносят в специальную шкалу, после чего подсчитывают баллы, и по сумме баллов более адекватно оценивается общее состояние организма, прогнозируется течение заболевания и необходимость программированных санаций брюшной полости. Результаты оценки: • 0 – 50 баллов – прогноз благоприятный; релапаротомия не показана, летальность до 15%. • 51 – 100 баллов – прогноз умеренно благоприятный, летальность 20 – 40%; показания к релапаротомии устанавливаются по динамики течения послеоперационного периода (состояние больного, интраоперационная картина, выявленная на первичной операции, интоксикация, парез кишечника, увеличение внутрибрюшного давления). • 101 – 150 баллов – прогноз неблагоприятный (летальность 80 – 85%), многократный программированные санации брюшной полости. • Более 151 баллов – летальность 100%. Представленная прогностическая интегральная шкала простая в использовании, может быть использована практически в любом хирургическом стационаре, кроме этого имеет

чувствительность – 88%, специфичность – 90%. Позволяет своевременно вносить коррекцию в программу лечения тяжелых форм гнойного РП. Результаты и их обсуждение: При поступлении пациентов в стационар тяжесть состояния в первой группе оценивалась по шкалам МПИ, АРАСНЕ II в модификации Радзиховский А.П. 1997г., ИБП; во второй группе по шкалам МПИ, АРАСНЕ II в модификации Радзиховский А.П. 1997г., ИБП и по собственной разработанной шкале. В контрольной группе больных показатели обследования составили: МПИ  $28,5 \pm 4,1$ , АРАСНЕ II в модификации Радзиховский А.П. 1997г.  $15,8 \pm 3,4$ , ИБП  $17,6 \pm 4,2$ . В основной группе пациентов показатели составили МПИ  $28,8 \pm 4,3$ , АРАСНЕ II в модификации Радзиховский А.П. 1997г.  $16,6 \pm 3,7$ , ИБП  $17,9 \pm 4,9$ , собственная шкала  $131 \pm 15,3$ , ВБД  $18,5 \pm 2,5$ . Таким образом, применение собственной интегральной шкалы позволяет более адекватно оценить состояние пациента, скорегировать тактику ведения больной в послеоперационном периоде. Выводы: 1. Прогностическая интегральная шкала прогнозирования течения перитонита и определения показаний для выполнения программированных санаций брюшной полости позволяет своевременно оценить состояние тяжести пациента и прогнозировать течение заболевания. Обладает чувствительностью 88% и специфичностью 90%. 2. Своевременное применение санационных релапаротомий с учетом показателей интегральной шкалы оценки тяжести состояния пациента позволяет снизить сочетание трех и более осложнений послеоперационных осложнений с 85,96% до 51,67% и снизить послеоперационную летальность с 36,84% до 16,67%.

### **37. Острые перфоративные язвы пищеварительного тракта в послеоперационном периоде**

Клоков В.А., Хорев А.Н., Козлов С.В., Плюта А.В., Благов Д.А., Ширяев Н.П.

Ярославль

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Симптоматические язвы пищеварительного тракта в раннем послеоперационном периоде относятся к числу наиболее тяжелых и опасных осложнений в современной клинической хирургии. Частота таких осложнений колеблется от 15,8 до 39,65%, а летальность при этом стойко удерживается на цифрах 12,9 – 36,15%. Особенно высока послеоперационная летальность при операциях по поводу такого осложнения как перфорация и достигает, по сообщениям некоторых авторов, 90%. Перфорация острой язвы тонкой кишки – предвестник неблагоприятного исхода. Цели и задачи исследования. Оценить частоту возникновения и результаты лечения острых перфоративных симптоматических язв пищеварительного тракта в практике хирургического отделения. Материал и методы. В отделении общей хирургии ГБУЗ ЯО «Клиническая больница № 10» за период с 2014 по 2016 гг. на органах брюшной полости оперировано 1547 человек. Умерло при этом 90 пациентов. Летальность таким образом составила 5,8%. Релапаротомия выполнялась 51 раз. В 19 (37%) случаях при релапаротомии выявлены перфоративные язвы пищеварительного тракта с развившимся перитонитом: в 2014 г. – 3 случая; в 2015 г. – 7; в 2016 г. – 9. Средний возраст больных, оперированных по поводу стрессовых язв, составил 66,3 лет. Большинство пациентов имели выраженную сопутствующую патологию: заболевания сердечно-сосудистой системы – у 15 (78,9%); патология дыхательной системы – 3 (15,7%) сахарный диабет 2 типа – у 3 (15,7%) человек и ряд других заболеваний. В основном перфорация симптоматических язв возникала после операций, связанных с различными осложнениями онкологической патологии органов брюшной полости – у 6 (31,6%) больных. Также в качестве основной патологии были зафиксированы: осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки – 3 (15,7%) случая; острой кишечной непроходимости – 3 (15,7%); ущемлённые

вентральные грыжи – 3 (15,7%); гинекологическая патология – 2 (10,5%); деструктивный панкреатит и травма органов брюшной полости – по 1 (5,3%) наблюдению. Прободение острых гастроинтестинальных язв возникало только после операций выполненных по экстренным показаниям. У 9 (47,3%) больных течение основного заболевания было усугублено развившемся перитонитом. В 14 (73,7%) случаях выполнялась радикальная операция. Удаление всего органа или его части было осуществлено 11 (57,9%) больным. В 5 (26,3%) наблюдениях – симптоматические вмешательства (колостомия, ушивание перфорации, прошивание кровоточащего сосуда и ряд других), что предполагало меньшую травматичность. У 9 (47,3%) пациентов, согласно имеющимся показаниям, во время операции прибегали к тотальной назогастральной интубации тонкой кишки. В большинстве 18 (95,7%) случаев дренировалась брюшная полость. В послеоперационном периоде обращал на себя внимание длительный парез кишечника. Релапаротомия, обусловленная манифестацией развившегося осложнения, выполнялась на  $6,7 \pm 3,7$  сутки. Во время операции зафиксирована следующая локализация язв: тонкая кишка – 10 (52,6%); толстая кишка – 5 (26,3%); желудок – 4 (21,0%). Множественные язвы имели место у 9 (47,3%) пациентов. Как правило, множественные перфорации локализовались в тонкой кишке. В 11 (57,9%) случаях выполнялось ушивание язв; в 5 (26,3%) – резекция органа с наложением анастомоза и в 3 (15,7%) – резекция кишки с выведением колостомы. Результаты. 6 (31,6%) пациентам потребовалась повторная релапаротомия; 1 (5,3%) больной оперировался трижды; и в 1 (5,3%) случае выполнено 6 операций (в том числе «по программе»). Умерло 15 (78,9%). В большинстве случаев причиной летального исхода явилась нарастающая интоксикация при продолжающемся перитоните и декомпенсация сопутствующей патологии. Прослеживается связь между летальным исходом и временем диагностики наступившего осложнения. Выводы. Результаты лечения данной категории больных нельзя назвать удовлетворительными. Перфоративные язвы осложняют течение большинства urgentных заболеваний органов брюшной полости и брюшной стенки. Обращает на себя внимание рост частоты возникновения острых перфораций. Высокая летальность определяется, прежде всего, выраженной сопутствующей патологией и запущенностью основного первичного заболевания. Поэтому необходимо стремиться оперировать данную категорию больных в плановом порядке, несмотря на высокий операционно-анестезиологический риск и усилить работу по выявлению хирургической патологии на амбулаторном этапе. Учитывая срок манифестации перфоративных симптоматических язв пищеварительного тракта, требует оптимизации программа ведения данных пациентов в раннем послеоперационном периоде.

### **38. Применение абсорбирующих повязок на полиионной основе при лечении обширных вялогранулирующих ран передней брюшной стенки после многократных санационных релапаротомий**

1) Воронков Д.Е., 2) Кисляков В.В.

Симферополь

1) ГБУЗ РК «Симферопольская ГКБ №7», 2) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

По нашим наблюдениям у 30 – 45% больных после многократных санаций брюшной полости возникали обширные вялогранулирующие раны передней брюшной стенки. В последнее время появилось множество повязок и раневых покрытий для лечения вялогранулирующих ран. Целью нашего исследования явилось улучшить результаты лечения больных с вялогранулирующими ранами передней брюшной стенки после перенесенных санационных релапаротомий по поводу распространенного гнойного перитонита с применением абсорбционных повязок на полиионной основе фирмы «Solkofiks» (Медком – МП). Исследования проводились на 20 пациентах с обширными

ранами передней брюшной стенки. У пациентов первой группы (10 человек) рана брюшной стенки ежедневно обрабатывалась смесью антисептических растворов (перекись водорода, хлоргексидин) в соотношении 1:9, далее применялись многокомпонентные водорастворимые мази в зависимости от стадии раневого процесса (Левомеколь, Нитацид, Пантестин, Пантенол). У пациентов второй группы (10 человек) промывание раны брюшной стенки проводилось аналогичными растворами, но в режиме гетеротермической санации, с температурой раствора 7 – 40°C. Пациентам второй группы устанавливались повязка Fibrosorb – абсорбирующая адгезивная повязка изготовлена на основе полиуретановой пены, импрегнированной пластичной микроадгезивной матрицей, содержащей липидоколлоидный комплекс, включающий гидроколлоидные частицы (карбоксиметилцеллюлоза), мягкий парафин. Частицы карбоксиметилцеллюлозы поглощают экссудат и превращаются в когезивный гель вместе с мягким парафином, который оказывает синергичный эффект атравматичности. При этом происходит формирование липидоколлоидного комплекса, за счет чего повязка Фибросорб не прилипает к ране и окружающим тканям. При контакте с экссудирующей раной частицы карбоксиметилцеллюлозы, взаимодействуя с парафиновыми импрегнациями формируют липидоколлоидный гель, который способствует образованию благоприятных условий для заживления раны во влажной среде. После Fibroclean Ag – стерильная абсорбирующая бактерицидная альгинатно-гидроколлоидная повязка. Ионы серебра оказывают бактерицидный эффект на большинство микроорганизмов. Фиброклин Ag дренирует раневое отделяемое сильно экссудирующих ран и создает влажную среду благоприятную для процесса заживления. Фиброклин Ag обеспечивает вертикальную абсорбцию, тем самым защищает кожу вокруг раны и предотвращает риск возникновения мацерации. После Fibrocold Ag – гидроколлоидная с ионами серебра. Фиброколд Ag является бактерицидной гидроколлоидной повязкой, изготовленной на основе полимерной полупроницаемой пленки из полиуретана с планиметрической сеткой, покрытой адгезивной матрицей с содержанием гидроколлоидных частиц (карбоксиметилцеллюлоза) и технологии Zeomic, импрегнированного по всей поверхности повязки. При применении абсорбционных повязок в сравнении с многокомпонентными водорастворимыми мазями получен выраженный эффект на уменьшение раны по площади и по глубине. При использовании ступенчатой терапии абсорбирующими повязками отмечалось более быстрый рост грануляций, в 2,34 раза, чем при применении мазевых композиций. Применение абсорбционных повязок на полиионной основе при ступенчатой местной терапии вялогранулирующих ран передней брюшной стенки показали свою эффективность по сравнению с применением многокомпонентных мазей.

### **39. Активная хирургическая тактика в комплексном лечении распространенных гнойных осложнений острого деструктивного панкреатита.**

Байчоров Э.Х., Байрамуков Р.Р., Юрин С.В., Курмансеитова Л.И, Салпагаров Ш.Р., Ганжа Н.И.

Ставрополь

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Распространенные инфицированные формы острого деструктивного панкреатита представляют наибольшую трудность в выборе метода хирургического лечения, обеспечении адекватной интенсивной консервативной терапии в условиях дефицита финансирования российского здравоохранения. Основная доля умерших (более 60%) от ОДП приходится именно на его распространенные гнойные осложнения. В Ставропольском крае подавляющая часть этих больных после оперативного вмешательства в условиях ЦРБ переводится для дальнейшего лечения в

специализированную клинику гнойной хирургии на базе краевой клинической больницы, где имеются возможности для применения современных методов лечения абдоминального сепсиса. С 2001 по 2015годы в клинику из городов и районной края поступило 314 больных с распространенными инфицированными формами ОДП. Более 50 % пациентов были трудоспособного возраста. В этиологии ОДП преобладали патология желчевыводящих путей и алиментарный панкреатит. Тотально-субтотальное поражение поджелудочной железы (ПЖ) выявлено в 46,8% наблюдений, крупноочаговая деструкция головки у 32,8% больных, тела – у 9,7% и хвоста у 10,7% пациентов. У 28,7% пациентов ОДП сопровождался развитием распространенной забрюшинной флегмоны, у 22,3% - гнойным оментобурситом, в 15,9% случаев гнойно-некротический парапанкреатит вызвал распространенный гнойный перитонит (РГП). В 19, 2% случаев наблюдалось сочетание забрюшинной флегмоны с гнойным оментобурситом, у 9,6% больных забрюшинная флегмона сочеталась с абсцессом сальниковой сумки и РГП и в 4,3% наблюдений ОДП осложнился абсцессом сальниковой сумки и РГП. С 1996 года у больных с данной патологией в нашей клинике используется активная хирургическая тактика, включающую в себя широкую лапаротомию, формирование оментопанкреатобурсостомы с последующими этапными некрсеквестрэктомиями и санациями сальниковой сумки через оментопанкреатобурсостому с интервалом в 4-6 дней и программированные санации брюшной полости и забрюшинного пространства через каждые 24-48 часов при РГП или при обширных забрюшинных флегмонах. Дренирование гнойно-некротических очагов осуществлялось дифференцированно с учетом зоны поражения ПЖ и распространенности гнойно-некротического процесса. С 2015 года с накоплением опыта комбинированного использования навигационных технологий (ультразвуковых, рентгенологических, компьютерно-томографических), в клинике стали использовать под комбинированным навигационным контролем оригинальную методику этапных некрсеквестрэктомии с применением специальных дренажных устройств до полного купирования гнойно-некротического процесса. Данная методика успешно применена у 10 больных с распространенными гнойными осложнениями острого панкреатита с благоприятным исходом. Однако наш опыт свидетельствует, что применение миниинвазивных технологий при распространенных гнойных осложнениях острого деструктивного панкреатита не всегда позволяет провести адекватную ревизию, некрсеквестрэктомию клетчаточных пространств в сложных анатомических условиях на фоне инфильтративно-рубцовых процессов. Комплекс лечебно-диагностических мероприятий помимо активной хирургической тактики в режиме программированных санаций включал в себя и применение экстракорпоральных методов детоксикации и иммунофармакотерапии по разработанной в клинике схеме. Дифференцированный выбор активных методов дренирования брюшной полости и забрюшинного пространства в сочетании с разработанным алгоритмом детоксикационной и иммуно-терапии больных с распространенными формами инфицированного панкреонекроза позволил уменьшить частоту осложнений более чем в 2 раза и снизить летальность с 31,4% до 17,5%.

#### **40. Анализ результатов хирургического лечения эхинококкоза печени**

Рахманов К.Э.

Самарканд, Республика Узбекистан

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность темы. В свете изложенного актуальным представляется уточнение вопросов, касающихся морфологических модификаций эхинококкоза. Какая форма существования паразита наиболее агрессивна и приводит к множественным формам поражения органов? При какой морфологической модификации следует более всего опасаться рецидива заболевания? Влияют ли эти морфологические формы на



хирургическую тактику? Эти вопросы послужили поводом для нашей исследовательской работы. Цель работы: поиск путей оптимизации диагностических и лечебных мероприятий у больных с эхинококкозом печени с учётом морфологических форм паразитарных кист. Материалы и методы исследования. Исследование основано на изучении результатов применения различных вариантов оперативных вмешательств при лечении 305 больных с эхинококкозом печени. Все пациенты за последние 10 лет (2006-2016) прошли лечение во II клинике Самаркандского государственного медицинского института. Проведено морфологическое исследование хитиновых оболочек эхинококковых кист печени, удаленных во время оперативного вмешательства, для изучения их структуры в зависимости от стадии жизнедеятельности паразита. Нами установлено, что *echinococcus veterenorum* имелся у 150 (49,2%) больных, *echinococcus hominis* у 109 (35,7%) больных, *echinococcus acephalocysticus* у 35 (11,5%) больных и ассоциация *echinococcus hominis* + *echinococcus veterinorum* было отмечено у 11 (3,6%) пациентов. Для определения морфологических модификаций эхинококкоза нами проведен анализ результатов инструментальных методов исследования (УЗИ КТ) и изучен операционный материал. Каждая из указанных морфологических модификаций эхинококкоза печени характеризуется специфичностью развития, инвазивностью, а также различным прогнозом результатов хирургического лечения и реабилитации. Знание особенностей и дооперационная диагностика морфологических модификаций эхинококкоза печени дает клиницисту информацию, которая оказывает существенное значение при планировании оперативного вмешательства и дальнейшей реабилитации пациентов. Результаты исследования. При изучении отдаленных результатов спустя 3, 6 месяцев и 1 год после радикального оперативного вмешательства, основное внимание было сосредоточено на тех сведениях, которые позволяют оценить тактику хирургического лечения рецидивного эхинококкоза легких. Неудовлетворительные результаты имели место у 17 из 236 наблюдавшихся больных в отдаленном периоде (7,4%). У 7 больных рецидив эхинококкоза в легких и эхинококкоз печени в отдаленном послеоперационном периоде было обусловлено диссеминацией эхинококкового процесса, у больных оперированных по поводу осложненного эхинококкоза прорыва в брюшную полость и желчные протоки. У 10 больных рецидив эхинококкоза наблюдали у больных отказавшихся от химиотерапии в послеоперационном периоде. Таким образом в профилактике рецидива эхинококкоза, важен правильный выбор способа операции в зависимости от характера осложнения и вида поражения органов паразитарным процессом. Выводы: 1. Результаты хирургического лечения эхинококковых кист печени во многом зависят от дифференцированного подхода к выбору адекватного способа оперативного лечения, учета морфологической формы эхинококковой кисты и соблюдения принципов апаразитарности и антипаразитарности. 2. В отдаленном периоде рецидив эхинококкоза наблюдали у 2,9% больных оперированных по поводу осложненного эхинококкоза, а также у 4,2% больных отказавшихся от химиотерапии в послеоперационном периоде.

#### **41. Профилактика рецидива эхинококкоза печени.**

Авторы: Шамсиев Ж.А., Шамсиев А.М., Рахманов К.Э., Курбаниязов З.Б

Самарканд, Республика Узбекистан

Самаркандский государственный медицинский институт.

Введение Современное состояние хирургии эхинококкоза печени нельзя признать удовлетворительным, поскольку после первично выполненных операций наблюдается значительное число рецидивных форм, приводящих к повторным операциям. По данным разных авторов, частота рецидивов после хирургического лечения эхинококкоза различной локализации составляет примерно 10% и колеблется в пределах 3 – 54%.

Наиболее сложную проблему представляют повторные и многократные рецидивы эхинококкоза, при которых возможен летальный исход. Материал и методы. Анализ результатов лечения 513 больных, оперированных в отделении хирургии клиники Самаркандского Государственного медицинского института за последние 10 лет (2007-2016 гг.). По поводу первичного эхинококкоза печени оперировано 379 (73,9%) больных. Доля первично-множественного эхинококкоза составила 26,9% (n = 102). Повторно по поводу эхинококкоза печени и органов брюшной полости оперировано 134 больных: по поводу рецидивного – 74 (55,2%), резидуального – 13 (9,7%), диссеминированного эхинококкоза брюшной полости – 7 (5,2%), по поводу имплантационного эхинококкоза – 39 (29,1%), по поводу реинвазивного эхинококкоза – 1 (0,7%). Из них 19 ранее были оперированы в нашем отделении, т.е. на 379 первичных операций частота рецидива составила 5,0%. Остальные 115 больных, поступивших на повторное оперативное лечение, были ранее оперированы в других хирургических учреждениях. Всем поступившим больным производился комплекс клинических, лабораторных и инструментальных исследований. Среди инструментальных методов исследования применялись рентгенография, УЗИ и КТ. В зависимости от размеров эхинококковых кист, их числа и локализации, стадии развития эхинококкового паразита, характера осложнений, состояния фиброзной капсулы, общего состояния больных были использованы различные способы эхинококкэктомии и методы ликвидации остаточной полости. Для интраоперационной обработки гидатидных кист наиболее надежным и пригодным для практического применения оказался 80–100% глицерин, подогретый до температуры 700С. Глицерин активен даже при значительном разведении, гарантирует большую его надежность, что экспериментально доказано. Выявлено, что горячий раствор глицерина вызывает гибель 100% протосколексов в течение  $1\pm 0,2$  мин, а полное истребление ацефалоцист наступает в среднем через  $3\pm 0,5$  мин экспозиции. Результаты и их обсуждение. Из всей группы оперированных больных, 207 пациентов ограничены хирургическим вмешательством, им химиотерапия не проводилась. У всех остальных 306 оперированных больных химиотерапия проведена в полноценном объеме. Применяли альбендазол в дозе 10–12 мг/кг/сут, рекомендованной ВОЗ (1983). Препараты назначали прерывистыми курсами (1 мес лечения и 15 дней – перерыв). Число курсов лечения в каждом наблюдении подбирали строго индивидуально в зависимости от размера, числа и характера кист. Во время лечения регулярно (1 раз в 15 дней) проводили клинические, лабораторные исследования. Контроль за состоянием оперативного участка осуществлялся путем динамического УЗИ и КТ каждые 3 мес в течение 1 года наблюдения и каждые 6 мес в последующие годы. У больных без химиотерапии частота рецидива, составила 9,7% (n = 20). У больных после профилактической химиотерапии рецидивы отмечены лишь в 3 (0,9%) случаях. В остальных наблюдениях (n=303) после проведенного курса послеоперационной химиотерапии в сроки наблюдения от 1 года до 5 лет рецидива заболевания не отмечено. Проведен анализ взаимосвязи локализации рецидивных кист с местом первичного поражения у 23 больных повторным эхинококкозом. При этом локализация рецидивной кисты лишь у 26% больных совпала с посегментарной локализацией первичной кисты, что позволило исключить абсолютное доминирование роли фиброзной капсулы в генезе рецидивного течения заболевания. Вероятность развития рецидива при этом, возможно, связана с тем, что первичное поражение печени изначально могло быть множественным, а развитие только одной паразитарной кисты связано с ее доминированием, конкурентно подавляющим рост остальных кист. Заключение. Первичная операция по поводу эхинококкоза печени без вспомогательной профилактической химиотерапии, проведенная даже в условиях современного высокотехнологичного хирургического учреждения, не гарантирует от рецидива заболевания. Применение противорецидивной химиотерапии в послеоперационном периоде производными бензимидазольных карбаматов (альбендазол) позволяет свести к минимуму частоту рецидивов заболевания. Показанием к применению лечебной изолированной химиотерапии при эхинококкозе печени как альтернативе хирургическому лечению могут быть эхинококковые кисты до 5 см в диаметре.

Рецидивный эхинококкоз печени, строго связанный с областью первичной локализации паразитарной кисты, составил 26,0% от всех рецидивных форм. Большая доля рецидивных эхинококковых кист в удаленных от первичного очага сегментах (56,5%) и даже поражение другой доли (17,5%) ставят под сомнение роль фиброзной капсулы первичной кисты как основного фактора рецидива заболевания.

#### **42. Совершенствование методов хирургического лечения эхинококкоза печени**

Шамсиев Ж.А., Шамсиев А.М., Курбаниязов З.Б., Юсупов Ш.А., Рахманов К.Э.

Самарканд, Республика Узбекистан

Самаркандский государственный медицинский институт.

Материалы и методы. В основу работы положен опыт хирургического лечения 427 больных эхинококкозом печени различной локализации, оперированных во II клинике СамМИ с 2003 по 2015 гг. В 2003-2006 гг. мы оперировали 154 (36,1%) больных, у которых обработка остаточной полости проводилась 2-5% раствором формалина. Эти пациенты составили контрольную группу. В группу сравнения включены 134 (31,4%) больных, оперированных в 2007-2010 гг., у которых для обработки остаточной полости использовался 80-100% глицерин подогретый до 70°C. В основную группу вошли 139 (32,5%) больных, оперированных в 2011-2015 гг., у которых остаточная полость при не осложненном эхинококкозе обрабатывалась горячим глицерином, а при осложненном эхинококкозе – горячим глицерином в сочетании с ультразвуком низкой частоты. Тактика лечения больных основной группы отличалась от таковой в контрольной и группе сравнения тем, что выбор оптимального хирургического доступа к кисте осуществлялся дифференцированно, а сам доступ был малотравматичным. Кроме того, в основной группе проводилась химиотерапия в полноценном объеме. Применяли альбендазол в дозе 10–12 мг/кг/сут, рекомендованной ВОЗ (1983). Препараты назначали прерывистыми курсами (1 мес лечения и 15 дней – перерыв). Результаты. Усовершенствование выбора тактики хирургического лечения эхинококкоза печени не могло не отразиться на непосредственных результатах ведения этой категории пациентов. Так, по сравнению с 2003-2006 гг. частота послеоперационных осложнений снизилась почти в 5 раз – с 18,4% до 4,0%. Значительно меньше стали встречаться такие осложнения, как нагноение остаточной полости (в 8 раз), нагноение лапаротомной раны (в 2 раза), образование желчных свищей (в 3 раза), не было поддиафрагмальных абсцессов. Как правило, рецидив заболевания диагностируется в сроки 3-7 лет, только у 12 (9,1%) больных из контрольной группы повторное развитие паразита выявлено через 7-14 лет после первичной операции, при этом диаметр кист не превышали 6 см, чаще 3-5 см, что указывало скорее на реинвазию, нежели на истинный рецидив. При исследовании желудочной секреции у 10 из 12 больных гипоацидное состояние констатировано у 9 из них, и только у одной больной была нормоцидная кислотность желудочного сока. Выявленная закономерность сроков развития рецидива эхинококкоза определяет минимальный (обязательный) срок послеоперационного диспансерного наблюдения: осмотр следует проводить в течение 7 лет, а в последующем лица с гиперацидным и нормоцидным состояниями могут быть выведены из наблюдения. Выводы: 1. Гипоацидное состояние желудочного сока является значимым фактором риска развития эхинококкоза – в 90% случаев оно ассоциируется со сниженной кислотообразующей функцией желудка. 2. Среди основных гермицидов наиболее яркое и быстрое сколексоцидное воздействие оказывает 80-100% глицерин, подогретый до 70°C, который не вызывает деструктивных изменений прилежащей паренхимы. 3. В хирургии эхинококкоза печени предпочтение следует отдавать топическому минидоступу, возможности которого можно значительно расширить путем проведения интраоперационного УЗИ и видеоэндоскопического ассистирования. Снижению травматичности вмешательства, сохранению анатомической целостности

пораженного органа, уменьшению частоты ятрогении способствует предложенный метод ушивания остаточных полостей печени. 4. Применение предложенного комплекса способствует снижению частоты послеоперационных осложнений с 18,4 до 4,0% при эхинококкозе печени, сокращению продолжительности хирургического вмешательства, уменьшению сроков стационарного лечения в два раза. 5. В 90,9% случаев рецидив эхинококкоза диагностируется в сроки 3-7 лет после операции. Только за счет интраоперационной обработки остаточной полости глицерином подогретой до 700С удается снизить частоту рецидива эхинококкоза с 28,2 до 8,8%, а применение горячего глицерина в сочетании с послеоперационной химиотерапией позволяет случаи рецидива свести к нулю.

#### **43. Complex treatment of purulent cholangitis of benign genesis by plasmapheresis**

Davlatov S.S., Amonov M.M., Suyarova Z.S.

Samarkand, Uzbekistan

Samarkand State Medical Institute

Introduction. Extrahepatic bile duct injury causes block of bile outflow into the intestine, leading to biliary hypertension, cholemia, endogenous intoxication, and liver function disturbances. Reduced hepatic clearance for substances produced in the gut is accompanied by accumulation of different water-soluble (ammonia, phenols, mercaptans) and albumin-soluble toxins (aromatic amino acids, free fatty acids, endogenous benzodiazepines and false neurotransmitters etc.). It is believed that all of the toxic metabolites accumulated in the plasma cause disturbance in hepatic function and impair metabolic processes. This condition is associated with the development of life threatening complications such as hepatic encephalopathy, cerebral edema, coma, renal failure, pulmonary edema and collapse. Modern detoxification technologies. In recent years, extracorporeal detoxification methods were widely used for the active excretion of toxic metabolites from the blood and tissue deposits. Also, some other methods such as intraportal drug administration, exchange transfusion, plasmapheresis, hemodialysis and peritoneal dialysis, lymphatic methods were proposed. The effectiveness of these methods is still discussed among different scientists, as sometimes complications exceed a benefit which limits their use in clinical practice. Also some other proposed methods including such as portal blood arterialization, cross circulation exchange transfusion, were not been widely used in practice due mostly for technical complexities of the procedures and the risk of development of severe complications in patients. Main toxic metabolites have accumulated in the blood of patients during hepatic dysfunction associated with plasma proteins, in particular albumin, but a number of compounds (e.g., ammonia, creatinine) are not bound with plasma proteins and are water-soluble. On this basis, the blood purification method in hepatic failure must meet the following requirements: • ensure removal of protein-bound and water-soluble toxins; • maintain normal acid-base and electrolyte balance; • the method must maintain its efficacy in long term use; • cause minimal side effects and complications. Plasmapheresis meets all of the above criteria which allows partial or total removal of the plasma of the patient with all the contained toxic metabolites and replacing it with adequate amount of fresh donor plasma, amino acid solutions, protein, and albumin. Types of plasmapheresis and indications for use. Depending on the application of the plasmapheresis, it can be classified into centrifugal (gravitational), when the blood is centrifugally separated into components in accordance with their specific gravity, and membranous, when plasma separation is carried out on a membrane having pores with a diameter of 0.2-0.8 mm, and filtrational in which the centrifugal force is used to improve the filtration efficiency of the plasma. Furthermore plasmapheresis can be used for more complex procedures such as - plasmadsorption, immunoabsorption, cascade plasmapheresis, cryo-apheresis et al. Plasmapheresis as a universal efferent method allows to delete all substrates found in plasma, regardless of solubility (lipid or water-soluble), molecular weight (low, medium, and high molecular weight compounds) and

presence and magnitude of electrostatic charge of a molecule. Capacity of plasmapheresis to effectively remove the broad spectrum toxic metabolites allows it to be used in the treatment of acute hepatic dysfunction, as a comprehensive treatment of jaundice of various origins. Typically, the method is used for the treatment of symptoms in hepatic failure, such as jaundice, neurological disorders (hyperbilirubinemia, increased activity of transaminases, hypoproteinemia, increased creatinine and urea et al.) and in septic complications. For the first time in Russia, plasmapheresis were used in patients with obstructive jaundice and liver failure as early as in 1977 by Y.M. Lopukhin showing significant decrease in blood bilirubin and to improve subjunctive condition of patients. Y.M. Dederer recommended 3-4 cycles of plasmapheresis as preoperative preparation of patients with obstructive jaundice which can effectively remove toxic metabolic substances and enable to perform a surgery in a more favorable conditions. A.I. Agureev and colleagues (1989) used plasmapheresis in 42 patients with obstructive jaundice and reported a reduction of bilirubin by 15-30%. The effectiveness of plasmapheresis in detoxification decreased when bilirubin concentrations was below 100 mmol/l and gradually increased with the increase of bilirubin in high concentrations. After the procedure, laboratory findings show a decrease in the concentration of intermediate molecules from 0.31 to 0.24 units. E.G. Abdullayev and colleagues used plasma exchange in patients with obstructive jaundice, and noted a decrease in intermeiate molecule concentrations by 40%, bilirubin level by 60%, and decrease in the activity of transaminases and alkaline phosphatase by 35-40%. The authors recommended plasmapheresis in the preoperative and postoperative periods as an effective way to combat with cholemic intoxication, acute liver failure and residual endotoxycosis, which significantly reduces the risk of acute liver failure and allows to expand the scope of surgical procedures. I.M. Povzhitkov and colleagues show the reduction of bilirubin in blood by plasmapheresis at an average of 49.2%. A.I. Lobakov and colleagues noted the decrease in the concentration of direct bilirubin under the influence of plasmapheresis by  $21.4 \pm 2.1\%$ . Kimata H and colleagues, applied plasmapheresis in experimental studies in dogs with obstructive jaundice noted that plasmapheresis may shorten the jaundice and can improve liver function after treatment of obstructive lesions in the biliary tract. As plasmapheresis is able to remove microbes, toxins, degradation products, immune complexes, K.V. Lapkin and colleagues consider its appropriate use in the treatment of obstructive jaundice complicated by acute inflammation in the gallbladder or bile ducts in which intoxication is caused not only hyperbilirubinemia, but also by sepsis. Conclusion. The literature data shows the use of plasmapheresis in hepatic failure and obstructive jaundice, and indicates a high efficiency of the method and the broad possibilities of its use in clinical practice. Plasmapheresis can reduce symptoms of cholemic intoxication, hepatic encephalopatya, blood bilirubin, and the concentration of intermediate molecules, reducing the activity of transaminases and alkaline phosphatase. The use of plasmapheresis in obstuctive jaundice caused by choledocholithiasis, according to many authors, has a pronounced detoxifying effect, improves the prognosis of treatment, highly effective in preoperative preparation of patients with severe holemic endotoxemia which helps stabilize the activity of cytolytic and cholestatic process, improving the protein-synthetic function of the liver. Nonetheless, there are still a lot of questions regarding indication for the number of sessions required for plasmapheresis in the preoperative and postoperative patients with cholemic intoxication. Further research is needed to improve efficiency of the method by reducing the amount of plasma substitution and reinfusion of purified plasma.

#### 44. Оценка эффективности комбинированной терапии у беременных с генитальной инфекцией по показателям эндогенной интоксикации

Раббимова Г.Т.

Самарканд, Республика Узбекистан

Самаркандский государственный медицинский институт.

Актуальность. Проблема нарушений микробиоценоза влагалища во время беременности имеет особое значение в акушерской практике, так как изменения вагинальной микрофлоры ведут к осложненному течению беременности, родов и послеродового периода, развитию инфекционно-воспалительных процессов у матери и плода, провоцирует невынашивание и недонашивание беременности. Особенности течения генитальных инфекций у беременных являются малосимптомное течение, смешанные инфекции, изменение биологических свойств самих возбудителей инфекции, активация условно-патогенной флоры, системные дисбактериозы, при этом местные изменения при глубоком рассмотрении имеют организменный уровень. Воспаление приводит к образованию в организме эндогенных токсинов первично - продуктов метаболизма бактерий, вторично - биологически активных веществ каскада сосудисто-мезенхимальных воспалительных реакций организма, возникает состояние эндогенной интоксикации (ЭИ). Важность измерения маркеров ЭИ в акушерской практике определяется тем, что их уровень свидетельствует об активности инфекционного процесса, риске преждевременных родов, избыточное их накопление оказывает токсическое действие на ткань плаценты, нарушая ее гемодинамику и барьерные функции. Учитывая отсутствие снижения инфекционной патологии женской репродуктивной системы на фоне роста устойчивости к антибактериальным препаратам имеется необходимость внедрения новых превентивных мер и терапевтических подходов для эффективного решения данной проблемы с включением методов коррекции ЭИ организма на основе отечественных арсеналов, которая снизила бы осложнения беременности, перинатальные потери, способствовала полноценному ведению беременных и сохранению их репродуктивных функций. Цель исследования – снижение частоты осложнений беременности среди пациенток группы высокого инфекционного риска путем разработки комбинированной терапии с включением фитосбора и пробиотиков. Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 185 беременных с генитальной инфекцией в сроках гестации от 22 до 37 недель. Были сформированы 2 группы: в 1-ю (основную) группу вошли 87 женщины, которым проводили лечебно-профилактические мероприятия, включающие в себя: первый этап - санация влагалища свечами «Бетадин», приемом фиточая в течение 5 дней; второй этап - пероральное и местное применение пробиотика Вагилакс. При осложнениях беременности пиелонефритами – в традиционную терапию также включали фитосбор по 200 мл.3 раза в день в течение 5 дней. Во 2-ю (сравнительную) вошли 98 беременные, получившие традиционное лечение генитальных инфекций. 3-ю контрольную группу составили 45 беременных, не имеющих клинико-лабораторных признаков генитальных инфекций. У всех обследованных беременных проводили оценку микробиоценоза влагалища (микроскопическим, бактериологическим и ПЦР - методами) и показателей ЭИ. В плазме венозной крови определяли маркеры ЭИ – МСМ280 и МСМ254 по методу Н.И. Габриэлян (1985), МДА по методу С.Г. Конюховой (1995), КА по методу М.А. Королюк и соавт. Рассчитывали соотношение МДА/КА и КУБ. Характеристика применяемого фитосбора: состоит из лекарственных растений, произрастающих в Республике Узбекистан, состоящий из надземной части растения *Codonopsis lanceolata* и *Pimpinella anisum* L., в соотношении компонентов по массе 9:1. Выбранные лекарственные растения обладают выраженным антибактериальным, антиоксидантным, антифунгицидным, иммуномодулирующим свойствами, стимулирует синтез белка, процессы клеточного роста. 5 граммов сбора заваривали в термосе и

принимали по 200 мл 5-6 раз в день за 30 мин до еды в течение до 5 суток. Характеристика пробиотика Вагилак для нормализации вагинальной микрофлоры и предотвращения рецидивов вагинальных инфекций, 1 капс. содержит пробиотические штаммы бактерий *Lactobacillus rhamnosus* и *Lactobacillus reuteri* в суммарном количестве не менее 109 живых бактерий, выделенных из урогенитального тракта здоровых женщин. Свечи «Бетадин» - содержит 200 мг повидон-йода, можно применять уже с 1-триместра беременности. Оказывает антисептическое, дезинфицирующее, противогрибковое и антипротозойное действие, блокируя аминокислотные группы клеточных белков бактерий, грибов, вирусов, простейших, действует на грамположительные и грамотрицательные бактерии. Настоящая беременность была первой у 34 (39,1 %) беременных 1-й группы и 41 (41,8%) – 2-й группы, повторнородящих с неотягощенным акушерским анамнезом в 1-й группе было 2 (2,3%), а во 2-й группе – 4 (4,1%) пациенток. Отягощенность акушерского анамнеза встречалась у 40 (46%) основной группы, и у 42 (42,8 % – сравнительной, т.е. почти у половины обследованных. У 5 (5,7%) беременных 1-й группы и 8 (8,2%) – 2-й группы в анамнезе были преждевременные роды. У 48 (25,7%) женщин основной и сравнительной групп отмечались воспалительные заболевания матки и придатков неспецифической этиологии, фоновые заболевания шейки матки. У 131 (70,8%) пациенток изучаемых групп до настоящей беременности были случаи генитальных инфекций (в том числе «скрытых» урогенитальных инфекций, трихомониаза). В контрольной группе акушерский анамнез был отягощен у 4 беременных, гинекологический анамнез был отягощен у 1 беременной в виде эрозии шейки матки, у 1 – хронического сальпингоофорита. Случаев генитальных инфекций до настоящей беременности пациентки контрольной группы не отмечали. При анализе соматической патологии выявлена высокая частота железодефицитной анемии 1 и 2-й степени (в 1-й группе – 43,1 % случаев, во 2-й – 56,3%). Заболевания почек и мочевого пузыря встречались в 1-й группе – в 43,6%, во 2 – в 35,8% случаев, заболевания желудочно-кишечного тракта в основной группе – 23,3% случаев, в группе сравнения – 25,1 %. У обследуемых женщин 1-й и 2-й групп с генитальной инфекцией аномалии прикрепления плаценты встречались у (7,8 и 4,9%), многоводие у (10,8 и 17,5%), внутриутробная гипоксия у (44,1 и 45,6%) и гипотрофия плода (12,8 и 3,9%) соответственно по группам. Все 185 беременных 1-й и 2-й групп страдали нарушениями биоценоза влагалища. Жалобы на различные обильные выделения из половых путей, зуд и жжение в области наружных половых органов предъявляли 57 (65,5%) беременных 1-й группы и 74 (75,5 %) – 2-й группы. В результате обследования среди беременных 1 и 2 групп выявлен неспецифический вагинит у 27 (31,0%) и 30 (30,6%) соответственно; бактериальный вагиноз у 18 (20,7%) и 19 (19,4%), вагинальный кандидоз у 32 (36,8%) и 30 (30,6%) соответственно, бактериальный вагиноз в сочетании с вагинальным кандидозом у 6 (6,9 %) и 10 (10,2 %) беременных, у 4 (4,6 %) и 9 (9,2 %) беременных микст-инфекция характеризовалась сочетанием вагиноза и вагинита, в том числе и «скрытые» урогенитальные инфекции. Результаты исследования. В основной группе с целью нормализации микробиоценоза влагалища была применена следующая схема комплексной терапии: местное использование в I и II триместрах беременности препарата «Бетадин» в виде вагинальных свечей 1 раз в день в течение 6 дней, во II и III триместрах - вагинальные свечи «Бетадин», «Клион Д» в зависимости от нозологии по 1 свече в день 6-10 дней. При обнаружении возбудителей урогенитальных инфекций (хламидии, микоплазмы, уреаплазмы), начиная с 14 недель беременности, назначали «Вильпрафен» по 500 мг 3 раза в день в течение 10 дней. При некоторых состояниях (в частности, при многоводии) дополнительно назначали антибактериальную терапию. Для уменьшения побочных эффектов антибактериальных препаратов и для снятия ЭИ применяли фитосбор 200 мл 3 раза в день в течение 5 суток. После I курса терапии проводился II восстановительный этап лечения с помощью пробиотиков «Вагилак» для коррекции влагалищного биотопа, а также прием фиточая в такой же дозировке. В группе сравнения использовались те же антибактериальные препараты для энтерального и местного применения в тех же дозах. Все беременные наблюдались в условиях женской консультации с повторным взятием вагинальных мазков. Анализ

результатов терапии показал, что эффективность комплексной терапии с включением фитосбора повышает эффективность общепринятой; разработанный метод санации генитальных инфекций позволяет достаточно быстро и эффективно элиминировать патогенных возбудителей, восстановить нормальную микрофлору половых путей и добиться длительного положительного эффекта. Нормоценоз во влагалищном биотопе сохранился до родов у 75 (86,2 %) беременных основной группы и у 57 (58,2%) – сравнительной. Промежуточный тип мазка перед родами был обнаружен у 1(1,15%) женщины 1-й группы и у 18 (18,4%) 2-й группы. При обследовании беременных 1 и 2-й групп до лечения отмечаются достоверно повышенные значения маркеров ЭИ. После лечения уровень маркеров СЭИ у беременных основной группы достоверно снизился ( $p < 0,05$ ), приближаясь к значениям у беременных контрольной группы. В сравнительной группе уровень маркеров ЭИ снизились, но не во всех подгруппах статистически достоверно. Также, при сравнении данных сравнительной и контрольной групп выявлено, что имеются различия. Анализ полученных результатов показал, что у беременных основной и сравнительных групп содержание МДА было увеличено в 1,3 раза по сравнению с группой контроля, что свидетельствует об интенсификации процессов свободнорадикального окисления с дестабилизацией мембранных структур клеток на фоне снижения КА в 1,1 раз, соотношение МДА/КА у беременных обеих групп по сравнению с показателем контрольной группы возросло в 1,5 раз, что указывало на активацию свободнорадикального окисления у беременных с генитальной инфекцией; в плазме крови происходит накопление МСМ: содержание МСМ254 возрастает в 1,5 раза, а МСМ280 – в 1,4 раз относительно контроля, что указывает на степень деструкции молекул белковой природы. При этом КУБ уменьшен в 1,2 раза. В результате активации ПОЛ и накопления свободных радикалов происходит нарушение структурно-функциональной целостности клеточных мембран, освобождение лизосомальных ферментов, что в конечном итоге приводит к патологическим процессам в клетке и организме в целом. Таким образом, у беременных с генитальной инфекцией происходит развитие ЭИ: на фоне активизации свободно-радикального окисления происходит накопление в плазме гидрофильных маркеров эндотоксикоза – МСМ. Из данных таблицы видно, что комбинированная терапия генитальных инфекций с включением фиточая приводит к достоверному снижению параметров ЭИ, по сравнению с группой сравнения. В нашем исследовании не была выявлена какая-либо связь между нозологической формой инфекции и уровнем ЭИ, что свидетельствует об универсальном характере процесса. Таким образом, полученные данные о динамике содержания маркеров СЭИ свидетельствуют о более быстром снижении уровня интоксикации, приближению показателей к контрольным значениями стабилизации состояния у беременных основной группы. Это отразилось на течении беременности и родов. Так, в 1-й группе преждевременные роды произошли у 3 (3,4 %), срочные – у 84 (96,10%) женщин, во второй группе соответственно у 7 (7,1%) и у 91 (92,9%). В 1 и 2-й группе дородовый разрыв плодных оболочек произошел у 24 (27,6%) беременных и 47 (47,9 %) соответственно. Многоводие диагностировано у 17 (18,4%) женщин 1-й группы и у 24 (24,5%) – 2-й группы. Беременность осложнилась угрозой прерывания беременности в 1-й группе у 8(9,2 %) беременных, пиелонефритом у 7 (8,0%) беременных, во 2-й группе у 24 (24,5) %и 26 (26,5%) соответственно. Необходимо отметить, что при применении данной схемы лечения у беременных с генитальными инфекциями, осложненными пиелонефритом также сократились сроки лечения антибиотиками и пребывание их в стационаре. Живыми в 1-й группе родились ребенка 87, в сравнительной – 97. Ранний неонатальный период протекал без осложнений у 50 (57,4%) новорожденных 1-й группы и у 29 (29,6%) – 2-й группы ( $p < 0,01$ ). Гипоксическо-ишемические поражения центральной нервной системы выявлены в 19 (21,8%) случае в 1и в 39 (39,8 %) во 2-й группе. Пневмонии и респираторный дистресс-синдром диагностированы в 1-й группе в 2 (2,3%) и в 3 (3,1%) случаях соответственно, во 2-й – в 18 (18,4%) и 15 (15,3%) случаях. Инфекционно-воспалительные осложнения (лохиометра, субинволюция матки) отмечались у 13 (14,9%) рожениц основной группы и у 22 (22,4%) – группы сравнения.



Выводы. У беременных с генитальными инфекциями происходит накопление в плазме крови маркеров эндотоксикоза, т.е. развивается синдром эндогенной интоксикации, определение параметров ЭИ позволяет контролировать лечение инфекционного процесса и прогнозировать дальнейшее течение беременности. Включение в традиционную терапию разработанной комплексной схемы лечения генитальных инфекций приводит к нормализации показателей эндотоксикоза в крови, нормализует влагалищный микробиоценоз, уменьшает частоту многоводия в 1,3 раза, дородового разрыва плодных оболочек в 1,7 раз, пиелонефритов в 3,3 раза, угрозы преждевременных родов в основной группе в 2,7 раза. Фито-пробиотическая терапия в комплексном лечении генитальных инфекций является патогенетически обоснованным, высокоэффективным методом и может быть рекомендована к широкому применению.

# **ВНУТРИПРОСВЕТНАЯ ХИРУРГИЯ**

## **1. Возможности транспапиллярных методов лечения осложнений жёлчнокаменной болезни.**

Хацко В.В., Шаталов А.Д., Нестеров Н.А., Коссе Д.М., Пархоменко А.В.

Донецк, ДНР

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Актуальность проблемы. Рост заболеваемости жёлчнокаменной болезнью (ЖКБ), отмеченный в последние десятилетия, сопровождается ростом её осложненных форм, частота которых достигает 54-65%. Холедохолитиаз (ХДЛ) наблюдается у 12,7-29,4% больных и в 48,8-91,0% является причиной механической желтухи. Хирургические вмешательства, выполняемые при высокой билирубинемии, сопровождаются большим числом осложнений, а летальность достигает 15 – 30 %. В связи с этим в настоящее время всё более широко применяются малоинвазивные способы лечения. Наиболее оптимальным вариантом лечения механической желтухи и острого холангита признан двухэтапный подход с декомпрессией жёлчевыводящих путей на первом этапе. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) большинством авторов признана оптимальным способом декомпрессии. Цель работы. Оценить возможности транспапиллярных эндоскопических вмешательств (ТЭВ) в лечении осложнённого холедохолитиаза. Материалы и методы. Проанализированы результаты 736 ТЭВ на билиарной системе, что составило 86,7% от всех пациентов с осложнённым ХДЛ. Мужчин было 192 (26,1%), женщин – 544 (73,9%). Средний возраст составил 58,3±2,1 лет. Для подтверждения диагноза в комплексном обследовании применяли ультразвуковое исследование, компьютерную или магнитно-резонансную томографию, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию или чрескожную чреспеченочную холангиографию. ТЭВ проводились по стандартным методикам с помощью аппаратов FUJINONERX – 201 Н; PENTAX – 1000 (Япония) и С-дуги. Результаты и обсуждение. Причиной нарушения проходимости жёлчных протоков у пациентов явились: первичный ХДЛ – в 460 (62,5%) случаях, резидуальный ХДЛ – в 182 (24,7%) случаях, рецидивный ХДЛ – в 94 (12,8%) случаях. Первым этапом всем больным была выполнена ЭПСТ, показаниями к которой были: холангиолитиаз с картиной механической желтухи и/или холангита; холангиолитиаз и стеноз БДС при калькулёзном холецистите у пациентов с высокой степенью операционного риска, атипичный микрохоледохолитиаз и стеноз БДС при отсутствии камней в жёлчном пузыре; вклиненный конкремент дистального отдела холедоха, сопровождающийся желтухой и холангитом. У лиц с факторами риска развития панкреатита до и после ЭПСТ вводили сандостатин, антибактериальные препараты, спазмолитики, нестероидные противовоспалительные средства, блокаторы протонной помпы. В 14 случаях ЭПСТ не удалось выполнить из-за парапапиллярного дивертикула, стеноза папиллы (8), больших конкрементов в холедохе (6), этим больным выполнено открытое оперативное вмешательство. При успешной папиллотомии с литоэкстракцией у пациентов с первичным ХДЛ, вторым этапом была выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), за исключением 3 больных, отказавшихся от дальнейшего лечения и 2 пациентов, у которых анестезиологический риск превышал операционный. После ЭПСТ осложнения возникли у 58 (8%) чел.: острый панкреатит – у 40, из которых у 6 отмечен деструктивный процесс в поджелудочной железе с присоединением плевропневмонии у 4 из них, и ферментативного перитонита – у 10. Кровотечение из папиллотомной раны наблюдалось у 3 пациентов: в 1 случае оно было остановлено эндоскопически, в 1 – консервативно, а у одной пациентки, в связи с неэффективностью консервативной гемостатической терапии, выполнена лапаротомия, дуоденотомия, прошивание и перевязка кровоточащего сосуда. Холангит развился у 5 больных.

Перфораций двенадцатиперстной кишки не было. Умерли 3 (0,4%) больных: 1 пациентка 69 лет - после купирования острого панкреатита на 7-е сутки от тромбоэмболии легочной артерии, 2 пациента – от прогрессирующего деструктивного панкреатита. Выводы. Транспапиллярное эндоскопическое вмешательство у пациентов с осложнённым ХДЛ, обусловленным нарушением проходимости общего жёлчного протока, является эффективным методом, позволяющим не прибегать к повторным лапаротомным операциям. Двухэтапные вмешательства (ЭПСТ + ЛХЭ) целесообразны для лечения осложнённых форм ЖКБ, особенно у лиц с тяжёлой сопутствующей патологией в пожилом и старческом возрасте.

## **2. Фиброхолангиоскопия при лапароскопическом лечении калькулезного холецистита и холедохолитиаза.**

Шаталов А.Д., Коссе Д.М, Войтюк В.Н., Шаталов С.А., Хачатрян А.А.

Донецк, ДНР

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Количество больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) каждые 10 лет увеличиваются вдвое. На современном этапе одноэтапные лапароскопические вмешательства на жёлчном пузыре и протоках являются одним из методов выбора хирургического лечения ЖКБ и её осложнений. В отличие от интраоперационной холангиографии интраоперационная фиброхолангиоскопия (ИФХС) позволяет детально обследовать дистальные и проксимальные отделы билиарной системы, выявлять внутри – и внепечёночный литиаз, оценивать выраженность холангита, взять биопсию с изменённого участка. Важным преимуществом ИФХС является возможность использовать её не только с диагностической целью, но и с лечебной. Цель исследования. Улучшить результатов лечения больных с калькулезным холециститом и холедохолитиазом (КХХДЛ) путем внедрения одноэтапного лапароскопического метода с применением интраоперационной фиброхолангиоскопии. Материалы и методы. Проведен анализ результатов одноэтапного лапароскопического лечения за последние 6 лет у 48 пациентов с КХХДЛ, у которых применена ИФХС. Среди них было 33 женщины и 15 мужчин в возрасте от 27 до 68 лет. Обтурационная желтуха осложнила течение жёлчекаменной болезни у 16 (34,2%) больных, холангит наблюдался у 12 (25,3%). Применяли фиброхоледохоскоп «Chart» (Германия), видеолапароскопическую технику и инструменты фирмы «Karl Storz» (Германия). Показаниями для проведения ИФХС явились: предоперационные признаки билиарной гипертензии (повышение показателей билирубина, щелочной фосфатазы, гаммаглутамилтрансферазы, наличие желтухи или холангита, расширение общего жёлчного протока (ОЖП) более 8 мм по данным ультразвукового исследования), а также данные визуального осмотра ОЖП во время операции. Результаты и обсуждение. После лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), интраоперационной холангиографии, фиброхолангиоскопия выполнялась в двух вариантах: через разбужированный пузырный проток с помощью баллонного ангиодилататора (35) или через холедохотомное отверстие (13). Холангиоскопию начинали с ревизии дистального отдела ОЖП, а затем осматривали проксимальные отделы билиарной системы. При осмотре фатерова сосочка оценивали проходимость, наличие изменений слизистой, конкрементов, замазкообразной массы. У 46 пациентов были выявлены конкременты в дистальном отделе ОЖП, у 2 - сочетание внутripечёночного литиаза с конкрементами в ОЖП, у 6 – стеноз фатерова сосочка. У 42 пациентов удалось удалить конкременты через пузырный проток с помощью корзинки Дормиа, в 5 - путём «сцеживания» через холедохотомическое отверстие. У 1 больной при «вклиненном» камне в супрапапиллярной части общего желчного протока (ОЖП) выполнена конверсия с открытой холедохолитотомией. После ХЭ, холедохоскопии и холедохолитоэкстракции в 40 случаях ОЖП дренирован по Холстеду - Пиковскому, у 8

больных наложен шов ОЖП. После операции не было выраженного болевого синдрома, пареза кишечника, нарушения функции внешнего дыхания. На 2-й день пациенты активизировались. Наблюдали 3 осложнения - желчеистечение по улавливающим дренажам, самостоятельно прекратившихся на 6 сутки. Летальных исходов не было. Пациенты были выписаны на 6-7 сутки после операции. Выводы. В настоящее время одноэтапные методы лапароскопического лечения КХХДЛ являются менее травматичными и более физиологическими, позволяют сохранить сфинктерный механизм большого дуоденального сосочка. Применение по показаниям ИФХС при лапароскопических операциях у больных с осложнённой жёлчнокаменной болезнью является обязательной частью оперативного лечения, что позволяет сократить объём и время операции, качественно улучшить состояние больных, сократить срок госпитализации.

### **3. Роль эндохирургии в коррекции осложнений операции видеолапароскопической холецистэктомии**

Балалыкин А.С.(1), Курдо С.А.(3), Свергуненко С.В.(3), Гвоздик В.В.(3), Саввин В.Ю.(3), Барбадо Мамедова П.А.(2), Рыжкова М.М.(3), Шпак Е.Г.(3), Архипкин А.К.(3), Амеличкин М.А.(1)

1) Москва, 2) Наро-Фоминск, 3) Реутов

1) 3 ЦВКГ им. Вишневского, 2) Наро-Фоминская РБ 1, 3) ЦГКБ г. Реутов

Актуальность. Операция лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) была воспринята хирургами и сдержанно, и негативно (как и все эндоскопические методики) и этот взгляд поттвердили ее неудачи (повреждения желчных протоков), которые мы впервые в 1993 году анализировали и классифицировали. Пропаганда и обучение в рамках РОЭХ и различных курсов, привели к ее широкому применению, сделали альтернативой традиционной хирургии (ТХЭ), но проблемы остаются. Наметилось и новое направление их коррекции – эндохирургия (ЭХ). Цель исследования: оценить возможности ЭХ в коррекции некоторых неудач операции холецистэктомии (ХЭ). Материалы и методы, обсуждение. В 2015-2016 гг мы наблюдали 87 больных с неудачами операций ХЭ: 7 с повреждениями желчных протоков (ЛХЭ-6, ТХЭ-1); 4 с желчеистечениями из-за негерметичности наружных дренажей желчных протоков (НДЖП) (3 Т-образных, 1-трубчатый); 17 с несостоятельностью культи пузырного протока (НКПП); 1 с желчным свищом (ЖС); 7 со стриктурами желчных протоков (ЖП); 27 с забытыми камнями; 1 с неполной ХЭ. Клинически они сопровождались перитонитом (4), желтухой (19), желчеистечением (13) и другими проявлениями, у 21 они сочетались. После ЛХЭ у больных превалирующими были повреждения ЖП (6 из 7), НКПП (14), стриктуры ЖП (6 из 7), а после ТХЭ у 44 больных – желчеистечения в брюшную полость и наружу (14), холедохолитиаз (23) и др. Итак, для ЛХЭ главной проблемой являются повреждения ЖП и НКПП, а при ТХЭ – проблемы НДЖП, холедохолитиаз и аденомы БДС. Недостаточное предоперационное обследование (игнорирование чреспапиллярной ЭХ) – причина неадекватных операций ТХЭ. Чреспапиллярная ЭХ представляет новое направление в коррекции ряда неудач операции ХЭ, ставшее методом лечения 66 из 87 пациентов и включающее комплекс: эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ), литотрипсия, экстракция камней и фрагментов, восстановление естественного тока желчи стентированием пластиковыми и металлическими стентами при касательных повреждениях ЖП (3 из 5 больных), желчеистечении в брюшную полость по НДЖП (11 из 14), НКПП (12 из 17), холедохолитиазе (23 из 27), аденоматозе БДС (11) и т.д. Несомненны перспективы лапароскопии при НКПП (3 из 17) и холелитиазе (2). Традиционная хирургия остается незаменимой при травмах (3 из 6) и стриктурах ЖП (4 из 7 больных). Умер 1 больной 82 лет с желчным перитонитом с Т-образным дренажом от печеночной недостаточности.

Выводы: 1. Перед операцией ХЭ абсолютно показана дуоденоскопия эндоскопом с боковой оптикой. 2. Эндоскопическая хирургия перспективна при касательных повреждениях ЖП, НКПП, дефектах НДЖП.

#### **4. Наружное дренирование желчных протоков: ошибки, неудачи, пути решения.**

Балалыкин А.С.(1), Курдо С.А.(3), Свергуненко С.В.(3), Гвоздик В.В.(3), Саввин В.Ю.(3), Барбадо Мамедова П.А.(2), Рыжкова М.М.(3), Шпак Е.Г.(3), Архипкин А.К.(3), Амеличкин М.А.(1),

1) Москва, 2) Наро-Фоминск, 3) Реутов

1) 3 ЦВКГ им. Вишневого, 2) Наро-Фоминская РБ 1, 3) ЦГКБ г. Реутов

Актуальность. Холедохолитиаз (ХЛ), сопровождаемый механической желтухой и холангитом, был и остается серьезной проблемой хирургии, определяя сложность и неадекватность операций. Несмотря на эффективность интраоперационных методов исследования (холангиография, холедохоскопия, эндоУЗИ), они мало используются на практике, особенно в условиях городских и районных больниц. Хирурги ограничены во времени при проведении операции, и методом выбора скорейшего ее завершения является наружное дренирование желчных протоков (НДЖП). Несмотря на успехи чреспапиллярной эндохирургии (ЧПЭХ), до 20% пациентов подвергаются традиционной холедохолитотомии (ХЛТ). За многолетнюю историю предложены разные методы НДЖП и предпринимались многочисленные попытки усовершенствования дренажных трубок, но лишиться метод недостатков не удалось, и их коррекция является сферой деятельности эндоскопистов. Целью исследования являются предварительный анализ негативных сторон НДЖП и место ЧПЭХ в решении этой проблемы. Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 2012 больных с ЖКБ с целью изучения частоты и вида НДЖП и 37 больных с НДЖП с целью изучения проблем НДЖП, включая больных из других лечебных учреждений. Операция лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) выполнена у 1659 (89.5%), завершившаяся у 8 (2.5%) НДЖП (6 через культю пузырного протока (КПП) и 2 Т-образных); традиционная холецистэктомия – у 195 (10.5%) больных с 27 (13.9%) НДЖП (12 через КПП и 15 Т-образным дренажом). Оперировано 57 больных «постохолецистэктомическим синдромом» с холедохолитиазом, 17 из них (29.8%) выполнена традиционная холецистэктомия с 3 Т-образными дренажами и 40 (70.2%) проведены чреспапиллярные операции (ЧПО). В эндоскопической хирургии частота операций НДЖП реже (2.5% против 13.9%) чем в традиционной и используется чаще дренирование через КПП. В этом, во-первых, заслуга ЧПЭХ, как первого этапа лечения больных с сочетанными поражениями, во-вторых, слабость лапароскопической хирургии из-за неподготовленности хирургов. Обсуждение. Проблемами НДЖП являются: 1. Недостаточная объективность и обоснованность проведения операций НДЖП; 2. Ошибки названия, выбора и обработки дренажей; 3. Методические и технические ошибки проведения НДЖП; 4. Нарушение принципов послеоперационного ведения больных с НДЖП; 5. Осложнения НДЖП и их лечение. Наблюдали 37 больных с НДЖП у 35 из которых отмечено 52 различных неудач, ошибок и осложнений, что позволило нам, включая анализ литературы, выделить проблемы и их решения. Недостаточная объективность и обоснованность показаний к проведению НДЖП включает: - недостатки диагностики; - субъективизм хирурга, недостаток опыта, малая информативность обследования; - малая информативность применяемых интраоперационных методов обследования; - недостаточный опыт хирурга и помощников; - неадекватная санация желчных протоков. При анализе литературных данных можно обнаружить различные мнения, в одном из встреченных исследований, НДЖП выполнялось «при его умеренном расширении (до 8-10 мм), предположении о наличии стенозирующего папиллита, кокрементов в ОЖП, явлениях острого или хронического панкреатита» (Ничитайло М. Е.

с соавт., 1993). И это в НИИ, где, видимо, тоже имеются ограничения в интраоперационном обследовании, а что имеет место в городских и районных больницах? Хорошо, что есть НДЖП. Недостатки НДЖП после ХЛТ определяли мечту хирургов о необходимости до-операционной санации желчных протоков. Это выразилось в двухэтапной тактике лечения холелитиаза с внедрением в клинику эндоскопической папиллотомии (ЭПТ), литотрипсии и др., которые были встречены хирургами негативно, но спустя десятилетия, постепенно внедрены в практику городских и районных больниц. Однако у 15-25% больных ЧПО неудачны, и методом лечения остается традиционная ХЛТ, лишь в ряде клиник выполняемая лапароскопически. И, тем не менее, эндоскопическая ретроградная холангиография (ЭРХГ), тем более ЭПТ, приближают хирургов к адекватным операциям. Ошибки названия, выбора и обработки дренажей: - недостаточность знаний проблемы; - плохое качество и неадекватные параметры трубок; - неправильная обработка дренажных трубок. Из 23 Т-образных дренажей, названных "H. Kehr", только 9 (39%) были таковыми (срезанная полуокружность), а остальные были дренажами "J. Deaver" (несрезанная полу-окружность). «Оценивая Т-образный дренаж Kehr..., сложность и травматичность его удаления... некоторые авторы рекомендуют укорачивать горизонтальную... часть дренажа Kehr или срезать ее в виде желоба на половину трубки» (О. Б. Оспанов, 1997, ссылаясь на Э. И. Гальперина и Ю. М. Дедерера, 1987) Так дренаж Kehr описывается как импровизация хирургов. То же можно сказать и о дренаже по А. В. Вишневному (2 (5.4%) наблюдения из 37 после ХЛТ): нам, патриотам, надо называть его именем A.Lane (1892), если мы не используем принцип «сифон-манометр» (а он и не используется!) в послеоперационном периоде. Дренажом Д. Л. Пиковского (через КПП) называют дренаж W. Halsted (1897). У хирургов нет разнообразия трубок: они либо не знают их, либо не ищут. Ошибки проведения операции НДЖП включают: - ошибки выбора места (высокое) установки дренажа; - Неправильное размещение дренажной трубки в гепатикохоledохе (2 – 5.4%); - Использование нерассасывающихся нитей для фиксации дренажа (1 – 2.7%), приводящие к трудностям удаления, дискомфорту больных, образованию гранул (1 наблюдение); - дефекты фиксирования (тугое, слабое) дренажной трубки; - пренебрежение дренированием брюшной полости. Ошибки ведения послеоперационного периода: - длительное обильное желчеистечение по дренажу (7-19%); - Пассивное ведение послеоперационного периода; - Неправильное расположение желчеприемника; - Преждевременное и позднее удаление дренажа; - Удаление дренажа без контрольной холангиографии; - Длительное пребывание больных в стационаре. Осложнения НДЖП (ранние, поздние) у 37 больных: - Перегибы дренажных трубок (2-5.4%); - Неправильное положение бранш и нарушение проходимости желчных путей (2-5.4%); - Деформация гепатикохоledоха (1-2.7%); - Дислокация дренажа (1-2.7%); - Подтекание желчи мимо дренажа в брюшную полость (3–11.1%); - Обильное длительное желчеистечение по дренажу (7-18.9%); - Повреждение гепатикохоledоха при извлечении дренажа (2-5.4%); - Желчный перитонит, абсцессы (2-5.4%); - Холангит (5-13.5%); - Желчный свищ (1-2.7%); - Стриктуры гепатикохоledоха (3-11.1%). Итак, из неудач НДЖП Т-образным дренажом у 20 из 23 больных, у 17 из которых был ХЛ, у 4 отмечены проблемы желчеотделения в брюшную полость, у 2 – повреждение желчного протока и др.; а при НДЖП через КПП – у 5 из 12 – ХЛ, подтекание желчи – у 2 и др. Традиционная лапаротомия для их коррекции проведена у 5 больных (умер 1 пациент 82 лет с желчным перитонитом), лапароскопия у 1 и эндоскопия у 31 больного. Таким образом, эндоскопия – это «палочка-выручалочка» в решении проблем НДЖП. Выводы. Проблемы операций НДЖП обусловлены недостаточной информационной и технической подготовленностью хирургов, игнорированием современных методов интраоперационного обследования, плохой оснащенностью, ограниченным применением лапароскопической и чреспапиллярной хирургии при сочетанных поражениях.

## **5. Возможности эндоскопического лечения больших доброкачественных новообразований желудочно-кишечного тракта.**

Малаханов С.Н., Брагин Н.С., Ларионов А.В.

Ростов-на-Дону

ФГКУ «1602 военный клинический госпиталь» МО РФ

По свидетельству разных авторов, частота заболеваемости доброкачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта колеблется от 1,7 до 19,8%. Методы открытой хирургии длительно считались основными в лечении больных с этими заболеваниями. С 70-80-ых годов прошлого столетия в хирургическую практику стали активно внедряться методы эндоскопического лечения новообразований. В настоящее время основной метод лечения доброкачественных опухолей – это малоинвазивная эндоскопическая полипэктомия (С.А. Балашенцева 2009 г., Сотников В.Н. и соавт. 2006 г.). Размеры доброкачественных опухолей в последние годы перестали быть противопоказаниями к их эндоскопическому удалению. Цель исследования: изучить возможности эндоскопических методов лечения больных с большими доброкачественными опухолями желудочно-кишечного тракта. Материалы и методы. Мы обладаем опытом лечения 21 больного (13 мужчин и 8 женщин) с большими доброкачественными опухолями желудка и 18 больных (8 мужчин и 10 женщин) с доброкачественными новообразованиями толстой кишки, основания которых были более 3 см в диаметре, а длина - от 3 до 8 см. Возраст больных: 39-78 лет. Ворсинчатые опухоли выявлены у 6 больных в желудке и у 12 больных в толстой кишке, у одного больного была липома толстой кишки и еще в одном случае выявлена ангиолейомиома желудка. Остальные больные имели папиллярно-тубулярные аденомы. У большинства больных (78%) в течение длительного времени заболевание протекало бессимптомно или с симптомами, характерными для синдрома раздраженного кишечника, гастрита. У одной больной ангиолейомиома желудка осложнилась изъязвлениями над опухолью с кровотечениями, вызвавшими выраженную анемию. Признаки невыраженной анемии, следы крови в кале имели 23% больных. Тактика удаления опухоли основывалась на анатомических особенностях самой опухоли и её локализации. Мы старались удалять новообразования петлём. В связи с большими размерами образований у 91% больных операция выполнялась в 2 этапа и более. Количество этапов у больных со стелющимися опухолями площадью до 7-8 см достигало 14. Основные методы, применявшиеся для удаления больших полипов: петельная электроэксцизия (одно-, многоэтапная); коагуляция шариковым электродом; аргоно-плазменная коагуляция; многоэтапная резекция слизистой. Дополнительные методы удаления больших полипов: лигирование ножки полипов, инъекция растворов в основание опухоли. Инъекция растворов в подслизистый слой выполнялась с целью увеличить его толщину и с гемостатической целью. Результаты и их обсуждение. Количество этапов при петельной электроэксцизии зависело от относительных размеров опухоли и полого органа, размеров основания полипа и толщины стенки органа. Сила и характер тока применяемого во время операции зависели от перечисленных критериев, плотности пересекаемой ткани и степени её васкуляризации. Основные особенности при удалении больших новообразований связаны с трудностями: - захвата опухоли петлём и другими инструментами; - визуализации всей поверхности опухоли и мест прилегания её к стенкам желудочно-кишечного тракта; - извлечения опухоли из желудочно-кишечного тракта. В ближайшем послеоперационном периоде у четырёх больных отмечалось кровотечение (1-оперативное лечение, 3- консервативное лечение), у одного – перфорация толстой кишки (лечение оперативное), у двух больных после извлечения больших фрагментов опухоли из желудка были отмечены неглубокие надрывы слизистой в кардиальном отделе. Инъекции растворов в подслизистый слой, наложение лигатуры на основание опухоли перед её удалением, метод удаления опухоли

по частям позволяют снизить вероятность перечисленных осложнений. В одном случае извлечение плотной подслизистой опухоли (ангиолейомиомы 3,5x4x5,5 см) желудка стало возможно только после раздавливания её механическим литотриптором. В отдалённом послеоперационном периоде рецидив имел место у трёх больных (лечение – повторная эндоскопическая полипэктомия). Выводы. Большой размер полипов желудочно-кишечного тракта не является противопоказанием для эндоскопической полипэктомии, однако риск интра- и послеоперационных осложнений при её выполнении достаточно высокий. Разделение полипэктомии при удалении больших полипов на несколько этапов позволяет снизить вероятность возникновения осложнений. С помощью механического литотриптора можно размягчить крупные и плотные новообразования желудка и тем самым облегчить их извлечение.

## **6. Опыт эндоскопического бужирования доброкачественных стенозов пищевода.**

Брагин Н. С., Татарин С. Н., Панов В.В., Малаханов С.Н.

Ростов-на-Дону

ФГКУ «1602 военный клинический госпиталь» МО РФ

Актуальность темы. Рубцовые сужения пищевода относятся к числу тяжелых осложнений, которые приводят к значительным нарушениям и характеризуются расстройством водно-электролитного, жирового, белкового, витаминного балансов. Хирургия рубцовых стенозов пищевода остается прерогативой отдельных специализированных клиник, при этом хирургическое лечение связано с риском серьезных осложнений. Поиск оптимальных путей восстановления проходимости рубцового сужения пищевода ведется не одно десятилетие, но отсутствие тенденции снижения числа пострадавших, высокий уровень осложнений и условно удовлетворительные результаты консервативного и хирургического лечения вынуждают продолжать совершенствование известных методов и разработку новых. Выбор метода лечения доброкачественных рубцовых стенозов пищевода определяется протяженностью и степенью сужения, а также возможностями лечебного учреждения. В последнее десятилетие в 1602 ОВКГ активно развиваются эндоскопические методы лечения стенозов: бужирование по проводнику, баллонная дилатация, установка саморасширяющихся стентов и др. С получением в конце 2007 года бужей типа Savary-Gilliard и баллонного дилататора с раздувающим устройством COOK, созданы условия для эндоскопического лечения стенозов пищевода. Цель исследования: Наш опыт применения эндоскопического бужирования по направляющей струне включает 17 случаев. Из них 12 мужчин и 5 женщин в возрасте от 19 до 73 лет. После ожога пищевода стеноз развился у 4 больных, у 7 - как осложнение рефлюкс-эзофагита, в 6 случаях был стеноз анастомоза. Сужение просвета пищевода у 12 больных было III-IV степени, у 7 больных - I-II степени. В трех случаях стенозы были множественными. Протяженность стенозов составляла от 2мм до 8 см. Сроки появления первых клинических признаков до начала бужирования составили от 1 месяца до 10 лет. При стенозах пищевода у всех больных имелась дисфагия, степень выраженности которой определяли по шкале S.G. Bown в баллах. Перед проведением бужирования пищевода всем больным проведено рентгеновское исследование пищевода с целью определения степени стеноза, его уровня и протяженности. Методика бужирования заключалась в проведении через канал эндоскопа направляющей струны под контролем зрения, по которой вводились бужи различного диаметра, от 5 мм до 20 мм. Контрольная эндоскопия после бужирования выполнялась периодически. Лечение проводилось курсами. Первый этап выполнялся стационарно в течение 2 недель, для премедикации использовали холинолитики и ненаркотические анальгетики. В ходе сеанса бужирования последовательно использовались 2-3 бужа, например, 5-7-9 мм. На протяжении всего лечения больные получали антацидные препараты, масло облепихи и шиповника. Курс



заканчивали по достижении желаемого диаметра просвета пищевода (около 15-18 мм). Ввиду склонности к рестенозу, в ближайшее время после окончания первого этапа больные переводились на амбулаторное поддерживающее бужирование. Профилактическое бужирование выполнялось сначала с интервалом в неделю, затем – 2 недели, далее – по нарастающей до года. В 3 случаях бужирование по струне дополнялось непродолжительной, до 3 недель, установкой саморасширяющихся стентов. В настоящее время под наблюдением находятся 4 больных. Профилактическое бужирование продолжается 2 больным с интервалом в 12 месяцев, 1 больному через 6 месяцев, 1 больному, завершившему первый курс бужирования, через 2 месяца. Самостоятельно прекратили профилактическое бужирование 4 больных (причина неприбытия неизвестна, связь с больными утрачена). Результаты и их обсуждение. В ходе лечения достигнут положительный эффект в 15 случаях, дисфагия уменьшилась до 0 (норма) или 1 (периодические затруднения при прохождении твёрдой пищи) балла по S.G. Bown. Как правило, максимальный диаметр используемых бужей составлял от 15 до 18 мм, в отдельных случаях использовался буж диаметром 20 мм. Для достижения положительных результатов в среднем требовалось 10-15 бужирований. В одном случае было сделано более 90 бужирований, они выполнялись в течение 4 лет. Всего в ходе проведенных бужирований имели место 2 перфорации пищевода. После оперативного лечения у одного пациента выполнена пластика пищевода, у другого – дренирование средостения, затем продолжено профилактическое бужирование. В одном случае проявления перизофагита разрешилось после консервативного лечения. Незначительные контактные кровотечения капиллярного типа в зоне бужирования лечились консервативными методами. Выводы: 1) Эндоскопическое бужирование по направляющей струне, являясь эффективным методом для лечения рубцовых стенозов пищевода, может быть дополнено непродолжительным стентированием саморасширяющимися стентами. 2) Для профилактики рестенозов необходимы повторные длительные курсы бужирований до стабилизации полученных результатов. 3) Для профилактики осложнений необходим индивидуальный подбор режимов лечебного и профилактического бужирования с учётом особенностей течения заболевания у конкретного больного.

## **7. Эндоскопическая хирургия заболеваний панкреатобилиарной системы: от истории к настоящему.**

Балалыкин А.С.(1), Балалыкин Д.А.(1), Шулешова А.Г.(1), Муцуров Х.С.(2), Гвоздик В.В.(1), Ульянов Д.Н.(1), Барбадо Мамедова П.А.(1)(4), Бурматова Т. В.(1)(4), Фомичева Н.В.(1), Оразалиев Г.Б.(3), Данилов Д.В.(1)

1) Москва, 2) Грозный, 3) Беруни

1) ЦГМА УД Президента РФ, 2) ГМУ, г Грозный, 3) ЦРБ г. Беруни, 4) ГБУЗ МО Нарофоминская,

Актуальность. Замалчивание и забвение прошлых событий и личностей – преступление, оно делает нас невеждами, а будущее бесперспективным. Цель исследования – обозначить кратко исторические даты и события в развитии внутрипросветной и лапароскопической хирургии, в частности, заболеваний панкреатобилиарной системы. Материал и обсуждение. Внутрипросветная чреспапиллярная эндоскопическая хирургия (ВПЭХ) началась в конце 60-х гг, когда ученики терапевтов В.Х.Василенко и А.С.Логинова (Л.К.Соколов, Ю.В.Васильев, Н.Н.Малкерова и др.) внедрили в клиническую практику дуоденоскопию и ЭРПХГ, а в 1976 г. под руководством Д.Ф.Благовидова и В.А.Вишневого выполнили операцию эндоскопическую папиллотомию. Это начинание поддержали хирурги В.С.Маят, Ю.А.Нестеренко, Ю.М.Панцырев, В.С.Савельев (ученики Балалыкин А.С. Галлингер Ю.И. Шаповальянц С.Г.) и А.А.Шалимов, в клинике которого

Ю.М.Семин к 80-му г. выполнил более 1000 ЭРПХГ и сотни ЭПТ. Его сообщение было конференцией встречено громким недоверием и отрицанием, хотя в клиниках В.С.Савельева и Ю.М.Панцырева тоже был уже накоплен опыт этих операций В 80-е г. в клинику были внедрены операции, восстанавливающие естественное желчеотведение (НБД, пластиковое стентирование), а позднее и саморасширяющиеся металлические стенты (Ю.И.Галлингер, М.В.Хрусталева) ВПЭХ стала методом лечения холангиолитиаза, новообразований и др. заболеваний и их осложнений. Нами с 1976 г. выполняется до 200-300 вмешательств, эффективность комплексного применения которых при ЖКБ составляет до 75-85 %, а при опухолях - 65-78 %, осложнения – 3,8-6,5%, а летальность – 0,8 – 1.1%. Мы считаем, что, кроме прочих, проблемами ЧПЭХ являются нестандартные ситуации, которые мы подразделяем на желудочно-кишечные (сужения, дивертикулы...), папиллярные (новообразования...), протоковые (крупные складированные камни...) и внутрпеченочные. Мы предложили классификацию негативных сторон ЧПЭХ, включающую неудачи, ошибки и осложнения, для профилактики которых необходимы: создание рентген-эндоскопической операционной и оснащение ее качественным рентгеновским, электрохирургическим и прочим оборудованием, выполнение вмешательств под контролем анестезиолога и внутривенным обезболиванием, возможности проведения лапаротомии, полноценная (3-4 участника) бригада, прогнозирование алгоритма ЧПЭХ на основании рентгено-эндоскопических исследований, Для ВПЭХ серьезной проблемой является хронический калькулезный панкреатит, тормозом в лечении которого являются трудности выполнения операции вирсунготомии и отсутствие специальных инструментов (контактные литотрипторы, корзины...), Новым направлением ВПЭХ является операция папилэктомиа при опухолях БДС. Опыт 37 операций показал, что для ее выполнения требуются точность диагностики инвазивности процесса (эндоузи), разнообразия инструментов, комплексности операций и т.д. Ошибки в диагностике и тактике лечения имели место у 1 больного, осложнений не было. Лапароскопическая хирургия (ЛХ). Конец 60-х гг знаменуется коренным изменением менталитета хирургов по отношению к лапароскопии – от диагностического метода терапевтов (Дорофеев В.М., Логинов А.С.) и хирургов (А.М.Аминев, Г.И.Лукомский, Е.Березов) лапароскопия стала методом неотложной диагностики острых хирургических заболеваний (Пантюшенко Т.А., Зарицкий И.И.) и лечения их. Основоположником мировой ЛХ считаем И.Д.Прудкова – он разработал выполнение простейшими инструментами традиционных хирургических операций органостомий. Лапароскопическая холецистостомия стала методом выбора лечения острого холецистита и механической желтухи различной этиологии, особенно в сочетании с ВПЭХ (В.С.Савельев). Простейшей, но важнейшей операцией стало лапароскопическое направленное дренирование и лаваж брюшной полости (А.С.Балалыкин), ставшей основой лечения перитонита, особенно панкреатогенного. При гонорейном открытом перитоните хирурги исключили проведение лапаротомии и исключили пребывание непрофильных больных в хирургии Создание фирмой «Шторци » нового эндоскопического оборудования и инструментов и поступившего в Россию через 5 лет после Европы, определило возникновение нового направления в ЛХ – выполнение традиционных хирургических заболеваний через проколы брюшной стенки – холецистэктомия, резекция желудка и толстой кишки и др. (А.С.Балалыкин, Ю.И.Галлингер, О.Э.Луцевич, В.П.Сажин ). В России это был 1991 г, когда была выполнена ЛХЭ и проведена в Курске первая посвященная ей конференция и опубликовано первое сообщение (В.С.Савельев). ЛХЭ смтала учебным эталоном ЛХ и предметом продолжающихся дискуссий и критики хирургов за опасные осложнения и прежде всего повреждения желчных протоков.Частота повреждений желчных протоков (ПЖП) (0.3-3.0%) как основного и Ю грозного осложнения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) превышает таковую при открытом оперативном вмешательстве (0.1-0.8%) (Гальперин Э.И., 2003). С 1991 г накоплен опыт более 3000 операций ЛХЭ. Конверсия при операции ЛХЭ в разные периоды варьировала в пределах 0,8-1,9%, осложнения - 3,7-5,2%, послеоперационная летальность – 0,3-0,5%. Повреждения

желчных протоков имели место у 6 (0,2%), в том числе касательные - у 3 (0,1%), ожоги – у 1 (0,03%), пересечение – у 2 (0,07%) пациентов. Актуальность проблемы заставила нас разработать классификацию осложнений, включающую 1 - опасность для жизни пациентов; 2 - время проявления; 3 - характер клинического течения 4 - тип повреждений; 5 – локализация; 6 - время диагностики; 7 - вид лечения. Профилактика осложнений: хорошая визуализация элементов операционного поля, тщательность выполнения технических приемов, применение нестандартных способов оперирования в анатомически сложных ситуациях (открытая и неполная холецистэктомия с мукоклазией), использование гибкой эндоскопии, эндо УЗИ и т.д. При операционной диагностике ПЖП тактика и характер их коррекции определяются особенностями повреждений, возможностями хирурга, наличием оборудования и умением им пользоваться. Тактика диагностики и лечения ПЖП в послеоперационном периоде определяется клиникой. При наружном желчеистечении по дренажу без перитонита и желтухи (16 пациентов из 3000 оперированных, 0,5%), обусловленных проблемами (прорезывание клипсами и их недостаточностью, но не повреждениями протоков) пузырного протока показаны диагностические УЗИ и ЭРХГ и лечебные ЭПТ и, обязательно, стентирование или назобилиарное дренирование (ликвидация запирающей функции дуоденум). При касательных повреждениях и неполных окклюзиях правого, общего печёночного и общего желчного протока и желтухе первичные методы – чреспапиллярные вмешательства, а при желчном перитоните – лапароскопия. Пересечения и полные окклюзии желчных протоков показано хирургическое лечение. Повреждения желчных протоков были часты в 90-е годы, так как операцию применяли врачи разных специальностей, овладевшие оборудованием. Она актуальна и теперь, ибо неудачи не минуют хирургов с разным опытом работы и дискредитируют современное направление хирургии. Резюме. 1. Современная эндоскопическая хирургия заболеваний органов панкреатобилиарной системы – дорогостоящее перспективное направление хирургии. 2. Ее развитие определяют реформирование нормативных актов, широкая и глубокая пропаганда и обучение врачей, сохдание собственной материально-техической базы.

## **8. Осложнения при удалении полипов толстой кишки**

Потеряхин В.П., Долгополов В.В., Чайка О.О., Торба А.В., Жаданов В.И.

Луганск, ЛНР

ГУ «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки»

Актуальность: В структуре онкозаболеваемости почти всех экономически развитых странах Европы и Америки колоректальный рак составляет от 9 до 14%. В настоящее время полипы толстой кишки рассматриваются как облигатный предрак с высокой частотой малигнизации, достигающей при ворсинчатых полипах 90%. Будучи малоинвазивной хирургической методикой, эндоскопическая полипэктомия при правильной тактике отбора пациентов, грамотном выполнении самого эндохирургического пособия, а также рациональном послеоперационном наблюдении больных является вполне безопасной и относительно редко сопровождается осложнениями. Вместе с тем, возникновение таких серьезных осложнений как кровотечение (2-3%), перфорация (0,3 -0,5%) кишки становится тяжелым испытанием для больного, эндоскописта, хирурга. При возникновении распространенного перитонита вследствие перфорации кишки, либо необходимости обширных вмешательств при массивном кровотечении после казалось бы «пустяковой» и вполне безопасной полипэктомии крайне трудно избежать недоверия больного и родственников, что часто приводит к жалобам и судебным тяжбам. Цель: Провести анализ числа осложнений при эндоскопическом удалении полипов толстой кишки, рассмотреть возможности их профилактики. Материалы и методы: За период 2011 -2017 г. сотрудниками кафедры

госпитальной хирургии Луганского государственного медицинского университета на базе эндоскопического кабинета ЛГКМБ№1 (Луганск) проведено 848 эндоскопических полипэктомий у 642 пациентов. Для электроэксцизии и электрокоагуляции полипов толстой кишки использовались в основном диатермические петли Pentax, Olympus. Для проведения диагностических и лечебных манипуляций использовался видеоколоноскоп FUJINON EC-530WL. Размеры удаленных полипов – 0,5-1,0 см. - 465, 1,0- 2,5 см – 276, свыше 2,5 -107. При полипэктомии использовались следующие методики: ножку полипа высушивали с целью гемостаза диатермической петлей и затем удаляли механически (36 полипэктомий, 4,2%), ножку полипа высушивали и затем удаляли электрохирургически (206 полипэктомий -24,2%), ножку пересекали электрохирургическим резанием/коагуляцией одномоментно без высушивания (456 полипэктомий -53,7%), 73 (8,6%) полипэктомий провели с введением в основание полипа раствора этоксисклерола 2% (1-3 мл до образования баллонообразного расширения ножки) и 77 (9,0%) полипэктомии выполнены путем фрагментарной электроэксцизии. Результаты и их обсуждение: Как видно из представленных выше данных, чаще всего мы использовали методику с одномоментным удалением полипа без высушивания в режиме коагуляции. Этот метод вполне себя оправдывает при размерах полипов от 0,5 до 2,5 см, когда имеется возможность одномоментно захватить основание полипа, будь то ножка полипа, либо полип с широким основанием. При проведении такой методики полипэктомии у 4 пациентов получили тяжелые кровотечения, потребовавшие проведения лапаротомии, колотомии, прошивания кровоточащего участка слизистой. У 3 пациентов кровотечение возникло при одномоментной диатермической эксцизии полипов размерами порядка 2,5 -3 см. на сформированной длинной, истинной ножке и у одного при удалении полипа размером 1,5 см. на короткой формирующейся ножке. Анализируя эти случаи, мы можем предположить, что большие «стебельчатые» полипы с истинной ножкой питаются крупным артериальным стволом, и их одномоментное пересечение, либо даже пересечение с предварительным высушиванием крайне опасно. В дальнейшем, при удалении подобных полипов мы использовали методику с введением в основание 2% этоксисклерола. Данная методика показала высокую эффективность, лишь в одном случае мы наблюдали умеренное кровотечение, которое удалось остановить консервативными мероприятиями. Необходимо отметить, что попытки остановки кровотечения эндоскопическим способом при обширном, струйном кровотечении безуспешны – теряется поле зрения, просвет заполняется сгустками. Плохо и занимать выжидательную позицию – если кровотечение не остановилось за 1,5-2 часа, дальнейшее промедление опасно, необходимо выполнять лапаротомию. Бороться же с капиллярным кровотечением, либо подтеканием крови электрокоагуляцией также не имеет большого смысла - работа коагулятором всегда несет риск перфорации, а кровотечение в скорости остановится само. В одном случае мы столкнулись с перфорацией – после удаления полипа 0,7 см. Оперативное вмешательство завершилось колостомией. Причина перфорации по нашему мнению - слишком длительная работа коагулятора при отсечении полипа, захват части слизистой у основания. Выводы: 1. Риск тяжелых кровотечений высок при удалении крупных полипов на сформированной истинной ножке, в таком случае целесообразно использование методики введения в основание полипа раствора этоксисклерола. 2. Попытки эндоскопического гемостаза при тяжелом струйном кровотечении в основном безуспешны, при продолжающемся кровотечении необходимо склоняться в сторону лапаротомии в ближайшие 1,5 -2 часа.

## **9. Наш опыт внутри просветного лечения доброкачественных новообразований толстой кишки**

Усольцев Д.М. (1) 1), Глушечков В.А. (2) 3), Лубинец В.А. (1) 2), Джумма Р.В (1) 2)

1) ст. Ленинградская 2) Ростов-на-Дону

1) МЦ «Гиппократ» 2) МБУЗ «Ленинградская ЦРБ» 3) ФГБОУ ВО Ростовский государственный университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. Проблеме выявления полипоносительства в колопроктологии посвящено много скрининговых программ активного выявления опухолей, включающих комплексное обследование с применением различных клинических, лабораторных и инструментальных методов. Большинство исследователей рассматривают полиповидные образования как основной фактор развития рака. Риск злокачественной трансформации полипов расценивается в пределах от 3 до 20%, причем он значительно возрастает с увеличением размеров образований, составляя при полипах диаметром более 2,0 см 30 - 35%. Наиболее точным методом обнаружения полипов является колоноскопия, позволяющая более чем в 95% случаев произвести тотальный осмотр слизистой толстой кишки. Важным аспектом является разработка оптимального индивидуализированного алгоритма эндоскопического мониторинга пациентов, подвергшихся малоинвазивному лечению по поводу эпителиальных новообразований толстой кишки. Целью нашего исследования является определение эффективности эндоскопических методик в диагностике и лечении полиповидных образований толстой кишки в условиях медицинского центра. Материал и методы исследования. За период 01.01.2015 - 01.01.2017 в эндоскопическом отделении медицинского центра «Гиппократ» станция Ленинградская выполнено 1388 колоноскопий (КС), из них 131 эндоскопические петлевые полипэктомии. Нами проанализирована структура патологии толстой кишки при проведении КС. Полиповидные образования, требующие морфологической оценки, по частоте встречаемости среди выявленной патологии уступили первенство лишь дивертикулярному поражению и составили 9,8% (135 случаев). Мы провели анализ клинической характеристики пациентов с выявленными полиповидными образованиями, данные о локализации выявленных полиповидных образований (n = 135). Абсолютное большинство полиповидных образований локализовались в левой половине толстой кишки — 68%, из них в прямой и сигмовидной кишке — 51%. Основными методами эндоскопического лечения полиповидных образований толстой кишки являются: колпачковая петлевая резекция слизистой оболочки, эндоскопическая резекция слизистой оболочки при помощи резектотома, эндоскопическая петлевая полипэктомия и эндоскопическая петлевая резекция слизистой оболочки. Последние два метода мы активно применяем в нашей клинике. При эндоскопической петлевой полипэктомии происходит набрасывание диатермической петли на основание образования, затягивание петли и отсечение последнего чередованием режимов «коагуляция» и «резка». Нами были проанализированы размеры образований, подвергнутых петлевой полипэктомии. За анализируемый период возникло 2 осложнения. В первом случае мы столкнулись с возникновением вторичной перфорации сигмы после электроэксцизии полипа в 2см на 2е сутки. После удаления больной наблюдался первые сутки, без каких либо признаков перфорации, на 2е сутки дома, во время дефекации и потуг возникла резкая боль внизу живота, в течение 8часов повторно обратился в наш центр, переведен в хирургическое отделение МБУЗ «Ленинградская ЦРБ». На операции отграниченный каловый перитонит в малом тазу и по левому флангу, в сигме перфорация 0,3x0,3см. Перфорация ушита, учитывая риск несостоятельности выполнена проксимальная сигмостома. Последняя закрыта через 3 месяца в хирургическом отделении РостГМУ. Во втором случае при прохождении ректо-сигмоидного изгиба у 73 летней пациентки дистальный конец эндоскопа мигрировал в истонченный дивертикул, что повлекло за собой перфорацию полого органа. Больная экстренно взята на операционный стол МБУЗ «Ленинградской ЦРБ». Выполнено ушивание перфорации диаметром в 0,5см., больная выписана в удовлетворительном состоянии на 9 сутки. Выводы. Эндоскопические малоинвазивные вмешательства являются приоритетным методом в лечении доброкачественных новообразований и ранних форм рака толстой кишки. Учитывая высокий индекс малигнизации таких новообразований, затраты на лечение пациентов, перенесших полостные операции, оперативная эндоскопия должна все шире внедряться в

современный лечебно-диагностический процесс. Анализ наших наблюдений показал, что при своевременном выявлении и достаточном оснащении стационара возможно излечение пациентов с доброкачественными новообразованиями толстой кишки и ранними формами рака толстой кишки с небольшим количеством осложнений. В дальнейшем такие пациенты нуждаются в динамическом диспансерном наблюдении для своевременной диагностики рецидива полиповидных образований.

## **10. Опыт эндоскопического удаления ворсинчатых опухолей толстой кишки.**

Смирнов А.А. Блинов Е.В.

Санкт-Петербург

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

Введение: Эндоскопическая диссекция в подслизистом слое (ESD) играет все большую роль в лечении эпителиальных новообразований толстой кишки большой площади в связи с тем, что имеет значительно меньший процент местных рецидивов по сравнению с фрагментарной резекцией слизистой [1,2]. Согласно последним рекомендациям Японской Ассоциации по лечению рака толстой кишки (JSCCR) эндоскопическому лечению методом ESD могут быть подвергнуты новообразования любого размера [3]. Однако, удаление образований, занимающих более 75% окружности, сопряжено с высоким риском развития послеоперационной стриктуры [4]. Материалы и методы: За период с апреля 2016 по апрель 2017 года в нашей клинике было выполнено 102 эндоскопических диссекций в подслизистом слое в различных отделах толстой кишки, 27 из которых распространялись более, чем на 2/3 окружности. Из них: восходящая кишка – 1 (4%) поперечно-ободочная кишка – 1 (4%) нисходящая кишка – 2 (7%) сигмовидная кишка – 6 (22%) ректосигмоидный изгиб – 5 (19%) прямая кишка – 12 (44%) Из них мужчин – 18, женщин – 9. Средний возраст составил 58 лет (от 24 до 78 лет). Средний максимальный размер образования – 9 см (от 5 до 16 см). 4 пациентам было выполнено циркулярное иссечение. Операции проводились по стандартной методике эндоскопической диссекции в подслизистом слое. Использовались видеогастроскопы Pentax EG 29i10, ЭХБ Erbe 300S, FineMedics (Ю.Корея) I-тип, Q-тип, эндоскопические клипсы Olympus и EndoStars. Методика: с целью предотвращения развития послеоперационной стриктуры сразу после операции проводилась обработка послеоперационного дефекта слизистой препаратом EndoClot (в зависимости от площади дефекта требовалось 1-2 упаковки). Начиная с первых суток после диссекции, пациенту назначались глюкокортикостероиды (преднизолон) по схеме: Первая неделя – 30 мг Вторая неделя – 25 мг Третья неделя – 20 мг Четвертая неделя – 15 мг Пятая неделя – 10 мг Шестая неделя – 5 мг с последующей отменой препарата. Также проводились сеансы баллонной дилатации: с третьей по шестую неделю – 1 раз в 7 дней; с седьмой по десятую неделю – 1 раз в 14 дней. Результаты: Все образования были удалены методом ESD единым блоком, без осложнений. Минимальное время операции - 55 минут, максимальное время операции составило 510 минут (среднее время манипуляции - 130 минут). В послеоперационном периоде было необходимо выполнение от 1 до 10 сеансов баллонной дилатации (среднее число - 4). Пациентам с циркулярными дефектами, а также больным, у которых образование располагалось в местах анатомических изгибов кишки, занимающее протяженность более 2 складок, потребовалось от 8 до 10 сеансов. Из 24 пациентов 15 получали терапию ГКС, на фоне чего потребовалось меньшее количество сеансов баллонной дилатации (в среднем на 4 сеанса). Четырем пациентам кроме терапии глюкокортикостероидами дополнительного лечения не потребовалось. Новообразования располагались в прямой кишке (средне- и верхнеампулярный отделы), послеоперационный дефект занимал 2/3 окружности. При динамическом наблюдении

клинически значимых сужений просвета выявлено не было. Максимальное количество сеансов (10) было выполнено 2 пациентам с циркулярными новообразованиями прямой кишки (от анального канала, с переходом на ректосигмоидный изгиб). Выводы: 1. Латерально-распространяющиеся опухоли толстой кишки, занимающие более 2/3 окружности могут быть удалены эндоскопически методом подслизистой диссекции. 2. При наличии субциркулярных и циркулярных послеоперационных дефектов повышается риск возникновения рубцовых стриктур, что особенно ярко выражено при расположении новообразования в области анатомических изгибов и сужений. 3. С целью лечения и профилактики развития послеоперационных стриктур целесообразно применение препарата EndoClot, назначение ГКС и проведение сеансов баллонной дилатации.

## 11. Бронхоблокада у детей.

Мыкыев К.М.(1), Омурбеков Т.О.(1), Самсалиев А.Дж.(2), Молдоисаев К.Б. (2)

Бишкек, Кыргызская Республика

1) Кыргызско-Российский Славянский Университет им. Б.Н. Ельцина, 2) Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи

Актуальность проблемы. Обзор современной литературы за последние годы показал низкое количество сообщений об использовании метода бронхоблокады в детском возрасте. В зарубежной литературе встречаются данные об использовании бронхоблокады при проведении торакаскопических операций у детей при односторонней вентиляции. В нашей практике мы используем бронхоблокаду при гнойно-деструктивных процессах легочной ткани с формированием бронхоплеврального свища, островозникающих пневмотораксах после эхинококкэктомии легкого, легочных кровотечениях, для обеспечения односторонней вентиляции, при оперативных вмешательствах на органах грудной полости. Цель работы. Представить результаты проведенной работы нашей клиники. Материалы и методы. За 2003-2016 гг., в отделении торакальной хирургии ГДКБ СМП выполнено 45 бронхоскопий с бронхоблокадой. Мальчики встретились в 21 (46,7%) случаях, девочки—24 (53,3%). В возрастном аспекте: до 3-х лет-12 (26,7%), 4-7 лет- 23 (51,1%), 8-16 лет—10 (22,2%) больных. Больным проводились общеклинические и биохимические анализы, обзорная рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ, УЗИ плевральной полости и органов брюшной полости, по показаниям КТ, МРТ грудной клетки. Результаты и обсуждение. Из 45 бронхоблокады у 27 (60%) проведено при гнойно-деструктивных пневмониях с торакобронхиальным свищом, 5 (11,1%) бронхоблокада легочном кровотечении при острых инородных телах бронха, вскрывшемся в бронх эхинококкозе легкого, 5 (11,1%) при бронхотомии и удалении инородного тела легкого, чтобы не произошла миграция инородного тела во время оперативной манипуляции, 4 (8,9%) бронхоблокады—при односторонней вентиляции, 4 (8,9%) случае при бронхиальных свищах после эхинококкэктомии легкого множественном и нагноившемся эхинококкозе, из них у 3-х остро возникшей пневмотораксе с прогрессирующей подкожной эмфиземой и дыхательной недостаточностью. Пневмоторакс и бронхиальный свищ развился из-за несостоятельности ушитого бронхиального свища в остаточной полости. У 1 бронхиальный свищ развился на 7 сутки после эхинококкэктомии при нагноившемся большой остаточной полости. При бронхоблокаде по поводу гнойно-деструктивных процессов и легочных кровотечениях использовали поролоновую губку (крупнопористый поролон, не теряющий своих эластических качеств при стерилизации и длительном пребывании во влажной среде). Диаметр подбирался таким образом, чтобы был в 2–2,5 больше диаметра закрываемого бронха. Установка бронхоблокатора проводилась под общим обезболиванием с миорелаксантами, с использованием ригидного бронхоскопа «Storz» и эндоскопических щипцов. Из 37 бронхоскопий по поводу гнойно-деструктивных процессов и легочных

кровотечений бронхоблокада главных бронхов проведено 4 раза, верхнедолевой бронх–7, среднедолевой бронх–5, промежуточный бронх–8, нижнедолевые бронхи–13. Блокатор удалялся на 12-16 сутки (длительность нахождения  $\pm 13,5$  суток). После удаления блокатора проводили 2-3 курса лечебно-санационных бронхоскопий. При проведении бронхоблокады с целью гемостаза при легочных кровотечениях причинами были: вскрывшийся в бронх эхинококкоз–у 2-х, инородное тело бронха (колос) –у 3-х больных. Длительность нахождения бронхоблокатора от 1 до 6 суток. В 3-х случаях бронхоблокаду проводили перед операцией. Во всех случаях гемостаз был окончательным, рецидивов кровотечения не было. При оперативном удалении инородных тел бронхов (бронхотомия) и легкого у 5 больных применено для предупреждения миграции перед операцией. Инородные тела были трудно удаляемые (бусы, колос, иголки, косточка). После бронхотомии оставляли до 12-14 суток для профилактики бронхиального свища и полного заживления бронхотомической раны. Осложнений не было. Для определения локализации поражения и места установки блокатора нами используются методика введения теплого раствора фурациллина или прокрашивания свища синькой и «поисковая» бронхоблокада. Во время бронхоскопии перед установкой через дренажную трубку вводили теплый раствор фурациллина и отмечали поступления жидкости в соответствующий свищ. При трудности определения свища вводили раствор метиленовой синьки. Миграция бронхоблокатора в наших наблюдениях было в 1 случае, при вскрывшейся эхинококковой кисте. Выводы: 1. Показанием к бронхоблокаде у детей является гнойно-деструктивные процессы с бронхоплевральным свищом, и окклюзия бронха - создает благоприятные условия для закрытия свища, расправления легкого, уменьшается степень инфицирования плевральной полости, что позволяет избежать травматичного оперативного вмешательства. 2. Бронхоблокада является эффективным методом лечения при остро возникающих торакобронхиальных свищах после эхинококкэктомии легких с развитием пневмоторакса и подкожной эмфиземы.

## **12. О негативных сторонах эндоскопического стентирования желчных протоков**

Шпак Е.Г., Гвоздик В.В., Амеличкин М.А., Саввин В.Ю., Муцулов Х.С., Шулешова А.Г., Данилов Д.В., Вербовский А.Н., Осин В.А., Ульянов Д.Н., Барбадо П.А.

Москва, Грозный, Наро-Фоминск

Актуальность: в клинической практике для восстановления проходимости полых органов желудочно-кишечного тракта все шире применяется методика стентирования различными видами пластиковых и металлических саморасширяющихся стентов. Являясь малоизученной проблемой, стентирование привлекает большой интерес клиницистов. В свете этого актуальной является проблема оценки негативных сторон стентирования. Материал и результаты: пластиковые стенты нами применяются с 1980г., а саморасширяющиеся - с 2003, накоплен материал биллиарных вмешательств, соответственно, более 2000 и 35 у больных опухолями органов панкреатобилиарной зоны, доброкачественными стриктурами гепатикохоледоха, после травмы желчных протоков и дренирования по Керру в возрасте 45-83 лет. Пищевод и желудок – 100 и 18, кишечник – 2. Неудачи отмечены у 3%, а осложнения – у 2,5% больных.

Касаясь вопроса стентирования желчных протоков саморасширяющимися металлическими стентами необходимо отметить, что особенности техники стентирования при доброкачественных стриктурах общего печеночного протока состоят в тщательности рентгенологической установки проксимального конца стента, ибо стриктуры располагаются вблизи бифуркации печеночных протоков и имела опасность сдавления одного из протоков при раскрытии стента. При новообразованиях показаниями к стентированию явились опухоль головки поджелудочной железы, опухоль большого дуоденального сосочка (БДС), опухоль общего печеночного протока. Применялись саморасширяющиеся нитиноловые стенты американской фирмы «СООК» и корейские



билиарные стенты (SHIM-HANAROSTENT) в оболочке. У пациентов требующих подготовки стентирование саморасширяющимися нитиноловыми стентами производилось после ликвидации желтухи и явлений холангита путем назобилиарного дренирования и стентирования пластиковыми стентами. У подавляющего большинства пациентов стентированию предшествовала эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ) типичным, нетипичными способами и дилатация области обструкции. Результаты: стентирование – эффективная операция, являющаяся альтернативой паллиативной хирургии. Однако, операция стентирования имеет ряд негативных сторон, которые мы подразделяем на организационные, методические, технические, клинические. Организационные проблемы включают: 1 - организацию рентгенооперационной; 2 - участие анестезиологической бригады; 3 - необходимость современного комплексного оборудования и инструментария; 4 - наличие большой операционной бригады (3 и более человека); 5 - дороговизна оборудования (вынужденное использование самодельных стентов); 6 – актуальность выполнения неотложных вмешательств; 7 - невмешательство страховых компаний. Тактические и методические (технические) проблемы включают: 1 - лучевую нагрузку; 2 - трудоемкость (комплексность) операции (большой объем); 3 - технические трудности; 4 - необходимость подготовки операционного поля (ЭПТ, дилатация); 5 - ограниченные сроки функционирования; 6 - тщательность послеоперационного наблюдения; 7 - миграция стентов; 8 - необходимость замены стентов; 9 - нераскрытие стента. К негативным особенностям самих стентов мы относим: 1 – дороговизну, 2 - ригидность, трудности доставки, 3 - нагрузку на эндоскоп (поломка), 4 - длительность операции, 5 - поломку системы доставки, 6 - клинические ограничения применения (протяженные стриктуры, высокие стриктуры, полная непроходимость органов), 7 - нераскрытие до необходимого размера. Тактические и технические ошибки при установке стентов могут быть допущены при: 1 - неправильном выборе стента (характер покрытия, диаметр, неадекватная реканализация, блокирование параллельных протоковых систем); 2 – неправильной установке стента (низкий верхний уровень, длинный дистальный конец; 3 - недостаточная эффективность (плохое дренирование); 4 - отказ от сочетанных операций (дилатация, ЭПТ, НБД), приводящий к прогрессированию инфекции (холангит, абсцессы печени), недостаточному дренированию, развитию осложнений. К осложнениям стентирования можно отнести: 1 - миграцию стентов в просвет органов (8 - 14%); 2 - миграцию стентов в другие органы (0- 2,5%); 3 - окклюзию стентов вследствие сдавления, инкрустации, прорастания опухолью (5-86%); 4 – инфекцию, инородное тело (2,5-7%); 5 - пролежни (1,4-2,5%), 6 - перфорацию (3,7-6%), 7 - внутренние свищи (0-4,6%), 8 – острый холецистит при блокировании пузырного протока (0,5-3%). Резюме. Стентирование – это трудоемкое вмешательство, таящее в себе грозные осложнения, но позволяющее с высокой эффективностью восстановить проходимость полых органов желудочно-кишечного тракта, зачастую являясь альтернативой традиционным хирургическим методам. Эндопротезирование при злокачественных поражениях органов панкреатобилиарной системы, сопровождающихся синдромом механической желтухи, имеет высокую эффективность. Достичь наиболее лучшего результата от стентирования можно, если опухолевое поражение локализуется в средней трети гепатикохоледоха, при проксимальных же стриктурах добиться желаемого результата не всегда удается. Многие исследователи пытались увеличить срок работы путем изменения параметров стентов: их длины и диаметра. Seitz U., Soehendra N., 1998 считают, что оптимальным диаметром полимерного стента можно считать величину 10Fr, поскольку протезы большого диаметра значительно труднее установить, тогда как сроки работы протезов 10Fr и более широких, по их данным, примерно одинаков. По мнению Хрусталева М.В., 2004 применение одиночных протезов малого калибра (менее 7 Fr) не приводит к адекватному восстановлению оттока желчи, при использовании стентов среднего и большого диаметра эффективность дренирования не зависит от диаметра и числа установленных дренажей. Применение одиночных протезов среднего калибра (8-9 Fr) имеет адекватный дренирующий эффект, не отличающийся от такового при применении крупнокалиберных протезов или при

установке нескольких дренажей. Форма протеза также является важным фактором, влияющим на срок его работы до засорения. Soehendra N. предложил Tannenbaum – прямой стент из тефлона с лепестковыми фиксаторами без отверстий по бокам, он сообщил о более продолжительном сроке работы этих стентов. (Кингсеп Н.А., 2004). Van Berkel A.M. с соавт, 1998 определили факторы, влияющие на скорость засорения полимерного стента: возраст старше 75 лет, продолжительность желтухи более 14 дней, уровень общего билирубина в крови более 300 мкмоль/л, предшествующие неудачные попытки канюляционных вмешательств. Вторым серьезным недостатком полимерных эндопротезов является довольно частая их миграция. Наиболее эффективными показали себя лепестковые фиксаторы, поскольку они не только помогают удерживать протез в нужном направлении, но и не оказывают влияния на гидродинамику желчи. В отличие от них изгибы, например в стентах типа pigtail, нарушают ток желчи по эндопротезу, что приводит к раннему его засорению (Кингсеп Н.А., 2004).

### **13. Эндовидеокапсульная диагностика заболеваний тонкой кишки.**

Малахова О.С., Ильяшенко М.Г., Помазкова Е.К.

Ростов-на-Дону

МБУЗ КДЦ «Здоровье» г. Ростова-на-Дону

Глубокие участки тонкой кишки долгое время оставались зоной интереса, практически недоступной для прямого эндоскопического исследования, а тонкая кишка считалась «эндоскопически скучным» органом, в котором редко встречались какие-либо поражения. Создание и внедрение видеокапсулы кардинально изменило взгляд специалистов на патологию тонкой кишки. Видеокапсульная эндоскопия – неинвазивный метод осмотра тонкой кишки. Видеокапсульная эндоскопия стала методом выбора в диагностике кровотечений с неустановленным источником, опухолей, болезни Крона с поражением тонкой кишки, энтеропатий. Цель исследования: оценить значение видеокапсульной эндоскопии в диагностике патологии тонкой кишки. Материалы и методы исследования. Исследования выполнялись с применением видеокапсульной системы ОМОН (Китай): угол обзора 140 градусов, разрешение 640x480 пикселей, скорость съемки 2 кадра/секунду. В период с 2008 по 2017 года в отделении эндоскопии МБУЗ КДЦ «Здоровье» выполнено 77 видеокапсульных исследований пациентам в возрасте 25-70 лет. Направлены на исследование с подозрением на скрытое желудочно-кишечное кровотечение, включая железодефицитную анемию, 52 пациента (67.5%); 13 пациентов (17%) обследованы с подозрением на синдром мальабсорбции; 12 (15.5%) пациентам назначено исследование для исключения поражения тонкой кишки при диагностированной ранее болезни Крона. Подготовка пациентов осуществлялась по стандартной методике: бесшлаковая диета и исключение препаратов железа за 4 дней до исследования, прием препаратов макрогола на 4-5 литров жидкости (в зависимости от массы тела пациента), разделенный на 2 приема за 44 часа и 15 часов до исследования. Среднее время исследования составило 6 часов. Результаты исследования. В группе пациентов (52 человека), обследованных с подозрением на скрытое желудочно-кишечное кровотечение, включая железодефицитную анемию у 38 (73%) пациентов диагностированы ангиоэктазии с признаками продолжающегося и/или состоявшегося кровотечения, у 1 пациента (1.9%) – кровотечения из изъязвленной опухоли тонкой кишки (GIST?), у 2 пациентов (3.8%) диагностирована болезнь Крона. У 11 пациентов (21,3%) источник кровотечения в тонкой кишке не визуализирован. Из 13 пациентов, направленных на видеокапсульную эндоскопию, с подозрением на синдром мальабсорбции у 1 пациента (7.6%) диагностирована целиакия, у 1 пациента (7.6%) – болезнь Крона, у 2 пациентов (15,3%) подслизистое образование тонкой кишки (предположительно липома). У 9 пациентов (69,5%) патологии тонкой кишки не

обнаружено. Из 12 пациентов, направленных на видеокапсульную эндоскопию, с установленной ранее болезнью Крона у 4 (33%) диагностировано поражение тонкой кишки. Таким образом из 77 пациентов, направленных на видеокапсульное исследование, у 49 пациентов (63,6%) выявлена патология тонкой кишки. Выводы. Видеокапсульное исследование – высоко информативный, неинвазивный метод диагностики заболеваний тонкой кишки, не требующий пребывания пациента в стационаре. С развитием видеокапсульной эндоскопии заболевания тонкой кишки, ранее считавшиеся редкими, стали чаще выявлять своевременно, до развития осложнений и выполнения экстренных операций.

# ГЕРНИОЛОГИЯ

## **1. Первый опыт выполнения лапароскопической внутрибрюшной герниопластики (ЛВГП) сетчатым трансплантатом без перитонизации.**

Терешичев А.А.(1), Ромашкин-Тиманов М.В.(1), Бондарев М.Р.(1), Вербицкий В.Г.(1,2)  
Таратыркин Е.К.(2),

Санкт-Петербург

1) ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», 2) ФГБВОУ  
ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ

В настоящее время одним из методов оперативного лечения послеоперационных вентральных и пупочных грыж является использование метода лапароскопической внутрибрюшной ненатяжной герниопластики с использованием синтетических трансплантатов. При выполнении ЛВГП выбор способа выполнения оперативного вмешательства зависит от того с каким покрытием используется трансплантат. Трансплантаты, обладающие адгезивным покрытием (PHISIOMESH), не требуют перитонизации, в то время как трансплантаты без специальных покрытий (Пролен), согласно данным литературы и рекомендациям ряда авторов, требуется перитонизировать (Воронцов А.К., 2012; Некрасов А.Ю., 2011; Миляева О.Б., 2008; Габоян А.С., 2008). Перитонизация трансплантата - достаточно трудоёмкий и длительный процесс, требующий отслоения брюшины на большой площади для его надёжной установки. Согласно правилам установки, трансплантат должен на 4 см превышать грыжевой дефект по периметру. Использование сетки с адгезивным покрытием в 5 - 9 раз дороже, чем сетки без покрытия. После ЛВГП могут образовываться спайки с протезом, но достоверных данных об их встречаемости в литературе нет (Желябин Д.Г., 2012; Национальные клинические рекомендации по герниологии, 2017). Поэтому данный вопрос до конца не исследован и подлежит дальнейшему изучению. Нами в НИИ СП им. Ю.Ю. Джанелидзе с 2012 по 2017 г.г. было прооперировано 62 пациента по поводу послеоперационных вентральных, пупочных грыж и грыж белой линии живота, которым была выполнена ЛВГП с использованием сетчатого трансплантата «Линтекс» без перитонизации. Из 62 пациентов было 26(42%) мужчин и 36(58%) женщин. Средний возраст прооперированных больных составил 57,4 года. По поводу пупочной грыжи было оперировано 35(56%) человек, по поводу вентральной грыжи - 24(39%) больных, по поводу грыжи белой линии живота - 3(5%) пациента. В двух случаях (3%) была выполнена одномоментная лапароскопическая холецистэктомия и герниопластика. Сетчатый трансплантат устанавливался изнутри на брюшину и его перитонизация не проводилась. Ранний послеоперационный период у всех оперированных протекал без осложнений. Троярные раны зажили первичным натяжением. Послеоперационных осложнений со стороны передней брюшной стенки и брюшной полости, на основании клинического наблюдения, нами выявлено не было. У всех прооперированных были сняты швы на 7 сутки после операции. Пациенты наблюдались нами от 1 до 5 лет в отдалённом послеоперационном периоде. Клинических данных за развитие у них абдоминальной спаечной болезни нами установлено не было. У двух пациентов в отдалённом периоде времени были выполнены лапароскопические операции по поводу других заболеваний (острый калькулезный холецистит, грыжа передней брюшной стенки другой локализации). При осмотре зоны ранее выполненных операций сращений органов брюшной полости с трансплантатом установлено не было. Таким образом, первый клинический опыт использования ЛВГП без перитонизации трансплантата, говорит о возможности использования данной методики и необходимости ее дальнейшего изучения.

## 2. Оптимизация хирургического лечения пациентов с ущемленными паховыми грыжами.

Сигуа Б.В.(1), Земляной В.П.(1), Петров С.В.(1,2), Рутенбург Г.М.(2), Козобин А.А.(2), Лучкин А.Н.(2), Ефимов А.Л.(3),

Санкт-Петербург

1) ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» 3) Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет

Актуальность проблемы. Несмотря на развитие и очевидные успехи герниологии сохраняется высокий уровень послеоперационных осложнений и летальности среди пациентов с ущемленными паховыми грыжами. Широкая распространенность и неудовлетворительные результаты диагностики и лечения обуславливают актуальность данной проблемы, решением которой может быть применение таких современных технологий как лапароскопия. Цель исследования: улучшение результатов диагностики и лечения пациентов с ущемленными паховыми грыжами. Материал и методы. В период с 2011 по 2016 гг. в Елизаветинской больнице Санкт-Петербурга было пролечено 136 пациентов с ущемленными паховыми грыжами. В основную группу (I группа), были включены пациенты, находившиеся на лечении с 2015 по 2016 гг. – 52 человека, из них мужчин 45 (86,5%), женщин 7 (13,5%). Контрольную группу (II группа) составили пациенты, лечившиеся с 2011 по 2014 гг. – 84 человека, из них мужчин 60 (71,4 %), женщин 24 (28,6%). Результаты. При поступлении обследование пациентов II группы включало: физикальный осмотр, лабораторные показатели, по показаниям обзорная рентгенография брюшной полости. В дальнейшем при исключении явных осложнений паховой грыжи проводилось динамическое наблюдение. Применительно к пациентам I группы использовалась индивидуальная лечебно-диагностическая тактика, которая заключалась в последовательном использовании инструментальных методик для проведения дифференциального диагностического поиска с активным применением диагностической и лечебной лапароскопии. При анализе взаимоотношения частоты и характера осложнений со временем ущемления среди пациентов контрольной группы было установлено, что до 8 часов осложнения ущемленных грыж встречались у 4 (4,8%) пациентов, 8–12 часов у 12 (14,4%) больных, а более 12 часов в 41,7% (35) случаев. При этом некроз ущемленного органа отмечен у 3 (3,6%) пациентов поступивших до 8 часов, у 7 (8,3%) госпитализированных в сроки 8–12 часов и у 20 (23,8%) поступивших позже 12 часов с момента ущемления. Следует также отметить, что среди пациентов, которым была выполнена резекция ущемленного органа, у 10 (12,0%) – пластика не выполнялась, у 17 (20,2%) – пластика осуществлена собственными тканями, в 3 (3,6%) случаях выполнена операция Лихтенштейна. С учетом данных ретроспективного анализа, при лечении пациентов основной группы использовалась индивидуальная лечебно-диагностическая тактика: в случаях, когда срок ущемления не превышал 8 часов (при отсутствии противопоказаний к формированию карбоксиперитонеума) выполнялась диагностическая лапароскопия. При отсутствии некроза ущемленного органа осуществлялась трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика (ТАРП) по общепринятой методике. Данный подход был использован у 25 (48,0%) пациентов. В тех случаях, когда во время лапароскопии диагностировался некроз ущемленного органа, выполнялась традиционная герниопластика. При ущемлении более 8 часов или наличии противопоказаний к диагностической лапароскопии выполнялась операция по устранению ущемленной паховой грыжи традиционным доступом: если ущемленный орган был признан жизнеспособным, применяли протезирующую герниопластику (операция Лихтенштейна), которая выполнена у 18 (34,6%) пациентов; в случае некроза ущемленного органа –

осуществляли пластику задней стенки пахового канала по способу Бассини – у 9 (17,3%) больных. Осложненное течение послеоперационного периода, среди всех пациентов контрольной группы, отмечено в 56,1% (46) случаев. В 25 (29,8%) случаях отмечены местные осложнения: серома (8,3%), инфильтрат (7,1%), нагноение (6,0%) послеоперационной раны, фуникулит (4,8%) и водянка яичка (3,6%). Причем 24 из них были оперированы в сроки более 8 часов от ущемления. В 25,0% (21) были диагностированы осложнения общего характера: пневмония (4,8%), острая сердечно-сосудистая недостаточность (2,4%), ранняя спаечная кишечная непроходимость (2,4%), мезентериальный тромбоз (2,4%), перитонит (1,2%) и др. Среди пациентов основной группы осложненное течение послеоперационного периода наблюдалось в 4 (7,7%) случаях, из которых в 3 (5,7%) отмечены осложнения местного характера. С помощью многофакторного анализа была установлена корреляция между сроком ущемления, видом оперативного вмешательства и уровнем летальности. Так, при оперативном лечении пациентов через 12 и более часов с момента ущемления летальный исход был констатирован в 7 (8,3%) случаях во II группе. В I группе летальных исходов не было. Заключение и выводы. Предложенный дифференцированный лечебно-диагностический алгоритм, с применением диагностической лапароскопии и лапароскопической герниопластики, позволяет в 100% случаев своевременно поставить правильный диагноз у пациентов с ущемленными паховыми грыжами, а так же снизить частоту общих послеоперационных осложнений с 25,0% (21) до 1,9% (1) ( $p < 0,05$ ), местных осложнений с 29,8% (25) до 5,7% (3) ( $p < 0,05$ ), уровень летальности с 8,3% (7) до 0% (0) ( $p < 0,05$ ).

### **3. Морфологическая оценка эффективности воздействия высокотемпературного двухуровневого плазменного потока на подкожную клетчатку морской свинки.**

Сигуа Б.В.(1), Земляной В.П.(1), Соколова А.С.(1), Черепанов Д.Ф.(3), Винничук С.А.(1), Мавиди И.П.(2), Никифорова А.В.(1), Сахно Д.С.(1)

Санкт-Петербург

1) ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 2) ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 3) Санкт-Петербургская клиническая больница Российской академии наук

Введение: На современном этапе развития медицины довольно много известно о раневом процессе. Теоретические аспекты протекания фаз воспаления и заживления изучены на макро- и микроскопическом уровнях. Тем не менее, на практике каждый хирург сталкивается с огромным многообразием внешних и внутренних факторов, влияющих на раневую процесс. Однако, несмотря на предпринимаемые усилия количество осложнений, в том числе и при устранении послеоперационных вентральных грыж, снижается незначительными темпами. Пожалуй, самой распространенной причиной осложнений в раннем послеоперационном периоде у данной группы пациентов является скопление лимфы в следствие интраоперационной травмы подкожной клетчатки. В результате термического ожога тканей от коагуляции, лимфатические сосуды реактивно не в состоянии спазмироваться, что приводит к увеличению объема экссудата. Цели исследования: Изучить в эксперименте влияние энергии высокотемпературного двухуровневого плазменного потока на подкожную клетчатку морской свинки и установить степень снижения лимфореи. Материалы и методы. В эксперименте было использовано 15 особей морских свинок обоих полов. В качестве анестезии внутримышечно использовалась смесь 2% растворов кетамина и ксилазина. Животные были разделены на 4 группы. Всем особям в области спинки выполнялся стандартизованный продольный линейный разрез в пределах кожи и подкожной

клетчатки длиной 2 см. При этом группа I была разделена на А и В подгруппы. Подгруппа I А (n=3) являлась контрольной, иссеченные ткани кожи и подкожно-жировой клетчатки морских свинок в дальнейшем служили образцами для сравнительного морфологического анализа. Во всех остальных случаях подкожная клетчатка обрабатывалась высокотемпературным двухуровневым плазменным потоком с помощью аппарата PlasmaJet (модель PS10-2130-EN серия 213020-0912-128) до достижения коагуляционного гемостаза. При этом у особей подгруппы IВ была выполнена эксцизионная биопсия сразу после обработки подкожной клетчатки PlasmaJet, а раны ушиты. У животных: II группы (3 особи) комплекс тканей был иссечен и отправлен на исследование на 3-е сутки после операции, III группы (3 особи) – на 5-е сутки, IV группы (3 особи) – на 7-е сутки после начала эксперимента. При этом следует отметить, что морфологический анализ включал в себя не только гистологическое, но и иммуногистохимическое исследование тканей экспериментальных животных. Результаты. Проведенные гистологические исследования выявили типичные изменения, характерные для кожи и подкожно-жировой клетчатки после термического воздействия. На 3-е сутки волокна коллагена расположены компактно, в верхних отделах дермы коллаген гомогенизирован по типу коагуляционного некроза с сохранением эпидермиса и структур придатков. Зона компактного коллагена отграничена от остальных отделов дермы лейкоцитарным валом. В подкожной жировой клетчатке рыхлая лимфоидная инфильтрация. На 5-е сутки изменения схожи с изменениями, отмеченными на 3-е сутки от начала эксперимента, однако при этом определяется очаговое отторжение зоны коагуляционного некроза с эпителизацией по краям и под зоной некроза, также более выраженная лимфо-гистиоцитарная инфильтрация с примесью лейкоцитов в подкожно-жировой клетчатке. На 7-е сутки дефект эпидермиса и дермы полностью восстановлен, а в подкожно-жировой клетчатке сохраняется выраженная лимфо-гистиоцитарная инфильтрация. Следует отметить, что после обработки ран аппаратом PlasmaJet, отмечалась весьма слабая гиперемия кожи (в пределах 1-2 мм), крайне скудное раневое отделяемое в первые сутки после операции, а к 7-му дню отмечается эпителизация тканей. Проведенное иммуногистохимическое исследование показало, что в первые сутки определяется дилатация лимфатических сосудов в дерме по периферии очага воздействия, что типично и закономерно для подобных интраоперационных травм. Следует отметить, что при электрокоагуляции тканей характерным является сохраняющееся расширение лимфатических сосудов с последующим отторжением некротического струпа, и как следствие лимфорей. Однако, не смотря на наличие коагуляционного некроза, при использовании высокотемпературного двухуровневого плазменного потока в препаратах отмечается снижение дилатации сосудов, а к 7-м суткам она полностью отсутствует – сохранение расширения лимфатических сосудов на фоне физического и термического воздействия высокотемпературный двухуровневым плазменным потоком ни в одном из препаратов не выявлено. Выводы: Достижение типичного протекания процесса воспаления, как неотъемлемого этапа заживления раны, с помощью использования энергии высокотемпературного двухуровневого плазменного потока (аппарат PlasmaJet®), позволяет добиться оптимального гемостаза за счет коагуляции, не вызывая выраженных и глубоких некротических изменений. Ткани проходят все этапы воспаления, как характерная реакция на травму, так и восстановления, но при этом коагуляционный некроз не характеризуется глубоким и выраженным повреждением тканей и, как результат, отсутствует длительная дилатация лимфатических сосудов. Все вышеперечисленные факторы ведут к снижению лимфорей в послеоперационном периоде и, как следствие, значительному снижению количества осложнений.

#### **4. Новый способ лапароскопической герниопластики при пупочной грыже как стационар-сберегающая технология.**

Мяконький Р. В.

Волгоград

ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница № 3»

Актуальность проблемы. В современных условиях развития хирургии, как и отечественной медицины в целом, взят вектор стационар-сберегающих и стационар-замещающих технологий. Это неминуемо ориентирует на поиск новых fast track методик, позволяющих минимизировать сроки пребывания пациента в клинике, ускорить процесс реабилитации и восстановления трудоспособности. По данным разных авторов грыженосители составляют 3-4% популяции населения, среди них с пупочной локализацией 4-20%. У взрослых наибольшее количество грыж встречается в возрасте от 20 до 50 лет, что отражает экономическую и социальную сторону проблемы. До 80% пупочных грыж отмечается у женщин, это обстоятельство диктует необходимость устранения грыжи щадящими методами с максимальным косметическим результатом. Лечение данной категории пациентов с использованием современных лапароскопических методик является весьма затратным для здравоохранения всех стран. Главная причина - стоимость расходных материалов, специальных герниостеплеров, сложных сетчатых эндопротезов. Цель работы. Предложить и популяризировать новую отечественную методику лапароскопической герниопластики, как стационар-сберегающую fast track технологию с максимальным эстетическим и экономическим эффектом. Материалы и методы. На базе хирургического отделения ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница № 3» г. Волгограда, в период с 2016г. по 2017г. разработан и внедрен новый способ лапароскопической герниопластики при пупочной грыже небольших размеров. Для воспроизведения предлагаемого метода требуется шовный инструмент Berci. Данный инструмент может подвергаться многократной стерилизации и использованию. Его использование позволяет снизить экономические затраты лечебного учреждения, связанные с приобретением расходных герниологических материалов. Предлагаемая методика лапароскопической герниопластики заключается в следующем: вмешательство выполняется под эндотрахеальным наркозом. В желудок устанавливается назогастральный зонд, в мочевой пузырь - уретральный катетер. Положение пациента на спине. Расположение операционной бригады: слева от пациента - оператор и ассистент, операционная медицинская сестра - на противоположной стороне справа (зеркально измененное положения членов операционной бригады не влияет на технику операции и может также использоваться). По среднеключичной линии слева в мезогастрии параллельно пупку скальпелем производится разрез кожи длиной 5 или 10 мм (в зависимости от диаметра троакаров и оптики). Через разрез в брюшную полость вводится троакар с винтовой фиксацией диаметром 5 или 10 мм, по которому в стандартном режиме инсуффлируется CO<sub>2</sub>. Затем в брюшную полость вводится лапароскоп с косой оптикой, после чего производится ревизия брюшной полости. Особое внимание уделяют области грыжевого дефекта, оценке степени выраженности спаечного процесса и потенциальным местам ввода дополнительных троакаров. Далее так же по среднеключичной линии в левом подреберье и левой подвздошной области производятся разрезы длиной 5 мм, под визуальным контролем в брюшную полость вводят 5 мм троакары. Оператором и ассистентом используется бимануальная техника. Грыжевой мешок сохраняется интактным, если это возможно. По ходу вмешательства осуществляется тщательный гемостаз. Определив края грыжевых ворот, с помощью скальпеля около пупка с обеих сторон скальпелем на глубину кожи производятся насечки длиной 2-3 мм, через одну из насечек с помощью шовного инструмента Berci, заряженного нерассасывающейся лигатурой, выполняется прокол брюшной стенки. Нить



в брюшной полости фиксируется эндоскопическим зажимом. Инструмент Berci удаляется и аналогичным образом (инструмент Berci без лигатуры) прокалывается брюшная стенка в контрлатеральной насечке, нить захватывается инструментом Berci и выводится наружу. После этого, открыв троакар, необходимо частично удалить CO<sub>2</sub> из брюшной полости для уменьшения натяжения тканей передней брюшной стенки. Один из концов нити с помощью режущей иглы с изгибом 3/8 окружности и иглодержателя Гегара или лыжеобразной иглы проводится подкожно над апоневрозом с частичным его захватом в петлю, при этом игла должна выйти через насечку противоположной стороны от пупка. Экстракорпорально формируется узел (количество узлов зависит от типа выбранной нити), который погружается под кожу через насечку, концы нити срезаются над узлом. Получаются вертикальные (относительно грыжевых ворот) П-образные швы. Края насечки поднимаются и адаптируются с помощью зажима Бильрота. Выполняется визуальный контроль ушивания со стороны брюшины с использованием лапароскопа. Количество насечек и швов определяется индивидуально и зависит от размера грыжевых ворот. Возобновляется карбоксиперитонеум, производится оценка адекватности ушивания грыжевых ворот со стороны брюшины, при этом оператор надавливает кончиком указательного пальца на пупок. Насечки с обеих сторон от пупка можно ушить для достижения, большего косметического эффекта. Ревизия брюшной полости. Удаление CO<sub>2</sub> из брюшной полости. Ушивание троакарных ран. Наложение асептических повязок. Удаление назогастрального зонда и мочевого катетера. Результаты и обсуждение. В России грыжесечение ежегодно выполняется более 200 000 больных. Частота рецидивов составляет 10-14%. Как правило, после так называемых традиционных операций пациенты находятся в стационаре 7-10 суток, в зависимости от грыжи и метода пластики, трудоспособность восстанавливается через 3 месяца. При эндоскопических операциях средняя продолжительность пребывания пациентов в стационаре составляет 3-5 суток, трудоспособность восстанавливается через 10 суток, а частота рецидивов снижается до 0,8%. Наш личный опыт включает 21 лапароскопическую герниопластику, выполненную по предлагаемой методике. Подавляющее большинство пациентов были женщины (19 человек), возраст пациентов от 18 до 37 лет. Время операции колебалось от 20 до 47 минут (в среднем 35 минут). Интраоперационных осложнений не было. До 98% пациентов могут быть выписаны домой на 1-2-е сутки после вмешательства, продолжив наблюдение у хирурга в поликлинике, что позволяет говорить о стационар-сберегающей технологии при использовании данного метода. Швы с околопупочных насечек снимаются на 2-е сутки, с кожи троакарных ран на 5-е сутки. Практически все пациенты могут вернуться к привычному образу жизни уже через 5-7 дней. Выводы. Предлагаемая для широкого внедрения в повседневную клиническую практику, как общехирургических, так и специализированных герниологических клиник метод достаточно прост и экономически привлекателен. При технически правильном выполнении метода рецидивов пупочной грыжи у оперированных пациентов не отмечено. Длительность нетрудоспособности пациентов в среднем составила 7-12 суток, что согласуется с концепцией fast track. Экономические затраты лечебного учреждения при использовании метода по сравнению с ИРОМ-пластикой снизились на 47% и на 62,4% по сравнению с ТАРР. Нужно акцентировать внимание на том, что выполнение операций типа ИРОМ и ТАРР возможно лишь при наличии полноценного материального технического оснащения и квалифицированных специалистов, прошедших обучение и имеющих большой опыт лапароскопических операций.

##### **5. Возможность предотвращения формирования синдрома хронической боли после герниопластик по поводу вентральных грыж.**

Богданов Д.Ю. (1), Протасов А.В. (2), Курганов И.А. (1), Каляканова И.О. (2) Кумуков М.Б. (3)

Москва

1) ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ФГАОУ ВО РУДН, 3) Больница Центросоюза Российской Федерации

Актуальность: Одной из актуальных задач современной хирургии, помимо устранения патологии, является сохранение и/или улучшение качества жизни пациентов после операции. Формирование хронического болевого синдрома является одним из факторов, снижающих качество жизни после выполнения герниопластики. Результаты работ, представленных в литературных источниках, доказывают, что после выполнения аллогерниопластики со стандартными имплантатами у больных отмечается развитие синдрома хронической боли в области интеграции имплантата в 12-20% случаев. Одним из вариантов решения данной проблемы является применение самофиксирующихся имплантатов (имплантатов, не требующих фиксации к тканям дополнительными материалами). Цель исследования: Исследовать результаты выполнения аллогерниопластик по поводу вентральных грыж, проведенных с применением самофиксирующихся имплантатов. Сравнить результаты данных операций с результатами герниопластик, выполненных со стандартными имплантатами. Материалы и методы: В исследование были включены 118 пациентов, у которых были выполнены герниопластики по поводу вентральных грыж. В 63 случаях (53,4%) герниопластики были выполнены с самофиксирующимися имплантатами (группа 1 - основная). В 55 случаях (46,6%) - со стандартными имплантатами (группа 2 - контрольная). Критерием включения в исследование было наличие у пациента вентральной грыжи срединной или боковой локализации, малых или средних размеров. Противопоказанием к применению самофиксирующихся имплантатов мы считали наличие грыж больших размеров. С самофиксирующимися имплантатами герниопластики были проведены при вентральных грыжах S(m+1)W1R0 – 39 случаев (61,9%) и S(m+1)W2R0 – 24 случая (38,1%). Среди пациентов 2-ой группы операции выполнялись при вентральных грыжах - S(m+1)W1R0 – 32 случая (58,2%) и S(m+1)W2R0 – 23 случая (41,8%). Данное соотношение не составило статистически значимой разницы между группами. Все герниопластики в обеих группах проводились посредством открытого оперативного доступа с обязательным размещением имплантата в подапоневротическом или межмышечном пространстве. Результаты: Нами были проанализированы ранние и отдаленные результаты выполненных аллогерниопластик. Среднее время оперативного вмешательства составило 38,6±9,6 минут в основной группе и 41,5±10,3 минут – в контрольной группе. В группе 1 частоты интраоперационных и послеоперационных осложнений составили по 4,7%. В группе 2 интраоперационные осложнения были отмечены в 5,5% случаев, а послеоперационные – в 7,3% случаев. Рецидивы грыж были зафиксированы в группе 1 в 1,6% случаев, а группе 2 – в 3,6% случаев. Статистически значимых различий по данным показателям выявлено не было. На сроках динамического наблюдения за пациентами 6 месяцев и более было зафиксировано формирование болевого синдрома в области оперативного вмешательства в 5 случаях (9,1%) в контрольной группе. В основной группе случаев развития хронического болевого синдрома отмечено не было, что составило статистически значимую разницу с контрольной группой. Развитие в области интеграции имплантата чувства «ощущение инородного тела» было зафиксировано в 1 случае (1,6%) в группе 1 и в 9 случаях (16,4%) в группе 2, при тех же сроках динамического наблюдения (разница являлась статистически высоко значимой). При оценке качества жизни больных по опроснику SF-36 на сроке динамического наблюдения 1 год было отмечено существенное улучшение показателей физических компонентов здоровья пациентов в группе, где герниопластики были выполнены с помощью не требующих фиксации к тканям дополнительными материалами имплантатов. В контрольной группе данного улучшения отмечено не было. Выводы: Выполнение герниопластики при вентральных грыжах с применением самофиксирующихся имплантатов позволяет предотвратить формирование хронического болевого синдрома у пациентов в послеоперационном периоде.

## **6. Влияние лифтинга мышечно-апоневротических тканей брюшной стенки на качество жизни больных с вентральными грыжами больших размеров.**

Суковатых Б.С., Валуйская Н.М., Герасимчук Е.В.

Курск

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Одной из нерешенных проблем современной герниологии является хирургическое лечение вентральных грыж больших размеров сочетающихся с резкой анатомо-функциональной недостаточностью брюшной стенки. Подобными грыжами в России по сводным данным ряда авторов страдает около 500 тыс. человек. Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с вентральными грыжами больших размеров. Материалы и методы исследования. Нами проведен анализ комплексного обследования и последующего оперативного лечения 80 женщин с вентральными грыжами больших размеров, находившихся на лечении в хирургической клинике ОБУЗ ГKB СМП г. Курска в 2010-2016 гг. Возраст больных колебался от 42 до 65 лет. 28 больных женщин страдали пупочными, а 52 - послеоперационными вентральными грыжами. Все женщины имели ожирение III-IV степени, индекс массы тела превышал 30 кг/м<sup>2</sup>, дефект брюшной стенки был более 50 см<sup>2</sup>. Больные были разделены на две группы статистически однородные по полу, возрасту, индексу массы тела, размерам дефекта брюшной стенки по 30 человеку в каждой. Пациенткам в 1-й ( контрольной) группе выполнялось грыжесечение с удалением избытка подкожной жировой ткани, ушиванием дефекта брюшной стенки « край в край» с последующим наапоневротическим эндопротезированием. Для этих целей использовался стандартный полипропиленовый эндопротез с толщиной нити 0,12 мм. Пациенткам 2-й группы производили герниопластику и лифтинг мышечно-апоневротических тканей гипогастральной области брюшной стенки при помощи суперлегкого полипропиленполивинилиденфторидного эндопротеза с толщиной нити 0,07 мм. Проведенные нами ранее экспериментальные исследования показали что данный вид протеза обладает наибольшей биосовместимостью из полипропиленовых имплантантов. Синтетический эндопротез, включает в себя основной лоскут размерами 15x15 см с закругленными углами и дополнительный, размерами 5x40 см в виде широкой ленты, расположенной у нижнего края основного лоскута в поперечном к нему направлении (патент РФ на изобретение №2459597 от 27.08.2012). Выполняли два широких горизонтально-овальных разреза кожи, подкожной жировой клетчатки над грыжевым выпячиванием от верхней наружной ости подвздошной кости с одной стороны до верхней наружной ости подвздошной кости с другой. Производили иссечение кожно-жирового надлобкового «фартука» и грыжевого мешка. Выполняли пластику грыжевых ворот путем ушивания дефекта апоневроза «край в край». Сверху на ушитые грыжевые ворота помещали основной лоскут эндопротеза размерами 15x15см, который фиксировали к апоневрозу непрерывным швом полипропиленовой мононитью. Ниже места пластики на уровне *linea bispinalis* в горизонтальном направлении размещали дополнительный лоскут полипропиленполивинилиденфторидного эндопротеза в виде ленты шириной 5см и длиной 40см, который фиксировали к апоневротическим тканям в области верхних наружных остей подвздошных костей и апоневрозам прямых и наружных косых мышц живота с одной и другой стороны непрерывным швом за его край с длиной шага 1,5-2,0 см на границе с подкожной жировой клетчаткой. Рану дренировали одним или двумя дренажами, которые присоединяем к системе активной аспирации. Ушивали подкожную жировую клетчатку и кожу. Результаты лечения оценивали по функциональному состоянию брюшной стенки и качеству жизни больных, которые изучали с помощью опросника SF-36 через 1 год после операции. Результаты и их

обсуждение. В первой группе у 8(20%) у больных в ближайшем послеоперационном периоде и у 5(12,5%) во второй группы зарегистрированы серомы ран. Лечение этих осложнений проводили при помощи 3-4 пункций под ультразвуковым контролем. Во второй группе у 1 (2,5%) пациентки отмечено развитие гипостатической пневмонии, которая купирована консервативными мероприятиями. Других осложнений, а тем более летальных исходов не было. После операции у больных 1-й группы отмечалось частичное улучшение функции брюшной стенки, которое стало удовлетворительным у 23 (57,5 %) больных, вследствие уменьшения дряблости живота и его куполообразной формы, диастаза прямых мышц. Функциональное состояние брюшного пресса осталось неудовлетворительным у 17 (42,5%) больных. У больных 2 группы после одновременного эндопротезирования и лифтинга полипропиленполивинилиденфторидной сеткой обнаружено выраженное улучшение функции брюшной стенки. Функциональное состояние брюшного пресса стало удовлетворительным у 38 (95%) больных. Развития новых послеоперационных грыж не отмечено. Физический компонент здоровья у больных первой группы равен  $34,5 \pm 4,2$ , а психологический  $22,8 \pm 1,5$ , а во второй группе соответственно  $63,6 \pm 6,6$  и  $57,8 \pm 3,4$  ( $p < 0,05$  по сравнению с показателями первой группы). Вывод. Эндопротезирование брюшной стенки в сочетании с лифтингом мышечно-апоневротических тканей позволяет уменьшить растяжение мышц брюшного пресса и предотвратить прогрессирование анатомо-функциональной недостаточности брюшной стенки, повысить физический компонент здоровья в 1,8 раза, а психический компонент здоровья – в 2 1/2 раза.

## **7. Корреляция маркеров воспаления и степени травматичности оперативного вмешательства у больных с послеоперационной вентральной грыжей.**

Каминский И.В.

Симферополь

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»,  
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

Лечение послеоперационных вентральных грыж (ПВГ) до настоящего времени остается актуальной проблемой современной абдоминальной хирургии. Применение имплантатов и принципы ненапряжной герниопластики значительно уменьшили травматичность операции при ПВГ, что позволило расширить рамки операбельности больных. В этой связи, представляет интерес влияние самой имплантации на степень выраженности и характер воспалительной реакции тканей. Материал и методы исследования. Проведен анализ лечения 96 пациентов с ПВГ. В I группу (26 человек) вошли больные с ПВГ сочетающейся со спаечной болезнью брюшной полости, перенесшие открытую герниопластику. Во II группу (30 человек) – больные с ПВГ, умеренно выраженным спаечным процессом брюшной полости, которым произведены видеоассистированные комбинированные операции. III группу (40 человек) составили больные с ПВГ и умеренно выраженным спаечным процессом в брюшной полости без клинических проявлений кишечной непроходимости, которым произведена закрытая герниопластика без натяжения или с умеренным натяжением сшиваемых тканей. Возраст больных составлял от 35 до 65 лет, преобладали женщины – 56, мужчин было – 40 человек. Наряду с общепринятыми клиническими и лабораторными методами исследований были проведены специальные исследования, направленные на изучение отдельных показателей эндогенной интоксикации. Концентрацию С – реактивного белка в сыворотке крови определяли «сэндвич» - методом твердофазного иммуноферментного анализа. Проводился бактериологический контроль раны и раневого отделяемого, УЗИ - контроль зоны послеоперационной раны. Результаты и их обсуждение. В ходе проведенных исследований, уже до операции у больных I группы с ПВГ, сочетающихся с чрезвычайно

выраженным процессом в брюшной полости отмечалось достоверное увеличение концентрации СРБ в крови ( $P < 0,05$ ). Так, если в контрольной группе больных этот показатель колебался в районе 9,2 – 10,2 мкг/мл, то у больных I группы концентрация СРБ крови составляла  $14,1 \pm 1,3$  мкг/мл. Длительность операций у больных первой группы колебалась между 1,5 и 2,5 часами. Энтеролизис занимал примерно 30% оперативного времени. Всем больным во время оперативного вмешательства проводилась профилактическая антибактериальная терапия. Сразу после операции концентрация СРБ увеличивалась до  $18,1 \pm 1,6$  мкг/мл. Данный всплеск показателей СРБ соответствует нашим теоретическим представлениям, о фазности асептической воспалительной реакции и ее прогрессировании в течение первых 1 – 2 суток после операции. Так, к концу первых суток концентрация СРБ в 2,4 раза превышала дооперационные показатели, составляя  $32,6 \pm 3,4$  мкг/мл. К концу вторых суток концентрация СРБ свидетельствовала о стабилизации воспалительного процесса, составив  $30,6 \pm 2,2$  мкг/мл. Следует еще раз подчеркнуть два важных фактора, влияющих на интенсивность воспалительной реакции в тканях брюшной стенки и в брюшной полости. Во-первых, всем больным проводилось интенсивное противовоспалительное лечение, включающее в себя физиотерапевтическое лечение (электрофорез с антибиотиками, УВЧ, магнитотерапию), антибактериальное лечение, УЗИ – контроль за течением раневого процесса, пункционное удаление раневого отделяемого. Изучение микрофлоры отделяемого из брюшной полости свидетельствовало об ее исчезновении к концу вторых суток после операции. У всех пациентов I группы нам удалось избежать развития гнойно – септических осложнений. К концу 3-х суток после операции концентрация СРБ резко снижалась, постепенно достигая дооперационных показателей ( $16,2 \pm 3,2$  мкг/мл.). Динамика концентрации СРБ у больных второй и третьей групп незначительно отличалась друг от друга. Дооперационные показатели почти не отличались от контрольных, составляя соответственно  $10,2 \pm 1,4$  мкг/мл и  $10,4 \pm 1,6$  мкг/мл. По всей видимости, столь незначительное повышение СРБ у больных с ПВГ, связано с умеренно выраженным спаечным процессом, не носящим распространенный характер. Сразу после операции как и в I группе исследований наблюдался подъем концентрации СРБ до  $14,4 \pm 2,1$  мкг/мл., во II группе и до  $14,6 \pm 3,1$  мкг/мл. - в III группе. Длительность видеоассистированных и закрытых операций при ПВГ колебалась от 1 часа до 2 часов. В группе больных с видеолaparоскопическим разделением спаек брюшины в зоне грыжевого дефекта длительность этой процедуры не превышала 30 минут. На этом оперативная интервенция в брюшную полость практически завершалась. Остальные этапы операции у больных II группы исследований производились вне брюшной полости. Вторым этапом производилась герниопластика по типу комбинированной операции с максимальным сочетанием имплантации с тканями брюшной стенки (грыжевых ворот, частей грыжевого мешка). Через 24 часа после операции наблюдалось повышение концентрации СРБ как во II так и в III группе исследований до  $24,4 \pm 3,2$  мкг/мл. -  $22,4 \pm 3,4$  мкг/мл. соответственно. В течение 2 суток уровень СРБ оставался стабильным ( $26,6 \pm 4,2$  мкг/мл. –  $24,6 \pm 3,2$  мкг/мл.). Затем, к концу вторых, началу третьих суток после операции как во 2-й так и 3 группах больных уровень СРБ в крови быстро снижался ( $15,4 \pm 3,2$  мкг /мл.- во 2 группе и  $14,2 \pm 2,1$  мкг /мл. – в 3 группе). Выводы. Таким образом, повышение концентрации С – реактивного белка в раннем послеоперационном периоде связано с хроническим воспалением в толще рубцов передней брюшной стенки, а также в брюшной полости, в спайках брюшины, вокруг старых лигатур. Косвенным подтверждением этого факта являются результаты проведенных нами ранее исследований микрофлоры брюшной полости у больных со спайками брюшины, согласно которым, их рассечение у больных с послеоперационными вентральными грыжами сопровождается активацией «дремлющей» инфекции.

## **8. Тактика хирургического лечения рецидивных послеоперационных вентральных грыж.**

Иманалиев М.Р., Магомедов М.М., Исмаилов Г.М.

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

В связи с анатомо-морфологическими изменениями в области грыжевых ворот выполнение реконструктивного этапа операции при рецидивных послеоперационных вентральных грыжах (ПОВГ) сопровождается техническими трудностями. Не смотря на достигнутые технические успехи оперативного лечения послеоперационных рецидивных вентральных грыж, риск послеоперационных осложнений и рецидива грыж остается еще высоким. Цель. Изучить результаты оперативного лечения рецидивных ПОВГ путем дифференцированного подхода к выбору метода герниопластики. Материалы и методы. Проведено ретроспективное неконтролируемое исследование результатов лечения 38 пациентов (20 женщин и 18 мужчин) оперированных в хирургическом стационаре РКБ ЦСЭМП г. Махачкалы по поводу рецидивных ПОВГ в период с 2012 по 2016 гг. Средний возраст пациентов –  $59.6 \pm 2.6$  года. Распределение пациентов согласно классификации S.P.Chervel и A.M. Rath(1999). До операции всем пациентам проводили ультрасонографию. На основании результатов исследования индивидуально подбирали способ герниопластики. Пластика местными тканями – 28 пациентов, 3 из них с ПОВГ (R2); герниопластика сетчатым эндопротезом – 10 операций, у трех с ПОВГ (R3). Результаты и их обсуждение. Расположение эндопротезов в предбрюшинном пространстве у 14(40%) оперированных пациентов (размещение сетки sublay – у 11; inlay – у 3). Межмышечное расположение эндопротеза у 12(34,3%) пациентов (sublay – у 10; inlay – у 2). Операция задняя сепарация (TAR-technique) была выполнена у 10 (26,3%) пациентов. Сроки наблюдения составили от 6 месяцев до 2 лет. Рецидивы ПОВГ у 2 (5,7%) пациентов, оперированных с межмышечным расположением эндопротеза. Наилучшие результаты были получены в лечении рецидивных вентральных грыж при задней сепарационной пластике, отсутствием послеоперационных осложнений и ранней реабилитации пациентов, считавшихся инвалидами. В раннем послеоперационном периоде умерла одна пациентка. Причина смерти – тромбоэмболия легочной артерии. Выводы: 1. Развитие анатомо-морфофункциональных изменений в области грыжевых ворот W3, W4 делает заднюю сепарацию наиболее целесообразной и технически выполнимой операцией. 2. Применение ультрасонографии до операции позволяет индивидуально выбрать способ герниопластики и объективно оценить течение раневого процесса.

## **9. Хирургическое лечение послеоперационных и вентральных грыж у больных, страдающих ожирением и сахарным диабетом.**

Володченко Н.П., Алексенко А.С. Киселёв П.Ю., Ищенко В.В., Яценко Т.Е.

Благовещенск

ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница

Актуальность проблемы Хирургическое лечение послеоперационных и вентральных грыж передней брюшной стенки остаётся одной из актуальных проблем абдоминальной

хирургии, особенно у лиц страдающих ожирением и сахарным диабетом, в связи с низкими регенераторными способностями тканей, плохой сопротивляемостью к инфекции, опасностью развития послеоперационных осложнений у данной категории больных. Цель проанализировать результаты оперативного лечения вентральных грыж у больных, страдающих ожирением и сахарным диабетом. Материалы и методы Изучены результаты лечения 163 больных с вентральными и послеоперационными грыжами, у 28 больных были выявлены большие и у 9 гигантские грыжи. Из 37 больных с большими и гигантскими грыжами у 21 (56,7%) индекс массы тела превышал 35кг/кв.м<sup>2</sup>, 5 (13,5%) больных страдали сахарным диабетом 2 типа в течение 5-10 лет. Мужчин было 6 (16,2%), женщин 31(83,8%). Возраст больных колебался от 38 до 70 лет, значительное количество больных 19 (52%) составили лица трудоспособного возраста. Диагностический алгоритм включал изучение клинических, лабораторных показателей и инструментальных методов исследования, направленных на оценку функции сердечно-сосудистой и дыхательной системы (ЭКГ, УЗИ сердца, спирография). Контрольную группу составили 35 больных, оперированных с использованием традиционных способов закрытия грыжевых ворот собственными тканями. В основную группу составили 37 больных с большими и гигантскими грыжами, страдающими ожирением и сахарным диабетом. Большая часть больных были оперированы под общим обезболиванием с интраоперационным мониторингом, 12 больных оперированы под спинальной анестезией. Всем больным с большими и гигантскими грыжами использовали для проведения пластики грыжевых ворот полипропиленовые сетки (27 человек) и рассасывающие сетки «Випра» (15 человек) по технологии Onlay с активным дренированием ран по Редону. В послеоперационном периоде использовали fast-track технологии, позволяющие минимизировать сроки пребывания пациента в отделении, ускорить процессы реабилитации и восстановить трудоспособность. В лечении больных с избыточной массой тела и СД в раннем послеоперационном периоде проводилась комплексная терапия, направленная на коррекцию глюкозы, других обменных нарушений. В лечении активно принимали участие врачи эндокринологии, сосудистые хирурги, врачи ЛФК, физиотерапевты. Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде в контрольной группе умер один больной от инфаркта миокарда, у 6 из 30 больных отмечены местные раневые осложнения: нагноение операционной раны (1), инфильтрат (2), лигатурный свищ (1), серома (1). В основной группе в раннем послеоперационном периоде летальных исходов не было, из раневых осложнений наиболее часто выявлялись серомы (5), инфильтрат (1), лигатурный свищ (1). Развитию раневых осложнений способствовали обширная отслойка тканей с повреждением кровеносных и лимфатических сосудов, асептическое воспаление из-за непосредственного контакта имплантата с подкожно-жировой клетчаткой. Регулярно проводился контроль течения раневого процесса проведением УЗИ раны. Отдалённые результаты изучены в сроки до 5 лет. В контрольной группе рецидив грыжи выявлен у 5, в основной группе – у 2 больных. Выводы.1. Больные с большими и гигантскими грыжами часто страдают ожирением и сахарным диабетом, которые способствуют возникновению послеоперационных осложнений и ухудшают результаты операции. 2. Больные с большими и гигантскими грыжами нуждаются в тщательной предоперационной подготовке и активном ведении послеоперационного периода с коррекцией всех обменных нарушений под контролем профильных специалистов.

## 10. Операция LICHTENSTEIN-I в лечении ущемленной паховой грыжи.

Капшитарь А.В.

Запорожье, Украина

Запорожский государственный медицинский университет

Операция Lichtenstein-I является „золотым” стандартом планового пахового грыжесечения. Являясь не натяжной методикой, она исключила отрицательные стороны натяжных герниопластик, что привело к резкому сокращению послеоперационных осложнений и рецидивов грыжи. По данным Института грыжи имени I.I. Lichtenstein (Лос-Анджелес) частота рецидива после операции Lichtenstein-I не превышает 1%. В некоторых клиниках операцию Lichtenstein-I стали внедрять и при неотложных грыжесечениях. Происходит накопление клинического материала и его анализ. Цель работы: улучшить результаты лечения ущемлённой паховой грыжи путём внедрения не натяжной аллогерниопластики по методике Lichtenstein-I. Материал и методы. В хирургическом отделении КП „Городской клинической больницы № 2”, базовом отделении кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, за период с 2006 по 2016 годы оперированы 155 пациентов с ущемлённой паховой грыжей с использованием различных методик ауто- и аллогерниопластики. Из общего числа оперированных больных операция Lichtenstein-I выполнена у 44 (28,4%) пациентов. Преобладали мужчины – 42 (95,5%), женщин было 2 (4,5%) в возрасте от 35 до 89 лет. Наиболее часто операцию выполняли в возрасте от 50 до 80 лет – 30 (68,2%) больных. Из них ранее 4 (9,1%) пациентов с паховой грыжей были оперированы в плановом порядке, выполнена аутогерниопластика, однако наступил рецидив. Из них 1 (25%) больной оперирован безуспешно повторно с использованием аллогерниопластики. Сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, дыхательной, пищеварительной, моче-выделительной, половой, эндокринной страдали 38 (86,4%) пациентов. Все больные транспортированы СМП. До 2 часов от начала ущемления грыжи доставлены в клинику 8 (18,2%) больных, 3 часов – 8 (18,2%), 4 часов – 6 (13,6%), 5 часов – 10 (22,7%), 6 часов – 8 (18,2%) и 7 часов – 4 (13,6%). Преобладали паховые грыжи правосторонней локализации – 30 (68,2%) пациентов, левосторонняя локализация отмечена в 2 раза реже – у 14 (31,8%). Из всех больных у 34 (77,3%) пациентов впервые предстояло оперировать паховую грыжу и у 10 (22,7%) – рецидивную. Результаты и обсуждение. После кратковременного обследования 32 (72,7%) больных оперированы в неотложном порядке в течение 1 часа и 12 (27,3%) – 1-2 часов. К выбору анестезии подходили дифференцированно. Местная анестезия осуществлена у 26 (59,1%) пациентов и спинно-мозговая анестезия – у 18 (40,9%). В последнее время показания к спинно-мозговой анестезии расширили. После осуществления оперативного доступа к грыжевому мешку его вскрывали у дна и оценивали содержимое и степень макроскопических изменений ущемлённого органа. Ущемление тонкой кишки диагностировано у 22 (50%) больных, пряди большого сальника – у 18 (40,9%), сигмовидной ободочной кишки – у 3 (6,8%) и дивертикула Меккеля – у 1 (2,3%). Наряду с этим у 6 (13,6%) пациентов выявили наличие части органа брюшной полости, составляющих одну из стенок грыжевого мешка (слепая кишка-2, мочевого пузыря-2, сигмовидная ободочная кишка-2). Экссудат характеризовался как серозный или серозно-геморрагический. Жизнеспособными признаны ущемлённые органы у 34 (77,3%) больных. Некроз ущемлённого органа был определён у 10 (22,7%) пациентов. Из них у 9 (90%) больных имел место некроз большого сальника и у 1 (10%) – дивертикула Меккеля. Объём операции ограничен лишь операцией Lichtenstein-I у 34 (77,3%) пациентов, у 10 (22,7%) – наряду с операцией Lichtenstein-I, выполнена резекция некротизированного органа (большой сальник-9, тонкая кишка с дивертикулумом Меккеля и энтеро-энтеро-анастомозом бок-в-бок-1). Рана дренирована по Редону для активной аспирации раневого отделяемого в послеоперационном периоде. Последующее лечение



состояло из дыхательной гимнастики, ЛФК, приёма нестероидных противовоспалительных препаратов, антибиотиков, перевязок, ношения бандажа, физиотерапии. Их рано активизировали. Послеоперационное течение гладкое. Дренаж Редона удалён к 5 суткам после прекращения отделяемого. Швы сняты на 7 сутки. Раны зажили первичным натяжением и больные выписаны на амбулаторное лечение у хирурга поликлиники. За анализируемый период рецидивов не отмечено. Выводы: 1. Выполнение операции Lichtenstein-I с активным дренированием по Редону при ущемлённой паховой грыже возможно при наличии строгих показаний. 2. Исключение натяжения тканей при аллогерниопластике ведёт к лёгкому течению послеоперационного периода, отсутствию осложнений, небольшому болевому синдрому. 3. Необходимо дальнейшее накопление клинического материала и его анализ.

## **11. К вопросу оценки выбора оптимального варианта герниопластики у мужчин репродуктивного возраста.**

Магомедов М.М., Магомедбеков Р.Э.

г. Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский Государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Проблема нарушения фертильности имеет не только важное медицинское, но и социальное значение. Примерно 8–12% семенных прав, по данным ВОЗ за 2000 г., страдает бесплодием. В Российской Федерации частота бесплодия – около 15%, что является критическим уровнем. В связи с этим, выбор оперативного вмешательства у мужчин фертильного возраста, имеет важное значение для сохранения репродуктивной функции. Цель. Обоснование выбора оптимального варианта герниопластики у мужчин репродуктивного возраста. Материалы и методы. Исследование проведено в двух группах у мужчин, в возрасте с 18 до 45 лет. В зависимости от методики герниопластики пациенты были разделены на две группы. В первой группе выполнялось операция по Shouldice, во второй герниопластика по методике Desarda. До оперативного лечения и через 3 месяца после операции производилось цветное дуплексное сканирование артерий и вен семенного канатика на УЗ-сканере ALOKASSD-1700 с линейным датчиком 10 МГц. Во всех группах проведены спермаморфологические исследования за 6 дней до операции, спустя 3 месяца после операции. Результаты исследования и их обсуждение. В послеоперационном периоде у пациентов, перенесших герниопластику по методике Desarda, зафиксирован лучший кровоток в семенном канатике и, как следствие меньший остаточный дефицит кровотока – 8,12%. Пациенты 2 группы, перенесшие операцию Shouldice, имели наибольший остаточный дефицит кровотока – 10,17% и индекс резистентности – 0,86. Проведенные исследования показали, герниопластика у мужчин по методике Shouldice развивается уменьшение числа сперматозоидов в единице объема эякулята. Результаты исследования показали, что герниопластика по Desarda оказывает минимальное действие на репродуктивную функцию и предпочтительно для пациентов репродуктивного возраста с целью сохранения их фертильности. Выводы: 1. Методика Desarda является наиболее предпочтительной при паховых грыжах у пациентов репродуктивного возраста. 2. Показатели качества жизни у мужчин после герниопластики по Desarda в отдаленном послеоперационном периоде значительно выше, чем перенесших герниопластику способом Shouldice.

## 12. Выбор объема хирургического вмешательства у больных с большими послеоперационными вентральными грыжам.

Дарвин В.В., Лысак М.М., Краснов Е.А., Белова В.А., Бубович Е.В.

Сургут

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

Цель исследования – проанализировать результаты существующих подходов к хирургическому лечению больных с большими послеоперационными грыжами. Проанализированы результаты лечения 59 больных с большими послеоперационными грыжами (ширина ворот которых, в соответствии с EHS, более 10 см - БПОВГ). У 49 (83,1%) из них ИМТ превышал 35 кг/м<sup>2</sup>, у 51 (86,4%) – имелся сложный преморбидный фон, обусловленный тяжелой сопутствующей патологией. Объем диагностических исследований включал физикальные, лабораторные и инструментальные (лучевые, эндоскопические, внутрибрюшная тонометрия) методы исследования и определялся регламентированным стандартом и индивидуальными особенностями. Внутрибрюшную тонометрию выполняли всем больным путем измерения давления в мочевом пузыре. В зависимости от выполненного коррегирующего вмешательства больных с БОВГ разделили на 2 группы: В 1 группе (26 больных – 44,1%) применена ненатяжная герниопластика с применением синтетических трансплантатов: on lay – 7, sub lay – 19; во 2 группе (33 – 55,9%) - реконструкция передней брюшной стенки путем разделения ее компонентов: передняя и задняя сепарация открытым способом - у 18 и у 15 - по разработанной малоинвазивной технологии с использованием оригинального инструмента тенотома и подкожного рассечения апоневроза наружной косой мышцы живота (НКМЖ). У всех больных до- интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде контролировали уровень внутрибрюшного давления. У всех больных с БПОВГ имеет место исходная внутрибрюшная гипертензия – средний уровень внутрибрюшного давления 15,5±3 см вод.ст. Контролем эффективности избранного способа пластики грыжевых ворот служили показатели интраабдоминальной тонометрии, при этом ориентируемся на уровень дооперационного интраабдоминального давления: после пробного сведения краев уровень интраабдоминального давления не должен быть значимо выше дооперационного. У всех оперированных больных удалось выполнить ликвидацию грыжевых ворот и пластику без натяжения (разница в уровне интраабдоминального давления не более 2 см вод. ст.). В послеоперационном периоде продолжали антибиотикопрофилактику, антикоагулянтную терапию, инфузионно-трансфузионную терапию, средства по коррекции нарушений витальных функций. Внимание уделяли ранней активизации, ЛФК, гемоделиции, раннему энтеральному питанию, а также по показаниям - дополнительные мероприятия по снижению интраабдоминального давления (зондовая декомпрессия, механическая очистка толстой кишки, лекарственная и физиотерапевтическая стимуляция ЖКТ). При изучении результатов интраабдоминальной тонометрии отмечено, что в раннем послеоперационном периода ( 3 - 4 сут) удалось контролировать оптимальный уровень интраабдоминального давления, не превышающий 15±6 см вод. ст. В послеоперационном периоде умер 1 больной ( 1,7% ), причина летального исхода – ТЭЛА. Осложнения, потребовавшие релапаротомии, отмечены у 1 пациента ( 1,7% ) через 4 сут - релапаротомия в связи с ранней спаечной кишечной непроходимостью. Раневые осложнения имели место у 7 больных (11,9%): в 1 группе – у 3 ( 11,5% ), во 2 группе – у 4 (12,1%), причем трансплантат не был удален ни у одного больного с раневыми осложнениями. Средняя длительность пребывания в стационаре в обеих группах не отличалась и составила 15,6±4,0 койко-дня. 34 (57,6%) больных осмотрено в отдаленном периоде (в сроки 1-4 г) – рецидивов грыжи не отмечено. Таким образом, объективный подход к выбору оптимального объема пластики передней брюшной стенки с обязательным контролем динамики внутрибрюшного давления у

больных с большими послеоперационными вентральными грыжами позволяет добиться качественных результатов медицинской реабилитации: послеоперационная летальность - 1,7%, частота послеоперационных осложнений – 13,6 %.

### **13. Опыт лапароскопической герниопластики (ТАРР) при паховых грыжах в условиях «высокопоточного» хирургического стационара.**

Ермаков Н.А., Зорин Е.А., Орловская Е.С.

Москва

ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России

На сегодняшний день одной из рекомендованных Европейской ассоциацией герниологов операций применительно к взрослым пациентам с паховой грыжей является лапароскопическая аллопластика пахового промежутка (ТАРР). Данная операция в сравнении с открытыми методиками обладает такими значимыми преимуществами как меньшая интенсивность острой послеоперационной боли, ускоренная реабилитация больных, а также возможность выполнения симультанных лапароскопических операций на органах брюшной полости. Все вышеперечисленное позволяет рассматривать лапароскопическую предбрюшинную аллопластику пахового промежутка как операцию выбора в условиях «высокопоточной» хирургической клиники. Материалы и методы. С декабря 2009 года по февраль 2017 года в ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России выполнено 1500 операций ТАРР. Все больные оперированы в соответствии со стандартами оперативной техники и периоперационного ведения больного, используемыми в клинике. Стандартная техника выполнения ТАРР включает: обезболивание мест троакарных вколов раствором местного анестетика длительного действия, широкая мобилизация предбрюшинного пространства, использование нераскроенной сетки размером не менее чем 10x15 см. Фиксация обычной «плоской» сетки осуществляется при помощи спиралей. Отказ от жесткой фиксации допускается в случае использования анатомической («3DMax») или самофиксирующейся («ParietexProgrip») сетки. Ушивание троакарных ран осуществляется внутрικοжным швом рассасывающейся нитью, в качестве раневого покрытия используется дермальный клей. Стандарты периоперационного ведения пациентов подразумевают широкое применение принципов fast track - ранняя активация и кормление после операции, предупреждение послеоперационной тошноты, адекватное обезболивание с применением различных комбинаций НПВП, сокращение продолжительности госпитализации. Результаты. Из 1500 оперированных больных интраоперационные осложнения отмечены у 5 пациентов (0,3%). Послеоперационные осложнения выявлены у 13 больных (0,86%). Серомы выявлялись в 2,9% случаев (44 пациента). Средняя продолжительность послеоперационного периода составила  $1,71 \pm 0,4$  дня. Рецидивы заболевания в сроки от 1 до 5 лет после операции выявлены у 6 больных (0,4%). Хроническая боль отмечалась у 38 пациентов (2,5%), в двух случаях ее интенсивность и стойкость потребовала повторного оперативного вмешательства. Заключение: Накопленный опыт выполнения лапароскопической трансбрюшинной преперитонеальной аллопластики (ТАРР) по поводу паховых грыж, а также данные, полученные при проведении анализа результатов нашей работы демонстрируют безопасность и эффективность ТАРР. Это позволяет рекомендовать данный вид пластики пахового промежутка как операцию выбора при лечении неосложненных паховых грыж в условиях высокопоточного хирургического стационара

#### **14. Анализ применения методик «ненатяжной» пластики грыжевых ворот с использованием сетчатого эндопротеза в хирургическом отделении №1 КДЦ «Здоровье» (г. Ростов-на-Дону) за 5 лет.**

Абоян И.А., Маликов Л.Л., Сапов А.В., Тренев М.И., Бухарбаев Р.М., Саркисов А.Э.

Ростов-на-Дону

МБУЗ КДЦ «Здоровье» г. Ростова-на-Дону

Актуальность проблемы. Частота грыж передней брюшной стенки достигает 50 случаев на 10000 населения, а 25 % всех хирургических операций проводятся по поводу грыж различной локализации. Каждый год в клиниках и больницах России проводится до 180000 операций по поводу грыж передней брюшной стенки, в то время как в США эта цифра равна 500000. Современные полипропиленовые сетки производятся с использованием технологии вязания основы. В России в настоящее время применяются в основном сетки из полипропилена и политетрафторэтилена. Низкие цифры рецидивов, короткий период восстановления и раннее возвращение трудоспособности достигнутые при грыжесечении по «ненатяжной» методике, свидетельствуют в пользу применения сетчатых эндопротезов. Целью работы явилось обобщение клинического опыта и анализ результатов использования методик «ненатяжной» пластики грыжевых ворот с использованием сетчатых эндопротезов у пациентов хирургического отделения №1 КДЦ Здоровье (г. Ростов-на-Дону). Материалы и методы. В хирургическом отделении №1 КДЦ Здоровье (г. Ростов-на-Дону) за период с 01 января 2012 года по 31 декабря 2016 года оперативное лечение в объеме пластики грыжевых ворот сетчатым эндопротезом с использованием «ненатяжной» методики получили 830 пациентов. С диагнозом паховая грыжа (K40.9) прооперировано 410 человек за 5 лет (средний койкодень (далее ср. к\д) 7,48 на 1 человека). В 2012 году - 53 человека (50 муж., 3 жен.), ср. к\д - 7,89 на 1 пациента. В 2013 году - 117 (110 муж., 7 жен.), ср. к\д - 8,25. В 2014 году – 66 пациентов (62 муж., 4 жен.), ср. к\д – 8,47. В 2015 году – 111 (105 муж., 6 жен.), ср. к\д – 6,46. В 2016 году – 63 пациента (59 муж., 4 жен.), ср. к\д – 5,97. С диагнозом пупочная грыжа (K42.9) – 96 человек (ср. к\д 8,32 на 1 человека). В 2012 году - 12 человек (7 муж., 5 жен.), ср. к\д - 8,83 на 1 пациента. В 2013 году - 33 (19 муж., 4 жен.), ср. к\д - 8,88. В 2014 году – 22 пациента (13 муж., 9 жен.), ср. к\д – 9,09. В 2015 году – 19 (11 муж., 8 жен.), ср. к\д – 7,47. В 2016 году – 10 пациентов (6 муж., 4 жен.), ср. к\д – 5,8. С диагнозом грыжа передней брюшной стенки (K43.9; грыжи белой линии живота, спигеливой линии, послеоперационные вентральные грыжи) – 324 человека (ср. к\д 9,1 на 1 человека). В 2012 году - 22 человека (8 муж., 14 жен.), ср. к\д - 11,09 на 1 пациента. В 2013 году - 65 (23 муж., 42 жен.), ср. к\д - 11,04. В 2014 году – 43 пациента (15 муж., 28 жен.), ср. к\д – 8,7. В 2015 году – 128 (71 муж., 57 жен.), ср. к\д – 8,76. В 2016 году – 66 пациентов (38 муж., 28 жен.), ср. к\д – 7,44. Средний возраст больных в 2012 году составил 66,3 года, в 2013 году - 57 лет, в 2014 году – 57 лет, в 2015 году – 57,1 год, в 2016 году – 57,68 лет. Были использованы общепринятые методики оперативных вмешательств. Использовался сетчатый эндопротез на основе полипропилена. Полость раны дренировали тонким силиконовым дренажем с подключением системы активного дренирования полости раны. Послеоперационное лечение больных также проходило по стандартной отработанной программе. Дренаж обычно удалялся на 2 сутки после операции при наличии в дренаже на момент перевязки не более 10 мл. отделяемого. Результаты и обсуждение. Проанализировав результаты лечения больных, прооперированных с использованием «ненатяжных» методик герниопластики в хирургическом отделении №1 КДЦ «Здоровье» г. Ростова-на-Дону с 2012 по 2016 гг., было отмечены следующие послеоперационные осложнения: парестезия в области операционной раны (0,6% пациентов), гематома (1%), послеоперационный отек яичка и семенного канатика (1,9%), гиперемия и отек в области раны (2,1%), нагноение раны (0,3%), неврологические боли в паховой области (0,1%).

Лигатурных свищей не было. У 21% больных не требовалось устранения боли после операции. У 69% больных анальгетики применяли менее 1 недели. Рецидивы при первичных грыжах имели место в 0,1% наблюдений. Также отмечено снижение среднего количества койкодней пребывания в стационаре на 1 больного во всех группах: для паховых грыж с 7,8 до 5,8 дней, для пупочных грыж с 8,8 до 5,8 дней, для грыж передней брюшной стенки с 11 до 7,4 дней. Выводы: Пятилетний опыт использования «ненатяжных» методик герниопластики в хирургическом отделении №1 КДЦ «Здоровье» г. Ростова-на-Дону показывает возможность эффективного лечения грыж передней брюшной стенки в городе Ростове-на-Дону. Сочетание отработанных принципов и методик предоперационного обследования и подготовки больных, оперативного лечения и послеоперационного ведения пациентов согласно общепринятым стандартам приводит к минимизации послеоперационных осложнений наряду со снижением среднего времени пребывания больного в стационаре, улучшению качества жизни больного в раннем и отдаленном послеоперационных периодах. Использование современных качественных полимерных материалов и дальнейшее совершенствование методик операций и послеоперационного лечения больных является основой для улучшения качества оказания лечебной помощи пациентам с грыжами передней брюшной стенки.

### **15. Эндоскопическая тотальная экстраперитонеальная герниопластики (ТЕР) при различных паховых грыж.**

Шестаков А.М.(1), Дегтярев О.Л.(2), Загреба И.В.(2), Давыденко А.В.(2)

1) Веселовский 2) Ростов на-Дону

1) МБУЗ ЦРБ Веселовского района Ростовской области, 2) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель работы - изучить вариант создания операционной полости в преперитонеальном пространстве, а так же способ подготовки площадки для установки сетчатого имплантата с помощью ректороманоскопа и марлевых тупферов для диссекции в целях снижения риска интраоперационных осложнений. Материалы и методы: С января 2014 года по настоящее время (2017) в хирургическом отделении МБУЗ ЦРБ Веселовского района нами выполнено 24 ТЕР операции. Кандидаты для ТЕР операции нами тщательно отбирались - пациенты с небольшими паховыми грыжами, по классификации EHS - это медиальные грыжи 1 и 2 типов, а также латеральные 1 типа, один пациент имел двустороннюю прямую паховую грыжу (тип M2 по EHS). В предоперационном периоде кроме физикального осмотра, пациентам выполняли УЗИ передней брюшной стенки для уточнения характера грыжевого выпячивания. Мы прооперировали 4 женщин и 20 мужчин в возрасте от 27 до 71 года. Способ создания операционной полости посредством эндоскопа мы применяли 8 раз (33,3%), 7 (29,1%) операций выполнены с помощью баллона-диссектора (устройства фирмы Covidien: SpaceMaker в 2 случаях (8,3%), 5 операций (20,8%) с помощью OMS-XB2) и 9 операций (37,5%) - создание первичного пространства осуществлялось посредством детского ректороманоскопа (PPC). Во всех случаях доступ в преперитонеальное пространство осуществлялось по McSernan - гипоумбиликальный разрез 2 см, обнажение и открытие переднего листка влагалища прямой мышцы живота на стороне грыжевого выпячивания, отведение брюшка прямой мышцы в сторону и проведение вдоль заднего листка инструмента для создания операционной полости. Подробно опишем способ использования детского тубуса PPC. После достижения заднего листка влагалища прямой мышцы живота, в намеченный пальцем тоннель вводили детский (2 см в диаметре) PPC с оливой. Мануально следили продвижением тубуса к лону, после чего оливу извлекали и в просвет инструмента вводили 300 эндоскоп. Герметичность эндоскопа в тубусе поддерживали благодаря

кольцевой резиновой прокладке. Подача углекислого газа в предбрюшинную полость осуществлялась через канюлю РРС инсуфлятором эндостойки под давлением 12-14 мм рт.ст. Движения тубуса в стороны позволяли создать достаточную полость для постановки рабочего троакара. Первый рабочий 5 мм порт устанавливали по средней линии - как и при иных способах на 5 см над лоном. После этого, в операционную полость через РРС вводили марлевый шарик (диссектор), фиксированный капроновой петлей Редера на лигатуре длиной 50-60 см. Шарик зажимался браншами эндодиссектора, установленного в 5 мм порт. Им проводили разделение рыхлой клетчатки в паховом регионе до четкой визуализации основных анатомических структур - лонной кости, связки Купера, нижних надчревных сосудов, подвздошно-лонного тракта, а также анатомических зон, настоящего и потенциальных грыжевых дефектов. Марлевым шариком (диссектором) также подготавливали площадку, достаточную для расправления сетки. При необходимости, шарик легко извлекался из операционного поля потягиванием за лигатуру и мог быть заменен на новый. В продолжение операции устанавливали второй рабочий порт 5 мм либо в подвздошной области на стороне грыжевого дефекта, либо по средней линии между видеопортом и первым рабочим троакаром. После этого в трех случаях мы оставляли РРС и продолжали операцию - инвагинировали брюшину грыжевого дефекта эндодиссектором и эндозажимом в брюшную полость, опускали ее вниз и кзади, потом расправляли сетчатый имплантат. В остальных случаях, дойдя до этапа вправления грыжевого мешка, РРС извлекали и эндоскоп заводили вновь через канюлю Хассона. Мы во всех случаях использовали сетку "Линтекс" 10x15см, фиксировали ее только в случаях прямой паховой грыжи герниостеплером "Гера" 5 мм к связке Купера и по медиальному краю имплантата. Результаты: Продолжительность операций варьировала от 45 до 105 мин. Самая продолжительная - двусторонняя ТЕР по поводу двусторонней прямой паховой грыжи, типа М2 по классификации EHS. Сложность возникла при расправлении медиальных краев обеих сетчатых протезов, поскольку рабочие порты были установлены по средней линии, пришлось ставить добавочный 5 мм порт в левой подвздошной области для расправления и фиксации медиальных краев протезов. Одна операция с использованием баллона-диссектора OMS-XB2 продолжена в конверсию TAPP, причина этому - перфорация брюшины при расправлении баллона-диссектора. В одном случае, когда первичная операционная полость создавалась эндоскопом возникли затруднения - сдвигая эндоскоп латерально от средней линии, мы прошли поверхностнее нижних надчревных сосудов. Удалось избежать их повреждения, обойти снизу и выполнить операцию запланированным путем. Однако, эта операция заставила нас искать иной способ создания операционной полости в предпузырном пространстве. Операции, когда мы использовали РРС прошли без каких-либо трудностей. В ближайшем послеоперационном периоде нами также осложнений выявлено не было. Пациенты находились на стационарном лечении от 3-х до 10 суток, что обусловлено в большей мере необходимостью выполнения сроков КСТ. Округлая олива, плавные контуры среза тубуса, а также его диаметр позволили без каких-либо осложнений выполнить полость и продолжить операцию. Латеральная диссекция с помощью ректороманоскопа выполнялась под визуальным контролем - это позволяет правильно выбрать необходимую плоскость. Применение марлевых шариков (диссекторов), привычных в открытой хирургии, позволяет избежать рисков острой диссекции, а также негативных сторон электро- и ультразвуковой коагуляции. Выводы: Использование баллона-диссектора удобно и быстро, но его стоимость, вероятно, ограничит широкое применение такой операции. Безбаллонный вариант - операция для опытных герниологов, вполне освоивших ТЕР с баллоном-диссектором. Способ с применением РРС и марлевых шариков для диссекции облегчает доступ в предбрюшинное пространство и, возможно, поможет хирургам на этапе освоения методики ТЕР.

## 16. Способ двухпортовой (reduced port) тотальной экстрAPERитонеальной герниопластики (TEP) в эксперименте.

Шестаков А.М.(1), Дегтярев О.Л. (2), Абашидзе И.Б.(2)

1) Веселовский 2) Ростов-на-Дону

1) МБУЗ ЦРБ Веселовского района Ростовской области, 2) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Сегодня TEP операция прочно вошла в арсенал хирургов, занимающихся лечением паховых грыж. Большинство исследователей соглашаются с тем, что TEP показана при двусторонних паховых грыжах. Тенденция современной хирургии минимизировать операционный доступ и уменьшить операционную травму привел к развитию однопортового направления в эндохирургии (SILS - single incision laparoscopic surgery). Однако, ряд недостатков этого метода - необходимость использования дорогостоящего оборудования, да-бы исключить конфликт инструментов, заставляют хирургов искать компромиссные решения, такие как варианты SILS+1 или "reduced port" Нами изучены особенности, которые необходимо учитывать в планировании reduced port варианта TEP. Исследование выполнено на секционном материале городского бюро судебно-медицинской экспертизы г. Ростова-на-Дону . : Выполняли диссекцию нижнего этажа передней стенки живота путем проведения подковообразного разреза (дуга открыта книзу) от лонной кости до уровня пупочного кольца и к передней верхней ости подвздошной кости, аналогичный доступ с контрлатеральной стороны, при этом сохраняли полнослойный мостик ткани передней стенки живота по средней линии живота шириной 3 см. После послойной препаровки тканей образован- первый лоскут - кожа и ПЖК; второй - мышечно-апоневротический. Оба лоскута отводились книзу, тем самым открывая предбрюшинное пространство. Обнажались основные анатомические элементы глубокого пахового пространства. Далее мы моделировали TEP операцию в двухпортовом варианте. Гипоумбиликальный разрез кожи, ПЖК и переднего листка влагалища прямой мышцы живота до 2-3 см - это точка введения единого порта - применяли эндорт единого лапароскопического доступа (ППП, Казань) для 10 мм эндоскопа и одного из рабочих инструментов, дополнительный порт ставили на 5 см над лоном по средней линии, куда вводили 5 мм троакар. Мы пытались провести диссекцию пахового региона путем комбинации различных эндохирургических инструментов (изогнутый зажим из набора единого лапароскопического доступа ППП, Казань, прямой 5 мм эндозажим и зажим-ротикюлятор фирмы Covidien из набора SILS), а также расправить сетчатый имплантат над паховой областью так, как это принято в традиционной TEP без раскрытия сетки. Манипуляцию повторяли с обеих сторон. Результаты: во всех случаях оказалось удобнее использовать основной прямой рабочий инструмент в дополнительном 5 мм порте, тогда как в единый порт помимо эндоскопа целесообразно устанавливать дополнительный инструмент. При этом, мы отметили, что для эффективной работы, даже в качестве вспомогательного, изогнутым инструментом набора лапароскопического доступа (ППП, Казань) требуется значительное операционное пространство. Радиус дуги зажима не позволяет эффективно манипулировать в преперитонеальном пространстве - когда дуга инструмента открыта к средней линии, возникает контакт с углом Дугласовой линии. Разворот инструмента вокруг продольной оси на 180 градусов приводит к конфликту с инструментом в дополнительном порту, также кривизна инструмента не позволяла работать им на расстоянии ближе чем 12 см от порта. В условиях ограниченного преперитонеального пространства такой зажим использовать невозможно. Использование изогнутого зажима становится возможным в случае расположения единого порта на уровне или несколько выше пупочного кольца из доступа по внешнему краю прямой мышцы живота контрлатеральной стороны (extended TEP или e-TEP) - таким

образом возможно увеличить операционное пространство, однако, такой доступ лишает операцию косметических преимуществ и не используется при двусторонней грыже. Ротикулятор Covidien, введенный через единый лапароскопический порт использовать гораздо удобнее - угол кривизны можно изменять, инструмент не требует значительного пространства, позволяет избежать конфликта рук оперирующей бригады. Использование в едином порте прямого эндозажима и его параллельного с эндоскопом положения оказались наиболее удобным вариантом. Привычная геометрия инструмента позволяет работать прецизионно, без конфликта инструмента с эндоскопом.

## **17. Тактика лечения рецидивных вентральных грыж у больных с морбидным ожирением.**

Павлюк Г.В., Бужор П.В., Морару В.А., Дану М.И., Бужор С.П.

Кишинёв, Республика Молдова

Государственный Университет Медицины и Фармации им. «Н. Тестемицану»

Актуальность проблемы. По данным ряда авторов вентральные грыжи возникают у 5-18% всех оперированных больных, как правило, у большей части в первый год после операции, у оставшихся – в течении 5 последующих лет. Лечение рецидивных вентральных грыж у больных с ожирением II-III степени является сложной хирургической проблемой, т.к. усложняется техника операции, возрастает число послеоперационных осложнений и повторных рецидивов. Цель работы: Изучить отдалённые результаты хирургического лечения больных с рецидивными вентральными грыжами и морбидным ожирением. Материал и методы: С 2007 по 2017 гг. в клинике оперировано 52 больных с рецидивными вентральными грыжами и ожирением II-III степени в возрасте от 47 до 75 лет, женщины – 41 (78,8%), мужчины – 11 (21,2%). Диагностический алгоритм включал общеклинические исследования, УЗИ, R-контрастные методы исследования кишечника, КТ, спирографию, ЭКГ, что позволяло определить сопутствующую патологию и ориентировать хирурга на объём и выбор тактики хирургического вмешательства. Результаты и обсуждение: Предоперационная подготовка предполагала ношение тугого бандажа в течение 10 – 14 дней (тренировка повышения внутрибрюшного давления), медикаментозную терапию дезагрегантами и фибринолитиками, ношение эластичных бинтов. Выбор способа герниопластики производился с учётом размеров грыжевых ворот. При нарушении целостности мышц брюшной стенки и апоневротических футляров предпочтение отдавали безнатяжным методикам с использованием аутодермального лоскута в 9 (17,3%) случаях или пропиленовой сетки у 36 (69,2%) больных. У 7 (13,4%) пациентов для пластики использовались собственные ткани. Симультанные операции выполнены у 7 пациентов – в 5 случаях холецистэктомия, в 2 случаях гистерэктомия. У всех больных этой группы грыжесечение сочеталось с абдоменопластикой и дермолипэктомией. Масса удалённой подкожно-жировой клетчаткой составила от 2,5 до 7 кг. После герниопластики у пациентов с растянутой дряблой передней брюшной стенкой с целью её укрепления проводили ушивание фасции прямой мышцы живота в продольном направлении в виде складки шириной 2 см. Операция завершалась установкой активной аспирации в подкожно-жировом слое для профилактики образования гематом и лимфостаза. В раннем послеоперационном периоде проводилась профилактика тромбозмоболических и респираторных осложнений, антибиотикотерапия, физиотерапия. Средний койко-день составил 7 дней. Рецидив возник у 2 (3,8%) пациентов, которые были реоперированы, причиной рецидива был отрыв эндопротеза от места фиксации. Летальный исход – 1 (0,2%), тромбозмоблия легочной артерии. Выводы: 1. Считаем, что дермолипэктомия с абдоменопластикой служат профилактикой рецидива вентральных грыж и улучшает результаты хирургического лечения. 2. Тщательная предоперационная подготовка и



медикаментозная коррекция в послеоперационном периоде позволяют значительно снизить послеоперационные осложнения.

## **18. Герниорафия по методу Р.В. Мяконького, как вариант герниопластики пупочной грыжи.**

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

Алматы, Республика Казахстан

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Актуальность проблемы. Пупочное кольцо является «слабым местом» брюшной стенки, поэтому пупочные грыжи по частоте занимают второе место после паховых. Грыжей пупочного кольца страдают 2 - 15% - взрослых, чаще женщины. Зачастую, именно для женщин косметический эффект при оперативном лечении выходит на первый план. Поскольку пупок относится к визуально доступной части тела женщины (ношение открытого купальника, пирсинг, татуировки и т.п.) в современных условиях социальной бьюти сферы становятся востребованы максимально эстетичные оперативные вмешательства. По поводу пупочных грыж в хирургических стационарах оперируются 9 - 20 % пациентов, при этом до 16% из них женщины. Порядка 40% пациентов заболевают в наиболее трудоспособном возрасте — от 20 до 50 лет. К тому же, период от 17 до 22 лет считается пиковым в сексуальной активности женщин (актуально сохранение привлекательности), что нацеливает хирургов к поиску новых малоинвазивных и эстетически выгодных оперативных вмешательств. В большинстве хирургических отделений в России и СНГ, основными операциями при пупочных грыжах у взрослых являются аутопластические способы, предложенные еще в начале XX века К.С. Сапежко и Мейо. Эти вмешательства оправданы при больших грыжах. Однако среди носителей пупочных грыж можно выделить категорию пациентов с малыми грыжевыми воротами. Их лечение также ведется по классическим методикам, что является косметически невыгодным, поскольку для ушивания грыжевого дефекта небольшого диаметра делается значительное рассечение кожи и подкожной клетчатки. Это ведет к увеличению количества осложнений, удлинению стационарного и амбулаторного лечения, расходов на лечение. Среди современных герниопластик особое место занимают лапароскопические вмешательства: внутрибрюшная фиксация протеза (intra-peritoneal onlay mesh — «IPOM») и подбрюшинная фиксация протеза (the transabdominal pre-peritoneal «TAPP» repair). Однако эти методики достаточно дороги. Поэтому остается дискуссионным выбор оперативного доступа и метода пластики при малых пупочных грыжах. Цель работы. Оценить возможности применения герниорафии по Р.В. Мяконькому у пациентов с пупочными грыжами. Материалы и методы. В связи с тем, что метод герниорафии по Р.В. Мяконькому в настоящее время пока еще остается не распространенным способом лечения пупочных грыж, целесообразно описать оснащение и методику выполнения данного вмешательства. Оснащение: стандартная лапароскопическая стойка; лапароскопические инструменты: троакар с винтовой фиксацией диаметром 10 мм, троакары диаметром 5 мм – 2 шт., электрокоагуляционный крючок и ножницы, зажимы жесткие – 2 шт., шовный инструмент Berci; а также общехирургические инструменты: зажим Бильрота, иглодержатель Гегара, игла хирургическая режущая с изгибом 3/8 окружности или лыжеобразная игла, лигатуры из бионедрадирующего шовного материала. Операция выполняется под эндотрахеальным наркозом. Положение пациента на спине. Расположение операционной бригады: слева от пациента оператор и ассистент, операционная медицинская сестра на противоположной стороне справа. По среднеключичной линии слева в мезогастрии параллельно пупку скальпелем производится разрез кожи длиной 10 мм. Через разрез в брюшную полость вводится троакар с винтовой фиксацией диаметром 10 мм, по которому инсуффлируется

углекислота и в брюшную полость вводят лапароскоп с косой оптикой, выполняется ревизия брюшной полости. Особое внимание уделяют области грыжевого дефекта, оценке степени выраженности спаечного процесса и потенциальным местам ввода дополнительных троакаров. По среднеключичной линии в левом подреберье и левой подвздошной области производятся разрезы длиной 5 мм, под визуальным контролем в брюшную полость вводят 5 мм троакары. Используется бимануальная техника, в левой руке оператора находится лапароскоп, в правой – электрокоагуляционный крючок или лапароскопический ножницы, или зажим. В ходе вмешательства эти инструменты используются попеременно. В правой руке ассистента находится лапароскопический зажим, левая рука свободна и используется для работы с грыжей со стороны кожи передней брюшной стенки. Абдоминальные спайки разделяют эндозажимом (фиксацию и тракцию осуществляет ассистент) и электрокоагуляционным крючком или ножницами, в результате висцеральное содержимое выходит из грыжевого мешка. Грыжевой мешок сохраняется интактным, если это возможно. По ходу вмешательства осуществляется тщательный гемостаз. Определив края грыжевых ворот, с помощью скальпеля около пупка с обеих сторон на глубину кожи производится несколько насечек длиной 2-3 мм, через которые с помощью шовного инструмента Berci выполняется прокол брюшной стенки. Нить в брюшной полости ассистент фиксирует зажимом. Инструмент Berci удаляется и аналогичным образом прокалывается брюшная стенка в контрлатеральной насечке, нить захватывается инструментом Berci и выводится наружу. После наложения 3-4 таких швов, один из концов нити с помощью режущей иглы с изгибом 3/8 окружности и иглодержателя Гегара или лыжеобразной иглы проводится подкожно над апоневрозом с частичным его захватом в петлю, при этом игла должна выйти через насечку противоположной стороны от пупка. После этого открыв троакары необходимо удалить углекислоту из брюшной полости, для уменьшения натяжения тканей. Экстракорпорально формируется узел (количество узлов зависит от типа выбранной нити), который погружается под кожу через насечку, концы нити срезаются над узлом. Относительно грыжевых ворот получаются вертикальные П-образные швы. Края насечки поднимаются и адаптируются с помощью зажима Бильрота. Последовательно погружаются все узлы. Насечки не требуют ушивания. Возобновляется карбоксиперитонеум, производится оценка адекватности ушивания грыжевых ворот со стороны брюшины. Ревизия брюшной полости. Удаление углекислоты из брюшной полости. Ушивание троакарных ран. Наложение асептических повязок. Результаты и обсуждение. Лапароскопическая герниорафия по Р.В. Мяконькому является несложным видом вмешательства, доступным к выполнению хирургами, имеющими минимальный опыт лапароскопических вмешательств на органах брюшной полости. В отличие от IPOM и TAPP она экономически значительно выгоднее, не требует имплантации трансплантатов и уменьшает время, затрачиваемое на операцию. Пациент может быть выписан домой на 1-2-е сутки после вмешательства, что позволяет рассматривать методику в рамках принципов fast track хирургии. На этапе амбулаторного лечения швы с кожи троакарных ран снимаются на 5-е сутки. В сравнении с классическими вмешательствами, предложенными К.С. Сапежко и Мейо, герниорафия по Р.В. Мяконькому представляется методом выбора, посредством которого достигается максимальный косметический эффект и сокращается время нетрудоспособности и реабилитации пациентов. Выводы. Опыт выполнения 32 лапароскопических герниорафий пупочных грыж по Р.В. Мяконькому позволяет подтвердить простоту и несложность воспроизведения этой методики. В свою очередь метод требует как популяризации, так и дальнейшего изучения его отдаленных результатов и сравнения с результатами существующих лапароскопических герниопластик. К недостаткам указанной методики можно отнести необходимость подбора пациентов с небольшими пупочными грыжами. Первые выполненные операции по данной методике и ранние результаты представляются весьма обнадеживающими, как с практической точки зрения, так и с экономической стороны. Достаточно перспективным представляется применение герниорафии по Р.В. Мяконькому в детской хирургии.

## **19. Послеоперационные паховые грыжи после радикальной простатэктомии у больных с раком простаты.**

Абоян И.А., Маликов Л.Л., Сапов А.В., Тренев М.И., Бухарбаев Р.М., Саркисов А.Э.

Ростов-на-Дону

МБУЗ КДЦ «Здоровье» г. Ростова-на-Дону

Актуальность проблемы. Паховая грыжа является известным осложнением радикальной ретропубикальной простатэктомии, как открытой, так и эндоскопической. По данным Европейский авторов паховые грыжи встречаются у 7-21% пациентов перенесших радикальную простатэктомию. По данным Китайских авторов послеоперационные паховые грыжи встречаются у 15,9% пациентов после радикальной простатэктомии и у 6,7% тех, кому была выполнена лапароскопическая радикальная простатэктомию. Цель работы. Провести анализ выполненных «ненатяжных» пластик при паховых грыжах у пациентов, перенесших в анамнезе радикальную простатэктомию в хирургических отделениях МБУЗ КДЦ Здоровье (г. Ростов-на-Дону) в 2015 и 2016 годах. Материалы и методы. В хирургических отделениях МБУЗ КДЦ Здоровье (г. Ростов-на-Дону) за период с 01 января 2015 года по 31 декабря 2016 года было прооперировано 289 человек с диагнозом рак простаты. Эти больные были разделены на 2 группы: в первую группу (I) вошли больные которым была выполнена радикальная позадилонная простатэктомию (n=46), во вторую группу (II) вошли больные, которым была выполнена эндоскопическая операция (n=243) (либо лапароскопическая простатэктомию (14 пациентов), либо роботическая простатэктомию на роботе DaVinci Si HD (225 пациентов)). Средний возраст больных 64,67 лет, минимальный возраст – 57 лет, максимальный – 74 года. Было проанализированы истории больных, прооперированные в хирургическом отделении №1 МБУЗ КДЦ «Здоровье» (г. Ростов-на-Дону) с диагнозом односторонняя или двусторонняя паховая грыжа в период с 01.01.2016 по 31.03.2017 гг. Отобраны пациенты, у которых в анамнезе отмечалась оперативное лечение по поводу рака предстательной железы. Обязательным условием отбора было также указание в анамнезе на сроки появления грыжевого выпячивания – у всех отобранных пациентов появление грыжи отмечалось после оперативного лечения по поводу рака предстательной железы. Результаты и обсуждение. Проанализировав истории болезни было выявлено, что в группе I больных в период с 01.01.2016 по 31.03.2017 гг. было 4 больных, прооперированных с диагнозом паховая грыжа, что составило 8,7%. Им была выполнена «ненатяжная» пластика по Lichtenstein. Из них у двух больных (50%) отмечены правосторонние косые паховые грыжи, у остальных (50%) – правосторонние пахово-мошоночные грыжи. На диаграмме, приведенной ниже схематически представлен процент больных, прооперированных с диагнозом паховая грыжа среди больных I группы. Во группе II больных в период с 01.01.2016 по 31.03.2017 гг. было 5 больных, прооперированных с диагнозом паховая грыжа, что составило 2,1%. Им также была выполнена «ненатяжная» пластика по Lichtenstein. Из них: у 2 больных (40%) диагноз звучал как – правосторонняя косая паховая грыжа, у одного (20%) – левосторонняя косая паховая грыжа, еще у одного (20%) – левосторонняя прямая паховая грыжа, у последнего (20%) – двусторонняя косая паховая грыжа. Выводы. На данный момент доказанной взаимосвязи появления грыжевых выпячиваний с выполненной у больного в анамнезе простатэктомией не выявлено. В мировой литературе высказываются только предположения. Однако, уже сейчас можно говорить о том, что цифры приводимые в исследованиях европейских и китайских хирургов не случайность. Данная тематика требует дальнейшего скрупулезного исследования. Урологи, в свою очередь, должны знать об этом важном послеоперационном осложнении, и для решения данной проблемы должна рассматриваться возможность проведения профилактических хирургических процедур.

## 20. Сравнительный анализ современных методов лечения паховых грыж.

Алиев М.А., Сафаров С.Ю., Магомедов Р.З.

Махачкала

Городская клиническая больница № 1, ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. Хирургическое лечение паховых грыж является одной из актуальных проблем современной медицины. Актуальность проблемы обусловлено с одной стороны, с их чрезвычайной распространенностью, с другой, - частыми рецидивами заболевания. По данным различных авторов рецидивы паховых грыж составляют от 2 до 10% . Поэтому поиски эффективных методов хирургического лечения не теряет смысла и по настоящее время. Нами проанализированы в сравнительном аспекте результаты хирургического лечения паховых грыж с использованием полипропиленовой сетки (Лихтенштейну), модифицированным методом Трабукко и ненатяжной фасцио-апоневротической пластики пахового канала местными тканями. Материал и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 128 больных, из которых по Лихтенштейну прооперированы 64(50%) больных, комбинированным способом по Трабукко-24(18%) больных и ненатяжной фасцио-апоневротической пластикой -40(32%) больных. Техника операции по Лихтенштейну : выделяли грыжевой мешок. При прямой – вместе с содержимым вправлялась в брюшную полость, без вскрытия грыжевого мешка, при косой- грыжевой мешок вскрывался, содержимое вправлялась в брюшную полость, у шейки мешок прошивали, излишки иссекали. Полипропиленовую сетку устанавливали над мышцами и фиксировали непрерывным швом по периметру пахового промежутка, с фиксацией к лонному бугорку. Апоневроз ушивали над семенным канатиком. Для пластики пахового канала по Лихтенштейну использовали сетчатые монофиламентные эндопротезы фирмы Этикон (Джонсон-Джонсон) и Эсфил (Линтекс). При операции по Трабукко после удаления или вправления в брюшную полость грыжевого мешка формировали ложе между задней стенкой и апоневрозом наружной косой мышцы живота. Сетка Hertra производства итальянской компании Herniamesh, помещалась в это ложе, без подшивания к окружающим тканям. Сетка обладает идеальной жесткостью и памятью формы к плоскому положению, поэтому она не сворачивается и не сморщивается. Сверху ее укрывали апоневрозом косой мышцы живота. Следует подчеркнуть, что при операции по Трабуко семенной канатик располагается под кожей, поверх апоневроза наружной косой мышцы живота, что обеспечивает минимальный контакт имплантата с семявыносящим протоком. Мы несколько изменили технику операции по Трабуко, укрепив дополнительно паховый канал полипропиленовой сеткой. Техника ненатяжной фасцио-апоневротической пластики пахового канала заключалась в том, что после грыжесечения проводилось ушивание поперечной фасции узловыми швами в виде дубликатуры. Мышца, поднимающее яичко рассекалась. Пластику пахового канала позади семенного канатика, что позволяет ликвидировать наружное паховое кольцо. Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде наблюдали следующие осложнения: гематома - у 2-х больных после операции по Лихтенштейну и 1 больного после фасцио-апоневротической пластики пахового канала. Боли в паховой области и дискомфорт ощущали более 1 недели 3 больных после операции по Лихтенштейну и 2-е больных после операции модифицированным способом по Трабукко. Серозные выделения из раны сохранялись более 2-х недель у 4-х больных после операции по Лихтенштейну и 1 больного по Трабукко. Отдаленные результаты изучены у 64 больных. Рецидив грыжи возник у 2 больных через 3 года после операции по Лихтенштейну, 1 больного через год после ненатяжной фасцио-апоневротической пластики и 1 больного через 2 года после операции по Трабукко. Выводы. Данные исследования показывают, что применение вышеназванных методик вызывают минимальное количество послеоперационных

осложнений и рецидивов грыж и высокую клиническую эффективность и реабилитацию больных.

## **21. Первые итоги применения лапароскопической техники в лечении паховых грыж.**

Гецин Г.П., Сухов А.В., Дегтярев С.Б., Кузнецов Д.В., Иваненко А.С.

Каменоломни

МБУЗ ЦРБ Октябрьского района,

С 2013г. в нашей больнице силами хирургического коллектива был приобретен необходимый инструментарий: герниостеплер, сшивающий аппарат эндостич с шовным материалом и портом, эндоскопические ножницы, и конечно же пластический материал, что дало нам возможность начать применение лапароскопической техники в лечении паховых грыж. Эндовидеостойка уже имелась в наличии. За эти 4 года нами выполнено 45 плановых лапароскопических герниопластик при паховых грыжах. 1 операция из-за возникших технических трудностей закончилась конверсией. По половому признаку прооперированные все мужчины. По возрастным категориям распределение следующее : от 17 лет до 20 лет – 3-е больных(6,7 %), от 20 лет до 40 лет – 13 больных (28,9%), от 40 лет до 60 лет – 18 больных ( 40 %), от 60 лет до 80 лет – 11 больных ( 24,4 %) от общего числа. Косые грыжи составили 32 случая (71%) , причем из них правосторонние грыжи составили 10. Прямые грыжи - 13(29%) случаев, правосторонние – 5. Двухсторонние грыжи – 7 случаев. 1 лапароскопическая герниопластика проведена по поводу рецидивной паховой грыжи после операции Лихтенштейна. После лапароскопической герниопластики у нас отмечено 3 случая рецидива паховой грыжи. Все пациенты повторно прооперированы с выполнением открытой герниопластики по Лихтенштейну. При подготовке пациента проводится стандартное обследование для операции на органах брюшной полости. Во время операции пациент располагается на операционном столе с возвышенным положением ножного конца с наклоном на противоположный грыжевому выпячиванию, бок. Видеокамера устанавливается стандартно выше пупочного кольца и два порта диаметром 5 мм. и 11 мм. в подвздошных областях в точках Калька, причем порт большего диаметра устанавливаем с противоположной грыжевому выпячиванию, стороны для более удобного использования аппарата эндостич при ушивании краев рассеченной париетальной брюшины. В случаях с двухсторонней грыжей порты устанавливаются диаметрами 10 мм. и 11 мм. сразу. Выводы : 1) При всей сдержанности отношения оперирующих хирургов к малоинвазивным методикам оперативных вмешательств, можно сказать следующее : принимая во внимание постулат, что передняя брюшная стенка тоже является «органом», то малоинвазивность лапароскопической герниопластики уже является большим преимуществом перед открытой методикой оперирования, т.к. практически не отражается негативно на функции брюшной стенки. 2) Сокращаются сроки пребывания пациента в стационаре и период нетрудоспособности больного. 3) По нашему, пусть еще не длительному, наблюдению - процент рецидивов не превышает таковой при открытых вмешательствах. 4) Время лапароскопической герниопластики, при слаженности хирургической бригады, не превышает времени оперирования открытым способом. 5) Лапароскопический метод считаем операцией выбора при 2-х сторонних паховых грыжах. 6) К относительным недостаткам метода можно отнести необходимость проведения анестезиологического пособия и достаточно высокую материальную затратность используемых пластических материалов и оборудования.

## **22. Способ хирургического коррекции при диастазах прямых мышц живота 1-2 степени.**

Сердюков М.А., Бондарев В.А., Кчибеков Э.А., Калиев Д.Р.

Астрахань

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цели и задачи: улучшение результатов хирургической коррекции диастаза прямых мышц живота 1-2 степени путем разработки нового способа хирургического лечения. Методы: на кафедре хирургических болезней педиатрического факультета Астраханского ГМУ разработан способ хирургической коррекции диастаза прямых мышц живота 1-2 степени [приоритетная справка №2016150043(080341) от 19.12.16г]. Данный способ направлен на улучшение результатов хирургической коррекции диастаза прямых мышц живота 1-2 степени. Методика указанного выше способа заключается в послойном рассечении кожи, подкожной клетчатки, выделении и рассечении апоневроза белой линии живота, без вскрытия брюшины и влагалищ прямых мышц живота. Для ликвидации дефекта используют сетчатые протезы в виде прямоугольных пластин шириной 6-8см, длина которых соответствует протяженности диастаза. Причем пластины имеют выкроенные по длинной стороне лепестки шириной 2см и длиной 3-4см. обе пластины выкраиваются из одного листа полипропиленовой сетки. И потому полностью симметричны. Затем сетчатые протезы фиксируют узловыми швами к задним поверхностям влагалищ прямых мышц живота, а лепестки каждого протеза фиксируют к передним поверхностям влагалищ прямых мышц живота на противоположной стороне, образуя перекрест по типу «застёжки-молнии», далее дренируют подкожную клетчатку и послойно ушивают рану. Результаты и обсуждение: За 2016 год в хирургическом отделении НУЗ отделенческой больницы ОАО «РЖД» на станции Астрахань-1, вышеуказанным способом прооперировано 8 пациентов с диагнозом диастаз прямых мышц живота 1-2 степени. Послеоперационный период протекал без особенностей. При контрольном осмотре 2-х пациентов через 6 месяцев признаков рецидива заболевания нет. Разработанный способ хирургической коррекции диастаза прямых мышц живота 1-2 степени, помимо восстановления передней брюшной стенки, позволяет сохранять полноценную анатомическую и физиологическую функцию передней брюшной стенки. Разработанным способом планируется улучшить результаты хирургической коррекции диастаза прямых мышц живота 1-2 степени. Выводы: Данные особенности указанного выше способа улучшают регенеративные процессы в области оперативного вмешательства, способствуют уменьшению количества осложнений, а так же являются условиями улучшающими ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения больных с диастазами прямых мышц живота 1-2 степени, повышая качество жизни больных. Разработанный способ может широко применяться в практической работе хирургических отделений.

## **23. Проблема диагностики и профилактики раневых осложнений в ургентной герниологии.**

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

Самара

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Профилактика и ранняя диагностика раневых осложнений в ургентной герниологии остается одной из актуальных проблем. Цель исследования - улучшение результатов хирургического лечения пациентов с ущемленными грыжами передней брюшной стенки путем использования комплекса мероприятий по профилактике и диагностике раневых осложнений. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 265 пациентов с ущемленными паховыми, пупочными и послеоперационными вентральными грыжами (ПВГ), которые были разделены на основную (n=138) и контрольную (n=127) группы. Пациентам основной группы применялось низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ) и устройство для профилактики эвентрации (УДПЭ), внедренные в работу хирургического отделения клиники госпитальной хирургии с 2010 года. В контрольную группу НИЛИ и данное устройство не применялись. В свою очередь пациенты основной и контрольной групп, в зависимости от способа пластики были условно разделены на две подгруппы. Подгруппу «А» составили больные, которым выполнялись ненапряжные способы пластики, подгруппу «В» - традиционные способы пластики. Для выявления, прогнозирования развития в послеоперационном периоде (п/о) раневых осложнений нами применялась компьютерная термография (патент РФ на изобретение №2612841 от 10.02.2015). Эффективность применения НИЛИ подтверждалась цитологическими методами исследования раневого отделяемого на 1, 3, 5 сутки. В качестве способа профилактики раневых осложнений нами применялось НИЛИ. Пациентам без дренирования зоны пластики использовали - чрескожный метод воздействия лазерного облучения, а при дренировании – дистантный, посредством гибкого моноволоконного световода с расфокусированным пучком световой энергией. Использовали аппарат «Креолка-32». Длина волны 630 нм, мощность 3мВт/см, экспозиция 4-7 мин. Режим непрерывный. Курс лечения в среднем составил  $6,0 \pm 2,0$  суток. НИЛИ обладает проникающей способностью в ткани, улучшает лимфо- и гемоциркуляцию в зоне пластики. С целью уменьшения остаточной полости и профилактики рецидива грыжеобразования - у 30 (21,7%) пациентов основной группы нами применено устройство для профилактики эвентрации (патент РФ на полезную модель № 103462 от 28.04.2010), которое содержит: пластину из полимерного материала с отверстиями, препятствующая прорезыванию швов, съемную крышку с фиксаторами, позволяющая следить за состоянием раны. Через отверстия по краям пластины пропускаются концы П - образных швов, захватывающие наружные кожно – апоневротические слои брюшной стенки. Данное устройство снимали на 10– 12 сутки. Полученные результаты. Применение НИЛИ и УДПЭ у пациентов основной группы позволило снизить частоту развития местных инфекционных осложнений в зоне пластики, по сравнению с таковыми в контрольной группе, что составило 12,3% и 42,5%, соответственно ( $p < 0,05$ ). Цитологические исследования раневого отделяемого показали, что у пациентов основной группы регенераторный тип цитограммы наблюдался на 5-6 сутки, тогда как в контрольной группе на 9-11 сутки ( $p < 0,05$ ). По данным КТ при благоприятном течении п/о периода у всех пациентов подгруппы «А» и «В» основной группы на 1-3 сутки отмечалась локальная умеренная гипертермия -  $1,2 \pm 0,4$ °С, соответствующая площади эндопротеза, умеренной воспалительной реакции. На 3-5 сутки местная температура составляла  $1,3 \pm 0,5$ °С, что говорит об асептическом воспалении, как естественной реакции на оперативное вмешательство. На 7-8 сутки термопрофиль зоны операции практически не отличался от окружающих тканей и разница составляла  $0,3 \pm 0,2$ °С. Повышение локальной температуры на  $1,2 \pm 0,4$ °С, свидетельствовало о гладком течении п/о периода и отсутствие осложнений. Это наблюдалось у 88,1% пациентов подгруппы «А» и у 82,9% - подгруппы «В» основной группы. Повышение локальной температурной реакции в зоне пластики на  $2,4 \pm 0,5$ °С свидетельствовало о наличии инфильтрата или серомы в области п/о раны, а на 3,0°С и более - о гнойно – септическом воспалении в области п/о раны. Использование НИЛИ и УДПЭ способствовало: уменьшению сроков дренирования послеоперационной раны с  $8,1 \pm 1,0$  до  $4,2 \pm 1,0$  дня ( $p < 0,05$ ) у пациентов основной группы. В основной группе рецидива заболевания в сроки от 1 до 5 лет нами не выявлено, тогда как в контрольной группе – у 16 (38,1%) пациентов.

Заключение. Использование НИЛИ в интра – и послеоперационных периодах, УДПЭ у больных с ущемленными грыжами передней брюшной стенки, оперированных с использованием протезирующих и традиционных методов герниопластики позволило снизить частоту развития местных инфекционных осложнений в зоне пластики с 42,5% до 12,3% соответственно, ( $p < 0,05$ ), сроки дренирования, госпитализации и достичь наилучших отдаленных результатов лечения. Внедрение ненатяжной пластики и УДПЭ позволило снизить частоту рецидивов по сравнению с пластикой местными тканями с 38,1% до нуля. КТ позволяет на ранних стадиях выявить раневые осложнения, прогнозировать течение послеоперационного периода и своевременно корректировать хирургическую тактику.

#### **24. Результаты применения рассасывающейся хирургической гемостатической ткани surgicel nu-knit в при паховой герниопластике по способу Лихтенштейна.**

Абдулжалилов М.К. (1), Иманалиев М.Р. (1), Ахмаев М.М. (1), Исаев М.Х. (2), Закариев З.М. (2), Гусейнов А-К.Г.(2)

Махачкала

1) РКБ-ЦСЭМП. 2. ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. Паховая герниопластика имеет длинную историю. Известно, что существует множество способов пахового грыжесечения, в том числе и с аллопластикой задней стенки пахового канала. Несмотря на это, до настоящего времени продолжают поиски способов, направленных на улучшение результатов хирургического лечения паховой грыжи и уменьшение показателя рецидива. В последние годы наиболее эффективным способом считают способ пахового грыжесечения по Лихтенштейну. В то же время экспериментальные исследования и клинические наблюдения многих исследователей свидетельствуют о патологическом воздействии синтетической сетки на окружающие ткани и анатомические образования, вызывая в них хронический рубцово-спаечный процесс, приводящий к сдавлению сосудов семенного канатика, уменьшению скорости кровотока, деформации и облитерации семявыносящего протока, нарушению репродуктивной функции у мужчин молодого возраста. Цель работы. Улучшение результатов паховой герниопластики по способу Лихтенштейна. Материал и методы. В работе представлен анализ результатов паховой герниопластики по Лихтенштейну у 100 пациентов репродуктивного возраста (контрольная группа). Основную группу составили 25 пациентов, которым вначале выполнили паховое грыжесечение по Лихтенштейну, затем полипропиленовую сетку по всей ее поверхности с целью исключения контакта полипропиленовой сетки с семенным канатиком укрывали гемостатической тканью SURGICEL NU-KNIT, так, чтобы ее края заходили за периметр края сетки на 0,5-1,0 см с последующей их фиксацией к тканям задней стенки пахового канала узловыми швам рассасывающимся шовным материалом. Известно, что гемостатическая ткань SURGICEL NU-KNIT отличается безопасностью, удобна в употреблении, рассасывается в течение 14 дней, не нуждается в какой-либо обработке, смешивании или смачивании, обладает стимулирующими регенерацию свойствами. Кроме того, обладает широким спектром бактерицидной активности, но не может использоваться в качестве замены стандартных антибактериальных средств для лечения и профилактики послеоперационных инфекционных осложнений. Для сравнительной оценки эффективности применения гемостатической хирургической ткани для протекции семенного канатика у молодых мужчин при паховом грыжесечении по Лихтенштейну мы в процессе лечения исследовали течение послеоперационного периода, частоту послеоперационных осложнений, выраженность болевых ощущений, частоту применения наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде, отдаленные результаты в течение 6- месяцев, УЗИ пахового



канала. Результаты и обсуждение. Необходимо отметить, что ранний послеоперационный период у пациентов основной группы протекал более благоприятно, болевой синдром был не выраженным, наркотические анальгетики вообще не применялись, отек мошонки, гнойно-воспалительные раневые осложнения не были отмечены ни в одном случае. При УЗИ инфильтрация тканей и скопление жидкости в паховом канале или мошонке не наблюдалось. Показатели кровотока до и после операции у пациентов основной группы были более предпочтительными. Ни у одного пациента не наблюдались подкожные гематомы, характерные для большинства пациентов контрольной группы, которые и способствовали нарушению кровотока по сосудам семенного канатика в раннем послеоперационном периоде у пациентов контрольной группы. Пациенты после применения гемостатической хирургической ткани не ощущали чувство инородного тела в паховой области. В сроки 6 месяцев после операции половая функция у мужчин репродуктивного возраста улучшилась, они приступили к своей повседневной работе. Выводы. 1. Паховая герниопластика по Лихтенштейну считается надежным способом укрепления задней стенки пахового канала при грыже, но сопровождающимся послеоперационными осложнениями, обусловленными с развитием хронического воспалительного и рубцово-спаечного процесса в паховом канале. 2. Для предупреждения контакта полипропиленовой сетки с семенным канатиком целесообразно укрывать сетку рассасывающейся хирургической гемостатической тканью. 3. Хирургическая гемостатическая ткань SURGICEL NU-KNIT обладает высокой прочностью, эластичностью, местными гемостатическим, бактерицидным и стимулирующим регенерацию тканей свойствами. 4. Применение хирургической гемостатической ткани для укрытия полипропиленовой сетки при паховой герниопластике по Лихтенштейну у мужчин репродуктивного возраста позволяет значительно улучшить качество жизни пациентов как в раннем послеоперационном периоде, так и в отдаленные сроки после операции.

## **25. Опыт лапароскопической герниопластики IPOM при вентральных грыжах.**

Хитарьян А.Г., Кисляков В.Н., Завгородняя Р.Н., Ковалев С.А., Велиев К.С.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, НУЗ ДКБ на ст. Ростов-Главный

Опыт лапароскопической герниопластики IPOM при вентральных грыжах. Актуальность проблемы лечения пациентов с вентральными грыжами обусловлена широким распространением этой патологии (3-7% населения) с преимущественным поражением лиц трудоспособного возраста, достаточно высоким процентом рецидивов, резко увеличивающимся при рецидивных и гигантских грыжах. Цель: Оценить результаты использования лапароскопической герниопластики IPOM при вентральных грыжах. Материалы и методы: Представлены результаты лечения 73 пациентов с вентральными грыжами за 2015-2016 г. Из них 75% женщины и 25%- мужчины, в возрасте от 22 до 77 лет. Средний возраст пациентов составил 56 + 0,7 лет. У 18 пациентов индекс массы тела превышал 40. У 2 был выявлен цирроз печени в стадии субкомпенсации. Методика обследования включала физикальный осмотр, общеклинические анализы крови, мочи, рентгенография органов грудной клетки, фиброгастроуденоскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, электрокардиография. Размеры грыжевых ворот колебались от 3 до 15 см<sup>2</sup>, в среднем 9+0,8 см<sup>2</sup>. Выполняли лапароскопию, адгезиолизис, выделение и ушивание грыжевого дефекта при небольших его размерах. Затем интраперитонеально устанавливали сетчатый эндопротез «Реперен» (Нижний Новгород). Фиксацию эндопротеза к брюшной стенке проводили при помощи трансфасциальных швов и эндокорпорального шва. Результаты: Интраоперационных осложнений не

наблюдали. Все операции выполнены из лапароскопического доступа, случаев конверсии также не наблюдали. Большинство пациентов уже на 2-3 день после операции не нуждались в обезболивающих препаратах и могли быть выписаны домой. В день операции назначали постельный режим. После операции на 1-е сутки больным разрешали вставать, самостоятельно передвигаться. В качестве обезболивания после операции при необходимости применяли анальгин или кеторол. Выраженность послеоперационного болевого синдрома оценивалась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и отмечалась пациентами как «слабые» и «умеренные». Послеоперационных осложнений мы не наблюдали. Послеоперационный койко-день от 3 до 5, средний койко-день 4,2. Отдаленные результаты оценивали в сроки от 6 до 15 месяцев. Рецидивы наблюдались у 2 пациентов с размерами грыжевых ворот более 10 см<sup>2</sup>. Выводы: Лапароскопическая герниопластика, при наличии достаточного опыта, представляет альтернативу традиционным методам герниопластики. К достоинствам этого метода следует отнести минимальный болевой синдром, улучшение качества жизни, короткий период госпитализации и реабилитации, возможность выполнения пластики у пациентов с высоким индексом массы тела и на фоне цирроза печени, хороший косметический эффект, возможность осуществления симультанных операций.

## **26. Некоторые технические аспекты эндовидеохирургической аллогерниопластики у больных с паховыми грыжами.**

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

Волгоград

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Паховая герниопластика является одной из самых распространённых в абдоминальной хирургии операцией и составляет 10-25% от всех оперативных вмешательств. Активное внедрение в современную герниологию синтетических аллопластических материалов и «ннатяжных» методик, в том числе и эндовидеохирургических, значительно улучшило результаты лечения больных с паховыми грыжами. В настоящее время в клинической практике в основном применяют 2 способа эндовидеохирургической паховой герниопластики: трансабдоминальный (ТАРР) и экстраперитонеальный (ТЕР). Основным направлением усовершенствований технических приёмов ТАРР и ТЕР герниопластик является обеспечение длительной надёжной интерпозиции сетчатых имплантов в передней брюшной стенке. Эндоскопические вмешательства при паховых грыжах мы выполняем с 2015 года. За это время были оперированы 70 пациентов. Из них у 19 (27,1%) имелись двухсторонние паховые грыжи: у 12 - двухсторонние прямые, у 2 - двухсторонние косые, у 3 - двухсторонние сочетанные, у 2 - панталонные и косые паховые грыжи. Всего мы выполнили 89 эндовидеохирургических операций: 71 (79,7%) – ТАРР и 18 (20,3%) - ТЕР. Возраст исследуемых больных находился в пределах от 18 до 87 лет. Мужчин было 68 (97,1%), женщин 2 (2,9%). При пахово-мошоночных грыжах во время герниоскопии мы применяем метод гидропрепаровки тканей 0,25% раствором новокаина, что заметно облегчает выделение и дифференцировку элементов семенного канатика и грыжевого мешка, ускоряет вмешательство. Для аллогерниопластики мы применяем полипропиленовые сетчатые протезы с минимальными размерами 15x12 см, что позволяет перекрыть возможные места выхода паховых, бедренных и запирательных грыж. При двухсторонних грыжах используем отдельные имплантаты. Тщательная париетализация нижнего лоскута брюшины является залогом профилактики рецидива паховых грыж, исключает заломы, подворачивание (роллинг), деформацию сетчатого протеза. У 3 больных с большими и гигантскими пахово-мошоночными грыжами на края грыжевых дефектов, превышающих 4 см в наибольшем измерении, накладывали безнатяжные

каркасные полипропиленовые швы, препятствующие «продавливанию» сетчатого протеза в раннем послеоперационном периоде, вплоть до завершения его интеграции в брюшную стенку. Принципиальным моментом считаем использование протеза без раскроя под семенной канатик, так как зона раскроя сетки становится «слабым» местом и увеличивает риск развития рецидива. При пластике грыжевых ворот с наибольшим размером до 3 см во время выполнения 6 последних операций фиксацию протеза не производили, что особенно просто выполнимо при ТЕР пластике, когда при десуфляции протез прижимается брюшиной фактически без смещения. При ТАРР, по аналогии с ТЕР, нами используется способ безфиксационного вакуум-позиционирования протезов, позволяющий значительно уменьшить риск образования их заломов и роллинга, что выполнено ещё у 3 пациентов. Активизацию больных проводили в первые часы после операции, все больные были готовы к выписке на следующий день. Летальных исходов, ранних рецидивов не было. Таким образом, некоторые технические нюансы позволяют облегчить выполнение эндовидеохирургических вмешательств при паховых грыжах, уменьшить риск развития рецидивов, что обеспечивает тиражируемость ТАРР и ТЕР методик, являющихся на сегодняшний день стандартом в герниологии.

## **27. Применение сепарационных пластик брюшной стенки в хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж.**

Трухалев В.А.(1), Демченко В.И.(1), Власов А.В.(1), Чебуркова Е.А.(1), Панюшкин А.В.(2), Кукош М.В.(1)

Нижний Новгород

1) ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ГБУЗ НО ГКБ № 7 им. Е.Л. Берёзова

Актуальность: Частота развития послеоперационных вентральных грыж не имеет тенденции к снижению. До настоящего времени они являются осложнением лапаротомий в 2 – 11% случаев. При больших послеоперационных вентральных грыжах необходимо выполнение сепарации компонентов для восстановления белой линии живота без натяжения. Цель исследования: Оценить эффективность сепарационных пластик передней брюшной стенки. Материалы и методы: С 2013 по 2017 годы в клинике факультетской хирургии НижГМА по поводу послеоперационных вентральных грыж большого размера по EHS (ширина дефекта более 10 см) с применением сепарации компонентов были оперированы 34 пациента. Мужчин было 8, женщин – 26. Медиана возраста пациентов составила 61 год, 25-й перцентиль – 48 лет, 75-й перцентиль – 71 год. В плановом порядке оперировано 27 больных, в 7 случаях операции выполнялись по поводу ущемлённых грыж. Средняя ширина дефекта апоневроза составила  $11,6 \pm 3,6$  см (от 11 до 21 см). Открытая передняя сепарация по технике Рамиреса выполнена 7 больным, у 24 пациентов оперативное вмешательство произведено с применением задней сепарации по Новицкому-Розену, в 3 случаях выполнялась эндоскопическая передняя сепарация компонентов. Проведена сравнительная оценка характера течения раннего послеоперационного периода и анализ оперативных вмешательств с точки зрения расчёта кривой обучения у пациентов, которым выполнялись различные варианты сепарации компонентов. Результаты: Во всех случаях выполнение сепарации компонентов позволило добиться восстановления белой линии живота без натяжения. При этом отмечено, что выполнение сепарации открытым доступом позволило добиться удлинения брюшной стенки до 22 см. Эндоскопическая сепарация позволяет увеличить длину не более, чем на 12 см. При анализе ближайших послеоперационных результатов не отмечено статистически значимых различий в длительности операции, количестве местных осложнений и сроках пребывания пациентов в стационаре. После передней сепарации компонентов, выполненной из традиционного доступа, отмечено 5 местных раневых осложнений (3 – серома, 1 – гематома, 1 – некроз

кожно-фасциальных лоскутов). После выполнения задней сепарации компонентов раневые осложнения наблюдались в 9 случаях (5 – серома, 4 – гематома). В раннем послеоперационном периоде после выполнения эндоскопической сепарации осложнений не наблюдалось. Коэффициент обучаемости для сепарации компонентов по Рамиресу составляет 99,6%, а для задней сепарации по Новицкому-Розену – 99,6%. Выводы: 1. Различий в ближайших послеоперационных результатах хирургического лечения больших инцизионных грыж путём выполнения передней и задней сепарации компонентов не выявлено. 2. Применение эндоскопической сепарации компонентов позволяет снизить количество послеоперационных осложнений, но данная техника не может быть применена при ширине грыжевых ворот более 12 см. 3. Сепарационные пластики брюшной стенки являются технически сложными оперативными вмешательствами с длительным периодом обучения.

## **28. Способ оперативного лечения боковых послеоперационных грыж живота.**

Сердюков М.А., Кирилин Г.Е., Ашуров Ф.А.

Астрахань

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы: Увеличение количества больных с послеоперационными боковыми грыжами после люмботомии и увеличение количества рецидивов у оперированных пациентов, которым выполнена пластика местными тканями. Частота возникновения послеоперационных грыж после вмешательств, выполняемых из срединного лапаротомного доступа, составляет 5-14% (Егиев В.Н., 2002; Жебровский В.В., 2005; Pailler J.L., 1999), а после вмешательств из боковых доступов - до 49% (Белоконев В.И. и соавт., 2002; Брехов Е.И. и соавт., 2009; Ferhi K., 2005). Учитывая большое количество вмешательств, выполняемых из люмботомического доступа, оперативное лечение боковых послеоперационных грыж остается открытой проблемой. Число рецидивов заболевания остается высоким и развивается у 69% больных при пластике местными тканями, а при использовании сетчатых эндопротезов - у 1,5% больных (Егиев В.Н., 2002; Тимошин А.Д. и соавт., 2003; Брехов Е.И. и соавт., 2008; Heniford V.T. et al., 2000). Цель работы: улучшение результатов хирургического лечения послеоперационных боковых грыж живота разработанным методом. Материал и методы. С 2015г в хирургическом отделении НУЗ ОБ на ст. Астрахань-1 ОАО «РЖД» прооперировано 6 пациентов с DS: Послеоперационная грыжа боковой стенки живота. Двое пациентов были прооперированы по методу Егиева В.Н. При контрольном осмотре через 3 месяца после операции у одного пациента наблюдался рецидив. Для уменьшения количества послеоперационных боковых грыж живота и рецидивов после повторной операции, нами, на кафедре хирургических болезней педиатрического факультета АстраханскогоГМУ на базе НУЗ ОБ на ст. Астрахань-1 ОАО «РЖД» разработан метод и получена приоритетная справка (заявка №2016134091 (053087) приоритет от 19.08.16г.). Метод заключается в том, что в верхней части полипропиленового эндопротеза на равных расстояниях производят два надреза, формируя три лоскута, на 5 мм длиннее ширины ребра, в конце каждого надреза выкраивают ромбовидное отверстие со сторонами 5мм, затем выделяют и мобилизуют с сохранением сосудисто-нервного пучка 11-ое ребро и дистальную часть 12-ого ребра, средний лоскут полипропиленового эндопротеза заводят под 11-ое ребро, а боковые лоскуты полипропиленового эндопротеза располагают над 11-ым ребром и фиксируют узловыми швами к надкостнице ребра и к среднему лоскуту в верхней части, затем эндопротез фиксируют узловыми швами с латерального края к апоневротической части широкой мышцы спины и к надкостнице 11-ого ребра и дистальной части надкостницы 12-ого ребра, причем с медиальной стороны эндопротез

фиксируют к краю прямой мышцы живота, а снизу фиксируют к лигаментарной части внутренней косой мышцы живота, причем поверх полипропиленового эндопротеза ушивают наружную косую мышцу живота, а послеоперационную рану послойно ушивают. По данной методике прооперировано четыре пациента. При контрольном осмотре которых через 3 и 6 месяцев рецидива не наблюдалось. Выводы: Предлагаемым способом достигается улучшение результатов хирургического лечения, а именно исключается возможность миграции эндопротеза и развитие релаксации мышц боковой стенки живота ввиду достаточно прочной фиксации к анатомическим структурам.

## **29. Выбор оптимального метода пластики послеоперационных вентральных грыж.**

Чебуркова Е.А., Трухалев В.А., Панюшкин А.В., Кукош М.В.

Нижний Новгород

1) ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ГБУЗ НО "ГКБ №7 им. Е.Л. Берёзова"

Выбор оптимального метода пластики послеоперационных вентральных грыж. Грыжи живота являются одним из наиболее распространенных хирургических заболеваний и встречаются в нашей стране у 7-8% мужчин и у 2,5-3% женщин (т.е. у 1,5 млн. человек в России). Операции по поводу грыж брюшной стенки занимают весьма значительную часть спектра оперативной деятельности хирургических стационаров. У 7 до 24 % пациентам, которым была произведена срединная лапаротомия, формировались грыжи. В настоящее время внедрены в практику способы протезирующей пластики брюшной стенки, что значительно улучшило результаты лечения вентральных послеоперационных грыж, снизило частоту рецидивов и повысило качество жизни больных. Основные варианты операций с применением сетчатых протезов, такие как onlay, inlay, sublay, стали известны широкому кругу хирургов и вошли в повседневную практику. Несмотря на такой прогресс, оставались явные проблемы в лечении послеоперационных грыж с диастазом прямых мышц живота и большим дефектом живота. Для такого вида грыж был применяется метод сепарации компонентов передней брюшной стенки. Несмотря на достигнутые успехи, частота рецидивов и количество осложнений после пластики инцизионных вентральных грыж продолжает беспокоить хирургов. Вопрос выбора способа атензионной пластики остаётся дискуссионным. Цель исследования – улучшение результатов лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами больших размеров способами ненапряжной пластики. Задачи: 1. Провести сравнительный анализ способов атензионной пластики послеоперационных вентральных грыж больших размеров; 2. Обосновать предпочтительный методики пластики. Материал и методы Работа основана на изучении результатов лечения 21 больного с инцизионной вентральной грыжей, поступившего в ГКБ № 7 им. Е.Л. Берёзова г. Нижний Новгород в период с 2013 г. по декабрь 2016 г. Возраст больных варьировал от 31 до 82 лет (средний возраст  $59,5 \pm 17,2$  года). Соотношение мужчин и женщин 2:1 (13:8). У всех больных ранее выполнялась срединная лапаротомия, а грыжевой дефект инцизионной грыжи составлял  $\geq 10$  см. Из них 6 (29%) больных оперированы в экстренном порядке по поводу ущемления грыжевого содержимого после предоперационной подготовки, остальные 15 (71%) больных оперированы в плановом порядке. Пластика по Ramirez выполнялась 4 пациентам, по Novitsky и Rosen – 9 больным, остальным выполнялась герниопластика с применением сетчатого эндопротеза по методике sublay. Таким образом, успешно выполнить сепарационную герниопластику удалось выполнить в 61,9% (13 больным). Оценка грыжевого дефекта производилась по классификации Chevrel-Rath (1999г.). Критериями включения 21 пациента в исследование являлось наличие срединной послеоперационной вентральной грыжи, размер грыжевого дефекта не менее 10 см, что соответствует W3. Критерии исключения пациентов из исследования: пластика грыжевого

дефекта местными тканями, пластика сетчатыми эндопротезами по методике onlay, inlay, наличие боковых грыж, классифицируемых по Chevrel-Rath как L. Пациенты были разделены на группы. Первой группе выполнялась сепарационная пластика передней брюшной стенки (n = 13). Второй группе больных выполнялась пластика грыжевого дефекта без сепарации компонентов по методике sublay (n = 8) (контрольная группа). Пациенты в группах исследования были сопоставимы по возрасту (медиана возраста 64 года), размеру грыжевого дефекта W3. Сравнение групп осуществлялось по следующим критериям: длительности пребывания в хирургическом отделении, длительности пребывания в отделении интенсивной терапии, количеству и характеру послеоперационных осложнений. Для статистической обработки полученных данных использовалась компьютерная программа BIOPSTAT и программа Microsoft Excel. Результаты: Количество и значение развившихся осложнений в раннем послеоперационном периоде в виде образования гематом, гнойных осложнений. Количество койко-дней пребывания больных в отделениях хирургии и интенсивной терапии, длительность операции, наличие летальных исходов сравнивались в обеих группах. Также больные оценивались по частоте возникновения осложнений после оперативного лечения в зависимости от наличия сопутствующей патологии. При сравнении способов пластики без и с применением сепарации переднего и заднего листка отмечено количество сером в первой группе 22% и во второй группе 23%, гематом 10% и 8%, медианы пребывания в отделениях интенсивной терапии составила 0 и 1, в отделении хирургии 13 и 16 соответственно. Вывод: Применение пластики вентральных грыж с применением сепарации компонентов брюшной стенки, несмотря на техническую сложность и травматичность операции, является перспективным методом оперативного лечения в виду уменьшения площади грыжевых ворот и предотвращения таких осложнений как кишечные свищи, спайкообразование в брюшной полости и пр.

### **30. О классификации и выборе способа операции при послеоперационной грыже живота.**

Ильченко Ф.Н.

Симферополь

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»,  
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

Актуальность. Ключевым этапом реконструктивной операции при послеоперационной грыже живота (ПГЖ) является пластика брюшной стенки с устранением грыжевого дефекта (ГД). Считается, что для достижения оптимального результата такой реконструкции необходимо на основании индивидуального подхода у каждого пациента выбрать способ операции, с помощью которого удастся максимально восстановить анатомические структуры брюшной стенки, разрушенные при формировании грыжи. Очевидно, что такой «анатомический» подход к выбору способа операции может более точно основываться на объективных данных об особенностях нарушения строения брюшной стенки в области ГД, полученных с помощью современных способов визуализации: УЗИ и КТ. Целью работы было определение дополнительных классификационных признаков ПГЖ с учетом данных методов визуализации брюшной стенки для определения оптимальной лечебной тактики. Материал и методы. Характер нарушения топографии анатомических структур брюшной стенки в области ГД был изучен нами с использованием УЗИ - у 364 больного и КТ - у 21 больного. Полученные результаты. Несмотря на многообразие особенностей изменения строения брюшной стенки при ПГБС по данным УЗИ и КТ у больных с различной локализацией ГД наиболее часто встречались следующие варианты нарушения строения мышечно-апоневротических слоев. Вариант 1: ГД по средней линии живота образован медиальными краями прямых

мышц, разобщёнными вследствие разрушения при формировании грыжи белой линии, без нарушения целостности самих мышц. Вариант 2: топография ГД характеризуется не только разрушением белой линии, но и нарушением анатомической целостности и непрерывности прямых или боковых мышц брюшной стенки и их апоневротических футляров. Вариант 3: топография ГД имеет признаки первого и второго варианта, но отличается обширным по площади дефектом тканей брюшной стенки (15x15 см и более), неправильной формой и выраженными явлениями атрофии и истончения мышц и апоневротических структур. В зависимости от выявленных особенностей нарушения топографии брюшной стенки в области ГД с учетом размеров ГД и его локализации нами выделены 4 классификационных типа ПГЖ: I тип: малые, средние, обширные и гигантские послеоперационные грыжи живота срединной локализации, для которых характерен 1 вариант нарушения топографии брюшной стенки в области ГД: разрушена только белая линия живота, а анатомическая целостность мышц брюшной стенки и их апоневротических футляров сохранена; II тип: обширные и гигантские послеоперационные грыжи живота срединной локализации, для которых характерен 2 вариант нарушения топографии брюшной стенки в области грыжевого дефекта: разрушена не только белая линия живота, но и нарушена анатомическая целостность мышц брюшной стенки и их апоневротических футляров; III тип: малые, средние, обширные и гигантские послеоперационные грыжи живота боковой локализации, для которых также, как и для грыж II типа, характерен 2 вариант нарушения топографии брюшной стенки в области грыжевого дефекта; IV тип: обширные и гигантские послеоперационные грыжи живота всех локализаций, для которых характерен 3 вариант нарушения топографии брюшной стенки в области грыжевого дефекта, который отличается от 1 и 2 вариантов обширным по площади дефектом тканей брюшной стенки. С учетом этой классификации в предоперационном периоде для определения оптимальной лечебной тактики у больных с ПГЖ нами были выделены 3 клинические группы: 1-я - больные с первичными грыжами малых размеров I или III типа, шириной грыжевого дефекта до 5 см, с операционным риском 1-2 степени; 2-я - больные с грыжами средних и обширных размеров с I или III типом, шириной грыжевого дефекта до 10 см, а также с рецидивными малыми грыжами, с операционным риском 2-3 степени; 3-я - больные с первичными и рецидивными грыжами обширных и гигантских размеров I-IV типа, шириной грыжевого дефекта более 10 см, операционным риском 3-4 степени. Хирургическая тактика в этих группах была следующая: 1-я клиническая группа - показаны аутопластические способы грыжесечения, лапароскопическая операция; 2-я клиническая группа - показаны протезирующие радикальные способы операции; 3-я клиническая группа - показан дифференцированный выбор протезирующих радикальных или паллиативных методов грыжесечения. Необходимо отметить, что к радикальным операциям мы относим операции с восстановлением нормальной анатомии брюшной стенки, к паллиативным - пластику брюшной стенки «без натяжения» то есть без сближения краев ГД. Идентификация типа послеоперационной грыжи с использованием данных УЗИ и КТ в соответствии с разработанной классификацией позволила до операции определить наличие технических условий и патогенетически обосновать возможность и целесообразность выполнения радикального способа у 76,9% больных с ПГЖ. или произвести паллиативную ее коррекцию - у 23,1% больных. Таким образом, удалось сократить при ПГЖ число операций пластика «без натяжения», когда анатомия, а следовательно, и функция брюшной стенки не восстанавливается. После операции визуальный контроль с помощью УЗИ и КТ состояния послеоперационной раны применяли не только для диагностики раневых осложнений, но для оценки характера восстановления анатомии брюшной как объективного критерия качества и доказательства обоснованности выбора способа проведенной операции. Выводы. Использование методов визуализации брюшной стенки с применением УЗИ и КТ позволяет получить дополнительные объективные критерии при выборе оптимального способа операции и лечебной тактики у больных с ПГЖ.

### 31. Экспериментальное обоснование способа профилактики послеоперационных раневых осложнений протезирующей герниопластики по методике onlay.

Черкасов М.Ф., Хиндикайнен А.Ю., Помазков А.А., Сулима В.И.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Внедрение в практику лечения грыж передней брюшной стенки аллопластических методов позволило снизить число рецидивов до 2-19%, однако частота развития раневых осложнений герниопластики составляет от 20,9 до 49,2% и не имеет тенденции к снижению. При технической невозможности дифференцировки слоев передней брюшной стенки во время операции возможным решением становится применение пластики по методике onlay, характеризующейся наиболее высокой частотой развития послеоперационных раневых осложнений, самыми частыми из которых являются серомы, встречающиеся в широких пределах от 0,8 до 60%. Одним из направлений профилактики послеоперационных раневых осложнений надпоясничной герниопластики является применение препаратов и материалов, обеспечивающих оптимальную интеграцию эндопротеза в ткани. С этой точки зрения привлекает внимание полисахаридная система «PerClot», которая относится к группе гемостатических средств и состоит из частиц рассасывающегося модифицированного полимера, произведенного из очищенного растительного крахмала. Частицы полимера имеют молекулярную структуру, которая позволяет им поглощать жидкую составляющую крови, что приводит к формированию матрикса, выполняющего барьерную функцию. Процесс дегидратации приводит к повышению концентрации форменных элементов и белковых компонентов крови в зоне применения. При экспериментальных исследованиях течения воспалительного процесса в послеоперационных ранах, обработанных «PerClot», отмечено значительное увеличение числа фибробластов, новообразование капилляров, ускоренная регенерация коллагена. Цель работы. Экспериментальное обоснование целесообразности использования полисахаридной системы «PerClot» для обработки полипропиленовой сетки при ее надпоясничной имплантации в брюшную стенку. Материалы и методы. Исследование выполнялось на кроликах породы шиншилла массой 1800 – 2200 г, разделенных на 2 группы. В основной группе животных по срединной линии живота рассекались кожа и подкожная клетчатка, белая линия живота и передняя стенка влагалища наружных косых мышц освобождалась путем отсепаровки кожно-жировых лоскутов в стороны от срединного разреза на расстоянии 2,5 см. В созданное пространство помещался сетчатый имплант PROLENE размером 3 x 2 см и фиксировался к апоневрозу нитью PROLENE 2/0. На поверхность импланта равномерным слоем наносился порошок «PerClot», после чего слой препарата орошался физиологическим раствором до образования гелеобразного покрытия, дренирования раны не производилось. В контрольной группе животных «PerClot» не использовался. Результаты. Гистологические исследования показали, что через 7 суток в брюшной стенке животных контрольной группы отмечается выраженный отек тканей и формирование жидкостных полостей без признаков их клеточной воспалительной инфильтрации, организация импланта, его прорастание и обрастание варьирующим количеством фибробластов и тонкостенных сосудов происходит не на всем протяжении, неравномерно. В основной группе организация импланта идет синхронно, на большей площади, с участием большего количества фибробластов, что свидетельствует о более быстрой и качественной организации импланта. Через 14 суток в брюшной стенке животных вдоль сетчатого импланта формируются серомы, однако в основной группе они имеют меньший размер и протяженность, в отличие от сером, формирующихся в контрольной группе животных, у которых жидкостные полости более вариабельны, больше по размеру и протяженности,



сочетаются с выраженным отеком мышечной ткани и сетчатого слоя дермы с формированием в ней жидкостных полостей. Через 21 сутки в брюшной стенке животных завершена организация импланта, серомы не определяются или имеют щелевидную форму, занимая в поперечнике 1/4 диаметра поля зрения малого увеличения микроскопа, что не нарушает плотность контакта организованного импланта с апоневрозом и дермой, тогда как в контрольной группе во всех случаях определяются серомы овальной формы, размером 1-1,5 диаметра поля зрения малого увеличения микроскопа, а также жидкостные полости (затеки) в сетчатом слое дермы. В зоне сохранившихся сером площадь организации сетчатого импланта остается меньшей, чем в основной группе, что уменьшает прочность его контакта с дермой. Выводы. Проведенное исследование показало, что при надапоневротической имплантации полипропиленовой сетки в переднюю брюшную стенку основной группы животных обработка импланта «PerClot», по сравнению с контрольной группой: уменьшает выраженность лимфореи, экссудации и отека, что снижает риск возникновения, частоту образования и размер сером; стимулирует увеличение количества фибробластов, что ускоряет организацию импланта и сером. Таким образом, проведенное экспериментальное исследование доказывает возможность клинического применения и позволяет рекомендовать PerClot с целью снижения частоты имплант-ассоциированных послеоперационных раневых осложнений надапоневротической герниопластики и формирования оптимальной интеграции импланта в ткани организма.

### **32. Тактика хирургического лечения при боковых и пояснично-боковых грыжах живота.**

Бабажанов А.С.(1), Камилова Д.Н.(2), Тоиров А.С.(3), Ахмедов Г.К.(4)

Республика Узбекистан: 1) Самарканд, 2)Ташкент, 3) Самарканд 4) Самарканд

1) СамГМИ, 2) ТошГПМИ, 3) СамГМИ, 4) СамГМИ

Герниопластика грыж боковой и пояснично-боковой локализации в настоящее время остается ряд нерешенных вопросов, что связано в первую очередь с большим количеством рецидивов. (Тимербулатов В.М. и соавт, 2009; Israelsson L.et al.,2006; Moreno-Egea A. et al., 2008). Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения миофасциальных грыжевых дефектов боковой стенки живота и пояснично-боковой области. Материалы и методы исследования: С 2014 по 2016 г в хирургических отделениях Самаркандского ГМО оперировано 26 пациентов по поводу грыж боковой и пояснично-боковой стенки живота. Из них 22(84.6%) женщины и 4(15.4%) мужчин. Возраст больных – от 21 до 70 лет, средний возраст пациентов составил 37 лет. У 24 (92,3%) больных грыжа была вправимая, у 2(7.7%) больного – невправимая. Для уточнения размеров, характера и определения вида миофасциального дефекта всем 26 пациентам проведено комплексное стандартное обследование в пред- и послеоперационном периоде. Состояние брюшной стенки оценивали с учетом данных, полученных при физикальном осмотре, УЗИ и КТ. При распределении больных мы придерживались Международной Мадридской классификаций по Chevrel J.P., Rath A.M. (SWR — classification, XXI Международный конгресс герниологов в Мадриде 1999 г.). Больные разделены на 2 группы: 15 (57,7%) больным (основная группа) аллотрансплантат укладывали и фиксировали в ретромускулярное пространство - между наружной и внутренней косыми мышцами - от спигелевой линии до поясничных мышц и от нижнего края реберной дуги до гребня подвздошной кости по принципу «tension-free». У 11 (42,3%) больным (контрольная группа) произведена обычная аутогерниопластика. Результаты и обсуждения: В отдаленном послеоперационном периоде в сроки от 6 мес. до 2 лет у больных в основной группе не выявлено рецидива грыжи, миграции или сморщивания аллотрансплантата и других послеоперационных осложнений. У

контрольной группе выявлено 5(19,2%) рецидивов и 3(11,5%) других осложнений в послеоперационном периоде. Выводы: При применяемом способе удается добиться восстановления не только адекватной функции мышц, но и достижения удовлетворительного косметического эффекта, проявляющийся в полной или значительной ликвидации деформации живота.

### **33. Лечение грыж в центре амбулаторной хирургии при поликлинике.**

Рудой В.Г., Докучаева О.Ю.

Воронеж

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Формирование центров амбулаторной хирургии со стационарами кратковременного круглосуточного пребывания (СККП) при поликлиниках позволило в амбулаторно-поликлинических условиях выполнять различные оперативные вмешательства, которые ранее производили только в хирургических отделениях стационарных больниц. Среди этих вмешательств значительную часть составляют грыжесечения. Поэтому до настоящего времени остается актуальной проблема выбора оптимальных способов герниопластики, применяемых в центрах амбулаторной хирургии, при индивидуальном подходе к пациентам с грыжами различных размеров и локализаций. Цель исследования: Анализ работы центра амбулаторной хирургии на примере оперативного лечения грыж. Материалы и методы. Стационар кратковременного круглосуточного пребывания в сроки от 1 до 3 суток при Воронежской городской клинической поликлинике № 7 (ВГКП № 7) функционирует с 2004 года и состоит из 2 операционных залов на 3 операционных стола, 2 предоперационных, перевязочной, процедурной, 5 палат на 10 коек, в состав которых входят 2 палаты интенсивной терапии с централизованной подводкой кислорода и оснащенные не-обходимым оборудованием для оказания реанимационной помощи. В качестве эндопротезов использовали сетки из полипропилена «Эсфил-Линтекс» и «Эндопрол-Волоть», легкие и средние, размерами от 6 x 11 см до 15 x 15 см. Хирургические вмешательства производили под спинальной или эпидуральной анестезией с нейролептанальгезией, а при грыжах больших размеров, рецидивных, послеоперационных применяли интубационный наркоз. Полученные результаты: в СККП центра амбулаторной хирургии ВГКП № 7 с 2004 г. по настоящее время выполнили 11676 операций по 7 специальностям. Из них 2258 оперативных вмешательств произвели по поводу грыж брюшной стенки: паховых – 1490 (66.0%), пупочных - 542 (24.0%), белой линии живота - 193 (8.5%), бедренных - 17 (0.8%), другой локализации - 16 (0.7%). Среди паховых грыж: косых – 688 (46.2%), прямых – 576 (38.7%), пахово-мошоночных – 106 (7.1%), рецидивных – 100 (6.7%), комбинированных – 20 (1.3%). Большинство – 1391 (61.6%) составили пациенты старших возрастных групп от 61 года и выше, а в группах работоспособного возраста от 21 до 60 лет – 867 (38.4%). Из них мужчин - 1671 (74.0%) и 587 (26.0%) женщин. За последнее время отмечено увеличение количества грыж белой линии живота, особенно сформировавшихся после различных лапароскопических операций. При небольших грыжах этой локализации и прочном апоневрозе белой линии живота у 32 больных произвели простое ушивание «конец в конец» дефекта в апоневрозе, а при его истончении у 87 пациентов для пластики грыжевых ворот создавали дубликатуру апоневроза в продольном направлении. У 74 пациентов с грыжами средних и больших размеров, с диастазом прямых мышц живота II-III степени, а также при послеоперационных грыжах выполнили преперитонеальную аллопластику с подшиванием сетчатого трансплантата к задней стенке сухожильного футляра прямых мышц живота, отступя 3-4 см от края листков рассеченного в продольном направлении апоневроза и сшиванием над сеткой этих апоневротических

листочков «край в край». При пупочных грыжах с неширокими грыжевыми воротами, без диастаза прямых мышц живота и прочном апоневрозе в 37 случаях пластику выполнили по Мейо, а с диастазом прямых мышц живота I степени и истонченным апоневрозом в 275 – по Сапежко. При широких грыжевых воротах, диастазе прямых мышц живота II и III степени, послеоперационных грыжах произвели 230 преперитонеальных аллопластик. При этом в 127 случаях протезирующую пластику выполнили по оригинальной методике, при которой продольная дубликатура апоневроза была фиксирована по линии швов к сетке, размещенной предбрюшинно. При бедренных грыжах у 14 больных произвели герниопластику по Бассини, а у 3 пациентов с неврвправимой бедренной грыжей и с комбинацией бедренной и паховой грыж выполнили грыжесечение по Руджи – Парлавеччио. Из 1490 операций по поводу паховых грыж в 67 случаях пластику передней стенки пахового канала произвели по Жирару – Спасокукоцкому со швом Кимбаровского. Этот способ использовали при косых паховых грыжах у пациентов молодого возраста, с хорошо развитыми мышечно-апоневротическими слоями, прочной, нерастянутой поперечной фасцией, невысоким, щелевидно-овальной формы паховым промежутком и нерасширенным внутренним отверстием пахового канала. В остальных случаях при прямых и косых грыжах укрепляли заднюю стенку пахового канала с формированием глубокого пахового кольца. При этом пластику задней стенки с использованием мышечно-апоневротических слоев в 82 случаях выполнили по Постемпскому, а в 1013 – с применением сетчатых трансплантатов по Лихтенштейну, из которых ненапряжной протезирующей пластике по Лихтенштейну отдавали предпочтение, как наиболее оптимальному способу для выполнения в амбулаторно-поликлинических условиях. С 2009 года при паховых грыжах у 328 пациентов произвели лапароскопическую герниопластику методом ТАРР. Из них у 9 больных с рецидивными грыжами после ранее выполненных мышечно-апоневротических герниопластик различными способами, а у 61 пациента с двухсторонними паховыми грыжами лапароскопическая протезирующая герниопластика была произведена одномоментно с обеих сторон. Рецидивы грыж после герниопластики по Сапежко возникли у 8 (2.9%) пациентов с пупочными грыжами и у 3 (3.4%) больных с грыжами белой линии живота после создания дубликатуры апоневроза. Рецидивы после преперитонеальной аллопластики выявлены у 7 (2.3%) пациентов, в основном, с послеоперационными грыжами белой линии живота. При паховых грыжах рецидивы возникли после грыжесечений по Жирару-Спасокукоцкому у 2 (3.0%) пациентов и у 1(1.2%) - по Постемпскому. После лапароскопической герниопластики рецидивы произошли у 6 (1.8%) больных. Выводы: Результаты применения различных способов герниопластики позволяют сделать вывод о том, что в условиях СККП центра амбулаторной хирургии ВГКП №7 при грыжах брюшной стенки с расширенными грыжевыми воротами, рецидивных, послеоперационных наиболее предпочтительными являются способы герниопластики с использованием эндопротезов, особенно у пожилых людей с гипо- и атрофичными мышечно-апоневротическими слоями брюшной стенки, которых среди пациентов поликлиники большинство. Использование протезирующих пластик позволило выписывать этих больных на амбулаторное лечение на следующий день или через день после операции. Улучшение микроциркуляции тканей в результате раннего двигательного режима, отсутствие внутрибольничной инфекции в СККП центра амбулаторной хирургии ВГКП № 7 способствовали сокращению периода послеоперационной реабилитации, уменьшению количества осложнений, прежде всего, гнойно-воспалительных. Дифференцированный подход к хирургическому лечению грыж брюшной стенки в центре амбулаторной хирургии при ВГКП №7 с избирательным применением различных способов герниопластики позволил производить грыжесечения у большего количества больных при уменьшении послеоперационных осложнений и снижении материальных затрат.

### 34. Оценка частоты рецидива паховых грыж в зависимости от опыта оперирующего хирурга

Быков А.В., Мяконький Р.В.

Волгоград

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. Ежегодно в России оперируется до 180 000 больных с грыжами передней брюшной стенки, в США эта цифра достигает 500 000. Ежегодно в мире выполняется более 20 000 000 операций, что составляет от 10 до 15% всех оперативных вмешательств. При этом пациенты с паховыми грыжами составляют до 80 % от общего числа больных с вентральными грыжами, которые оперируются в общехирургических стационарах (А.Д. Тимошин, 2003). Проблема рецидивов - одна из важнейших в герниологии. Она существовала всегда, с тех пор как стали оперировать грыжи. В 1877 году V. Czerny писал: «Когда мы оглядываемся и видим, что творится в лечении рецидивных паховых грыж, ситуация представляется безнадежной, поскольку каждый согласится, что постоянное присутствие грыжевого выпячивания и угроза ущемления весьма обременительны. Эти больные постоянно ходят от одного бандажного мастера к другому до тех пор, пока они не потратят массу времени и денег и, в конце концов, не смиряются со своей судьбой, проклиная некомпетентность как врачей, так и бандажных мастеров». Сказанное выдающимся хирургом прошлого столетия не потеряло свой социальный смысл и в настоящее время. Число рецидивов, особенно при сложных формах грыж продолжает оставаться высоким и по данным V. Schumpelick (1990) колеблется в пределах от 11 до 35%. Как указывают А.М. Шолутко, А.Х. Эль-Саяд и А.И. Данилов (2003) частота рецидивов паховой грыжи может достигать 47%. На современном этапе развития хирургии, несмотря на большое количество методик герниопластики, вопрос профилактики рецидивов данного заболевания требует тщательного изучения. Рецидив грыжи приносит моральные страдания пациенту, снижает его веру в профессионализм врачей и возможности медицины, нарушает его трудовую активность и социальную адаптацию. Принцип «одна грыжа – одна операция» является актуальным как для оздоровления населения, так и с экономической точки зрения. Для его претворения в жизнь, определяющим является выяснение причин и рисков возникновения рецидивов. Принято выделять следующие причины рецидива грыж. Первая причина (основная) – технические погрешности, особенно присущие начинающим хирургам при отработке методики. Вторая причина – осложнения в заживлении операционной раны: нагноение, серома, гематома, инфильтрат. Третья причина – преждевременная и чрезмерная физическая нагрузка после операции. Цель работы. Проанализировать частоту рецидива грыж в зависимости от опыта оперирующего хирурга, выявить существующие риски рецидива паховых грыж. Материалы и методы. Изучены данные литературы и опыт двух хирургических отделений (ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница № 3» г. Волгограда, ГБУЗ «Городская клиническая больница № 1 им. С.З. Фишера» г. Волжский). Результаты и обсуждение. По данным М.В. Дунье (1939), Г.П. Корнилаева (1954), О.И. Мирианашвили (1972) частота рецидивов у молодых хирургов в среднем составляет 6,6%, у опытных – 5,9%. Проанализировав отдаленные результаты у 800 оперированных больных, Ю.А. Нестеренко и Ю.Б. Салова (1980) отметили рецидивы у 8,2% пациентов, оперированных опытными хирургами и у 10,2% молодыми хирургами. К сожалению, в приведенных работах не указан дизайн исследований и ранжирование пациентов, а также способ, по которому выполнялась герниопластика. В настоящее время, общепризнанной по надежности является пластика задней стенки пахового канала вне зависимости от вида грыжи (прямая или косая). Подтверждает правоту данного тезиса тот факт, что процент рецидивов в группе пациентов старше 35 лет, перенесших стандартную пластику

передней стенки пахового канала у начинающих хирургов составляет – 17,5%, а у опытных – 12,5%. Важным обстоятельством для снижения риска рецидива грыжи, кроме выбора методики герниопластики (передняя или задняя, собственными тканями или с использованием трансплантата), является то, при каких условиях производится операция (в плановом или экстренном порядке), составом операционной бригады (полная – хирург, ассистент операционная медицинская сестра или неполная - хирург и операционная медицинская сестра), «качеством» ассистента (опытный или начинающий хирург). Отмечено, что в университетских клиниках и крупных хирургических отделениях начинающие хирурги оперируют при ассистенции опытных специалистов, что напрямую влияет на результаты лечения. В настоящее время широко внедрена в повседневную практику герниопластика с использованием сетчатых эндопротезов, при этом, как правило, идет протезирование задней стенки пахового канала. Частота рецидивов при данных видах пластик составляет 2-3%. По нашим данным рецидивы паховых грыж (пластика местными тканями) у нестажированных хирургов встречаются в 10,7% при ассистенции им опытного хирурга и 14,2% случаев при операциях в неполной операционной бригаде или ассистенции нестажированного хирурга, в то время как у опытных хирургов он составил 6,3-7,2% (в зависимости от длительности грыженосительства, размера грыжи и ее сложности, способа герниопластики). Изучение отдаленных результатов герниопластики местными тканями у 168 оперированных пациентов, рецидив у начинающих хирургов составил 11,4%, а у опытных 7,6%. В то время как у 201 пациента, оперированного с использованием сетчатого эндопротеза по методике I.L. Lichtenstein число рецидивов составило 1,2% вне зависимости от опыта оперировавшего хирурга. Выводы. Полученные нами данные сопоставимы с данными литературы. При выполнении паховой герниопластики местными тканями нестажированным хирургом риск развития рецидива заболевания при всех равных условиях выше, чем у опытного хирурга. Снижению частоты рецидивов способствует включение в операционную бригаду опытного ассистента, а также применение герниопластики с использованием сетчатого эндопротеза. Оперативное лечение паховых грыж должно базироваться на пластике задней стенки пахового канала вне зависимости от вида грыжи. Профессиональное становление начинающего хирурга должно идти под эгидой наставника, что требует рассмотрения вопроса о введении официального института наставничества в систему как постдипломного медицинского образования, так и в первичном коллективе на этапе профессионального становления и адаптации нестажированного хирурга.

### **35. Технологии сепарации компонентов передней брюшной стенки в лечении послеоперационных вентральных грыж.**

Абалян А.К. (1), Айдемиров А.Н. (1,2), Вафин А.З. (2), Машурова Е.В. (1,2), Узденов А.А. (2)

Ставрополь

1) ГБУЗ СК СККБ, 2) ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение Усреднённый трехлетний риск развития грыжи после срединной лапаротомии составляет 25%, а частота рецидивов после протезирующей герниопластики составляет около 32% через 10 лет наблюдения. Таким образом проблема выбора метода оперативного лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами очень актуальна в современной герниологии в связи с большим числом послеоперационных осложнений и высокой частотой рецидивов у данной категории пациентов. Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами путём применения технологий сепарации

компонентов передней брюшной стенки с аугментационной аллопластикой без повышения внутрибрюшного давления. Материалы и методы В отделении торакоабдоминальной хирургии Ставропольской краевой клинической больницы с 2013г. по настоящее время выполнено 70 сепарационных пластик передней брюшной стенки у больных с послеоперационными вентральными грыжами. Средний возраст пациентов составил  $49,2 \pm 5,3$  года. Мужчин 27 (38,5%), женщин 43 (61,4%), ИМТ –  $27,1 \pm 5,1$  кг/м<sup>2</sup>. По шкале ASA все больные до операции имели степень риска не выше III. Исходя из классификации EHS 2009г. послеоперационных вентральных грыж, по локализации пациенты распределились следующим образом: M1 – подмечевидных грыж 4 (5,7%), M2 – эпигастральных грыж 47 (67,4%), M3 – надпупочных – 16 (22,8%), M4 – подпупочных – 3 (4,29%). Рецидивных грыж – 18(25,7%). По размеру грыжевых ворот все больные относились к группе W3. Операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом. После выполнения герниолапаротомии, адгезиолизиса производили сепарацию компонентов брюшной стенки в соответствии с методиками Carbonell, TAR-teachnique (Y.Novitsky, et al., 2012) и Ramirez. При выполнении операции Ramirez применяли миниинвазивный и эндоскопический вариант. У большинства больных применен некомпозитный протез «Эсфил» 30x30 см, который располагался в виде ромба над ушитой поперечной фасцией и брюшиной. Протез фиксировался с помощью трансспоневротических швов в четырех точках: под мечевидным отростком, над лобком и латерально с обеих сторон по средне-подмышечной линии. Белая линия восстанавливалась непрерывным швом техникой «частых стежков» полипропиленовой нитью 2,0. Ретромускулярное пространство дренировалось 2 дренажами UnoVac. В послеоперационном периоде применяли протокол мультимодальной анальгезии. Результаты По методике Carbonell выполнили сепарацию компонентов у 3(4,29%) больных, по технологии TAR-teachnique у 60(85,7%), и в 7(10%) случаях по Ramirez. Средняя продолжительность операции  $231 \pm 29$  мин. Интраоперационных осложнений не отмечено. Послеоперационные осложнения выявлены у 7(10%) пациентов: у 3(4,29%) больных – серома послеоперационной раны, 3(4,29%) – гематомы, в 1(1,43%) случае – миофасцикуляция. При оценке степени внутрибрюшной гипертензии после полного ушивания передних листков – 8,9 мм. рт. ст., внутрибрюшное давление после пробуждения – 13,2 мм. рт. ст. После проведения сепарации компонентов передней брюшной стенки восстановить белую линию живота удалось у всех пациентов. Послеоперационный койко-день составил 7+4 суток. Рецидивов за изученный период времени не выявлено. Выводы Применение сепарационной аллопластики передней брюшной стенки при ПОВГ считаем операцией выбора у пациентов с W3 грыжами, так как восстанавливается белая линия живота без выраженной внутрибрюшной гипертензии, что важно в функциональном и косметическом отношении.

### **36. Дифференцированная тактика хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами.**

Шамсиев А.М., Давлатов С.С.

Самарканд, Республика Узбекистан

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Несмотря на динамическое развитие медицинской науки, проблема лечения вентральной грыжи остается актуальной. Рост заболеваемости вентральной грыжи сохраняется в основном за счет послеоперационных вентральных грыж, их количество после выполненных лапаротомий составляет по разным данным от 10 до 15%. Результаты хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж во многом зависят от комплексного решения таких вопросов, как рациональная предоперационная подготовка, направленная на адаптацию больного к повышенному внутри брюшному давлению, выбор адекватного способа пластики дефектов брюшной стенки и

профилактика послеоперационных осложнений. При этом перед хирургом стоит сложная задача в определении показаний к использованию того или иного способа вентропластики с учетом различных факторов риска. Как правило, при выборе того или иного способа пластики брюшной стенки хирург учитывает возможность возникновения послеоперационных осложнений и риск развития рецидива послеоперационной грыжи. Для решения поставленных задач каждый хирург руководствуется своими критериями. Одни авторы ориентируются на клинические данные, другие - на данные всевозможных инструментальных методов исследования, третьи используют различные алгоритмы в выборе способа пластики. Анализ научно-медицинской и патентной документации свидетельствует о том, что в доступной нам литературе отсутствуют определения показаний к использованию того или иного способа вентропластики с учетом различных факторов риска. Решение выше упомянутых задач является актуальной и приоритетной проблемой современной герниологии. Цель исследования: Разработать программу для определения количественную оценку факторов риска рецидива у больных с вентральными грыжами. Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов герниопластики у 228 больных послеоперационными, рецидивными и первичными вентральными грыжами. Все операции были выполнены в хирургическом отделении 1-ой и 2 ой клиники СамМИ в сроки с 2007 по 2015 год. Больные были разделены на две группы: контрольная группа (96 – 42,1%) и основная группа (132 – 57,9%). Больные основной группы были разделены на 3 подгруппы на основании балльной системы показаний к использованию разных способов пластики (свидетельство об официальной регистрации - программа для электронно-вычислительных машин № DGU 03724). Из них первой подгруппы составили – 35, второй подгруппы – 41 и третьей подгруппы 56 больных. Пациентам 1-й подгруппы с суммарным количеством набранных баллов до 5 выполняли аутопластику брюшной стенки местными тканями. Эту группу составили больные, у которых, как правило, имелись небольшие дефекты и не отмечалось выраженных изменений тканей передней брюшной стенки, отсутствовали сопутствующие заболевания. Таким больным производили пластику дубликатурой апоневроза по общепринятым методикам. Во 2-й подгруппе с количеством баллов от 6 до 10 с учетом риска натяжения тканей, различных конституциональных особенностей, влияющих на течение послеоперационного периода, мы выполняли комбинированную пластику - дефект апоневроза ушивали край в край с дополнительным укрытием линии швов полипропиленовой сеткой, тем самым исключили необходимость наложения двухрядных швов. Это позволило избежать повышения внутрибрюшного давления в раннем послеоперационном периоде и создать оптимальные условия для формирования прочного послеоперационного рубца. В 3-й подгруппе больные с набранным количеством баллов от 11 до 20 имели высокий риск натяжения тканей и повышения внутрибрюшного давления, при этом целесообразно было бы применять только ненапряжные методики *sublay*, *inlay* и *onlay*, тем не менее мы считаем, что данные методики практически не снижают риска рецидива и не устраняют грыжевого дефекта. Очевидно, что радикализма можно добиться только путем ликвидации дефекта, а не замещением его трансплантатом, в связи с чем сочетание натяжных и ненапряжных методик можно считать оптимальным способом пластики брюшной стенки. Существенным фактором, удерживающим хирурга от радикальной операции, являются чрезмерное натяжение тканей при ушивании и высокая вероятность прорезывания швов в послеоперационном периоде. В таких случаях мы применяем комбинированную пластику с мобилизацией влагалищ прямых мышц живота по Ramirez. Преимуществами предложенной методики является то, что пластика проводится однорядным швом (в меньшей степени уменьшает объем брюшной полости), мобилизация влагалища прямых мышц живота позволяет равномерно распределить и значительно уменьшить давление на ткани при наложении швов. Применение аллотрансплантата способствует укреплению линии швов и создает оптимальные условия для формирования полноценного рубца. Поэтому в 3-й подгруппе мы отдавали предпочтение комбинированной пластике. Для сравнения полученных результатов нами в качестве контрольной группы взяты 164 больных, которых оперировали по поводу

послеоперационных и рецидивных грыж брюшной стенки в плановом порядке без учета балльной оценки. Использовали те же методики, что и в основных группах, при этом учитывали также размер грыжевого выпячивания и длительность грыженосительства, возраст больных и сопутствующие заболевания, все другие факторы, кроме данных КТ и МРТ, гистологическое и спирометрическое исследование. Результаты и их обсуждение. Отдаленные результаты хирургического лечения послеоперационных и рецидивных грыж передней брюшной стенки нами прослежены у 196 больных в интервале от 1 года до 10 лет. Из 196 обследованных пациентов с изученными отдаленными результатами 112 был из основных групп, в которых использовали балльную оценку, и 84 из контрольной группы. Из 84 обследованных больных контрольной группы пластика с использованием местных тканей выполнялась 36, пластика с использованием полипропиленовой сетки - 41 и ненатяжная аллопластика - 7 пациентам. Из 112 обследованного пациента, которому выполнялась пластика с учетом балльной оценки, пластика с использованием местных тканей производилась 19, комбинированная пластика с использованием полипропиленовой сетки – 28, ненатяжная аллопластика - 34 и ненатяжная аллопластика с мобилизации влагалищ прямых мышц живота по Ramirez - 31. Рецидив заболевания выявлен нами у 8 больных, что составило 4,1% общего числа (209) обследованных больных. В группе, в которой выполнялась пластика передней брюшной стенки без учета балльной оценки, рецидив заболевания выявлен у 7 (8,3%) больных. При этом 6 (7,1%) из них выполнялась пластика местными тканями, 1 (1,2%) - комбинированная пластика край в край с дополнительным укреплением линии швов полипропиленовой сеткой. В группе, в которой выполнялась пластика с учетом балльной оценки, рецидив заболевания выявлен у 1 (0,9%) больной. Рецидив возник у больной, которой пластика выполнялась местными тканями. У больных, которым выполнялась пластика с применением аллотрансплантата рецидивов не наблюдалось. Выводы. Таким образом балльная оценка периоперационных критериев риска у больных с послеоперационными вентральными грыжами позволяет выбрать оптимальный способ пластики с учетом индивидуальных особенностей организма и улучшить результаты лечения.

### **37. Профилактика ранних послеоперационных осложнений при пластике вентральных грыж у больных с ожирением III-IV степени**

Давлатов С.С.

Самарканд, Республика Узбекистан

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Актуальной проблемой современной герниологии является выбор способа пластики, которая снизит процент осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах. Аутопластика паховых грыж сопровождается высокой частотой рецидивов заболевания 8–10 %. Поэтому в последнее время все большее число хирургов используют аллопластические способы герниопластики при лечении паховых грыж. Протезирование пахового канала не только значительно снижает вероятность развития рецидива грыжи - по данным литературы до 0–2 %, но и позволяет больному вернуться к активной жизни, не ограничивая физических нагрузок. Известны сотни различных способов хирургического лечения паховых грыж. Применяемые сегодня современные методы не натяжной герниопластики отличаются друг от друга техникой восстановления пахового канала. Некоторые виды операций имеют своей целью механическое укрепление пахового канала, другие – восстановление его функции. Материалы и методы исследования. Клинический материал составили 322 больных с вентральными грыжами оперированные в хирургическом отделении клиники СамМИ с 2008 по 2016 гг. Из них 73 больных в возрасте от 35 до 70 лет с сопутствующим ожирением III-IV степени и наличием выраженного кожно-жирового фартука. Основную



группу составили 48 больных, которым выполнено грыжесечение с абдоминопластикой, а в контрольную группу вошли 25 больных с грыжесечением без абдоминопластики. У 62 пациентов были выявлены сопутствующие патологии в виде АГ, ИБС, хронический бронхит и сахарный диабет, у некоторых из них эти патологии были по 2 и более. Всем больным проводилась антропометрия, у 52 больных отмечалось III степень, а у 21 – IV степень ожирения. Всем больным проводили: УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, при скрытой сердечно - сосудистой недостаточности использовали тест шестиминутной ходьбы, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, и ирригоскопия - по показаниям. Оперативное лечение больных в контрольной группе заключалась в пластике грыжевого дефекта аутоканями и протезирующими материалами по показаниям по методике onlay, inlay и sublay. В основной группе особенностью операции явилось включение комбинированной абдоминопластики, т.е. пластика грыжевого дефекта с протезирующими материалами и дерматоллипидэктомия. После обработки операционного поля на кожу передней брюшной стенки наносился рисунок типа «якоря» (разрез по Fleisch), окаймляя грыжевое выпячивание, старый послеоперационный рубец и кожно – жировую складку. Затем, после разреза кожи и подкожного жирового слоя до апоневроза избыточная складка по рисунку удалялась, выделялся грыжевой мешок. Края кожно – жировых лоскутов широко отсепаровывались кнаружи и кверху. Всем больным в основной группе было выполнено протезирование грыжевого дефекта. 19 больным в основной группе, выполнялась реконструкция передней брюшной стенки с мобилизацией прямых мышц по Ramirez, которой достигается увеличение объема брюшной полости. После завершения герниопластики с абдоминопластикой над апоневрозом оставляли дренажную перфоративную трубку, свободные концы которой выводились ниже горизонтального разреза и фиксировались к коже и дренировали по Редону. Результаты. У 6 больных контрольной группы отмечен компартный синдром, в одном с летальным исходом. У 9 (36%) больных наблюдали местные осложнения (инфильтрат у 1, гематома у 1, серома у 2, лимфорей у 3 и нагноение раны у 2). В отдаленном послеоперационном периоде у 2 (8%) больных этой группы наблюдали рецидив грыжи. В основной группе осложнения были у 3 пациентов (6,25%), нагноение послеоперационной раны у 1 больного, инфильтрат в области послеоперационной раны у 2. Выводы. Таким образом, наибольшее количество осложнений наблюдалось у больных в контрольной группе. Наименьшее количество местных осложнений после операции отмечено в основной группе больных. В результате выполнения герниопластики без натяжения с абдоминопластикой компартный синдром в основной группе не развился.

### **38. Комбинированная атензионная герниопластика при наружных паховых грыжах.**

Эгамбердиев А.А., Давлатов С.С., Суярова З.С., Якубова Л.И.

Самарканд, Республика Узбекистан

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Известны сотни различных способов хирургического лечения паховых грыж. Применяемые сегодня современные методы не натяжной герниопластики отличаются друг от друга техникой восстановления пахового канала. Некоторые виды операций имеют своей целью механическое укрепление пахового канала, другие – восстановление его функции. Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных с паховыми грыжами. Материалы исследования. В хирургическом отделении клиники Самаркандского медицинского института с 2013 по 2016 гг. выполнено 184 паховых герниопластик из переднего доступа с использованием сетчатого протеза. Из 184 произведенных герниоаллопластик в 103 (55,9%) наблюдениях применили разработанный нами прием аллопластики паховых грыж. У этих больных после обычного разреза кожи рассекали апоневроз наружной косой мышцы живота. Высоко выделяли и

удаляли грыжевой мешок. Затем выделяли семенной канатик на всём его протяжении. У внутреннего отверстия пахового канала оголяли поперечную фасцию. Под семенной канатик подводили трансплантат. Следующим этапом операции являлось формирование внутреннего отверстия пахового канала. Поперечную фасцию здесь подшивали к латеральному краю трансплантата по всей окружности. Внутреннее кольцо вновь созданного пахового канала должно иметь диаметр 0,8-1,0 см. Медиальный край трансплантата подшивали к надкостнице симфиза и лонного бугорка. Затем накладывали П-образные швы на верхний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота, которая окутывает края внутренней косой и поперечной мышцы, с захватом верхнего края аллотрансплантата. Натягивая трансплантат средней частью фиксировали к паховой связке и нижнему лоскуту апоневроза наружной косой мышцы живота обычными узловыми швами в количестве 4-5. Семенной канатик укладывали на образованный желобок. Далее нижний край сетки фиксировали к верхнему лоскуту апоневроза наружной косой мышцы живота, которая образовала переднюю стенку искусственного пахового канала. Эти пациенты составили основную группу. Для изучения эффективности предлагаемого нами приема герниоаллопластики паховых грыж 81 пациенту группы контрольного сравнения было произведено традиционная герниопластика по методу Лихтенштейна. В обеих группах больных преобладали мужчины (1 - 89,7 %, 2 - 92,4 %) старше пятидесяти лет (1 - 72,4 %, 2 - 66,7 %). У 2/3 пациентов обеих групп выявлена выраженная сопутствующая патология, в основном со стороны сердечно-сосудистой системы. Половина изучаемых больных занимались профессионально-трудовой деятельностью, связанной с физическими нагрузками. В обеих группах преобладали больные с косыми паховыми грыжами (1 – 54,9%, 2 – 75,8%). Результаты и обсуждение. При выполнении герниопластики по Лихтенштейн средняя продолжительность оперативного вмешательства составила  $50,3 \pm 14,7$  мин ( $M \pm \sigma$ ). При использовании разработанного нами способа операции продолжительность операции оказалась равной  $37,8 \pm 12,4$  мин. Общее число пациентов в группе контрольного сравнения, которые отмечали неприятные ощущения в зоне операции, было существенно больше и составило 14 (17,3%) человек. В основной группе дискомфорт и болевые ощущения в зоне операции отметили 7 (6,8%) пациента. В основной группе отмечено два (1,9%) осложнения - инфильтрат в области послеоперационных швов. Рецидивов грыжи в сроки до 2 лет не было. В группе контрольного сравнения имелось 8 (9,9%) ранних послеоперационных осложнений. В 4 случаях отек мошонки, в 3 случаях отмечена подкожная серома и в 1 случае - гематома. Рецидивов грыжи не отмечено. Выводы. 1. Способ герниоаллопластики предложенной нами отличается от способа Лихтенштейна тем, что сетка находится под мышцами, но прилегает к апоневрозу. При таком варианте пластики во-первых внутрибрюшное давление равномерно распределено по всем точкам фиксации и меньше вероятности оторвать сетку от ткани, во-вторых когда сетка фиксируется к апоневрозу меньше развивается тканевая реакция, с формированием длительно персистирующей серомы. 2. Он универсален, т.е. может быть применён как при косых, так и при прямых паховых грыжах. 3. Здесь в гораздо меньшей степени нарушаются топографо-анатомические взаимоотношения в паховой области, а в условиях грыжесечения при рецидивных и многократно рецидивирующих грыжах эти взаимоотношения восстанавливаются. 4. Способ малотравматичен, прост и, самое важное, патогенетический оправдан.

### **39. Эфферентные методы как профилактика рецидивов послеоперационных грыж у больных с морбидным ожирением.**

Шимко В.В., Кулеша В.Ф., Мокрушина Ю.В.

Благовещенск

ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Грыжи передней брюшной стенки занимают значительное место в структуре хирургической заболеваемости населения. Лечение грыж передней брюшной стенки – актуальная проблема абдоминальной хирургии. С увеличением количества операций увеличилась и частота формирования послеоперационных вентральных грыж, особенно у лиц с избыточной массой тела. Абдоминальная локализация жира клинически проявляется очаговыми скоплениями жира преимущественно в нижней половине брюшной стенки. У ряда пациентов в результате снижения эластичности кожи и ослабления мышечного тонуса они оттягивают кожу и всю брюшную стенку вниз, образуя жировой фартук, что часто является патогенетическим фактором возникновения и прогрессирования вентральных грыж. При недооценке этого обстоятельства грыжи нередко рецидивируют после операции. В свою очередь, образовавшиеся грыжи служат фактором прогрессирования ожирения вследствие ограничения физической нагрузки. Возникает синдром взаимного отягощения, требующий одновременной хирургической коррекции обоих заболеваний. Для профилактики развития рецидивирующих грыж у больных, страдающих ожирением, с целью улучшения микроциркуляции и заживления раны в дооперационном и раннем послеоперационном периоде дает хорошие результаты применение лазерного воздействия на рану. Клинические наблюдения показывают, что лазерное воздействие оказывает противовоспалительное, противоотечное, регенеративное, анальгезирующее и иммунокорректирующее действие. Также в качестве эфферентного метода с успехом применяется озонотерапия. Озон способен улучшать микроциркуляцию крови в подкожно – жировой клетчатке, благодаря чему усиливается обмен веществ в тканях. Озонотерапия способствует сжиганию липидов – расщеплению жировых отложений. Озонотерапия оказывает бактерицидный, противовоспалительный, обезболивающий, дезинтоксикационный эффекты, повышает общий иммунитет, активирует кислородозависимые процессы в организме. Данные эфферентные методы применимы для подготовки пациента с избыточной массой тела к операции, а также широко используются для ускорения восстановления в послеоперационном периоде. Таким образом, применение эфферентных методов в периоперационном периоде позволяет улучшить результаты лечения пациентов с морбидным ожирением и вентральными грыжами.

### **40. Экстраперитонеальная герниопластика (ТЕР) в условиях хирургического отделения (ЦРБ).**

Шестаков А.М., Кошкин Р.В.(1), Дегтярев О.Л., Минкин С.В.(2)

1) Веселовский, 2) Ростов на-Дону

1) МБУЗ ЦРБ Веселовского района Ростовской области 2) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

С января 2014 года по февраль 2017 года в хирургическом отделении МБУЗ ЦРБ Веселовского района нами выполнено 29 ТЕР герниопластики. Пациенты для ТЕР

операции нами тщательно отбирались - пациенты с небольшими паховыми грыжами, по классификации Европейского общества герниологов (EHS) - это медиальные грыжи 1 и 2 типов, а также латеральные 1 типа, один пациент имел двустороннюю прямую паховую грыжу (тип M2 по EHS). В предоперационном периоде кроме физикального осмотра, пациентам выполняли УЗИ передней брюшной стенки для уточнения характера грыжевого выпячивания. Прооперированно женщин 4 и 25 мужчин в возрасте от 27 до 71 года. Способ создания операционной полости посредством эндоскопа мы применяли 8 раз, 7 операций выполнены с помощью баллона-диссектора (устройства фирмы Covidien: SpaceMaker в 2 случаях, 5 операций с помощью OMS-XB2) и 14 операций - создание первичного пространства осуществлялось посредством детского/малого ректороманоскопа (PPC). Во всех случаях доступ в преперитонеальное пространство осуществлялось по McBurney - гипоумбиликальный разрез 2 см, обнажение и открытие переднего листка влагалища прямой мышцы живота на стороне грыжевого выпячивания, отведение брюшка прямой мышцы в сторону и проведение вдоль заднего листка инструмента для создания операционной полости. Подробно опишем способ использования малого тубуса PPC. После достижения заднего листка влагалища прямой мышцы живота, в намеченный пальцем тоннель вводили детский (2 см в диаметре) PPC с оливой. Мануально следили продвижением тубуса к лону, после чего оливу извлекали и в просвет инструмента вводили 300 эндоскоп. Герметичность эндоскопа в тубусе поддерживали благодаря кольцевой резиновой прокладке. Подача углекислого газа в предбрюшинную полость осуществлялась через канюлю PPC инсуфлятором эндостойки под давлением 12-14 мм рт.ст. Движения тубуса в стороны позволяли создать достаточную полость для постановки рабочего троакара. Первый рабочий 5 мм порт устанавливали по средней линии - как и при иных способах на 5 см над лоном. После этого, в операционную полость через PPC вводили марлевый шарик, фиксированный капроновой петлей Редера на лигатуре длиной 50-60 см. Шарик зажимался браншами эндодиссектора, установленного в 5 мм порт. Им проводили разделение рыхлой клетчатки в паховом регионе до четкой визуализации основных анатомических структур - лонной кости, связки Купера, нижних надчревных сосудов, подвздошно-лонного тракта, а также анатомических зон, настоящего и потенциальных грыжевых дефектов. Марлевым шариком также подготавливали площадку, достаточную для расправления сетки. При необходимости, шарик легко извлекался из операционного поля потягиванием за лигатуру и мог быть заменен на новый. В продолжение операции устанавливали второй рабочий порт 5 мм либо в подвздошной области на стороне грыжевого дефекта, либо по средней линии между видеопортом и первым рабочим троакаром. После этого в трех случаях мы оставляли PPC и продолжали операцию - вывихивали брюшину грыжевого дефекта эндодиссектором и эндозажимом, опускали ее вниз и кзади, потом расправляли сетчатый имплантат. В остальных случаях, дойдя до этапа вправления грыжевого мешка, PPC извлекали и эндоскоп заводили вновь через канюлю Хассона. Мы во всех случаях использовали сетку "Линтекс" 10x15см, фиксировали ее только в случаях прямой паховой грыжи герниостеплером "Гера" 5 мм к связке Купера и по медиальному краю имплантата. Результаты: Продолжительность операций варьировала от 45 до 65 мин. Самая продолжительная - двусторонняя ТЕР по поводу двусторонней прямой паховой грыжи, типа M2 по классификации EHS. Сложность возникла при расправлении медиальных краев обеих сетчатых протезов, поскольку рабочие порты были установлены по средней линии, пришлось ставить добавочный 5 мм порт в левой подвздошной области для расправления и фиксации медиальных краев протезов. Одна операция с использованием баллона-диссектора OMS-XB2 продолжена в конверсию TAPP, причина этому - перфорация брюшины при расправлении баллона-диссектора. В одном случае, когда первичная операционная полость создавалась эндоскопом возникали затруднения - сдвигая эндоскоп латерально от средней линии, мы проходили над нижними надчревными сосудами. Удавалось избежать их ятрогенных повреждений, обойдя снизу и выполнить пластику запланированным способом. Однако, эта операция заставила нас искать иной способ создания операционной полости в предпузырном пространстве. Операции, когда

мы использовали РРС прошли без каких-либо трудностей. В ближайшем послеоперационном периоде нами также осложнений выявлено не было. Пациенты находились на стационарном лечении от 3-х до 10 суток. Округлая олива, плавные контуры среза тубуса, а также его диаметр позволили без каких-либо осложнений выполнить полость и продолжить операцию. Латеральная диссекция с помощью ректороманоскопа выполнялась визуально, что позволяло правильно выбрать необходимую плоскость. Применение марлевых шариков, привычных в традиционной хирургии, позволяет избежать рисков острой диссекции, а также негативных сторон электро- и ультразвуковой коагуляции. Выводы: Использование баллона-диссектора удобно и быстро, но его стоимость, вероятно, ограничит широкое применение такой операции в больницах низкого уровня финансирования. Безбаллонный вариант - операция для опытных герниологов, вполне освоивших ТЕР с баллоном-диссектором. Способ с применением РРС и марлевых шариков облегчает доступ в предбрюшинное пространство и, возможно, поможет хирургам на этапе освоения методики ТЕР.

# ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

## **1. К вопросу о хирургической тактике при пилородуоденальных язвах, осложненных кровотечением.**

Тотиков В.З., Тотиков З.В., Дзгоева Д.Б.

Владикавказ

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель исследования: Оптимизация тактики и выбора объема и характера оперативного пособия больным с кровотечением из пилородуоденальных язв. Материалы и методы. С 1996 по 2014 г.г. в нашу клинику поступило на лечение 1296 больных с пилородуоденальными язвами, осложненными кровотечением. Мужчин 947 было (73,1%), женщин 349 (26,9%). С 1996 года мы придерживаемся следующего лечебно-диагностического алгоритма. При поступлении производили клинико-лабораторные исследования и ФГДС. При продолжающемся кровотечении выполняли попытку эндоскопического гемостаза. При удачной попытке назначали гемостатическую терапию, ингибиторы протонной помпы, даларгин, октреотид или сандостатин. Через 12-24 часа производили контрольную ФГДС. При высоком риске рецидива выполняли оперативное вмешательство в течение 24 часов. При неудачной попытке эндоскопического гемостаза так же выполняли оперативное вмешательство в экстренном порядке. При снижении риска рецидива, а так же при изначально установленном низком риске рецидива мы назначали гемостатическую и противоязвенную терапию. Результаты. Из 1296 больных консервативные методы лечения были применены у 1057 (81,6%) больных, 239 (18,4%) больным выполнены оперативные вмешательства. Из 239 больных у 77 (32,2%) пациентов с продолжающимся кровотечением операции были произведены по экстренным показаниям. Срочные операции при высоком риске кровотечения выполнены у 136 (56,9%) пациентов и у 26 (10,9%) при рецидиве кровотечения. Следует отметить, что у 46 пациентов с продолжающимся кровотечением эндоскопические методы остановки кровотечения нами по техническим причинам не были использованы. Только у 7 пациентов были выполнены резекции 2/3 желудка, остальным 232 больным были выполнены операции, сохраняющие анатомическую и функциональную целостность органа в сочетании с ранней и адекватной противоязвенной терапией. У 98 больных с язвами на передней стенке язвенный субстрат был иссечен, дефект кишечной стенки ушит. У 115 пациентов с язвами по задней стенке произведено иссечение рубцовой ткани, прошивание дна язвы с закрытием дефекта слизистой. У 19 больных с распространением язвенного процесса более чем на полуокружность выполнены циркулярные резекции 12-перстной кишки с наложением анастомоза конец в конец. Во всех случаях мы старались сохранить пилорический жом. У 23 пациентов иссечение язвы с ушиванием дефекта передней стенки и иссечение рубцовой ткани, прошивание с низведением слизистой были выполнены через минидоступ, у остальных типичным доступом. На вторые сутки после оперативного вмешательства всем больным назначали противоязвенную терапию. В раннем послеоперационном периоде умерло 9 (3,8%) больных, в том числе 4 после резекции желудка. Еще 4 больных умерли из-за отказа от экстренного оперативного вмешательства. Всего общая летальность составила 1% (13 больных). Из оперированных больных, на фоне активной противоязвенной терапии, в послеоперационном периоде ни в одном случае нами не отмечено рецидива кровотечения. Повторное кровотечение имело место у 6 больных, у которых риск рецидива был определен как низкий и проводилась консервативное лечения. Но в последующем во время операции установлена ошибочность эндоскопической оценки. Результаты лечения через 1-1,5 года были изучены у 353 больных, которым оперативные вмешательства по поводу кровотечения не выполнялись,

однако так же как и у остальных в стационаре проводилась противоязвенная терапия. Обследованы так же были и 64 больных с иссечением язвы передней стенки, еще 52 пациента с иссечением язвенного субстрата, прошиванием и низведением слизистой, а так же 11 больных с циркулярной резекцией 12-перстной кишки. После использования только консервативных методов рецидив заболевания выявлен у 31(8,8%) больных, 8 из них госпитализированы повторно с кровотечением. После иссечения язвы передней стенки, язвенный дефект на месте рубца вновь возник у 2 (3,1%) пациентов. После иссечения язвенного субстрата с прошиванием и низведением слизистой, рецидив язвы имел место у 4 (7,8%) пациентов и ни в одном случае не зарегистрировано его при циркулярной резекции 12-перстной кишки. Из 353 больных в течение 1-1,5 года после операции только 29% больных обращались к гастроэнтерологу и принимали профилактическое лечение. Для более достоверной оценки эффективности предложенной тактики нами была изучена динамика заболеваемости язвенной болезнью и ее осложнений по городу Владикавказу. Как показали результаты исследования рост заболевания и его осложнений во Владикавказе отмечен с конца восьмидесятых и до 1996 года, за тем идет стабилизация и даже некоторое снижение заболеваемости. А количество осложнений имеют четкую тенденцию к снижению. В первую очередь отмечено резкое снижение количества стенозов и перфоративных язв, в меньшей степени язвенных кровотечений.

## **2. Рецидивные варикозные кровотечения у больных циррозом печени: хирургическое лечение и профилактика.**

Коробка В.Л., Шаповалов А.М.

Ростов-на-Дону

ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница»

Цирротическая трансформация печени различного генеза нередко проявляет себя варикозным расширением вен пищевода и желудка. Частота встречаемости вариксов довольно высока и достигает 30-40% у больных с компенсированными формами цирроза печени и 60-85% при его декомпенсации. У трети больных циррозом возникают варикозные кровотечения в верхних отделах пищеварительного тракта. Первый эпизод кровотечения становится смертельным для 40-60% пациентов, а его рецидив увеличивает показатель летальности до 90%. Спустя 2-3 года, с момента первого эпизода кровотечения, выживаемость в группе не превышает 40%. К сожалению, имеющийся арсенал малоинвазивных и хирургических методик, направленный на ликвидацию вариксов, существенно не улучшает показатель смертности больных от кровотечения, а в вопросе надежной профилактики его рецидива результаты операций весьма скромны. Неудовлетворенность результатами существующих видов профилактики варикозных кровотечений определяет актуальность поиска и разработки новых (в том числе хирургических) методик, позволяющих не только останавливать, но и надежно предупреждать их рецидивы. В течение последних 6 лет в условиях РОКБ обследовано 257 больных циррозом печени. Среди обследованных пациентов доля мужчин составила 54,9%, женщин было немногим меньше – 45,1%. Возраст больных колебался от 19 до 83 лет (средний показатель –  $50,8 \pm 12,3$ ). Анализ результатов обследования показал, что 232 (90,3%) пациента имели варикозную трансформацию вен, различной степени выраженности. Преимущественной локализацией вариксов у 189 (81,5%) больных был пищевод, однако у 43 (18,5%) – варикозная трансформация затрагивала не только вены пищевода, но и вены кардиального отдела желудка. Наряду с этим было установлено, что 106 (41,3%) больных в анамнезе имели пищеводные кровотечения, при этом 28,4% из них были рецидивными. Для определения тактических подходов к лечению больных, имеющих кровотечения из варикозно расширенных вен, у 68 пациентов, помимо стандартной эндоскопии, методом эндосонографии были изучены изменения

кровообращения передней стенки желудка в его проксимальных отделах в зависимости от степени варикоэза. На основании полученных эндосонографических данных была разработана шкала оценки степени васкуляризации желудка, позволившая обоснованно подходить к резекции пищеводно-желудочного перехода и легшая в основу оригинального способа азиго-портального разобщения (патенты РФ №2412657 и №2607178). Хирургическое лечение по оригинальной методике перенесли 36 больных циррозом печени (19 мужчин, 17 женщин). Во всех случаях производили селективную проксимальную ваготомию, резецировали пищеводно-желудочный переход и кардиальный отдел желудка, формировали эзофагогастроанастомоз на передней стенке желудка с одномоментной коррекцией пищеводно-желудочного перехода. В плановом порядке оперировали 29 (80,6%) больных, в 7 (19,4%) случаях неэффективность консервативных мероприятий стала показанием к срочному оперативному вмешательству. Из общего числа больных, перенесших оригинальное вмешательство, ранние послеоперационные осложнения развились у 7 (19,4%) больных. Наблюдали прогрессирующую печеночную недостаточность, коронарный синдром, реактивный плеврит и панкреатит, анемию. Все нефатальные осложнения успешно купировали консервативной терапией в сроки от 9 до 16 дней после операции. Прогрессирующая печеночная недостаточность стала причиной смерти 2 больных. Ранние рецидивы кровотечений отсутствовали. В ходе эндоскопического исследования спустя  $21,5 \pm 4,7$  день после операции у 91,7% больных отмечали достоверно значимое уменьшение диаметра подслизистых вен ( $4,84 \pm 0,61$  мм до операции против  $4,10 \pm 0,53$  мм после операции,  $p < 0,001$ ). При рентгенологическом исследовании грубых нарушений моторики пищевода и желудка в ближайшие сроки после операции не выявили, все сформированные анастомозы имели удовлетворительную проходимость. Отдаленные результаты хирургического лечения изучили у 31 больного в сроки до 5 лет. Контрольная эндосонография показала, что с увеличением сроков послеоперационного периода у всех больных происходит запустевание подслизистых вен пищевода (хотя и с меньшей интенсивностью в сравнении с ранним послеоперационным периодом), при этом не происходит формирование новых коллатеральных венозных стволов. Анализ выживаемости больных показал, что в течение 2 лет после операции умерло еще 3 больных. Причиной смерти в 2 наблюдениях стало прогрессирование печеночной недостаточности, 1 пациент умер от рецидивного кровотечения из вен желудка. Тем не менее, проведенная операция позволила продлить жизнь большинству оперированных пациентов. Спустя 4 года после операции более 75% оперированных больных (28) были живы, их состояние оставалось удовлетворительным, рецидивов кровотечения не наблюдалось. В настоящее время мы наблюдаем за 22 больными, перенесшими оригинальное вмешательство. Из них 3 пациентам с билиарным циррозом и 2 циррозом алкогольной этиологии в нашем учреждении уже выполнена трансплантация печени, 3 – находятся в листе ожидания. Получили противовирусную терапию с хорошим результатом 12, у 2 больных проводится противовирусная терапия, они находятся под наблюдением. Таким образом, анализ результатов проведенного хирургического лечения больных циррозом печени с кровотечениями из варикозно расширенных вен показал, что оригинальный разработанный способ позволяет не только останавливать, но и эффективно предупреждать рецидив данного осложнения. В совокупности это дает больным шанс перейти к следующему этапу лечения основного заболевания – трансплантации печени или же завершить курс противовирусной терапии.



### 3. Артериальная эмболизация при язвенных дуоденальных кровотечениях.

Багдасаров В.В., Багдасарова Е.А.

Москва

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Массивное кровотечение остаётся крупной проблемой в лечении желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) из-за его относительно высокой частоты возникновения и подтвержденной высокой смертности - 10%. До развития терапевтической эндоскопии, 35-55% пациентов с массивным ЖКК требовалось экстренное хирургическое вмешательство, что соотносится со смертностью в 20%, которая достигала 50% у пожилых больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. До настоящего времени эндоскопический гемостаз кровоточащей дуоденальной язвы признан методом лечения первого выбора и является золотым стандартом лечения. Однако в 8-25% случаев успешного контроля кровотечения не удается достичь. Вторым методом выбора после эндоскопического гемостаза является хирургическое вмешательство, которое улучшает эффективность лечения у данных пациентов, однако в показателях смертности уменьшения не наблюдается, особенно у пожилых мультиморбидных больных. С развитием эндоваскулярных технологий, экстренная артериальная эмболизация рассматривается как альтернатива хирургическому вмешательству особенно у пациентов высокого хирургического риска, и стоит в первом ряду лечебно-диагностических мероприятий при эндоскопически неконтролируемых кровотечениях. Многими авторами эндоваскулярная эмболизация при дуоденальном кровотечении (ДК) рассматривается как альтернатива хирургическому вмешательству, особенно у больных высокого хирургического риска. При хирургическом вмешательстве на высоте кровотечения смертность варьирует в пределах 20–40%. За последние годы эндоваскулярные вмешательства сыграли значительную роль в экстренном лечении ОЖКК и существенно изменили тактику лечения пациентов. Цель исследования: улучшение результатов лечения дуоденальных язвенных кровотечений при использовании транскатетерной артериальной эмболизации. Материал и методы исследования. За период с 2012-2016 г. в клинике госпитальной хирургии №2 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (клиническая база ГКБ им. С.С.Юдина) наблюдались 248 больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями. Из них у 192 (77,4%) причиной ЖКК у была язва 12-перстной кишки. 122 (63,5%) больных составили I-основную группу и 70 (36,5%) – II-контрольную. Мужчин было 128(66,6%), женщин 64 (33,4%). Средний возраст - 59,6±5,6. В контрольной группе использовали традиционную активную хирургическую тактику - при неустойчивом эндоскопическом гемостазе или при рецидиве кровотечения –повторный эндоскопический гемостаз и при повторном рецидиве -хирургическое лечение. В основной группе у больных с гастродуоденальным кровотечением применяли разработанный нами лечебно-диагностический алгоритм: 1)эндоскопический гемостаз (под в/в наркозом) с уточнением риска рецидива кровотечения (по шкале Rockall); 2) при неуверенном или при безуспешном эндо-скопическом гемостазе, а также при рецидиве кровотечения с необходимостью переливания  $\geq 3$ -4единиц эритроцитарной массы в течение 24 часов–транскатетерная артериальная эмболизация (ТАЭ); 3) при отсутствии эффекта от ТАЭ –хирургическое лечение. Оценку тяжести состояния пациентов с ОЖКК определяли по интегральным системам-шкалам APACHE-II и SOFA. Активность ДК оценивали по классификации J.Forrest. Для эндоваскулярных вмешательств в 31% наблюдениях использовали подмышечный доступ, в 49% -фemorальный и в 20% - радиальный доступ. Выполнялась последовательно селективная и суперселективная катетеризация селезеночной, левой желудочной, гастродуоденальной артерии (ГДА) и ее ветвей- a.pancreaticoduodenalis sup. ant. et post. и ветви верхней брыжеечной артерии-

a.pancreaticoduodenalis inf. ant . et post. После эмболизации ветвей гастродуоденальной артерии выполняли мезентерикографию с контрастированием a.pancreaticoduodenalis inf. ant . et post. с целью выявления коллатералей с a.pancreaticoduodenalis sup. ant. et post. С целью исключения «слепой» эмболизации, во время гастродуоденоскопии метили источник кровотечения клипсами, которые являлись «дорожной картой», которая значительно облегчала поиск заинтересованной артерии при отсутствии прямых признаков кровотечения. Для эндоваскулярной окклюзии использовали стент-графты, MGUARDPrime, микроспираль Гиантурко, модифицированные спирали из проводников, микросферы (размером от 300 до 500 мкм), сферические и цилиндрические эмболы «Эмбокс» и «сэндвичи» (спирали Гиантурко с микросферами). Результаты Эндоскопический гемостаз всегда был первым в линии выбора лечебной тактики у больных с ЖКК. Рецидив ЖКК в первые трое суток был связан с не соблюдением протокола по блокаде протонного насоса. Повторные попытки эндоскопического гемостаза в контрольной группе предпринимали только при очень высоком риске оперативного вмешательства. В контрольной группе хирургическое лечение было вторым методом в линии выбора после эндоскопического гемостаза, что улучшало эффективность лечения у данных пациентов, однако в показателях летальности уменьшения не наблюдали. При первичном эндоскопическом вмешательстве устойчивый гемостаз наблюдали у 29 (13,7%) пациентов. Повторные эндоскопические вмешательства выполнены у 94 (49,2%) больных. У пациентов обеих групп после эндоскопического гемостаза, терапия высокими в/в дозами ингибиторов протонной помпы (нексиум 160мг болюсно и далее 8мг/ч) снижала частоту рецидивов. В основной группе, особенно у пожилых пациентов, после эндоскопического гемостаза достигнут у 89,0 %. При возникновении рецидива жизненные показатели часто были нестабильны, и в результате, вторичное эндоскопическое исследование, особенно, под наркозом провести было трудно, тем более выполнить хирургическое вмешательство. Диагностированный у больного при остановившемся кровотечении рыхлый тромб, препятствующий осмотру стенок 12-перстной кишки, является показанием к экстренной эмболизации, так как прогноз вероятности рецидива кровотечения при этом составляет 100%. У 32 (22,5%) больных основной группы рецидив кровотечения или его высокий риск являлись показанием к проведению ТАЭ - в течение 12-36 ч с момента остановки кровотечения. К прямым ангиографическим признакам кровотечения относили экстравазацию контрастного вещества, которую наблюдали у 27% пациентов и регионарный артериальный спазм у 50% больных. К косвенным признакам относятся локальная гиперваскуляризация, периартериальная диффузия и аневризмы ветвей чревного ствола. По нашим данным рецидивы ДК (2 больных) после ТАЭ ассоциируются с особенностями анатомии желудочно-двенадцатиперстного комплекса (наличие коллатеральных ветвей с ветвями a. mesentericasup), и использованием для эмболотерапии одного эмболоагента. Использование нескольких эмболов (спираль и микросферы) в сэндвичной методике повышают технический и клинический уровень успеха. Выводы: Изменение хирургической тактики лечения при ДК, широкое внедрение транскатетерной артериальной эмболизации (ТАЭ) и резкое снижение оперативной активности привело к снижению в 2012-2016 г. общей летальности до 1,6%. ТАЭ из-за минимальной инвазивности, отсутствии наркоза, лапаротомии, эффективности и безопасности, а также возможности повторного выполнения, особенно у мультиморбидных пациентов и больных пожилого возраста, показала себя эффективной в контроле кровотечения и снижения смертности. Следует отметить, что эндоваскулярный гемостаз дорогостоящая операция. Однако фактор удорожания лечения не должен доминировать над фактором стоимости жизни пациента.

#### **4. Эффективность эндоскопического лигирования варикозно-расширенных вен пищевода при кровотечении**

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

Москва

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность: Одним из наиболее значимых осложнений синдрома портальной гипертензии является кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода. Частота развития данного осложнения у больных с циррозом печени колеблется на уровне 4% - 15%. При увеличении степени тяжести цирроза и нарастании печеночной недостаточности закономерно возрастает и частота развития кровотечений, достигая уровня 68-70%. В Национальных клинических рекомендациях (2014 г.) по лечению кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода отмечается, что выполнять эндоскопический гемостаз (эндоскопическое лигирование и склерозирование вен пищевода и желудка) нецелесообразно, что мотивируется наличием технических сложностей, сопровождающих визуализацию источника кровотечения. На наш взгляд, попытка выполнения эндоскопического лигирования варикозно-расширенных вен пищевода при кровотечении может быть осуществима при продолжающемся или рецидивном кровотечении на фоне неэффективности консервативных мероприятий, так как данная методика в соответствующих клинических ситуациях позволяет окончательно остановить и предотвратить рецидив кровотечения. Цель исследования: Изучить результаты и определить возможность и эффективность проведения эндоскопического лигирования варикозно-расширенных вен пищевода при продолжающемся или рецидивном кровотечении. Материалы и методы: Мы располагаем опытом лечения 36 больных, поступивших в стационар с продолжающимся кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода на фоне декомпенсированного цирроза печени. После выполнения диагностической ЭГДС у всех пациентов с целью остановки кровотечения был установлен зонд-обтуратор Сенгстакена-Блэкмора, проводились консервативные мероприятия, в том числе гемостатическая терапия. В 30 случаях (83,3%) данные мероприятия позволили добиться уверенного гемостаза и у 29 пациентов (80,6%) - на 2-е сутки выполнить эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода с целью вторичной профилактики рецидива кровотечения. В 6 случаях (16,7%) через 4 часа после распускания пищеводного баллона, а затем и через 6 часов после распускания желудочного баллона был констатирован факт продолжающегося или рецидивного кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода. Данным пациентам была выполнена ЭГДС с успешным определением источника кровотечения во всех 6 случаях, что позволило провести эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода. Технически, в первую очередь осуществлялось наложение лигатуры на источник кровотечения, с последующей аспирацией содержимого, контролем уровня достигнутого гемостаза и лигированием остальных варикозно-расширенных вен. Всего за процедуру накладывалось 6 - 10 латексных лигатур. Результаты: Во всех 6 случаях, когда консервативные мероприятия по остановке кровотечения были неэффективными и было выполнено эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен на фоне кровотечения, был получен устойчивый гемостаз. Средняя продолжительность госпитализации пациентов составил  $7,3 \pm 1,2$  суток. На сроках наблюдения за пациентами в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде ( $6,3 \pm 2,8$  месяца) на фоне уменьшения степени выраженности варикоза рецидива кровотечения отмечено не было. Среди 30 пациентов, у которых консервативные мероприятия были эффективными в 1 случае (3,3%) имело место развитие острой сердечно-сосудистой и печеночной недостаточности, что повлекло за собой летальный исход на 6-е сутки пребывания в

стационаре. Выводы: Эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода на фоне продолжающегося или рецидивного кровотечения является методологически обоснованной процедурой и, при условии визуализации источника кровотечения, характеризуется достаточным уровнем эффективности.

## **5. Клинический случай лечения пациентки с генерализованной ангиодисплазией, осложненной рецидивирующим кишечным кровотечением**

Протасов А.В.(1), Навид М.Н.(1), Шухтин Н.Ю.(2), Путилов С.С.(2)

1) Москва, 2) Пушкино, Московская область

1) ФГАУО ВО РУДН, 2) Больница Пушкинского научного центра РАН

Ангиодисплазия кишечника на сегодняшний день остается наименее изученной проблемой у пациентов с рецидивирующими кишечными кровотечениями. Этот термин впервые ввел J.J. Caldabini в 1974 г. (Caldabini J.J., 1974), он характеризует патологическое состояние, при котором имеются порочное (патологическое) развитие и строение сосудов кишечной стенки. Актуальность проблемы диагностики и лечения ангиодисплазии кишечника различного происхождения диктуется упорным течением и тяжестью заболевания, трудностями топической диагностики, сложностью выбора лечебной тактики, обусловленных сочетанными поражениями органов и систем. Ангиодисплазии являются причиной до 30-40% всех скрытых кровотечений различных отделов ЖКТ (Munitiz Ruiz V., Garcia Perez B., Serrano Jimenez A. et al, 2004; А.А. Шептулин, 2000). По данным А. Lonardo, Greco M., Grisendi A, 2004, до 92% всех ангиодисплазий толстой кишки обнаруживаются преимущественно в слепой и правой половине ободочной кишки. Согласно А.М. Кузьминову и соавт., 1993, выделяют врожденную и приобретенную формы ангиодисплазий. Первая может быть как наследственной, так и ненаследственной. Семейный наследственный ангиоматоз (болезнь Рандю–Вебера–Ослера) - характеризуется локальным расширением мелких сосудов, в том числе венул и капилляров, в результате их структурной неполноценности (H.J. Rendu, 1896, W. Osler, 1901, F.P. Weber, 1907). Болезнь зачастую сочетается с другими сосудистыми аномалиями (аневризмами и гемангиомами). Отдельно выделена генерализованная ангиодисплазия (системный «ангиоматоз»), с сочетанным поражением других органов и систем. Приводим пример клинического наблюдения и хирургического лечения пациентки с генерализованной (системной) ангиодисплазией, осложненной кишечным кровотечением. Пациентка Р., 83-х лет, поступила в хирургическое отделение БПНЦ РАН в декабре 2016г. с жалобами на выраженную слабость, головокружение, стул с примесью темной крови через сутки от начала заболевания. В анамнезе у матери пациентки в последние годы ее жизни наблюдались кишечные кровотечения, источник которых не известен. При поступлении состояние средней тяжести, кожные покровы бледноватые, температура тела 36,8, АД 120/60мм.рт.ст., пульс 90 ударов в минуту. При ректальном пальцевом осмотре патологии не выявлено, стул жидкий темно-черного цвета. В клиническом анализе крови гемоглобин 82г/л, эритроциты  $3,22 \times 10^{12}$ , лейкоциты  $4,1 \times 10^9$  без сдвига формулы влево, тромбоциты  $119 \times 10^9$ . В моче – белок до 0,45г/л. При эзофагогастродуоденоскопии выявлен антральный гастрит с единичными эрозиями и телеангиэктазией, при ректоскопии в прямой кишке патологии не выявлено. Был предположен опухолевый генез кровотечения. Пациентка получала гемостатические препараты (транексам, викасол, децинон, раствор аминокaproновой кислоты), противоязвенную, антисекреторную терапию (квamatел, омепразол, октреотид), коррекцию водно-электролитных нарушений, трансфузию одногруппной свежезамороженной плазмы и эритроцитарной массы, препараты железа внутривенно. Состояние в течение первых двух суток было стабилизировано. Признаков рецидива кровотечения не наблюдалось. На 5-ые сутки лечения возник рецидив профузного кишечного кровотечения, пациентка переведена в отделение неотложной

реанимации и анестезиологии, попытки консервативного гемостаза были неэффективны. Состояние пациентки тяжелое. В сознании, кожные покровы бледные, гемодинамика стабильная, АД 90/60мм.рт.ст., пульс 100 ударов в минуту. Частый жидкий стул со сгустками темной крови. В клиническом анализе крови гемоглобин 43г/л, эритроциты  $1,53 \times 10^{12}$ , лейкоциты  $3,8 \times 10^9$  без сдвига формулы влево, тромбоциты  $116 \times 10^9$ . В биохимическом анализе крови умеренное повышение креатинина и мочевины. При МСКТ брюшной полости выявлены множественные кисты печени (от 3 до 18мм). Выполнена экстренная колоноскопия, при которой осмотрена толстая кишка до проксимальных отделов поперечно-ободочной кишки, при этом в прямой и сигмовидной кишке патологии не выявлено, на стенках проксимальных отделов поперечно-ободочной кишки и в ее просвете большое количество темной крови и свежих сгустков, затрудняющих детальный осмотр слизистой, попытка аспирации и санации также не привела к успеху. Пациентка экстренно оперирована. Выполнена срединная лапаротомия, с ревизией органов брюшной полости, включая все отделы толстой и тонкой кишки, двенадцатиперстной кишки и желудок. В области восходящей с переходом на печеночный изгиб ободочной кишки выявлена грубая рубцовая деформация с перипроцессом, множественными плоскостными спайками. В просвете этих отделов кишки определяется свежая кровь со сгустками, со стороны серозной оболочки патологии не выявлено. В печени выявлены множественные округлые плотные просовидные образования, от 0,3 до 0,7см, фиолетового цвета. В обоих яичниках выявлены множественными узелковые плотные образования около 0,5см в диаметре фиолетового цвета (подобные вышеописанным образованиям в печени). У пациентки на данном этапе заподозрен системный ангиоматоз (генерализованная ангиодисплазия). Учитывая выявленную патологию, выполнена правосторонняя гемиколэктомия с формированием илео-трансверзоанастомоза, биопсия печени. При осмотре макропрепарата визуально на слизистой удаленного участка толстой кишки патологии не выявлено. При гистологическом исследовании толстой кишки в подслизистом слое и глубоких слоях слизистой выявлены множественные кровоизлияния, с пролиферацией расширенных сосудов с интонченными стенками. Морфологическое исследование ткани печени показало наличие в ней кавернозной ангиомы. В послеоперационном периоде на фоне гемотрансфузии, ВЭБ и белковых нарушений, антибактериальной терапии, введения кортикостероидов состояние пациентки улучшилось. Рецидивов кишечного кровотечения не наблюдалось. Стул регулярный, без патологических примесей. Показатели периферической крови нормализовались: гемоглобин 112г/л, эритроциты  $3,8 \times 10^{12}$ , лейкоциты  $4,1 \times 10^9$ , тромбоциты  $279 \times 10^9$ . На 21-е сутки пациентка была выписана из стационара. Таким образом, в описанном случае редкой причиной кишечного кровотечения явилась наследственная (с учетом анамнеза и клинической картины), генерализованная ангиодисплазия толстой кишки, сочетающаяся с гемангиоматозом печени и яичников по типу болезни Рандю-Ослера-Вебера. Профузные рецидивирующие кишечные кровотечения с выраженной анемизацией и ухудшением общего состояния пациентов должны быть показанием к хирургическому лечению и резекции соответствующего отдела кишечника с восстановлением функции измененного органа.

## **6. Эрозивно-язвенные кровотечения желудка и двенадцатиперстной кишки**

Капшитарь А.В.

Запорожье, Украина

Запорожский государственный медицинский университет

Эрозивно-язвенные кровотечения желудка и двенадцатиперстной кишки встречаются 45-50% от всех кровотечений из верхних отделов пищеварительного канала. Оценка источника кровотечения, активность и его прогноз являются основной задачей. Все

авторы признают необходимость эндоскопического гемостаза при ФЭГДС. Показания к экстренной операции ограничены, а её объём дискутируется. Цель работы: изучить причины, диагностику и результаты лечения у больных с эрозивно-язвенными кровотечениями желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнившимися лечение больных с другой патологией в общехирургическом стационаре. Материал и методы. Нами, в 1-м хирургическом отделении и 2-м гнойно-септическом КП „Городской клинической больницы № 2”, баз кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, с 2002 по 2016 годы наблюдались 33 пациентов с различной патологией, у которых в процессе лечения возникли эрозивно-язвенные кровотечения желудка и двенадцатиперстной кишки. Мужчин было 30 (99,9%), женщин – 3 (9,1%). Возраст 42-86 лет. Из всех 33 больных наиболее частой патологией был облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей (гангрена стопы и голени-6) – 12 (36,4%) пациентов и синдром диабетической стопы с глубокой флегмоной стопы – 6 (18,2%), реже - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – 4 (12,1%), остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника, корешковый синдром с выраженным болевым компонентом – 3 (9,1%), рак прямой кишки T4MXN1 – 2 (6,1%), укушенная рана нижней конечности, острый паховый лимфаденит – 2 (6,1%), постинъекционный абсцесс ягодицы – 2 (6,1%), острый инсульт, острый период – 2 (6,1%). В начале в неврологическом отделении лечили 5 (15,2%) больных (остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника, корешковый синдром с выраженным болевым компонентом-3, острый инсульт, острый период-2), а после развития кровотечения перевели в ПИТ 1-го хирургического отделения. При поступлении оперировали 16 (48,5%) пациентов. Из них у 6 (37,5%) больных выполнена ампутация бедра, у 4 (25%) – вскрыта глубокая флегмона стопы, у 2 (12,5%) – глубокая флегмона бедра, у 2 (12,5%) – постинъекционный абсцесс ягодицы и у 2 (12,5%) – выполнена операция Майдля. Оставшихся 17 (51,5%) пациентов лечили лишь консервативными методами. Результаты и обсуждение. В процессе стационарного лечения у всех 33 больных развились эрозивно-язвенные кровотечения желудка и двенадцатиперстной кишки. Причиной явился самовольный и бесконтрольный приём нестероидных противовоспалительных препаратов в течение 2-3 недель. В общем анализе крови Eг снизились до 1,5-2,3x10<sup>12</sup> /л, Hb-до 70-98 г/л. ФЭГДС выполнена у 32 (97%) пациентов, из которых у 6 (18,8%) больных диагностирована хроническая язва желудка и у 14 (43,7%) – двенадцатиперстной кишки (пенетрирующая язва в головку поджелудочной железы-8, целующаяся язва-6), у 12 (37,5%) - множественные эрозии и мелкие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Из 20 пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, хронической язвой во время ФЭГДС, согласно классификации J.A. Forrest (1974), кровотечение Ia группы диагностировано у 8 (40%) больных, Ib группы – 4 (20%) и III группы – 8 (40%). Шок констатирован у 24 (72,7%) пациентов. Больных разделили на 2 группы. В группу А включили 11 (33,3%) нетранспортабельных пациентов с продолжающимся активным кровотечением, которых оперировали в экстренном порядке. Из них у 4 (36,4%) больных выполнена гастродуоденотомия, прошивание кровоточащей хронической язвы луковицы двенадцатиперстной кишки, пилоропластика по Гейнеке-Микуличу, у 3 (27,3%) – иссечение хронической язвы двенадцатиперстной кишки на передней стенке, прошивание кровоточащей хронической язвы задней стенки, пилоропластика по Джадду-Хорсли, у 2 (18,2%) – дуоденотомия, прошивание кровоточащей хронической язвы задней стенки, субциркулярная дуоденопластика, у 2 (18,2%) – гастротомия, прошивание кровоточащей хронической язвы малой кривизны желудка, гастропластика. У всех пациентов установлен назо-еюнальный зонд для питания. После операции умерли 2 (18,2%) больных от геморрагического шока. Группа В составила 22 (66,7%) пациентов, которых не оперировали, а лечили консервативными методами. Гемостаз наступил у 18 (81,8%) больных, из которых 14 (77,8%) пациентов после окончания лечения выписаны и 4 (22,2%) – переведены в терапевтическое отделение для окончания лечения. Еще у 4 (18,2%) больных с продолжающимся кровотечением переведены в специализированное отделение КУ „Городской клинической больницы экстренной и скорой медицинской

помощи». Выводы: 1. В процессе лечения больных в любых отделениях больниц могут развиваться эрозивно-язвенные кровотечения желудка и двенадцатиперстной кишки. 2. Экстренная диагностика источника кровотечения и других его характеристик, использование эндоскопического гемостаза позволяют избрать лечебную тактику. 3. Высокая вероятность летального исхода ограничивает применение лапаротомии, минимизируя объём операции, что привело к общей летальности 6,1% и послеоперационной летальности – 18,2%.

## **7. К вопросу о гемостазе при кровоточащих острых язвах и эрозиях верхнего отдела ЖКТ**

Бобков О.В., Бутырский А.Г., Шерендак С.А.

Симферополь

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»,  
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

В структуре ЖКК кровоточащие эрозии (КЭ) и острые язвы (КОЯ) занимают I-II места, уступая лишь кровоточащим пептическим язвам, составляя 18-24% причин ЖКК. Для их лечения существуют весьма противоречивые рекомендации – от минимального использования антацидов до массивных комплексов противоязвенной терапии. Цель работы: улучшение результатов лечения КЭ и КОЯ методом внедрения лечебных программ и использованием озонотерапии. Материалы и методы. Ретропроспективно были сформированы 2 группы больных – основная (I) и контрольная (II) по 250 человек, соотношение М:Ж=2,2:1. В I группе использованы конвенционные комплексные методы остановки кровотечения (эндоскопический гемостаз, медикаментозное лечение, лечение фоновых заболеваний), во II группе в комплекс лечения введено использование озон-кислородной смеси как для гемостаза, так и для стимуляции заживления острых дефектов слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. В качестве источника озона использованы сертифицированные генераторы озона «Озон-М-5» и «Озон-М-50» (г. Киров). Для эндоскопического гемостаза использовали газовую смесь с концентрацией озона 30-40 мг/л в объеме 50-100 мл в течение 15-45 секунд; для потенцирования заживления газовая смесь с концентрацией озона 2-4 мг/л вводилась в желудок через зонд в виде ежедневной инсуффляции в объеме 300-500 мл (скорость 100 мл/мин) 3-5 раз. Результаты лечения мониторировались эндоскопически. Результаты. В I группе эндоскопический гемостаз при экстренной ФЭГДС использован при наличии стигмат F1A, F1B у 19 пациентов: аппликационные методы – 17, диатермокоагуляция – 2. У 71 пациента со стигматами F2 прогнозировался рецидив кровотечения, им выполнено орошение эрозий капрофером; у 6 из них на 1-3-и сутки возник рецидив, остановленный диатермокоагуляцией. Во II группе эндоскопический гемостаз достигнут флаторизацией источника кровотечения озон-кислородной смесью у 78 пациентов. Рецидив кровотечения возник у 1 человека, ликвидирован повторной флаторизацией. Сроки заживления КЭ в I группе составили  $7,4 \pm 0,4$  (у 19 пациентов – на 7-е сутки, у 3 – на 10-е), ОКЯ –  $11,1 \pm 0,4$  суток (у 18 пациентов – на 10-е сутки, у 7 – на 14-е). Во II группе срок заживления эрозий составил  $4,1 \pm 0,2$  суток (у 19 пациентов – на 7-е сутки, у 3 – на 10-е), язв составил  $7,2 \pm 0,2$  (у 37 пациентов – на 7-е сутки, у 5 – на 9-е) ( $p < 0,05$  для обеих форм ЖКК). Соответственно уменьшились и сроки госпитализации. Летальность составила в I группе 5,7%, среди них с КЭ – 6,3%, с КОЯ – 4,2%. Во II группе умерло 5,4% больных, среди них с КЭ – 5,7%, с КОЯ – 5,1%. Причинами смерти послужили прогрессирование соматических заболеваний, передозировка ulcerогенных медикаментов, средний возраст умерших –  $68,9 \pm 3,5$  года. Выводы. Предложенный алгоритм использования озон-кислородной смеси может быть рекомендован для использования в лечебной практике, поскольку позволяет снизить число рецидивов, ускорить заживление острых дефектов

слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. Эндоскопический мониторинг позволяет отслеживать изменения в слизистой и вносить коррективы в процесс лечения.

## **8. Трудности диагностики и лечения кровотечений, обусловленных ангиодисплазией толстого кишечника.**

Татаршаов М.Х( 1,2), Боташева В.С. (3), Борлаков В.Р.(2).

1,2) Черкесск, 3) Ставрополь.

1) ГБОУ ВПО "Медицинский институт Сев-КавГГТА", 2) РГБ ЛПУ «Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница», 3) ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель исследования: анализ результатов диагностики и лечения кровотечений, обусловленных ангиодисплазией толстой кишки. Материалы и методы: За 20 лет в клинике пролечено 293 больных с кровотечениями из толстого кишечника различной этиологии. Причина кровотечений было установлено у 286 (97.6%) больных, в 8 (2.8%) наблюдениях было обусловлено различными типами ангиодисплазий толстого кишечника. Все больные были госпитализированы с клиникой кишечного кровотечения, в пяти наблюдениях кровотечение носило профузный характер. Трое больных, до поступления в нашу клинику, неоднократно обследовались и лечились в других стационарах, двоим из них была выполнена экстренная лапаротомия, однако, источник кровотечения не был выявлен. Для установления диагноза, наряду с общеклиническими, проводился комплекс инструментально-диагностических мероприятий: ректороманоскопия, колоноскопия, ирригоскопия. Результаты: Ректороманоскопия, выполнено у всех 8 больных. В одном наблюдении выявлен участок с извитыми сосудами и разрывом на глубину до 1 см в анальном канале. Ирригоскопия выполнена у трех больных, лишь в одном случае удалось выявить косвенные признаки патологии толстой кишки, в виде краевых дефектов наполнения и зазубренности контуров при опорожнении кишечника в этой зоне определялся крупно-ячеистый рельеф. Колоноскопия до операции выполнена у всех больных, у 5 из них выявлен источник кровотечения и лишь у трех врач-эндоскопист высказал предположение, что имеет место сосудистая мальформация. Диагностика не только истинной причины кровотечения, но даже анатомической зоны у этой категории больных значительно затруднена из-за необходимости проведения исследования на не подготовленном кишечнике и недостаточной осведомленности врачей эндоскопистов с данной патологией Для уточнения зоны кровотечения, у всех больных, колоноскопия выполнялась и в ходе оперативного вмешательства. Оперативные вмешательства в 5 наблюдениях выполнены в экстренном порядке на фоне продолжающегося или многократно рецидивирующего профузного кровотечения: трое больных оперированы в раннем срочном порядке, после остановки кровотечения. Во всех наблюдениях в ходе операции выявлены признаки хронического воспаления брюшины, хронической лимфаденопатии внутрибрюшных лимфоузлов, ригидность и снижение гаустрации, участками у 5 и тотальное - у 3 больных, соответственно и увеличение диаметра толстой кишки до 8.0 - 10.0 см, у 2 больных отмечено аномалии расположения толстой кишки, в 2 наблюдениях-перемежающиеся участки значительного расширения мезентериальных сосудов сменяющиеся резким сужением на ограниченных участках. В зависимости от распространенности процесса у 7 больных выполнены различные по протяженности резекции толстой кишки: резекция поперечно-ободочной кишки - 2, гемиколэктомия слева - 1, селезеночного угла ободочной кишки - 1, сигмовидной кишки - 1, субтотальная колонэктомия - 1. В одном наблюдении, больной 15 лет, поступил в клинику с профузным кровотечением из прямой кишки; при ректороманоскопии - разрыв слизистой прямой кишки в анальном канале с поверхностно



расположенными активно кровоточащими сосудистыми сплетениями. Участок анального канала с разрывом и сосудистым конгломератом иссечен. При динамическом наблюдении в течении трех часов - признаки продолжающегося толстокишечного кровотечения с прогрессирующей анемией (Hb - 41 г/л), гипотонией (80/40 мм рт ст.) на фоне массивной гемотрансфузии и реанимационных мероприятий. При колоноскопии источник кровотечения не выявлен. Лапаротомия, просвет расширенного до 10 см толстого кишечника на всем протяжении заполнен темными массами. Пальпаторно в стенке толстой кишки патологических образований нет. Правая ободочная артерия расширена до 10 мм с участками сужения до 1.5 мм на протяжении 5-7 мм, одноименная вена до 10 мм на всем протяжении, грубая аномалия расположения поперечно-ободочной кишки, признаки хронического воспаления брюшины и хронической аденопатии. В просвете подвздошной кишки признаков наличия крови нет. Повторная интраоперационная колоноскопия, в просвете обильные массы сгустков и жидкой крови. Тотальная колэктомия, илеостомия. Послеоперационный период осложнился абсцессом паранефральной клетчатки слева, выполнено чрескожное дренирование полости абсцесса под УЗИ контролем. Выписан на 24 сутки после операции. При микроскопическом исследовании сосуды толстой кишки имеют неравномерную толщину. Стенка артерии построена в основном из соединительной и мышечной ткани с включениями эластических волокон. Кровеносные сосуды толстой кишки извитые, просветы их расширены, стенки истончены. Местами наблюдаются утолщения интимы. Определяются кровеносные сосуды, стенка которых построена из соединительной ткани. Такие сосуды похожи на мешотчатые аневризмы. В стенках сосудов определяются очаги обызвествления, отложения кристаллов холестерина и лимфоцитарные инфильтраты. В участках со значительным утолщением стенки наблюдается гиалиноз. В расширенных просветах определяются обтурирующие или пристеночные тромбы. Встречаются сосуды с процессами организации и канализации тромбов и реваскуляризации сосудов. Описанные морфологические изменения сосудов толстой кишки настолько выражены, что определить тип сосуда (артерия или вена) не представляется возможным. В связи с этим выявленные нами гистологические изменения сосудов толстой кишки более характерны для ангио-венозных дисплазий. В одном наблюдении при кровотечении из ангиодисплазии нисходящей ободочной кишки выполнена колотомия, прошивание кровоточащей зоны, однако на третьи сутки возник рецидив кровотечения, выполнена гемиколэктомия слева. Умер один больной 78 лет, от тромбоэмболии легочной артерии. При гистологическом исследовании: венозная ангиодисплазия - 2, артериовенозная - 2, кавернозный тип - 4, По распространенности: ограниченные -5, диффузные - 3. Выводы: 1. Диагностика истинной причины кровотечения при ангиодисплазии толстой кишки в общехирургическом стационаре остается сложной, не решенной проблемой. 2. При кровотечениях, обусловленных ангиодисплазией толстого кишечника, наиболее обоснованный объем оперативного вмешательства - резекция пораженного участка кишки. 3. При диффузной ангиодисплазии, и в исключительных случаях, когда не удастся определить источник кровотечения, показано выполнение тотальной колэктомии.

## **9. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки**

Баев О.В., Скорляков В.В., Кещян С.С., Подина М.В., Шинкарь О.Г., Лиман Н.А.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки осложняется кровотечением приблизительно у каждого десятого больного с данной патологией. По данным исследований явные кровотечения возникают у 10-15% больных язвенной

болезнью, а скрытые кровотечения, выявляемые только с помощью реакции Грегерсена и не проявляющиеся клинически, сопровождают обострение заболевания. Язвы 12-перстной кишки кровоточат в 4-5 раз чаще, чем язвы желудка. Нередко кровотечение является первым признаком заболевания. Следует отметить и высокий уровень общей летальности от этого осложнения, которая достигает 10-14% (Ю.М. Панцырев и соавт., 2003). Цель исследования – провести анализ результатов лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, осложнённой кровотечением по материалам клиники за период 1997 - 2015 гг. Материалы и методы. На базе хирургического отделения МБУЗ городской больницы №1 им. Н.А.Семашко г. Ростова-на-Дону в течение 1997-2015 гг. пролечено 849 больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, осложнённой кровотечением. Мужчин было 546 (64,3%), женщин – 303 (35,7%). По возрасту все больные были распределены следующим образом: до 20 лет было 12 больных, до 30 лет – 67, до 40 – 91, до 50- 135, до 60 – 171, до 70- 148, до 80 – 152, старше 80- 73. Язва желудка была диагностирована у 294 (34,6%) пациентов, а язва двенадцатиперстной кишки были выявлена у 478 (56,3%). У 77 (9,1%) пациентов были выявлены сочетанные поражения язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. При поступлении в стационар у 337 (61,7%) мужчин и 181 (59,7%) женщины по данным эндоскопии кровотечение было состоявшимся по классификация J.A.Forrest II а, в, с. Больные, поступившие с продолжающимся кровотечением Forrest I а, в, среди мужчин составили 105(19,2%) пациентов, у женщин - 55 (18,1%). У 54 (51,4%) больных мужчин и у 25 (45,6%) женщин которым выполнялся эндо-гемостаз по скорой помощи одним из способов (электрокоагуляция, аргоно-плазменная коагуляция, обкалывание язвы раствором адреналина разведенного 1:10 в физиологическом растворе, клипирование, орошение язвы AgNO<sub>3</sub>) отмечался рецидив кровотечения, что заставило выполнить различные по объёму оперативные пособия. Объёмы оперативных вмешательств были следующими – резекционные способы 26 (32,9%), иссечение язвы – 15 (18,9%), прошивание 38 (48,1%). Общая летальность у мужчин составила 50 (9,2%), у женщин – 42 (13,8%). Следует обратить на ряд факторов, которые имели место у не оперированных больных с летальным исходом: 1. Поздняя обращаемость (более 3-суток), 2.Средний возраст больных более 70 лет, 3. Выраженная сопутствующая патология двух и более органов, 4. Кровопотеря 3-4 ст., 5. Геморрагический шок, 6. Пребывание в условиях стационара менее суток. У больных с устойчивым гемостазом в дальнейшем проводилась консервативная терапия и комплексное обследование, включающее: компьютерную РН-метрию, компьютерное исследование моторики желудка и 12-и перстной кишки, компьютерное исследование вегетативной нервной системы. Выполненные исследования позволяли определить показания к консервативному или оперативному лечению. Заключение. 1.Применение эндоскопического гемостаза позволяет стабилизировать общее состояние больных более чем у 80% больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки. 2. Такая тактика позволяет отказаться от каких-либо «радикальных» вмешательств на желудке у больных с язвенным кровотечением в экстренном порядке, провести полноценное всестороннее обследование пациентов и, при необходимости, выполнить отсроченную операцию на благоприятном фоне.

## 10. Тактические аспекты лечения пептических язв гастроэнтероанастомоза после резекции желудка, осложненных кровотечением.

Маскин С.С., Фетисов Н.И., Нтире А., Таджиева А.Р.

Волгоград

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель работы. Уточнить тактические варианты при лечении пациентов с пептическими язвами гастроэнтероанастомоза (ПЯА) после резекции желудка, осложненных кровотечением. Материалы и методы. В период с 2000 по 2016 год в хирургических отделениях клиники госпитальной хирургии ВолгГМУ и гастроэнтерологическом отделении ГУЗ №25 ГКБ СМП г. Волгограда пролечено 107 пациентов с различными постгастрорезекционными синдромами. Преобладающая патология - ПЯА и отводящей кишки (n=50), эрозивный анастомозит (n=35), эрозивный гастрит культи желудка (n=22). Причина госпитализации пациентов с ПЯА в 80% случаев связана с развитием осложнений: кровотечение у 28 (56%) пациентов, перфорация язвы – 4 (8%), выраженный болевой синдром на фоне пенетрации – 8 (16%). Результаты и обсуждение. В группе из 28 пациентов с ПЯА, осложненными кровотечением реализация лечебно-диагностического алгоритма включала эндоскопический гемостаз, что привело к остановке кровотечения у 26 пациентов (92,8±13,0%), двое больных (7,2±1,0%) оперированы в экстренном и срочном порядке при неэффективности эндогемостаза в зоне обширных каллезных ПЯА (p<0,001). Достижение эндогемостаза позволило реализовать диагностическую часть алгоритма. Обследование включало: ЭГДС с биопсией из краев язвы и слизистой гастроэнтероанастомоза, слизистой отводящей кишки и культи желудка, рентгенографию пищевода и культи желудка, интрагастральную компьютерную рН-метрию, УЗИ и/или КТ органов брюшной полости, исследование уровня гастрина сыворотки крови. Реализация разработанного алгоритма позволила выделить группы больных (n=22), нуждающихся в повторных открытых корригирующих операциях и малоинвазивных кислотоснижающих операциях. Основным показанием к корригирующей операции являлось наличие ПЯА со стенозом и демпинг-синдрома тяжелой степени на фоне сохраненной гиперсекреции (n=14) - этим пациентам выполнены следующие операции: ререзекция + поддиафрагмальная стволовая ваготомия (n=8), реконструкция анастомоза с иссечением язвы + поддиафрагмальная стволовая ваготомия (n=6). Во второй группе всем больным с ПЯА на фоне сохраненной гиперсекреции выполнена торакоскопическая наддиафрагмальная стволовая ваготомия (n=8). Ближайшие и отдаленные результаты у всех оперированных пациентов хорошие. Шестеро пациентов не оперированы ввиду наличия выраженной сопутствующей патологии и адекватной реакции на медикаментозное лечение. Летальных исходов не было. Выводы. Возможности эндоскопического гемостаза при ПЯА, осложненных кровотечением позволяют дифференцировать пациентов по характеру местных изменений в зоне гастроэнтероанастомоза и выбрать адекватный метод хирургической коррекции. Ререзекция желудка или реконструкция анастомоза с иссечением язвы в сочетании с поддиафрагмальной ваготомией показаны при наличии патологии анастомоза в виде суб- и декомпенсированного стеноза, либо демпинг-синдрома тяжелой степени. Стволовая торакоскопическая наддиафрагмальная ваготомия без вмешательства на язве является оптимальной при остановленном кровотечении на фоне сохраненной кислотопродукции при нормальном уровне гастринами.

## **11. Диагностика и лечение больных с неязвенными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта**

Рыбачков В.В., Дряженков И.Г., Парунов С.И., Першакова А.С., Щетко В.И., Завьялова Н.И., Уткина А.А.

Ярославль

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность: на сегодняшний день частота встречаемости кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) составляет более 90% от всех желудочно-кишечных кровотечений. Из них кровотечения неязвенного генеза достигают 44-46 %. Цель работы: Оценить результаты диагностики и лечения пациентов с кровотечениями неязвенного генеза из верхних отделов ЖКТ. Материалы и методы: За период 2012 по 2016 гг. в клинике госпитальной хирургии ЯГМУ на базе ГАУЗ ЯО КБ №9 5760 пациентам с клинической картиной кровотечения из верхних отделов ЖКТ была выполнена экстренная эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с диагностической и лечебной целью. Результаты и обсуждение: Из поступивших в стационар 648 (11,2%) больных с неязвенными желудочно-кишечными кровотечениями пациентов с варикозно расширенными венами пищевода и желудка было 125 человек (19,3%). В большинстве случаев больным с признаками продолжающегося кровотечения выполнялась постановка зонда Блэкмора. Оперативное вмешательство в виде прошивания варикозных вен пищевода выполнено у 7 пациентов (послеоперационная летальность 80%). Летальные исходы при данной патологии наблюдались у 50 человек (40%). Больных с синдромом Меллори- Вейса было 177 пациентов (27,3%). Из них 15 был выполнен комбинированный эндоскопический гемостаз (инъекция раствора адреналина с аргоноплазменной коагуляцией). Наблюдалось 6 рецидивов кровотечений, что потребовало эндоскопической остановки. Летальные исходы наблюдались у 4 человек (2,2%). Фибринозно-геморрагический эзофагит, а также эрозивный эзофагит с признаками кровотечения был выявлен у 195 (30,1%) человек. Эндоскопический гемостаз не применялся. Рецидив наблюдался в одном случае. Умер 1 больной (0,5 %). Геморрагический гастрит был выявлен у 67 (10,3%) человек, которые затем получали консервативную терапию. Летальные исходы наблюдались у 4 человек (6%). Опухолевые заболевания в стадии распада, явившиеся причиной кровотечения из верхних отделов ЖКТ были у 64 (9,9%) человек. Выполнялся эндоскопический гемостаз в виде инъекций раствора адреналина у 11 больных, а в комбинации с аргоноплазменной коагуляцией у 3 пациентов. Летальность в данной группе составила 20 человек (31 %). Синдром Дъелафуа был диагностирован у 20 (3,1%) больных. Источник кровотечения располагался в теле желудка у 19 пациентов, и в одном случае - в н/3 пищевода. Эндоскопический гемостаз в данной группе был применен у всех пациентов: аргоноплазменная коагуляция и клипирование кровоточащего сосуда. Оперировано 3 больных при рецидивном кровотечении. Летальность составила 5% (1 больной). Вне зависимости от выбранного способа лечения всем больным проводили общепринятую медикаментозную терапию. Выводы: Эндоскопия является самым информативным методом в диагностике и определяет тактику дальнейшего ведения больных с кровотечением из верхних отделов ЖКТ неязвенной этиологии. Ее применение сокращает частоту оперативных вмешательств.

## 12. Ранняя вазоактивная терапия при кровотечениях из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка (ВРВ ПЖ) – перспектива улучшения результатов лечения

Вербицкий В.Г.(1), Федоров А.В.(2)

1) Санкт-Петербург, 2) Чебоксары

1) ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», 2) Республиканская станция СМП Чувашии

Согласно практическим рекомендациям Всемирной Гастроэнтерологической Организации (2008) риск неблагоприятного исхода лечения от первого кровотечения из ВРВПЖ составляет 20% в течение 6 недель наблюдения, а при рецидиве летальность увеличивается в 2 раза. Национальное руководство «Скорая медицинская помощь» и клинические рекомендации (2015) постулируют «при подозрении на кровотечение из ВРВ ПЖ как можно раньше назначать вазоактивные препараты (1а;А)». Мета-анализ 20 исследований эффективности терлипрессина в терапии кровотечений из ВРВ (n-1609), проведенный G.N. Ioannou с соавт. (2009), показал, что из всех вазоактивных препаратов терлипрессин является препаратом выбора для лечения острого кровотечения из ВРВ, поскольку его назначение приводит к снижению риска смертельного исхода на 34%. Важными преимуществами терлипрессина являются быстрое наступление клинического эффекта, повышение АД на 15-20% и системное периферическое сосудосуживающее действие препарата при отсутствии негативного влияния на функцию сердечно-сосудистой системы. Цель исследования: показать целесообразность раннего (на догоспитальном этапе) применения препаратов, снижающих портальное давление, для улучшения результатов лечения жизнеугрожающих кровотечений из ВРВ ПЖ. В 2015-2016 г.г. было проведено исследование по применению терлипрессина на догоспитальном этапе СМП в БУ РС СМП Чувашии. Основная задача СМП при желудочно-кишечном кровотечении — экстренная госпитализация больного в хирургическое отделение стационара. Однако в случаях задержки госпитализации (длительной транспортировке) остановка или предотвращение рецидива кровотечения из ВРВ ПЖ может способствовать улучшению результатов лечения данной категории пациентов. Согласно приказу Минздравсоцразвития Чувашии решением формулярной комиссии Минздравсоцразвития и РС СМП Чувашии в комплектацию упаковок СМП республики был включен препарат терлипрессин. Были уточнены показания к проведению вазоактивной терапии терлипрессином на догоспитальном этапе СМП. Основанием для диагноза желудочно-кишечного кровотечения являлись общеклинические признаки внутреннего кровотечения. Предположить диагноз кровотечения из ВРВ ПЖ позволяют анамнестические данные о заболевании печени или кровотечении из ВРВ пищевода и признаки поражения печени: гепатомегалия, телеангиэктазии, расширение подкожных вен брюшной стенки, желтуха, асцит. Параллельно проводился мониторинг АД и ЧСС, поддерживались витальные функции в соответствии с общими реанимационными принципами. При кровотечении предположительно из ВРВ ПЖ на догоспитальном этапе СМП вводили в/в болюсно синтетический аналог вазопрессина терлипрессин в дозе 1-2 мг 310 пациентам, при этом проанализированы результаты лечения 236 случаев, у которых кровотечение из ВРВ в дальнейшем было подтверждено в стационарах республики. О достижении гемостаза судили по отсутствию клиники продолжающегося кровотечения и стабильных показателях гемодинамики, что отмечено у 173 (73%) больных. У 56 (24%) пациентов имело место снижение интенсивности геморрагии клинически при отсутствии гемодинамических расстройств. Не отмечено существенного эффекта после введения терлипрессина в 3% случаев (7 больных). Побочные эффекты отмечены у 3 (1,2%) больных в виде болей в животе спастического характера. Досуточная летальность после госпитализации больных в стационар составила 1%. Рецидив кровотечения из ВРВ ПЖ на догоспитальном этапе СМП отмечен в 2 случаях (1%) отказа пациентов от

госпитализации. Терлипрессин не только уменьшает интенсивность кровотечения или полностью его купирует, но и позволяет поддерживать стабильную гемодинамику во время транспортировки пациента в стационар. Этот эффект немаловажен, учитывая факт территориальной удаленности многих населенных пунктов республики от специализированных медицинских учреждений. Результаты раннего внутривенного введения препарата терлипрессин являются обнадеживающими и позволяют судить о целесообразности и эффективности его применения еще на догоспитальном этапе, до эндоскопического уточнения источника кровотечения.

### **13. Как влияют внутрибольничные протоколы на результаты лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений?**

Совцов С.А.

Челябинск

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. В последнее время улучшению качества диагностики и лечения острых язвенных желудочно-кишечных кровотечений уделяется большое внимание как у нас в стране, так и за рубежом, что, в какой то степени связано с не совсем удовлетворительными конечными результатами (общая летальность 6-10%, послеоперационная -15-25%, частота рецидива кровотечения после эндоскопического гемостаза 8-12%), что заставляет искать пути оптимизации тактики лечения. Цель работы. Улучшение результатов лечения острых гастродуоденальных кровотечений. Материалы и методы. За последний год в нашей клинике на базе ОКБ№3 г. Челябинска находился на лечении 91 больной с острым кровотечением из гастродуоденальных язв. У 36 пациентов(39,5%) язва локализовалась в двенадцатиперстной кишке, у 53(58,2%) в желудке и еще у 2 человек(2,3%) имелись сочетанные язвы, находящиеся в желудке и 12перстной кишке. Больные в пожилом и старческом возрасте составили 63,8%. Хронические язвы желудка и 12перстной кишки диагностированы у 54 больных (59,4%) пациентов, острые язвы у 37 (40,6%). С целью стратификации больных по тяжести состояния и угрозы возникновения рецидива кровотечения мы используем шкалу Blatchford, а для прогнозирования рецидива кровотечения - индекс Н.В.Лебедева., А.Е. Климова (2009). Результаты и обсуждение. В связи с тем, что большое число лечебно-профилактических учреждений у нас в стране достаточно сильно отличаются друг от друга, как по материально-технической базе, так и наличию числа специалистов и уровня их подготовки то, по мнению ведущих специалистов, значительная роль должна быть отведена внутрибольничным протоколам диагностики и лечения желудочно-кишечных кровотечений в каждой конкретной больнице. Мы у себя в клинике уже порядка 20 лет работаем по таким протоколам. В них включены, прежде всего, обязательное наличие специалистов, прошедших подготовку по выполнению эндоскопического гемостаза с возможностью экстренного привлечения вспомогательного персонала, обученного ассистировать при проведении эндоскопии. Для верификации источника кровотечения нами разработан и в течение многих лет применяется в практической работе низкотемпературный омыватель, выпускаемый серийно (патент РФ на изобретение №2204335). Во внутрибольничных протоколах мы прописали собственные подходы к использованию различных видов эндоскопического гемостаза (физического, химического, механического, комбинированного) в зависимости от размеров и глубины поражения стенок желудка и 12перстной кишки. Выбор способа эндоскопического гемостаза определяем в зависимости от глубины нахождения поврежденного сосуда с учетом уровня (слоя) стенки полого органа. При локализации кровоточащего сосуда в пределах слизистой оболочки используем физические и химические способы эндогемостаза, а при

расположении источника в подслизистом или мышечном слоях - либо механический, либо комбинированный способ. В наших протоколах обращено внимание, что рутинное выполнение повторного эндоскопического вмешательства (second look) не является обязательным. В случае рецидива кровотечения обычно проводим повторную попытку эндоскопического гемостаза (хотя еще не так давно в таких ситуациях устанавливали показания к экстренному оперативному вмешательству). Число таких попыток должно быть не более 3-4. При проведении лечения острой кровопотери и для профилактики рецидива кровотечения поддерживаем состояние умеренной гемодиллюции (увеличивая и сохраняя уровень гемоглобина на показателях 80-90 г/л), управляемой умеренной гипотонии (обеспечивая и стабилизируя систолическое артериальное давление на уровне 90/60 – 100/70 мм. рт. ст. без инотропной поддержки). Выводы. Разработка и использование внутрибольничного протокола диагностики и лечения острых язвенных желудочно-кишечных кровотечений позволило нам снизить частоту их рецидива до уровня 4,2% (4 больных). Показаниями к оперативному лечению считали: продолжающееся кровотечение при безуспешных попытках эндоскопического гемостаза и реальная угроза возникновения рецидива кровотечения. Всего оперировано 12 больных (13,2%), что на 68% меньше, чем до принятия внутрибольничных протоколов. Умерло двое больных, в том числе один без операции. Общая летальность составила 2,2%, послеоперационная – 8,3%. Таким образом, разработка и реализация внутрибольничного протокола диагностики и лечения острых язвенных гастроуденальных кровотечений позволило значительно улучшить непосредственные результаты лечения при этой тяжелой патологии.

#### **14. Эндоскопический гемостаз при рецидивных кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных по линии санитарной авиации.**

Пантелеев В.С., Погорелова М.П., Зарипов Ш.А.

Уфа

ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Обоснование и цель – изучить причины и улучшить результаты лечения больных с рецидивными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта по линии санитарной авиации. Материал и методы. В период с 2011 по 2016 годы врачами эндоскопистами и абдоминальными хирургами Республиканской клинической больницы им. Г.Г. Куватова г. Уфа выполнено 338 выездов и вылетов в Центральные районные больницы (ЦРБ) Республики Башкортостан к больным с различными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Из всех 338 случаев - 168 (50%) были пациенты с рецидивными кровотечениями. Основными причинами кровотечений были: варикозно-расширенные вены (ВРВ) пищевода – 73; ВРВ желудка – 5; язвенная болезнь желудка – 38; язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – 26; синдром Меллори-Вейса – 17; синдром Дъелафуа – 9. При кровотечениях из ВРВ пищевода и желудка врачами ЦРБ устанавливался зонд Блэкмора, при удалении которого возникал рецидив кровотечения, в связи с чем эндоскопистами санитарной авиации проводилось эндолигирование расширенных вен с остановкой кровотечения, а после стабилизации состояния больного он направлялся на дообследование и лечение в Республиканский центр хирургической гепатологии. Основной причиной рецидивных кровотечений из язв желудка и/или двенадцатиперстной кишки было несоблюдение клинических протоколов лечения и как следствие этого неполноценная патогенетическая лекарственная терапия. Во всех случаях рецидивных язвенных кровотечений эндоскопистами санитарной авиации производилась эндоскопическая остановка кровотечений (обкалывание адреналином; электрокоагуляция; наложение клипсы) с обязательной коррекцией лекарственной терапии, восполнением

кровопотери и наблюдением больного абдоминальным борт-хирургом. При возобновлении кровотечения производилась экстренная операция. Синдромы Меллори-Вейса и Дъелафуа, сопровождающиеся кровотечением во всех случаях не диагностировались врачами на местном уровне из-за отсутствия опыта в диагностике и лечения этих заболеваний. Результаты Из 78 больных с рецидивными кровотечениями из ВРВ пищевода и желудка устойчивого гемостаза удалось добиться в 67 (86%) случаях. В остальных же 11 (14%) случаях отмечались повторные кровотечения, связанные либо с отхождением эндолигатур, либо возникновением кровотечения из рядом расположенных и не лигированных ВРВ. Это осложнение заставило выполнять повторные выезды к этим больным с дополнительным эндолигированием ВРВ. Из 11 пациентов у 8 удалось достигнуть повторного гемостаза, а у 3 прибегнуть к оперативному вмешательству с прошиванием ВРВ. У 64 пациентов с язвенными кровотечениями повторная эндоскопическая остановка кровотечения с назначением адекватной лекарственной терапии позволили добиться устойчивого гемостаза в 56 (88%) случаях. В остальных 8 (12%) пришлось прибегнуть к экстренному оперативному вмешательству. Заключение При возникновении кровотечений из ВРВ пищевода и кардиального отдела желудка в ЦРБ следует сразу же устанавливать зонд Блэкмора, начинать симптоматическую терапию и безотлагательно вызывать на себя врача-эндоскописта по линии санитарной авиации владеющего техникой эндолигирования. Эндолигатуры следует накладывать таким образом, чтобы не оставалось участков, не спавшихся и набухших ВРВ, из которых в последующем возможно кровотечение. При рецидивах язвенных кровотечений следует проводить повторный эндоскопический гемостаз с оценкой язвенного субстрата и исключением других источников кровотечения с привлечением более опытного врача-эндоскописта по линии санитарной авиации и обязательным назначением адекватной, патогенетической, полноценной лекарственной терапии.

## **15. Результаты хирургического лечения прободных гастродуоденальных язв.**

Баев О.В., Скорляков В.В., Тенчури Р.Ш., Лиман Н.А., Маслов А.И.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель работы. Проанализировать результаты лечения прободных гастродуоденальных язв в условиях отделения, оказывающего неотложную хирургическую помощь. Материалы и методы. В хирургическом отделении МЛПУЗ «Городская больница №1 им. Н.А.Семашко» г. Ростова-на-Дону в течение 15 лет оперировано 754 больных с прободными язвами желудка и 12-перстной кишки. 402 пациента в экстренном порядке оперированы открытым доступом (первая группа). У данной группы больных объём экстренных оперативных пособий был разным (ушивание перфорации, иссечение язвы с пилоропластикой, резекция желудка), определялся на операционном столе и зависел от фазы и распространенности перитонита, тяжести состояния пациента, наличия сочетанных осложнений язвенной болезни, сопутствующих заболеваний и квалификации бригады хирургов. В 16 случаев у данной группы больных операцию начинали из мини-доступа, но в дальнейшем пришлось перейти на открытый способ (конверсии). Во вторую группу включены 352 больных, у которых операция выполнялась из мини-доступа, а лечение проводилось с использованием разработанных в клинике принципов. Всем больным этой группы выполнялось только ушивание перфорационного отверстия с использованием малоинвазивных технологий (лапароскопическое ушивание, ушивание из мини-доступа). При определении объёма оперативного пособия важным фактором является полноценный сбор анамнеза (характер течения заболевания, длительность заболевания, резистентность к консервативной терапии). Важное значение при этом имеет



экстренная фиброгастроуденоскопия (локализация язвы, характер язвы, размеры и глубина, количество язв, признаки малигнизации язвы, наличие кровотечения). При этом проводилась биопсия слизистой антрального отдела желудка для определения степени обсемененности *Helicobacter pylori*. Для уточнения и подтверждения диагноза после ФГДС, выполнялась обзорная рентгенография брюшной полости на свободный газ. В случаях, когда диагноз оставался неясным выполнялась диагностическая лапароскопия, которая в большинстве случаев позволяла определить объём оперативного вмешательства. Во второй группе ушивание перфоративного отверстия гастродуоденальной зоны выполнялось с использованием аппаратуры и инструментов фирм «OLIMPUS», «AUTO SUTURE», а также инструментов отечественного производства. Желудок обязательно интубировался назогастральным зондом. В предоперационном периоде больным внутривенно вводились антибиотики (цефалоспорины третьего поколения), а также H<sub>2</sub>-гистаминоблокаторы (нексиум), лечение которым продолжалось и после операции. Выбор дальнейшей тактики лечения пациентов после ушивания перфорационного отверстия зависел от комплексного обследования, включающего компьютерную двухуровневую рН-метрию желудка, компьютерную гастроманометрию, ФЭГДС с Ru-test для определения степени обсемененности *Helicobacter pylori*, рентгеноскопию желудка с дуоденографией. Заключение. 1. Всем больным с перфоративными гастродуоденальными язвами необходимо выполнять ФГДС, что позволяет получить ценную информацию (локализацию и количество язв, характер /острая, хроническая/ и размер язвы, наличие кровотечения и др.). 2. Оперативное пособие у больных с перфоративными гастродуоденальными язвами должно начинаться с диагностической лапароскопии, при которой окончательно решается вопрос о способе ушивания перфорации. 3. Адекватный выбор объёма хирургического лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки возможен лишь при наличии данных о секреторной и моторной функции желудка. 4. Более, чем у 85% пациентов с перфоративной язвой гастродуоденальной зоны ушивание перфорации может быть выполнено с использованием малоинвазивных технологии, при поступлении в стационар в ранние сроки от начала заболевания. 5. Анализ показал, что у больных второй группы, по сравнению с первой группой отмечается значительное снижение внутрибрюшных гнойных осложнений с 22,8% до 7,6%, послеоперационной летальности с 7,8% до 1,6%. 6. Применение малоинвазивных технологий сопровождается более лёгким течением послеоперационного периода, ранней активацией больных и сокращением сроков пребывания в стационаре.

## **16. Тактика лечения больных с язвенным кровотечением и дуоденостенозом.**

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

Краснодар

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение. Дуоденальный стеноз (ДС) одно из наиболее тяжёлых осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), требующих хирургического лечения. Вопросы хирургической тактики при ДС в присутствии дуоденального (ДК) и/или желудочного кровотечения (ЖК) до настоящего времени остаются неразрешёнными. Материал и методы. Использовали классификацию типов язвенного ДК и ЖК по J. Forrest (1974). Всем больным выполнялся ЭГДС – гемостаз, в полном объёме проводилась периоперационная современная многокомпонентная противоязвенная терапия (МПТ) в сочетании с динамическим ЭГДС контролем. Оперативное лечение осложнённой ДС и ДК ЯБДПК проведено у 149 пациентов. Обсуждение и результаты. Использовали активную дифференцированную лечебно-диагностическую тактику. В определении показаний к экстренным и срочным операциям при ДС с кровотечением, доминировал тип

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

## **17. Малоинвазивные хирургические методы профилактики и лечения осложнений цирроза печени.**

Дурлештер В.М., Мурашко Д.С., Бухтояров А.Ю., Корочанская Н.В., Габриэль С.А., Мурашко Н.В., Басенко М.А.

Краснодар

ГБУЗ ККБ №2

Цель исследования: повысить эффективность лечения больных циррозом печени путем разработки оптимальных способов хирургической коррекции синдрома портальной гипертензии, алгоритмов до- и послеоперационной реабилитации пациентов. Материал и методы: в исследование включены 1383 пациента с циррозом печени, находившихся на лечении в ГБУЗ ККБ №2 в 2010-2016 гг. При наличии варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) 2-3 степени проводится плановое эндоскопическое лигирование (внедрено в клинику с 2009 г.). С 2015 г. внедрено и выполняется трансъюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование (TIPS). После устранения угрозы кровотечения из ВРВП проводится отбор пациентов для включения в лист ожидания трансплантации печени (выполняется в клинике с 2011 г.). На всех этапах пациенты получают медикаментозную терапию согласно национальным клиническим рекомендациям по лечению осложнений цирроза печени. Результаты: в исследуемой группе пациентов с 2010 по 2016 г. выполнено 540 эндоскопических лигирований вен пищевода выполнено 390 пациентам. Через 1-2 месяца после первого этапа проводился контрольный осмотр, при необходимости выполнялось дополнительно от 2 до 8 этапов эндоскопического лигирования. У 14 пациентов лигирование выполнялось на высоте кровотечения и было эффективным в 7 случаях (50%). У остальных – пациентов лигирование выполнялось в плановом порядке с целью профилактики кровотечений либо после состоявшегося кровотечения с установкой зонда Блэйкмора. Летальность после эндоскопического лигирования составила 0,51% (2 пациента). Трём пациентам после лигирования ВРВП была произведена ортотопическая трансплантация печени. Установка TIPS проведена 17 больным. У 14 пациентов (80%) цирроз печени был вирусной этиологии, у 3-х (20%) – алиментарно-токсической этиологии. Возраст пациентов

колебался от 30 до 68 лет. Мужчины - 10 человек (58,8%) из данной группы пациентов. Все больные в анамнезе с рецидивирующим кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, и после эндоскопического лигирования вен от одного до шести раз в анамнезе. Все пациенты наблюдаются в сроке от одного месяца до 2 лет. В алгоритм послеоперационного обследования включено УЗИ органов брюшной полости с доплерографией шунта и венозных коллатералей, ЭФГДС с оценкой степени варикоза, ангиография портальной системы с возможностью одномоментной эмболизации расширенной левой желудочной вены. Методы хирургической коррекции синдрома портальной гипертензии являются необходимой составляющей алгоритма подготовки пациентов к трансплантации печени, которая является единственным радикальным методом лечения цирроза печени. С 2011 по 2016 г. в клинике выполнено 9 ортотопических трансплантаций трупной печени, 1 близкородственная трансплантация печени. К настоящему времени живы 9 пациентов, у 8 отмечен полный регресс синдрома портальной гипертензии. Выводы: применяемый в ГБУЗ ККБ №2 комплексный хирургический подход к диагностике, профилактике и лечению осложнений портальной гипертензии показывает высокую эффективность. Применяемые методы позволяют улучшить качество жизни пациентов, добиться снижения риска жизнеугрожающих осложнений синдрома портальной гипертензии, снизить летальность у пациентов с циррозом печени на этапах обследования и подготовки пациентов к трансплантации печени.

#### **18. Кишечная недостаточность в патогенезе эндотоксикоза при геморрагической гипотензии (экспериментальное исследование).**

Климович И.Н., Маскин С.С., Снегур Г.Л., Абрамов П.В., Ованенко В.С.

Волгоград

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Общая летальность при гастродуоденальных кровотечениях (ГДК) язвенной этиологии составляет 10-12%. Это связано не только с вопросами диагностики и рационального лечения, но и с вовлечением в патологический процесс внутренних органов с развитием в 32-65% случаев полиорганной недостаточности (ПОН). Некоторые авторы высказывают мнение, что при тяжелых ГДК одним из первых в патологический процесс вовлекается кишечник, как наиболее чувствительный к гипоксии. Ишемическое и последующее реперфузионное поражение кишечной стенки, приводит к ее выраженным морфофункциональным нарушениям и в первую очередь к снижению «барьерных» свойств, что может обусловить свободное поступление в кровоток внутрикишечных токсинов и потенцировать системный эндотоксикоз. Это диктует необходимость дальнейших экспериментальных и клинических исследований, результаты которых будут служить базой для разработки новых способов лечения кишечной недостаточности при тяжелых ГДК. Цель работы. Уточнение роли кишечника в потенцировании системного эндотоксикоза при моделировании у животных тяжелых кровотечений из верхних отделов ЖКТ. Материалы и методы. Экспериментальные исследования были проведены на 40 самцах крысах (Wistar albino Glaxo). На крысах моделировали ГДК. Крыс наркотизировали, кровотечение и связанную с ним гипотензию моделировали выведением крови из сонной артерии, объемом 4,5-5 мл (27-30% объема циркулирующей крови животного), при этом не допускали снижения артериального давления ниже 40-50 мм рт. ст. Эксфузированную кровь, вводили в желудок испытуемых крыс. Геморрагическую гипотензию сохраняли в течение 1 часа. С целью изучения динамики ишемически-реперфузионных поражений морфоструктуры стенки тонкой кишки и уровня эндотоксикоза в периферической (нижняя полая вена) крови и крови оттекающей от

кишечника (воротная вена) животных выводили из эксперимента через 4 ч, 16 ч и 28 ч. Степень эндотоксикоза в крови определяли по уровню среднемолекулярных пептидов (СМП) и продуктов перекисного окисления липидов (ППОЛ) – малоновые диальдегиды и диеновые конъюгаты, вычисляли баланс регуляционной системы оксиданты-антиоксиданты (по супероксиддисмутазе). Суммарный индекс эндотоксикоза (СИЭ) рассчитывали по модульной формуле. Результаты и обсуждение. Исследования эндотоксикоза в различных регионах кровотока показали, что уже через 4 ч от начала эксперимента у животных наблюдались последствия ишемически-реперфузионного поражения стенки кишки ( $p < 0,05$ ). Так, в крови оттекающей от кишечника, отмечалось достоверно более высокая концентрации ППОЛ ( $p < 0,05$ ), по сравнению с периферическим кровотоком. Данные оксидантно-антиоксидантного отношения свидетельствовали об окислительном стрессе в тканях стенки кишки ( $p < 0,05$ ). Незначительное в равной степени повышение уровня СМП в изучаемых регионах кровотока, свидетельствовало о сохраняющейся «барьерной» функции стенки кишки. При морфологическом исследовании наблюдались выраженные дистрофические изменения энтероцитов в слизистом слое тонкой кишки. Через 16 ч в периферической крови обнаружилось резкое увеличение концентрации ППОЛ, на фоне высокого потребления супероксиддисмутазы, при чем этот дисбаланс был значительнее в крови оттекающей от кишечника ( $p < 0,05$ ). В периферическом кровотоке отмечалось большое количество СМП, но в крови из воротной вены их концентрация была достоверно выше ( $p < 0,05$ ). Полученные данные свидетельствовали о нарушении «барьерной» функции кишки и наводнении портальной крови внутрикишечными продуктами дисметаболизма. СИЭ в крови оттекающей от кишечника был достоверно выше, чем в периферической крови ( $p < 0,05$ ). В слизистой оболочке обнаружены очаги десквамации энтероцитов с образованием на отдельных участках поверхностных эрозий обнажающих базальную мембрану. Через 28 ч от начала эксперимента, во всех регионах кровотока показатели эндотоксикоза возрастали, а уровень супероксиддисмутазы напротив, резко снижался. СИЭ повышался в основном за счет СМП, при этом разница в уровне эндотоксикоза в различных регионах кровотока существенно уменьшилась. Лишь данные оксидантно-антиоксидантного отношения, полученные в мезентериальной крови, подтверждали сохранение избыточного генерирования свободных радикалов кислорода кишечником ( $p < 0,05$ ). При морфологическом исследовании наблюдались некротические изменения 1/3 пласта слизистого слоя кишки с частичной некротизацией поверхностных отделов ворсин. Корреляционный анализ (по Спирмену) между СИЭ и морфометрией стенки тонкой кишки выявил тесную взаимосвязь ( $r = 0.784$ ) повреждения клеточных элементов стенки тонкой кишки и токсичности оттекающей от нее крови. Выводы. При моделировании ЖКК тяжелой степени, в результате ишемически-реперфузионного поражения стенки тонкой кишки, нарушается ее «барьерная» функция и внутрикишечные токсины беспрепятственно попадают в мезентериальный кровоток, тем самым существенно потенцируют системный эндотоксикоз.

#### **19. Синдром кишечной недостаточности в патогенезе эндотоксикоза при язвенных кровотечениях из гастродуоденальной зоны.**

Климович И.Н., Маскин С.С., Абрамов П.В., Ованенко В.С.

Волгоград

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Хирурги и реаниматологи при гастродуоденальных кровотечениях (ГДК) уделяют основное внимание способам остановки кровотечения и методам компенсации кровопотери. В то же время целый каскад патологических изменений, развивающихся в

организме, не принимается во внимание. Острая массивная кровопотеря из гастродуоденальной зоны, приводит к развитию синдрома кишечной недостаточности (СКН), вследствие ишемических и последующих реперфузионных повреждений стенки кишечника. По мнению многих исследователей, СКН является одной из главных причин потенцирования системного эндотоксикоза внутрикишечными токсинами и может служить начальным этапом полиорганной недостаточности (ПОН). Перспектива улучшения результатов лечения СКН, связывается с глубоким пониманием патогенеза данного состояния, что в будущем обеспечит возможность ранней диагностики и своевременного проведения этиопатогенетической комплексной терапии. Цель работы. Уточнить роль синдрома кишечной недостаточности в патогенезе системного эндотоксикоза у больных с ГДК. Материалы и методы. Материалом для настоящей работы послужили 84 больных с ГДК, находившихся на лечении в клинике госпитальной хирургии ВолгГМУ с 2013 по 2017 г. Из них, 65 (77,4%) больных с язвой 12-перстной кишки и 19 (22,6%) с язвой желудка. СКН развился у 35 (77,8%) больных из 45 с тяжелыми степенями ГДК (III-IV ст. по Гостищеву В.К., 2008), при этом из 39 пациентов с III ст. тяжести кровотечения в 29 (74,3%) случаях, а из 6 больных с IV ст. тяжести – в 100%. СКН не был обнаружен ни у одного больного из 39 с I-II ст. тяжести кровотечения. У всех пациентов гемостаз достигнут эндоскопическим способом. СКН диагностировали при помощи микроскопии кала (в эмульгате определялось большое количество слущенных клеток цилиндрического эпителия слизистой, вследствие их гипоксической гибели). Степень эндотоксикоза в крови определяли по уровню продуктов перекисного окисления липидов (малоновый диальдегид, диеновые конъюгаты), среднемолекулярных пептидов, окислительно-антиокислительному отношению, проницаемости эритроцитарных мембран с последующим интегральным расчетом суммарного индекса эндотоксикоза (СИЭ). Результаты и обсуждение. Анализ исследований показал, что развитию СКН в 31 (89%) случае из 35, предшествовала артериальная гипотензия ниже 70 мм рт. ст., сохраняющаяся в течение более 80 минут ( $p < 0,05$ ). Ишемическое и последующее реперфузионное поражение тканей стенки кишечника приводило к окислительному стрессу в них. Через 20-24 часа с момента поступления, у этих больных в кале определялись в большом количестве клетки цилиндрического эпителия слизистой. Гибель энтероцитов слизистой кишечника резко снижала «барьерную» функцию кишечной стенки, что позволяло практически беспрепятственно поступать в кровоток большому количеству внутрикишечных токсинов (в том числе продуктов гидролиза крови и продуктов жизнедеятельности аллохтонной микрофлоры). Так, СИЭ у этой категории пациентов с 1 суток стационарного лечения был достоверно выше ( $p < 0,05$ ), чем у пациентов без СКН. После остановки кровотечения, выведения из геморрагической гипотензии и восполнения объема циркулирующей крови у больных без СКН, практически одновременно происходила нормализация всех параметров эндотоксикоза ( $p < 0,05$ ). У пациентов с СКН, высокий уровень эндотоксикоза сохранялся еще в течение 2-3 суток, так как продолжал «поддерживаться» поступлением большого количества внутрикишечных токсинов из пораженной тонкой кишки ( $p < 0,05$ ) и служил начальным этапом формирования полиорганной недостаточности. Детальный анализ показал, что из 35 больных с тяжелыми степенями ГДК, осложненных СКН, печеночно-почечная недостаточность различной степени развилась в 34 (97%) случаях, а без СКН лишь в 1 (10%) из 10. Выводы. Полученные данные свидетельствуют о значительной роли СКН в потенцировании системного эндотоксикоза при тяжелых ГДК и его места в патогенезе ПОН. Однако вследствие сложного, многофакторного механизма развития кишечной недостаточности, в клинической практике до сих пор не определен алгоритм диагностических мероприятий и не выработана четкая стратегия лечения СКН.

## 20. Профилактика и лечение острых стрессорных гастродуоденальных кровотечений в реанимационном отделении.

Кучер Д.В., Степовой И.А., Шкляр А.К., Чумерин А.С., Счастливый Д.В.

Белая Калитва

МБУЗ «Центральная районная больница» Белокалитвинского района Ростовской области

В последнее десятилетие все более распространенными становятся стандартизованные подходы, в частности разработка протоколов ведения пациентов по нозологиям, в том числе и на учрежденческом уровне и уровне отдельных отделений. Одной из важнейших проблем лечения пациентов в критических состояниях является борьба с развитием стрессорных симптоматических язв верхних отделов ЖКТ. Частота этого грозного осложнения, встречаемая нами в рутинной работе в прошлом, доставляла чувство неудовлетворенности. Особенно обидными были развивающиеся эрозивные гастродуоденальные кровотечения у пациентов неабдоминального профиля, внезапно утяжеляющие состояние и без того критических пациентов. Длительность пребывания в реанимационном отделении у этих пациентов увеличивалась в среднем на 7 суток (т.е. с 2-3 до 9-10 суток!), летальность у этой группы пациентов достигала в некоторые периоды 40-70%. Осмысление результатов привело к организационным выводам и внедрению с 2012 года в работу отделения анестезиологии и реанимации протокола профилактики и лечения острых стрессорных гастродуоденальных кровотечений. В протокол, применяемый в реанимационном отделении, введены пациенты следующих групп: ИВЛ более 12 часов; гипотензия любой этиологии, требующая введения вазопрессоров; острые нарушения мозгового кровообращения; острый инфаркт миокарда; сочетанная травма; тяжелая черепно-мозговая травма; обширная ожоговая травма; полиорганная недостаточность; сопутствующий хронический алкоголизм и/или внутривенная наркомания. Всем пациентам описанных групп в обязательном порядке производится комплексный диагностический мониторинг, включающий исследование ОАК, тромбоцитов, времени свертываемости, ТВ, АЧТВ или МНО, РФМК, парциального насыщения кислородом крови. Большинству пациентов выполняем ЭФГДС (в том числе динамически, с контролем и оценкой динамики), противопоказания могут быть вынесены только совместным решением лечащего врача и реаниматолога. Всем пациентам групп риска проводятся профилактические мероприятия, включающие: кислородную поддержку (ингаляция увлажненной кислородо-воздушной смесью, при ИВЛ – оптимальные режимы вентиляции), антисекреторные препараты (группы ингибиторов протонной помпы, чаще омепразол 40 мг каждые 12 часов внутривенно не менее 3 суток), метаболические препараты группы антигипоксантов, витамины группы В, препараты янтарной кислоты. Особое внимание уделяем раннему энтеральному питанию, чаще проводимому через назогастральный или назоэнтеральный зонд. Если питание по каким-то причинам невозможно, то дважды в сутки промываем желудок через назогастральный зонд холодной ( $t=10\text{ }^{\circ}\text{C}$ ) водой, проводим гипотермию эпигастрия. У части пациентов уже на момент поступления в реанимационное отделение при ФГДС выявляется эрозивно-геморрагическое изменение слизистой желудка, нередко острые язвы, зачастую уже с клиническими явлениями состоявшегося или продолжающегося кровотечения. В таких случаях проводим усиление антисекреторной терапии, переходя на непрерывное введение препаратов инфузوماتом, к лечению добавляем октреотид в дозе 25 мкг/час в течение 20-60 часов. При явлениях продолжающегося кровотечения проводится эндоскопический гемостаз – аргоноплазменная коагуляция или инъекционный гемостаз (применяем 10% раствор натрия хлорида инъекционно из 2-3 точек). В таких случаях проводим динамические ЭФГДС в сроки определяемые эндоскопистом, нередко по 5-7 манипуляций. За истекший период с момента внедрения протокола (с февраля 2012 по апрель 2017 года) в реанимационном отделении пролечено 3893 пациента. Из них

вышеописанный протокол проведен у 1552. Мероприятия по профилактике острых стрессорных гастроудоденальных кровотечений проведены у 1552. Состоявшееся или продолжающееся кровотечение на момент поступления в реанимацию выявлено у 98 пациентов. Проводимый эндоскопический гемостаз был успешен во всех случаях. В описываемой группе пациентов за истекший период от гастроудоденальных кровотечений умерла 1 пациентка (острый инфаркт миокарда). Считаю опыт разработки протокола успешным и можем рекомендовать аналогичные мероприятия другим лечебным учреждениям.

## **21. Стенты Даниша в лечении кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода.**

Гидирим Г.П., Мишин И.В., Буник Г.Г., Долгий А.Н.

Кишинев, Республика Молдова

Кафедра хирургии № 1 им. Николая Анестиади, Лаборатория гепато-панкреато-билиарной хирургии, Государственный Университет Медицины и Фармации им. «Н. Тестемицану», Институт Ургентной Медицины

**Введение:** В настоящее время эндоскопическое лигирование (ЭЛ) и эндоскопическая склеротерапия (ЭСТ) рассматриваются как методы выбора в лечении кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП). Однако выполнение ЭЛ и ЭСТ при активных кровотечениях из ВРВП и, особенно при ограниченном эндоскопическом обзоре сопровождается сложностями проведения эндоскопического гемостаза. Цель исследования: анализ результатов использования самораскрывающихся металлических стентов (СМС) для остановки активных (профузных) кровотечений из ВРВП в условиях ограниченного эндоскопического обзора и невозможности выполнения ЭЛ или ЭСТ. **Материалы и методы:** В основу материала положены результаты использования СМС у 17 пациентов (м-10, ж-7), в возрасте от 32 до 69 лет (средний возраст-52.2±2.1) с циррозом печени (HBV, HCV) и массивными кровотечениями из ВРВП (n=12) и из язв пищевода после ЭЛ (n=5). При оценке функционального резерва печени: средний балл Child-Pugh-9.5±0.4 (от 7 до 12) и среднее количество баллов по шкале MELD – 17.7±1.7 (от 9.2 до 27.8). Для выполнения гемостаза использованы СМС с покрытием (SX-ELLA stent Danis, 135 mm×25 mm, ELLA-CS, Hradec-Kralove, Czech Republic). Контроль позиции СМС осуществлялся эндоскопическим и радиологическим методами. **Результаты:** После установки СМС кровотечение из ВРВП остановлено у всех пациентов (17/17, 100%). Средний срок СМС in situ составил 94.3±14.1 часа (от 8 до 170). Частичная миграция СМС отмечена в 5/17 (29.4%) и коррекция позиции СМС осуществлена эндоскопическим методом. После снятия СМС при кровотечениях из ВРВП выполнены эндоскопические вмешательства: ЭЛ кольцами (n=7), ЭЛ петлями (n=2) и ЭСТ с использованием n-butyl-cyanoacrylate (n=1). Тридцати суточная летальность (n=7, 41.1%): печеночная недостаточность (n=5), кровотечение из ВРВП и Ж тип Sarin I (n=1) и острое нарушение мозгового кровообращения (n=1). **Выводы:** Таким образом, результаты использования СМС при портальных кровотечениях показали, что: (1) СМС является эффективным методом в остановке активных (профузных) кровотечений из ВРВП (damage control и альтернатива баллонному зонду Sengstaken-Blakemore); (2) СМС может рассматриваться как метод выбора при кровотечениях из язв пищевода после ЭЛ (Mishin I. et al. Dis Esophagus. 2010;23(7):E35-38); (3) одним из существенных недостатков данного метода следует считать миграцию СМС, что диктует необходимость разработки методов профилактики данного осложнения; (4) длительная тампонада СМС сопровождается развитием пролежней слизистой пищевода по линии фиксирующих колец стента.

## 22. Эндоскопические методы лечения и профилактики рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений.

Черкасов М.Ф.(1), Дегтярев О.Л.(1), Лагеза А.Б.(1), Турбин М.В.(2).

Ростов-на-Дону

1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону

Цель. Авторами разработан алгоритм лечебно-диагностических мероприятий в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений. Самая важная роль отведена в нем эндоскопической остановке и профилактике рецидива кровотечения. Освещены показания, методы и результаты эндоскопической остановки язвенных гастродуоденальных осложнений (ЯГДК). Материалы и методы. Представлен опыт лечения 779 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями в Городской больнице скорой медицинской помощи г. Ростова-на-Дону за 2012-2016 годы. Мужчины составили 68,3%, женщины – 31,7%. Все пациенты получили адекватное обследование в объеме осмотра, клинического и биохимического анализов крови и мочи, ультразвуковых, рентгенологических и эндоскопических методов диагностики. По степени кровопотери, согласно классификации А.И.Горбашко (1974), больные распределились следующим образом: легкая степень – 29,5%, средняя – 38,3%, тяжелая – 32,2%. Источник кровотечения локализовался в двенадцатиперстной кишке в 64%, в желудке – в 36% случаев. Продолжающееся кровотечение из язвы (Forrest 1a,b) при поступлении выявлено у 20,7% больных, в 45% случаев активность кровотечения была оценена как Forrest 2a,b,c и в 34,3% случаев признаков кровотечения на момент исследования в выявленном язвенном дефекте не обнаружено (Forrest 3). Показания к оперативному лечению определяли согласно разработанному нами алгоритму лечебной тактики при ЯГДК и разработанных критериев высокого риска рецидива кровотечения. Из средств эндоскопической остановки кровотечения (ЭОК) использовали инъекцию в область язвенного дефекта 3% раствора хлористого натрия и 0,1% раствора адреналина в 70% этиловом спирте, а также монополярную и аргоноплазменную коагуляции (АПК). Тактика врача-эндоскописта заключается в выборе метода гемостаза в зависимости от классификации источника кровотечения по Forrest (1974). В случаях кровотечения, соответствующего F 1A-1B применяли сочетание инъекционного метода (как наиболее доступного и способного остановить или снизить интенсивность кровотечения на первом этапе) и одного из коагуляционных методов гемостаза. При нестабильном гемостазе F 2A-2B в обязательном порядке профилактировали рецидив кровотечения, при этом полностью или частично удаляли сгусток крови, визуализировали источник кровотечения, использовали один из способов эндогемостаза. После успешного эндоскопического гемостаза или профилактики рецидива кровотечения выполнялся плановый ФГДС-контроль через 6 часов. В случае рецидива кровотечения (наблюдался в 9,5% случаев) предпринимались попытки повторного эндоскопического гемостаза, позволившие завершить лечение 85,1% больных с рецидивом кровотечения консервативно. Эндоскопически окончательный гемостаз достигнут в 2012 году у 84% больных, а в 2016г. – у 89% больных. Данному факту способствовало комбинированное применение нескольких способов эндоскопического лечения при наличии современного оборудования и обученного персонала на фоне противоязвенной медикаментозной терапии. Общая летальность за 5 лет – 7,7 %. Заключение. Главенствующую роль в остановке ЯГДК имеют эндоскопические методы гемостаза, успешность которых зависит от комбинированного их применения в соответствии с разработанным алгоритмом диагностики и лечения больных.



## 23. Опыт лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений в хирургическом отделении МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону.

Черкасов М.Ф.(1), Дегтярев О.Л.(1), Лагеза А.Б.(1), Турбин М.В.(2)

Ростов-на-Дону

1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону

Цель. Лечение пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК) проводится авторами дифференцировано в соответствии с разработанным алгоритмом лечебно-диагностических мероприятий на основании клинико-лабораторных и эндоскопических критериев высокого риска рецидива кровотечения. Несмотря на главенствующую роль эндоскопических методов лечения ЯГДК, важен хирургический подход к данной проблеме. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 779 пациентов с ЯГДК, находившихся на лечении в хирургическом отделении МБУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи г.Ростова-на-Дону» с 2012 по 2016г. Эндоскопически окончательный гемостаз достигнут у 84% больных с ЯГДК в 2012г., и в 89% - в 2016г. Оперировано, соответственно, 16% и 11% пациентов. Показаниями к экстренной операции является безуспешность эндоскопического гемостаза при активном кровотечении Forrest IA, IB, а также рецидиве кровотечения после первичного или повторного комбинированного эндоскопического гемостаза. Тактика лечения каждого отдельного больного определялась согласно разработанному нами алгоритму лечебной тактики при ЯГДК, учитывающий эндоскопические и клинико-лабораторные показатели высокого риска рецидива кровотечения. Мы выделяем следующие дополнительные критерии высокого риска рецидива кровотечения, объединенные нами в 4 группы: – Клинико-лабораторные: 1. Клинические признаки геморрагического шока, обильная рвота кровью, обильная многократная мелена, уровень гемоглобина ниже 50г\л при поступлении в стационар 2. Возраст пациента более 60 лет, наличие тяжелой сопутствующей патологии – Эндоскопические: 1. Локализация язвы в проекции крупных сосудов (задняя стенка луковицы 12 перстной кишки, высокие желудочные язвы по малой кривизне). 2. Язвенный дефект более 1,3 см в желудке и 0,8 см в ДПК, наличие других осложнений язвенной болезни (пенетрация, стеноз). Наличие у больного сочетания любых двух из четырех групп критериев после контрольной ФГДС через 12-24 часа является показанием к срочному оперативному лечению. В структуре оперативных вмешательств преобладают органосохраняющие операции: 1. Лапаротомия, иссечение язвы желудка, двенадцатиперстной кишки с пилоропластикой –48,6 %. 2. Дистальные резекции желудка - 10,5 %. Выполнены у больных с сочетанием нескольких осложнений язвенной болезни. 3. Лапаротомия, гастро-, дуоденотомия, прошивание источника кровотечения - 21%. Произведены при крайне тяжелом состоянии больных и высоким риском выполнения радикальных операций. 4. Методика видеоэндохирургического прошивания язвенного дефекта со стороны серозного слоя под эндоскопическим контролем – 15,2%. Применение данного метода оперативного лечения возможно при локализации язвы на передней стенке желудка или луковицы 12-ПК, а также при достаточной эндоскопической визуализации язвенного дефекта (отсутствие больших сгустков, «слепков желудка»). Рецидив кровотечения встречался у 74 (9,5%) пациентов. При наличии опытного эндоскописта, необходимого оборудования и комбинированном применении методов эндоскопического гемостаза, повторная эндоскопическая остановка кровотечения позволила завершить лечение 85 % больных с рецидивом кровотечения консервативно. Послеоперационная летальность составила 23,8 %, общая – 7,7 %. Заключение. Таким образом, разработанный алгоритм, выделение критериев высокого риска рецидива кровотечения позволили определить

дифференцированный подход к тактике лечения ЯГДК и добиться значительного улучшения результатов лечения данной патологии.

#### **24. Анализ результатов лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии.**

Дидигов М.Т.(1), Дурлештер В.М.(2), Бабенко Е.С.(3), Авакимян С.В.(1), Ключников О.Ю.(1), Соколенко С.В.(1)

Краснодар

1) МБУЗ КГК БСМП, 2) ГБУЗ ККБ № 2, 3) ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. Гастродуоденальные язвенные кровотечения (ГДЯК) являются одним из наиболее грозных осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. По данным различных авторов, общая летальность составляет 10-14%, послеоперационная - от 12 до 35%. Все это указывает на значимость выбора оптимальной хирургической тактики и профилактики рецидива ГДЯК. Цель исследования. Провести клинико-статистический анализ результатов лечения больных с ГДЯК, оценить их динамику и наметить пути улучшения результатов лечения. Материалы и методы исследования. Нами проанализированы результаты лечения 1674 больных с ГДЯК, находившихся в хирургических отделениях МБУЗ КГК БСМП и ККБ № 2 (г. Краснодар) за период с 2010 по 2016гг. Мужчин было 1092 (65%), женщин - 582 (35%). По локализации язвенного дефекта преобладали больные с язвами двенадцатиперстной кишки (ДПК) - 1107 человек (66,1%). С язвами желудка было пролечено 511 человека (30,5%). У 45 пациентов (2,7%) имела место сочетанная форма язвенной болезни. 11 человек (0,7%) госпитализированы с пептическими язвами гастроэнтероанастомоза после резекции желудка по Бильрот II. Диагностический алгоритм, проводимый в приемном покое, не превышал 1,5 часов и включал в себя: сбор анамнеза, неотложное эндоскопическое исследование, анализ лабораторных показателей. Для оценки устойчивости гемостаза и риска рецидива применялась классификация эндоскопических признаков гастродуоденального кровотечения по Forrest (1974г.). Выбор метода гемостаза зависел от источника кровотечения (локализация, размеры); характеристики кровотечения (струйное, из-под сгустка, капиллярное, из нескольких источников); общего состояния больного; опыта и квалификации врача-эндоскописта; наличия соответствующего оснащения. Использовались следующие методы эндоскопического гемостаза: подслизистая инфильтрация гемостатическими и сосудосуживающими средствами, нанесение пленкообразующих веществ (лифузол, статизоль, гентопласт), клипирование, орошение сосудосуживающими, гемостатическими и денатурирующими растворами медикаментов (аминокапроновая кислота, капрофер, мезатон, этиловый спирт 96%). Дальнейшая тактика зависела от эффективности гемостаза и прогнозирования рецидива кровотечения. Из хирургических методов лечения при локализации язвенного субстрата в ДПК операцией выбора считали дуоденопластику, при желудочной локализации или сочетанной форме язвенной болезни - резекцию желудка или гастропластику. Результаты и их обсуждение. У 1288 больных (77%) удалось добиться стойкого эффективного гемостаза. Эти пациенты госпитализировались в палаты интенсивной терапии хирургических отделений, где проводилось наблюдение и консервативное лечение. У 386 больных (23%) возник рецидив кровотечения в течение от 2 до 72 часов, была выполнена повторная эндоскопия, стойкого гемостаза удалось добиться у 131 больного, а 255 были оперированы. При оценке показаний к оперативному вмешательству и определению сроков проведения операций придерживались активной индивидуально обоснованной тактики. 71 больной (4%) прооперирован в экстренном порядке. Показаниями к экстренной операции были: профузный характер кровотечения, продолжающееся

кровотечение (Forrest IA, Forrest IB), или II - III степень кровопотери при неэффективности общего и эндоскопического гемостаза, рецидивирующее кровотечение в стационаре без успеха эндоскопического гемостаза. 184 пациента (11%) оперированы в срочном порядке. Показаниями к срочной операции были: неустойчивый гемостаз при наличии признаков высокого риска повторного кровотечения, остановка которого консервативными и эндоскопическими способами была недостаточно надежной (Forrest IIА и Forrest IIВ). Больным этой группы хирургическое вмешательство, как правило, производилось в течение 2-12 ч от момента поступления - времени, необходимого для подготовки больного к операции. Послеоперационные осложнения возникли у 23 больных (9%). Наибольшее число осложнений отмечалось после резекции желудка - у 15 больных (6%), после дуоденопластики у 8 человек (3%). Из 255 оперированных больных с ГДЯК умерли 29 пациентов. Послеоперационная летальность составила 11%. При этом наибольшее число летальных исходов имело место после резекции желудка - 18 больных (62%). Выводы. Проведение эндоскопического мониторинга показано всем больным с неустойчивым гемостазом и при стабильном местном эндоскопическом гемостазе с высокой степенью риска рецидива кровотечения. Применение комплексной противоязвенной терапии, а также внедрение методов эндоскопического гемостаза позволило значительно снизить количество операций при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. Органосохраняющие хирургические пособия имеют лучшие результаты по сравнению с резекционными методами.

## **25. Эффективность эндоскопического гемостаза при гастродуоденальных кровотечениях.**

Бондаренко И.В.(1), Хитарьян А.Г.(2)

Ростов-на-Дону

1) МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону, 2) НУЗ ДКБ на ст. Ростов-Главный

Цель исследования – клинический анализ эффективности эндоскопической остановки кровотечения. Материалы и методы исследования. Изучены результаты эндоскопической остановки кровотечения у 30 пациентов, мужчин – 63,3% (19 из 30), женщин – 36,1% (11 из 30), средний возраст составил  $52,21 \pm 14,16$  лет. Результаты. У 6,7% (2 из 30) пациентов ЖКК были обусловлены синдромом Мэллори-Вейса, у 10,0% (3 из 30) пациентов – язвами тела желудка, у 83,3% (25 из 30) источником ЖКК являлись язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. Из 28 пациентов ЖКК по Forrest распределились следующим образом: I A – 3,6% (1 из 28), I B – 7,1% (2 из 28), II B – 42,9% (12 из 28) и II C – 46,4% (13 из 28). У пациента с ЖКК I A выполнена лапаротомия, гастродуоденотомия, ушивание кровотокащей язвы двенадцатиперстной кишки, пилоропластика по Микуличу, остановка кровотечения. При ЖКК I B эффективный гемостаз был достигнут ФГДС с аргон-плазменной коагуляцией. При ЖКК II B и II C во всех случаях устойчивый гемостаз достигнут ФГДС с инъекционной эндоскопической остановкой кровотечения. При поступлении шоковый индекс до 0,7 включительно отмечен у (11 из 30) пациентов, 0,8 у 40,0% (12 из 30) пациентов и от 0,9 до 1,2 у 23,3% (7 из 30) пациентов. Средний койко-день составил  $12,25 \pm 5,7$  дней и значимо не отличался при ранжировании ЖКК по Forrest, а также значению шокового индекса при поступлении, длительность госпитализации зависела преимущественно от тяжести анемии. При поступлении анемии не выявлено у 3,3% (1 из 30) пациентов, анемия легкой степени установлена у 26,7% (8 из 30) пациентов, анемия средней степени тяжести – у 50,0% (15 из 30) пациентов, тяжелая – у 20,0% (6 из 30). Гемотрансфузии проведены у 66,7% (20 из 30) пациентов. При первичном ФГДС диаметр язвы варьировал от 0,5 см до 1,5 см, средний диаметр составил  $0,8 \pm 0,2$  см, уменьшившись при контрольном ФГДС на 3-5 сутки от 0 см до 0,5 см, в среднем на  $0,2 \pm 0,1$  см. Диаметр язвы на 3-5 сутки варьировал от 0,2 см до 1,0 см, в среднем  $0,6 \pm 0,2$

см. Вывод. При поступлении шок легкой и средней тяжести был у 63,3% пациентов. У пациентов с ЖКК обусловленным синдромом Мэллори-Вейса и ЖКК I A по Forrest эндоскопическая остановка кровотечения была не эффективной – выполнены лапаротомии. При ЖКК I B, II B и II C эндоскопическая остановка кровотечения во всех случаях была эффективной. Длительность стационарного лечения была связана с тяжестью первичной кровопотери.

## **26. Эндоскопическая аргоноплазменная коагуляция при лечении острых гастродуоденальных кровотечений.**

Ткачев А.В., Гопкало А.А.

Гуково

МБУЗ «ЦГБ» г. Гуково

В последние годы при лечении острых гастродуоденальных кровотечений все большее значение получает эндоскопический гемостаз, в частности аргоноплазменная коагуляция (АПК). С ноября 2012 г. в хирургическом отделении используется метод АПК при лечении острых гастродуоденальных кровотечений. С 2012 по 2016 гг. было пролечено 267 больных с острыми кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, из них: 175 мужчин, 92 женщины. Средний возраст больных: от 25 до 87 лет. Старше 60 лет около 34 % больных. С геморрагическим шоком II-III ст. поступил 61 больной (22,8 %). Позднее 24 часов от начала заболевания поступило 50 человек (18,7 %). Следует отметить, что у 48 больных (10,4 %), страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, кровотечение возникло на фоне длительного применения антикоагулянтов и НПВС. Среди причин кровотечений наиболее часто встречалась язвенная болезнь желудка и 12 п. кишки - 118 больных (44,1 %). Причем кровотечения из язв 12 п. кишки отмечались в 4 раза чаще, чем из язв желудка. Второй по частоте причиной кровотечения явился эрозивный гастродуоденит - 75 больных (28,1 %). Третьей по частоте причиной кровотечения явились кровотечения из расширенных вен пищевода - 36 больных (13,4 %). Синдром Мэллори-Вейса отмечался у 26 больных (9,7 %). В 4-х случаях причиной кровотечения явился рак желудка, в 2-х - полип желудка. У 83 больных (31 %) была эндоскопическая картина нестабильного гемостаза FI-FII (по классификации Forrest). В 2012 г. до введения в эксплуатацию эндоскопической видеоаппаратуры с АПК 3-м больным выполнено ушивание кровоточащей язвы. АПК выполнена 103 больным (38,5 %). Стойкий гемостаз достигнут у 95 больных (92,2 %). При нестабильном гемостазе в 8 случаях АПК выполнялось повторно. При достижении стабильного гемостаза проводился динамический ФГДС-осмотр. Сроки осмотра от 3-х до 24-х часов, в зависимости от локализации и исходного состояния источника кровотечения. Рецидив кровотечения после АПК произошел у 4 больных (3,8 %) и наблюдался на 3-5 сутки, в одном случае рецидив кровотечения произошел на 12 сутки после АПК. Всем больным с рецидивом кровотечения выполнены «открытые» операции. Трём больным произведено ушивание язвы, 1-му больному - резекция желудка. Общая летальность составила 14,6 % (39 больных), послеоперационная 14,1 % (15 больных). Причем общая летальность в основном обусловлена количеством больных с синдромом портальной гипертензии и кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода (20 больных). Вывод: Эндоскопическая аргоноплазменная коагуляция (АПК) является высокоэффективным методом гемостаза, позволяющим в большинстве случаев добиться окончательной остановки кровотечения. Применение АПК позволяет значительно снизить количество «открытых» операций.

## 27. Актуальные вопросы диагностики и лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений.

Петров Ю.В., Хунафин С.Н., Кунафин М.С., Власов А.Ф., Кунафин А.С.

Уфа

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации

Проблема лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК) продолжает оставаться актуальной. Распространенность язвенной болезни в РФ и большинстве стран СНГ не имеет тенденции к снижению и составляет 1,7-5%, а заболеваемость 1,6-6,5%, что связано с сохраняющимся высоким социальным напряжением в обществе (Майстренко Н.А. и соавт., 2013). Основным моментом, резко ухудшающим результаты лечения язвенных желудочно-кишечных кровотечений, является возникновение рецидива, кровотечения, послеоперационная летальность при котором достигает 50% (Гостищев В.К., Евсеев М.А., 2015; Seewald S. et al., 2016). Цель исследования. Изучение и улучшение результатов консервативной и хирургической лечебной тактики язвенных желудочно-кишечных кровотечений. Материалы и методы исследования. В работе использованы результаты обследования и лечения 353 больных с кровотечением из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки, которые находились на лечении в 2009-2016 годах в МУ ГКБ №18 г. Уфы РБ. Мужчин было - 261 (73,9%) человек, женщин - 92 (26,1%). Средний возраст больных мужчин составил 48,0±0,67 (от 18 до 85 лет), женщин - 58,3±1,0 (от 17 до 93 лет). Больных старше 60 лет было 108 (30,8%). По времени поступления, мы пациентов распределили на 4 группы: А, В, С, Д. А- поступившие первые 6 часа (18,2%), В- первые 12 часов (17,8%), С- первые 24 часов (29,1%), Д - позже 24 часов (34,9%). Хроническая язва желудка была источником кровотечения в 36,9% случаев, хроническая язва двенадцатиперстной кишки - в 59,4%. Кровотечение из сочетанных хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдалось в 13 случаях (3,7%). С легким степенем тяжести кровопотери в клинику поступили 160 (45,3%), средней тяжести 108 (30,6%), тяжелой и крайней тяжелой степени - 85 (24,1%) пациентов. По нашим данным рецидивы кровотечения развивались у больных с различной степенью кровопотери, так у пациентов с легкой степенью кровопотери кровотечение рецидивировало в 2(0,5%) случаях, средней - в 18(5,1%), тяжелой - в 24(6,7%). При статистическом анализе с применением критерия  $\chi^2$  по методу Пирсона мы выявили статистически значимое различие между группами по степени тяжести кровопотери и количеству рецидивных кровотечений ( $p=0,02470$ ). При увеличении тяжести кровопотери имеется отчетливая тенденция к увеличению вероятности возникновения рецидива геморрагии. Тяжесть кровопотери может являться важным прогностическим критерием в развитии рецидивных кровотечений. Таблица Распределение больных по степени кровопотери

Степень кровопотери	Количество больных, %	Количество рецидивов, %
Легкая	160 (45,3%)	2 (0,5%)
Ср. тяжести	108 (30,6%)	18 (5,1%)
Тяжелая	85 (24,1%)	24 (6,7%)
Всего	353 (100%)	44 (12,3%)

$\chi^2$  по методу Пирсона ( $p=0,02470$ ), различие статистически значимо при  $p<0,05$ . Всего умерло 13 пациентов, поступивших с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Общая летальность составила 3,97%. В структуре возраста летальность не только увеличивается, но и изменяется ее структура. Так, у больных в возрастной группе до 60 лет соотношение причин смерти (кровопотеря: сопутствующие заболевания) составляет 1 : 3, в то время как в старшей возрастной группе оно увеличивается до 1 : 5. Мы связываем это с возрастным снижением адаптационных механизмов человека и увеличением частоты развития сопутствующей патологии в стадиях суб- и декомпенсации. Выводы: • Противорецидивная терапия и лечебная эндоскопия значительно уменьшают частоту рецидивов кровотечения и улучшают результаты лечения ЯГДК. • Основными критериями выбора тактики лечения больных с

язвенными желудочно-кишечными кровотечениями являются: тяжесть кровопотери, эндоскопические признаки продолжающегося кровотечения (степени устойчивости гемостаза) и определение риска анестезии и операции с учетом возраста, тяжести сопутствующих заболеваний и кровопотери, а также объема предстоящего оперативного вмешательства. • Важное значение в возникновении рецидива язвенного кровотечения принадлежит величине кровопотери. • Санитарно-просветительная работа по месту жительства, диспансерное наблюдение участкового врача в поликлинике, своевременная консультация хирурга и плановая санация больных язвенной болезнью позволили бы исключить позднее обращение из перечня причин летальных исходов при данной патологии.

## **28. Резекция желудка как операция «отчаяния» при профузных гастродуоденальных язвенных кровотечениях.**

Хунафин С.Н., Кунафин М.С., Юшков Н.Р., Загретдинов А.Ф., Ахметов Д.Р., Петров Ю.В., Нургалин Р.С., Бикметов А.Ф., Кунафин А.С.

Уфа

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, ГБУЗ РБ ГKB № 18 г.

Одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии является диагностика и организация экстренной медицинской помощи больным с профузными гастродуоденальными кровотечениями. Трудно прогнозировать когда возникает кровотечение и степень кровотечения. Проводимые эндоскопические методы остановки кровотечения не всегда оказываются эффективными. Более трудная ситуация возникает, когда имеет место рецидив профузного кровотечения с тяжелыми гемодинамическими нарушениями. В подобных ситуациях единственным способом остановки профузного кровотечения и спасения пациента остается радикальная операция – резекция желудка. Выполнение резекции желудка на фоне массивной потери крови представляет большой риск для больного, особенно лицам пожилого и старческого возраста. Не зря такие резекции С.С. Юдин выдающийся хирург нашей страны назвал операцией «отчаяния» и такие вмешательства должны выполняться хирургами, имеющими опыт их выполнения в короткие сроки на фоне восполнения кровопотери и коррекции сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательных систем и патологий. Последующая летальность достигает 20-25%. Нами за период 2006-2016 годы были экстренно оперированы 115 больных с профузными гастродуоденальными язвенными кровотечениями в возрасте от 30 до 80 лет. Среди них 50 больных (43,4%) не зная о наличии у них язвенной болезни желудка и 12-типерстной кишки. Каждый пациент поступал в клинику спустя свыше 24 часов. Всем пациентам после проведения ФГС и установления локализации язвы и степени кровотечения использовались эндоскопические методы остановки кровотечения. В большинстве случаев 78 (68%) подобное лечение оказалось эффективным и больные поправились. Однако у 15 (13%) больных продолжалось массивное кровотечение, что явилось показанием к выполнению резекции желудка. В 17 (14,7%) случаях возник рецидив кровотечения и была выполнена экстренная операция-резекция желудка в различных модификациях, которые были нами расценены как операция «отчаяния». Умерло 9 больных, последующая летальность составила 28,1%, общая летальность – 7,8%. Причинами смерти стали несостоятельность анастомозов и развившийся перитонит (2), полиорганная недостаточность (3), тромбозы и эмболии (2), острый инфаркт миокарда (1), нарушение мозгового кровообращения (1). Проведенные нами наблюдения свидетельствуют о том, что несмотря на улучшение оснащения ЛПУ современной эндоскопической аппаратурой для обследования заболеваний желудочно-кишечного тракта, проведения диспансеризации населения, низка

своевременная диагностика язвенной болезни желудка и 12-типерстной кишки, плановая санация их проводится не регулярно, вследствие чего такие пациенты экстренно поступают в хирургические стационары с массивными кровотечениями. Остановить кровотечение использованием эндоскопических методов гемостаза не удается у каждого шестого пациента, что стало показанием к выполнению экстренной резекции желудка. Операция «отчаяния»-резекция желудка выполнена при рецидиве массивного кровотечения. Следовательно, необходимость выполнения экстренной резекции желудка-операции «Отчаяния» возникает у каждого четвертого пациента. Последующая летальность составила 28,1%, общая – 7,8%. Дальнейшее улучшение результатов лечения больных с профузными язвенными гастродуоденальными кровотечениями во многом зависит от своевременной диагностики и организации санации язв желудка и 12-типерстной кишки и совершенствования методов эндоскопического гемостаза кровотечения, а также выбора экстренной резекции желудка, когда у пациента в организме осталась собственная кровь.

## **29. Влияние изменений системы гемостаза на возникновение рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения.**

Карипиди Г.К., Зорик В.В.

Краснодар

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Целью нашего исследования было определение влияния изменений в системе гемостаза на рецидив язвенного гастродуоденального кровотечения. Изучение системы гемостаза было выполнено у 125 человек с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, находившихся на стационарном лечении в КГК БСМП г. Краснодара. Легкая степень кровопотери была зафиксирована у 32 больных, что составило 25.6%, средняя степень тяжести наблюдалась у 33 (26.4%), тяжелая степень кровопотери у 45 (36%) и крайне тяжелая у 15 пациентов (12%). Выполнялось исследование свертывающей, антисвертывающей систем крови, фибринолиза и тромбоцитов. Для контроля были взяты показатели крови здоровых людей. Исследование системы гемостаза показало, что при острой кровопотере степень активации свертывающей системы находится в прямо пропорциональной зависимости от степени тяжести кровотечения и выявило наличие в ней циклических изменений. В зависимости от степени кровопотери гиперкоагуляция сменяется гипокоагуляционными нарушениями разной степени тяжести, что в последующем может привести к развитию диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС-синдрома). При легкой степени кровотечения эти отклонения носят краткосрочный и незначительный характер. Кровопотеря средней степени тяжести проявлялась более выраженной гипокоагуляцией, при этом происходило удлинение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), увеличение международного нормализованного отношения (МНО), снижение фибриногена до  $2,6 \pm 0,3$  г/л и уменьшение количества тромбоцитов до  $156,5 \pm 26,5 \times 10^9$ /л. Кроме того, у 19% пациентов со средней степенью тяжести кровопотери наблюдалась активация фибринолиза, которая проявлялась повышением продуктов деградации фибрина/фибриногена (ПДФ) более 10мкг/л. У больных с тяжелой степенью кровопотери нарушения в системе гемостаза еще больше усиливались, количество фибриногена в некоторых случаях снижалось до 1,2 г/л. Наблюдаемое при этом удлинение протромбинового времени (ПТВ) в совокупности с дефицитом фибриногена приводили к нарушению гемостатических свойств формирующегося сгустка. Наибольшие изменения в системе гемостаза наблюдались при кровотечении крайне тяжелой степени, гипокоагуляция у этих больных носила критический характер и сочеталась в 92% случаев

с активацией фибринолиза. Полученные данные показали, что чем сильнее кровопотеря, тем больше активация системы гемостаза, направленная на остановку кровотечения, и последующая гипокоагуляция крови. Гипокоагуляция крови в постгеморрагическом периоде сопровождалась усилением интенсивности внутрисосудистого свертывания. При чрезмерной внутрисосудистой активации крови отложения фибрина наблюдались не только в области источника кровотечения, но и в других отделах кровеносного русла. Эти изменения приводили к развитию диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. Наши исследования показали, что если в первые сутки постгеморрагического периода происходит увеличение АЧТВ более чем в 1,5 раза, снижение фибриногена до 1,2 г/л и уменьшение тромбоцитов менее  $130 \times 10^9/\text{л}$ , то это может свидетельствовать о лабораторных признаках наступающего ДВС-синдрома, который определялся в 93% случаев у больных с рецидивным кровотечением. Кроме того, у пожилых пациентов ДВС-синдром возникает легче и протекает тяжелее, это связано с исходной эндотелиальной дисфункцией на фоне распространенного атеросклероза. В случае определения в крови лабораторных критериев ДВС-синдрома, происходит нарушение микроциркуляции органов и тканей, приводящее к усилению анаэробного окисления глюкозы и ацидозу. Ацидоз в свою очередь поддерживает эндотелиальную дисфункцию, способствует экспозиции тканевого фактора и поддержанию повышенного внутрисосудистого свертывания крови, возникает «порочный круг». Таким образом, развивающийся ДВС-синдром, с одной стороны утяжеляет расстройство микроциркуляции в органах и тканях, что приводит к ухудшению регенеративных процессов в язвенном кратере, а с другой стороны способствует лизису тромба в язве и провоцирует рецидив кровотечения. Поэтому в постгеморрагическом периоде необходимо проводить тщательный контроль изменений в системе гемостаза для своевременной диагностики и лечения надвигающегося ДВС-синдрома с целью профилактики рецидива кровотечения и выбора адекватной тактики лечения.

### **30. Анализ поздней госпитализации больных гастродуоденальными язвами, осложненными кровотечением.**

Маслов А.И., Филонов Л.Г.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

По данным Минздрава Российской Федерации язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки страдает 1,7-5% населения, причём количество пациентов с кровотечениями из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки составляет 90-160 человек на 100 тыс. населения и имеет отчётливую тенденцию к увеличению (А.Щёголев, 2015). Желудочно-кишечные кровотечения язвенного генеза остаются серьёзной клинической проблемой, несмотря на широкое использование эндоскопии, применение различной тактики лечения таких пациентов, появление современных противоязвенных препаратов. Применение эндоскопической аппаратуры позволило улучшить диагностику данной патологии и количество экстренных операций за счёт гемостаза. Всё вышесказанное позволяло надеяться на снижение летальности при лечении гастродуоденальных язв, осложнённых кровотечением. Однако, общая летальность при данной патологии по данным клиник страны, за последние годы составляет 4,9-9,3%, послеоперационная - 8,5-13,4%, достигая при тяжёлой кровопотере и рецидиве кровотечения - 25-40% (С.Б.Пинский, 2005; В.К.Гостищев, М.А.Евсеев, 2008). На результаты лечения данной группы больных оказывают неблагоприятное воздействие такие факторы, как пожилой и старческий возраст, большие размеры язвенного дефекта, сопутствующие заболевания, рецидивные кровотечения. Основным же фактором, определяющим летальность при



гастроудоденальном кровотечении, является тяжёлая степень кровопотери. Данный фактор во многом зависит от сроков госпитализации больного в стационар с момента заболевания. По нашим данным, при госпитализации больных с гастроудоденальными кровотечениями позже 24 часов, у 41,8% больных была II-III степень тяжести кровотечения (по В. И. Стручкову, Э. В. Луцевичу), что привело к летальным исходам.

Таблица. Сравнительная оценка показателей поздней госпитализации больных с гастроудоденальными язвенными кровотечениями (ГДЯК) по Ростовской области за 1990-2014 гг. (удельный вес госпитализированных позже 24 часа в %). Таблица ГДЯК кровотечения Территория Годы Изменения по отношению к 1990 г., полож/отриц.

Территория	1990	2008	2010	2014	2008	2014	Всего:
районы	30,4	40,8	38,5	28,1	44,3	38,6	21,2
город	45,9	39,4	21,0	44,8	39,2		
область	полож.	отриц.	отриц.	полож.	отриц.	отриц.	

Улучшение показателей сроков госпитализации за 1990-2014 гг. отмечается по районам области. Из таблицы видно, что в целом по области поздняя госпитализация больных по годам имеет тенденцию к увеличению за счёт задержки сроков транспортной доставки по городам. Проведенный нами анализ связи поздней госпитализации больных с гастроудоденальными язвенными кровотечениями и результатами полученными после проведенного лечения показал, что поздняя доставка таких больных в стационар, является одним из решающих факторов в неблагоприятных исходах данного заболевания.

### **31. Постановка диагноза и выбор тактики лечения при кровотечениях из нижних отделов желудочно-кишечного тракта.**

Погосян А.А, Штогрин С.М, Урюпина А.А, Лигай Д.В. Камчаткина Т.И.

Ростов-на-Дону

МБУЗ «Городская больница №6», «Отделение хирургии. Городской лечебно-диагностический колопроктологический центр»

Актуальность. За последнее время отмечается тенденция к увеличению числа случаев желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК). Пациенты с ЖКК составляют около 15% всех больных, экстренно доставляемых в стационары скорой помощи. Среди них кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта (КНОЖКТ) встречаются в 20-25%. Общая летальность при КНОЖКТ в среднем составляет 3–4% , однако может достигать 10% и даже 25% в пожилом и старческом возрасте и при наличии сопутствующих заболеваний. Толстокишечные кровотечения довольно сложны в плане диагностики и выбора адекватного лечения, что и определяет высокую актуальность и остроту данной проблемы. Цели и задачи исследования. Изучение этиологических аспектов, возрастных и половых особенностей, а также анализ возможностей ранней и правильной постановки диагноза у больных с КНОЖКТ. Материалы и методы. Изучение проводилось на базе хирургического отделения МБУЗ ГБ№6г. Ростова-на-Дону за период с 1.01.2015 по 31.12.2015. В исследование было включено 160 пациентов (84 мужчин, 76 женщин), поступивших в экстренном порядке, у которых после первичного осмотра хирургом в приемном отделении был установлен предварительный диагноз КНОЖКТ. Результаты и обсуждение. Основной жалобой у пациентов в исследуемой группе был кровянистый стул, что явилось критерием включения. Предварительный диагноз «КНОЖКТ» ставился на основе данных осмотра пациента, изучения анамнеза заболевания, объективного исследования, включающего пальцевое исследование прямой кишки, выполнения лабораторных анализов, позволяющих уточнить степень кровопотери, а также результатов фиброгастроудоденоскопии при поступлении, позволяющей исключить кровотечение из верхних отделов ЖКТ. Для дальнейшего уточнения источника кровотечения выполнялось эндоскопическое исследование толстого кишечника. Колоноскопия обычно рекомендуется в качестве начального диагностического теста для оценки КНОЖКТ после исключения кровотечения из верхних отделов ЖКТ. По результатам колоноскопии было

выявлено 34 случая опухоли толстого кишечника, что составило 21,25% от общего числа, 18 случаев дивертикулярной болезни толстой кишки (11,25%) и 108 случаев геморроя (67,5 %). При дальнейшем анализе случаев с опухолью толстого кишечника было выявлено, что опухоли прямой кишки составили 11,25% (18 чел.), сигмовидной - 6,25% (10 чел.), восходящей, поперечной, нисходящей - 3,75% (6 чел.). По данным зарубежной литературы, аноректальные заболевания составляют от 4 до 10% всех КНОЖКТ, в том числе геморрой – в 2-9%. Самым частым источником кровотечений являются дивертикулы с частотой 17-40%. Среди опухолей толстого кишечника карциномы составляют 2-9% случаев, полипы толстого кишечника (в том числе постполипэктомические кровотечения) - в 5-11%. Среди пациентов с опухолью толстого кишечника количество мужчин составило 41% (14чел.), женщин – 59% (20 чел.), с дивертикулами толстого кишечника – мужчин-44,4%, (8 чел.), женщин-55,6% (10 чел.), с геморроем - мужчин-57% (62чел.), женщин-43% (46чел.). При анализе возрастных различий опухоли толстого кишечника в основном выявлялись у лиц старше 60 лет – 64,7 % (22 чел), реже от 45 до 60 лет – 29,4% (10 чел.) и 5,9% у пациентов моложе 45 лет. Дивертикулярная болезнь толстого кишечника наблюдалась только у больных старше 60 лет – 100% (18 чел.). Возрастная оценка геморроя выявила следующее распределение: старше 60лет – 27,8% (30чел.), от 45 до 60лет – 27,8% (30 чел.), от 30 до 45 лет – 35,1% (38чел.), до 30 лет – 9,3% (10 чел.). Таким образом, пожилые люди (старше 60 лет) более подвержены кровотечениям из опухолей толстого кишечника и дивертикулам, что согласуется с данными, представленными другими авторами. Максимальное количество геморроя было выявлено у пациентов с кровотечением в возрасте от 30 до 45 лет (35,1%), что отличается от результатов, полученных исследователями из США, где максимальная распространенность геморроя приходится на лиц в возрасте от 45 до 65 лет. На основе результатов лабораторных исследований при опухолях толстого кишечника преобладала кровопотеря 0-1 степени - 94,1% случаев, 2 степень кровопотери наблюдалась в 5,9%. При анализе дивертикулярной болезни основной процент также пришелся на 0-1 степень – 77,8%, 2 степень имели 22,2% пациентов. Геморроидальное кровотечение привело к кровопотере 0-1 степени в 94,4%, 2 степени – 1,9% и 3 степени – 3,7%. Интересные результаты получены при проведении рентгенографии при поступлении после постановки контрастной клизмы с бариевой взвесью. При этом основным рентгенологическим симптомом являлось наличие стойкого «депо» контрастного вещества за контуром толстой кишки в случае дивертикулярной болезни толстой кишки, при этом данное исследование обладало хорошим гемостатическим эффектом в случае дивертикулярной болезни толстого кишечника. После постановки диагноза пациентам назначался комплекс лечения, который включал постельный режим, диету, полусинтетические антибиотики широкого спектра действия, стандартную гемостатическую терапию. Эффект от консервативной терапии наблюдался в 90% случаев и не требовал экстренного хирургического вмешательства с целью окончательной остановки кровотечения. Все оперированные больные имели геморрой 4 степени (10% случаев). Выводы. 1.Последовательное применение дополнительных диагностических методов намного увеличивает объем информации о патологическом процессе, помогает в правильном и своевременном установлении диагноза. 2.В структуре КНОЖКТ преобладали геморроидальные кровотечения. С увеличением возраста наблюдалась тенденция к повышению частоты КНОЖКТ, особенно после 45 лет. В общей структуре заболеваемости половые различия выражены слабо, однако геморроидальные кровотечения наблюдались чаще у мужчин, а опухоли и дивертикулы толстого кишечника - у женщин. 3. В подавляющем большинстве наблюдений кровотечение из толстого кишечника соответствовало 0-1 степени кровопотери и имело тенденцию к остановке, хорошо поддавалось стандартной консервативной гемостатической терапии, ирригоскопия в случае дивертикулярной болезни толстого кишечника обладала гемостатическим эффектом.

## 32. Анализ результатов лечения желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии.

Суздальцев И.В., Бондаренко А.Г., Демьянова В.Н., Пыхтин Ю.Ю., Кубанов С.И.

Ставрополь

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Проблема желудочно-кишечных кровотечений сохраняет свою актуальность по сегодняшний день, не смотря на обилие противоязвенных препаратов. Отмечается непрерывный рост различных осложнений язвенной болезни желудка и ДПК, и именно кровотечения занимают среди них первое место. Кроме того увеличилось число экстренных вмешательств по поводу кровоточащих и перфоративных язв. Цель исследования. Провести структурный анализ причин развития желудочно-кишечных кровотечений из верхних отделов ЖКТ и их исходов в зависимости от возраста пациента, сроков поступления в стационар, источника кровотечения и метода лечения Клиническая база ГБУЗ «ГКБ СМП» г Ставрополя за 2011-2016гг. Результаты исследования. Всего проведен анализ 370 историй болезней. Так в 2011 году процент пациентов с ЖКК от общего количества больных с острой хирургической патологией составил 3%, в 2012г - 3,6%, в 2013г -2,4%, в 2014 - 3,7% , в 2015г- 4,2 % и 3,7% - в 2016г. По нашим данным причины гастродуоденальных кровотечений распределились следующим образом: язвенные – 58%, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода – 18%, эрозивный гастродуоденит – 14%, синдром Мэллори-Вейсса – 6%, опухоль желудка – 4%. В зависимости от возраста больные распределились следующим образом: молодой (менее 45 лет) – 37%, зрелый (45-59 лет) – 31%, пожилой (60-74 г) – 32%, старческий (более 75 лет) – 7%. Примечательно, что в 2014 году увеличился процент пациентов пожилого и старческого возраста до 26% и 14%, в 2015 г отмечен некоторый спад количества больных старческого возраста до 20%, но увеличение количества больных пожилого возраста до 17%. Структура больных с кровотечениями язвенной этиологии в зависимости от пола была следующая: мужчины – 71%, женщины – 27%, что соответствует среднероссийским данным. По нашим данным, подавляющее большинство больных поступили в первые часы заболевания. В среднем, в первые 6 часов от начала заболевания поступило 82% больных, от 6 до 24 ч – 10%, более 24ч – 8%. В последний год заметна тенденция увеличения количества больных, которые поступили в промежуток от 6 до 24 часов и более от начала заболевания, доля последних в 2014 году составила 17%, в 2016г – снизилась до 12%. По данным В. К. Гостищева, соотношение локализации язв в желудке и ДПК равно 1:7. Наши данные несколько отличаются, так в среднем, язвы желудка составили – 55%, ДПК – 36%, желудок и ДПК – 9%. В соответствии с эндоскопической классификацией Форрест отмечались следующие значения: F I – 10%, F II – 87%, F III – 3%. Контрольная эндоскопия выполнялась в течение 12 часов у пациентов с клинико-эндоскопическими критериями высокого риска рецидива кровотечения. По нашим данным, 68% больных получали только консервативную терапию, в лечении 32% больных сочеталась консервативная терапия с эндоскопическим гемостазом. В 14% случаев применялся только инъекционный гемостаз. В 5% выполнен монополярный коагуляционный гемостаз. Хирургическое лечение в нашей клинике применено в 2011г - у одного пациента, 2012г – 3, 2013 – 3, 2014 – 0, 2015 – 0, 2016 – 2. Согласно общероссийским данным, приведенным Н.А. Яицким, летальные исходы у больных с кровотечениями язвенной этиологии составили 12%, послеоперационная летальность от 6 до 20%. По данным В.К. Гостищева, послеоперационная летальность на высоте кровотечения составила около 22 %, а при рецидиве кровотечения достигает 57 %. По нашим данным летальность больных с кровотечениями язвенной этиологии составила, в среднем, около 4,5%. В 2011 г общая летальность составила 3%, все случаи пришлось на

неоперированных больных. В 2012г году общая летальность составила 7%, из них на долю неоперированных больных пришлось 5%. В 2013г – 9%, неоперированных 3%, в 2014г – 8%, из них 3% неоперированных больных, в 2015 - 2016гг – летальность составила 0%. Выводы. Сочетание комплексной консервативной терапии с эндоскопическим гемостазом в максимально ранние сроки позволяет избежать оперативного вмешательства. Следование протоколу национальных клинических рекомендаций РОХ при желудочно-кишечных кровотечениях позволяет существенно снизить количество оперативных вмешательств и послеоперационную летальность при данной патологии. Контрольное эндоскопическое исследование позволяет оценить эффективность проводимой комплексной терапии и дифференцированно определять показания к отсроченным оперативным вмешательствам.

### **33. Особенности клинической картины осложнённых постбульбарных язв двенадцатиперстной кишки.**

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

Санкт-Петербург

1) ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, 2) ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

Диагностика и лечение залуковичных язв двенадцатиперстной кишки представляют известные трудности, так как при этой локализации язвы, как правило, возникают серьезные осложнения: перфорация, кровотечения, стеноз, пенетрация и др. Настоящая работа основана на опыте хирургического лечения 100 пациентов с осложненными язвами постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки, которые находились на лечении в клинике за 15 лет. Возраст больных колеблется от 15 до 83 лет. Наибольшее число наблюдений (27%) приходится на возраст 41–50 лет. Мужчин было 85, женщин – 15. Язвенный анамнез прослеживался у 38 больных, длительность его в среднем составила 10,4 лет. 7 больных перенесли ранее ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, 1 – стволую ваготомию с пилоропластикой. У 62 больных дуоденальная язва манифестировала впервые. Сопутствующие заболевания выявлены у 58 больных, 27 из них страдали заболеваниями сердечно-сосудистой системы, у 13 человек были сопутствующие заболевания двух и более систем, у 8 – обострение язвенной болезни произошло на фоне лечения тяжелой травмы. Клинические проявления заболевания варьировали в зависимости от осложнения язвенной болезни. Выделены 3 группы больных: 1-я – с преимущественной клиникой язвенного кровотечения – 78, 2-я – с преимущественной клиникой перфорации двенадцатиперстной кишки – 16, 3-я – с сочетанием перфорации язвы и кровотечения - 5. У одного пациента преобладали клинические проявления стеноза двенадцатиперстной кишки. Общее состояние при поступлении у 19 (24,4%) больных 1 группы было расценено как удовлетворительное, у 32 (41,0%) - средней степени тяжести, у 26 (33,3%) - тяжелое, у 1 (1,3%) - крайне тяжелое. Язвенные кровотечения проявлялись черным жидким стулом у 63 больных, рвота кофейной гущей или неизменной кровью была у 46, жалобы на умеренные боли в эпигастральной области предъявляли 29 человек. Среди других жалоб отмечались слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, потеря сознания, сухость во рту, холодный пот. Частота сердечных сокращений до 100 в минуту определялась у 52 больных, тахикардия до 120 в мин. - у 21 больного, свыше 120 – у 5. Уровень систолического артериального давления оставался в пределах нормы у 56 пациентов, снижался ниже 100 мм рт. ст. – у 6, ниже 90 мм рт. ст. – у 15, ниже 60 мм рт. ст. – у 1 больного. Легкая кровопотеря наблюдалась у 46,2% больных, средней степени – у 21,8%, тяжелая – у 29,5%, крайне тяжелая – у 2,5%. Таким образом, на долю тяжелого и крайне тяжелого кровотечения из залуковичной язвы приходится 32%, в то время как при

кровотечении из язв желудка и луковицы лишь 15%. Во 2 группе больных с преобладанием клинических проявлений перфоративной язвы у 4 общее состояние при поступлении было расценено как удовлетворительное, у 9 – средней степени тяжести, у 3 – тяжелое. При этом у одного больного произошла перфорация язвы через одни сутки после холецистэктомии по поводу флегмонозного холецистита. Все больные при поступлении предъявляли жалобы на резкие боли в верхних отделах, правой половине или во всех отделах живота, пальпация его была болезненной. Перитонеальные симптомы, напряжение мышц передней брюшной стенки определялись у 13 больных. У 3 пациентов клиника перитонита не было. У одного из них перфоративное отверстие прикрылось прядью сальника, у другого была атипичная перфорация постбульбарной язвы в забрюшинную клетчатку через сутки после плановой холецистэктомии. Лишь у одного больного при перкуссии живота отсутствовала печеночная тупость, в то время как при обзорной рентгенографии живота свободный газ выявлен у 11 (68,8%) из 16 больных. Лейкоцитоз отмечался у 11 больных. Среди больных 3 группы 4 из 5 находились на стационарном лечении по поводу тяжелых травм или заболеваний. Обострение залуковичной язвы, проявившееся перфорацией и кровотечением, явилось осложнением основного заболевания. Лишь один больной изначально госпитализирован по поводу желудочно-кишечного кровотечения крайне тяжелой степени на фоне хронического алкоголизма, а сопутствующая перфорация явилась интраоперационной находкой. Больной с преимущественной клиникой стеноза двенадцатиперстной кишки предъявлял жалобы на похудание на 10 кг, тошноту, рвоту съеденной пищей, отрыжку кислым, изжогу, общую слабость. При поступлении его состояние было оценено как средней степени тяжести. При ФГДС и рентгенологическом исследовании была выявлена залуковичная язва, осложненная стенозом двенадцатиперстной кишки. Таким образом, клиническая картина осложненной залуковичной дуоденальной язвы не имеет характерных особенностей. Без дополнительных методов исследования заподозрить локализацию язвы именно в этой области практически невозможно. Даже при ФГДС, выполненной в неотложном порядке у неподготовленных больных, локализация язвы часто устанавливается неправильно.

#### **34. Наш опыт лечения кровотечений из аневризм гастродуоденальной артерии.**

Натрошвили И.Г., Халин Д.А., Мамедов А.А., Апресян А.К.

Кисловодск

ГБУЗ СК «Кисловодская городская больница»

Среди причин кровотечений из верхних отделов ЖКТ на первом месте стоит язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - 46-56% случаев. Следующими по частоте являются эрозивные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки - 16-20 % случаев, варикозно расширенные вены пищевода являются причинами кровотечений у 9-22% больных. Аневризмы висцеральных артерий — редкая патология, частота встречаемости - 0,1-2,0%. Наиболее часто встречаются аневризмы селезеночной артерии (60%), аневризмы печеночной артерии составляют около 20% всех аневризм висцеральных артерий. Истинные аневризмы гастродуоденальной артерии составляют около 1,5% всех висцеральных артерий (Shanley et al. 1996). Псевдоаневризмы встречаются чаще - около 4%. От 35 до 56% пациентов с аневризмами гастродуоденальной артерии обращаются за медицинской помощью при ее разрыве, летальность при котором составляет, по разным данным, от 21 до 50% (Chiesa et al, 2005; Ikeda et al, 2008; Moore et al, 2004). Около 50% гастродуоденальных аневризм прорываются в двенадцатиперстную кишку, что приводит к тяжелому желудочно-кишечному кровотечению. Также аневризма может прорываться в желчные и панкреатический протоки, свободную брюшную полость (Ikeda et al, 2008). Хотим поделиться нашими клиническими наблюдениями. За 2016г. на лечении

находились двое больных с гемобилией, причиной которой послужила псевдоаневризма гастродуоденальной артерии. Больная И., 52 лет поступила в экстренном порядке через 2-е суток от начала заболевания с жалобами на боли в верхних отделах живота с иррадиацией в спину, выраженную общую слабость, бледность кожных покровов, тошноту, рвоту с прожилками крови. Подобное впервые. Гемоглобин при поступлении 47 г/л. Обследована: при УЗИ органов брюшной полости определялось объемное образование солидно-смешанной структуры в эпигастральной области размерами 87x65 мм, поджелудочная железа четко не визуализировалась. Выполнена ЭГДС, обнаружены поверхностный гастрит, дуоденит, в просвете ДПК сгустки крови, которые преимущественно концентрировались в области БДС, признаков продолжающегося кровотечения на момент осмотра не было. В связи с полученными результатами обследований в экстренном порядке больной выполнено КТ органов брюшной полости с контрастированием: выявлена псевдоаневризма проксимального отдела гастродуоденальной артерии с массивным тромбозом и экстравазацией контрастного вещества, компрессией воротной вены, кистозные образования поджелудочной железы, гепатомегалия, признаки инфаркта левой доли печени, портальная гипертензия. Учитывая стабильность гемодинамики, отсутствие клинических признаков возврата кровотечения, больной проводилась инфузионная, гемостатическая терапия, переливание компонентов крови. По стабилизации состояния больная переведена в краевую клиническую больницу г. Ставрополя, где были выполнены ангиография и стентирование псевдоаневризмы гастродуоденальной артерии. Пациент Б., 63 лет поступил в экстренном порядке 02.07.2016 г. с клинической картиной механической желтухи. Ранее перенес панкреонекроз, страдает хроническим панкреатитом. По данным УЗИ органов брюшной полости имело место объемное образование кистозно-смешанной структуры в проекции головки и тела поджелудочной железы размерами 90x100 мм, выраженная дилатация холедоха и внутрипеченочных желчных протоков, застойный желчный пузырь. В связи с выраженной желтухой — билирубин 360 мкмоль/л - в срочном порядке больному выполнена разгрузочная холецистостомия под местной анестезией. 10.07.2016г. выполнена КТ органов брюшной полости с контрастированием, при которой были выявлены признаки билиарной гипертензии с расширением сегментарных желчных протоков до 7 мм, долевых до 14 мм, общего желчного протока в с/3 до 16 мм (в нижней трети не прослеживается), киста тела поджелудочной железы размерами 14x10 мм, расширение вирсунгова протока до 5 мм, в проекции головки поджелудочной железы — объемное образование гетерогенной структуры размерами 90x93x100 мм с участками кальцификации по периферии. После внутривенного контрастирования в передних отделах образования визуализируется расширенная до 30 мм гастродуоденальная артерия на протяжении 26 мм, признаки портальной гипертензии. После купирования желтухи больной направлен в краевую больницу для определения дальнейшей тактики лечения. 05.09.2016г. пациент поступил к нам вновь в экстренном порядке с жалобами на слабость, выделение крови из холецистостомы. При поступлении: состояние средней тяжести. По холецистостоме отделяется желчь с примесью крови, дебит желчи — около 400 мл/сутки. Hb 82 г/л. При ЭГДС признаков кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта нет. Проведена консервативная терапия с положительным эффектом — кровотечение остановлено, состояние больного улучшилось. По стабилизации состояния больной направлен в краевую клиническую больницу, где 28.09.2016г. больному выполнено стентирование гастродуоденальной артерии стентами Aneugraft (2,5x23 и 3,5x28). Через месяц пациенту выполнена гепатикоеюностомия с последующим благоприятным послеоперационным периодом. Таким образом, несмотря на свою редкость и опасность, кровотечения вследствие разрывов аневризм и псевдоаневризм висцеральных артерий и в частности, гастродуоденальной артерии, встречаются в повседневной хирургической практике и при наличии соответствующей технической возможности, могут быть не только диагностированы, но и успешно вылечены. История второго пациента подтверждает высказываемую многими авторами (Vageacu et al, 2006г., Carr et al., 2001; Takao et al., 2010) необходимость «агрессивного» ведения больных при выявлении

истинных и ложных аневризм, направленного на их ликвидацию, не дожидаясь осложнений.

### **35. Факторы риска язвенных желудочно-кишечных кровотечений.**

Петров Ю.В., Кунафин М.С., Хунафин С.Н., Власов А.Ф., Ахмеров Д.Р.

Уфа

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ГБУЗ РБ «Городская клиническая больница №18»

Острые желудочно-кишечные кровотечения длительное время остаются сложной и до конца не решенной медицинской проблемой (Юдин С.С., 1955; Гостищев В.К., 2005; Лебедев Н.В., 2014) Цель исследования – Улучшение результатов диагностики и хирургического лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Материалы и методы исследования. В работе использованы результаты обследования и лечения 405 больных с кровотечением из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки, которые проходили лечение в 2007–2016 годах в ГБУЗ РБ ГКБ № 18 г. Уфа. В зависимости от проведенного обследования и лечения больные были разделены на две группы: сравнения и основную. I группа (группа сравнения) составили 204 больных, находившийся на стационарном лечении с 2007 по 2010 гг., у которых обследование и лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений проводилось стандартными методами. II (основную) группу составили 201 больных, прошедших лечение с 2011 по 2016 гг. Результаты и обсуждение: Решение проблемы язвенных кровотечений связано, прежде всего, с прогнозированием рецидива кровотечения с последующей научно-обоснованной коррекцией хирургической тактики. Основная трудность в прогнозе течения заболевания состоит в невозможности точного перенесения в информационную систему логического процесса, которым пользуется врач в принятии решения. Среди потенциальных проблем следует отметить противоречие между неточностью большинства медицинских данных (симптомов, признаков) и точностью, которая необходима компьютеру, избыточность данных. Поэтому сокращение информации является важным требованием в анализе диагностических признаков (Бакиров Р.Р., 2009). Выделение ведущих факторов риска желудочно-кишечных кровотечений требует тщательного, взвешенного анализа данных полученных при обследовании пациентов всех групп. Исходными данными для построения прогноза послужили клинико-статистические, лабораторные, эндоскопические, медико-биологические, медико-организационные данные и особенности образа жизни (поведенческие). Были проанализированы факторы, влияющие на течение и развитие язвенных гастродуоденальных кровотечений. Все они были разбиты на комплексы. Для изучения комплексного влияния факторов риска (ФР) рецидива кровотечения был использован метод нормирования интенсивных показателей (Шиган Е.Н., 1977). Для этого были рассчитаны интенсивные показатели частоты рецидива среди пациентов по факторам, влияние которых было оценено. Сведения были получены путем выкопировки данных из медицинской карты стационарного больного и разработанной нами анкеты, которая включала 20 вопросов. Структура анкеты содержала сведения о медико-биологических, профессиональных, поведенческих факторах риска. Было проанализировано 405 первичных документа сплошным методом. Далее рассчитывали прогностический коэффициент  $P=K \times \text{НИП}$  (2), который помогал охарактеризовать вклад конкретного фактора риска в развитие рецидивов. На следующем этапе были вычислены максимальный ( $P_{\max}$ ) и минимальный ( $P_{\min}$ ) риск рецидива кровотечения. Минимальный и максимальный риск были рассчитаны следующим образом:  $P_{\min} = \sum P_{\min}$  (3);  $P_{\max} = \sum P_{\max}$  (4). Диапазон колебаний, в пределах которого находятся оценки риска ( $P_{\max}-P_{\min}$ ) (5) позволил составить оценочную таблицу и

классифицировать всех пациентов, разделив на 3 группы риска рецидива кровотечения: благоприятного прогноза, «группа внимания» и неблагоприятного прогноза (таблица 4). Каждый фактор имеет свой вес в формировании рисков. Наибольший вес имели следующие факторы риска: характер язвенного дефекта, ЖКК в анамнезе, размер язвенного дефекта, тяжелая и крайне тяжелая степень кровопотери, множественные язвы (2 и более), хроническая алкогольная интоксикация, мужской пол, курение, выраженное снижение гемостатического потенциала и гипокоагуляция, отсутствие регулярного противорецидивного лечения. Коэффициенты отношения правдоподобия позволяют осуществлять индивидуальное прогнозирование вероятности развития рецидивов в отношении каждого пациента, перенесшего кровотечение. По нашим данным, факторами риска рецидива язвенных кровотечений у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки являются мужской пол, возраст старше 50 лет, длительность язвенного анамнеза более 5 лет, размер язвенного дефекта (в желудке более 2 см, в двенадцатиперстной кишке более 1 см), локализация язвы (малая кривизна и задняя стенка кардиального отдела и тела желудка, луковицы двенадцатиперстной кишки), характер язвенного дефекта, сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы и органов пищеварения, злоупотребление алкоголем, прием НПВС, наличие желудочно-кишечных кровотечений в анамнезе.

### **36. Клиническая эффективность эндоскопического и фармакологического гемостаза в лечении больных с острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями.**

Белик Б.М. (1), Скорляков В.В. (1), Баев О.В. (1), Подина М.В. (1, 2), Кещян С.С. (1), Войнова А.Н (1)

Ростов-на-Дону

1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А.Семашко»

Актуальность. Современный подход к лечению острых язвенных гастродуоденальных кровотечений (ОЯГДК) должен быть комплексным и включать в себя различные методы эндоскопического гемостаза (ЭГ) в сочетании с эффективной фармакотерапией и адекватной инфузионно-трансфузионной терапией, направленной на восполнение кровопотери, ликвидацию гиповолемии и стабилизацию гемодинамики. При этом основной целью лечебных мероприятий при ОЯГДК является достижение надежного гемостаза и предупреждение рецидива кровотечения, что позволяет избежать выполнения оперативного вмешательства в экстренном порядке у пациентов, находящихся в критическом состоянии. Цель работы: оценить клиническую эффективность эндоскопического и фармакологического гемостаза в лечении больных с острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ОЯГДК). Материал и методы. Анализ клинических наблюдений включает 846 больных с ОЯГДК, находившихся на лечении в хирургическом отделении МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А.Семашко» г. Ростова-на-Дону за период с 1997 по 2016 гг. Мужчины составили 64,7 % (547 пациентов) от всех больных с ОЯГДК, женщины – 35,3% (299 пациенток). У 441 (52,1%) больного кровоточащая язва локализовалась в желудке и у 405 (47,9 %) – в двенадцатиперстной кишке. Размеры язвенного дефекта варьировали от 0,5 до 4,8 см. У 206 (24,3 %) больных отмечена кровопотеря I степени, у 304 (35,9 %) - II степени и у 336 (39,7 %) – III степени. Все пациенты в полном объеме получали комплексную интенсивную терапию, включая внутривенное введение ингибиторов протонной помпы (омепразол, пантопразол, эзомепразол) и медикаментозную гемостатическую терапию (аминометилбензойная кислота - амбен, динатон). При этом выбор наиболее оптимального режима введения ингибиторов протонной помпы и дозировки препаратов определились с учетом результатов



суточного мониторинга интрагастральной рН-метрии, выполняемой в режиме on line в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии. При экстренной эзофагогастродуоденоскопии у 255 (30,1 %) пациентов установлено наличие признаков активно продолжающегося кровотечения (тип F I) и у 591 (69,9 %) – состоявшегося кровотечения (тип F II). Из 255 пациентов у 51 (20,0%) в условиях продолжающегося струйного кровотечения (Forrest Ia) ЭГ был изначально безуспешным или вообще не выполнялся. Все данные пациенты были оперированы в экстренном порядке в ближайшие сроки от момента госпитализации. У 204 больных в процессе лечения осуществлялся ЭГ. С целью остановки и профилактики рецидива гастродуоденального кровотечения у больных использовали различные методы ЭГ: инфильтрацию ткани язвы и периульцерозной зоны гемостатическими и сосудосуживающими средствами (инъекционный метод), диатермокоагуляцию в моно- и биполярном режиме, аргоноплазменную коагуляцию, клипирование, орошение язвенной поверхности растворами лекарственных средств (гемоспрей). У 62 (30,4 %) пациентов был применен лишь один из методов ЭГ. При этом чаще всего в качестве монотерапии использовали аргоноплазменную коагуляцию (38 больных) и диатермокоагуляцию (24 больных). У 142 (69,6%) пациентов применялся комбинированный ЭГ: инъекционный метод + диатермокоагуляция (либо аргоно-плазменная коагуляция) или клипирование. Результаты и обсуждение. Из 204 пациентов с ОЯГДК, которым осуществлялся ЭГ и проводилась комплексная антисекреторная и гемостатическая фармакотерапия, у 173 (84,8%) удалось добиться остановки кровотечения. При этом у 148 (72,5%) больных получен стойкий гемостаз после одномоментной эндоскопической обработки кровоточащей язвы. У 25 (12,2%) пациентов в связи с неустойчивым гемостазом (Forrest IIa-IIb) или возобновлением кровотечения (Forrest Ib,) производился повторный ЭГ. В последующем все данные пациенты продолжали лечиться консервативно. Из их числа летальный исход наступил у 8 больных пожилого возраста с тяжелым ОЯГДК и наличием сопутствующих заболеваний в стадии декомпенсации. У 31 (15,2%) пациента ЭГ был неэффективен и в сроки от 12 до 48 часов после его выполнения отмечался рецидив кровотечения. У этих больных кровоточащая язва локализовалась в 11 наблюдениях на малой кривизне желудка и в 20 – на задней стенке двенадцатиперстной кишки. При этом в большинстве случаев края язвенного кратера имели каллезный характер, а его размеры превышали 2 - 2,5 см. У всех этих пациентов было выполнено срочное оперативное вмешательство. При этом за счет ЭГ, имевшего временный характер, у больных удалось провести полноценную предоперационную подготовку, что в значительной мере снизило риск хирургического вмешательства. Из их числа умерло 8 больных. В целом из 846 больных с ОЯГДК были оперированы 82 (9,7%) пациента. Из их числа умерли 17 пациентов (послеоперационная летальность – 20,7%). Общая госпитальная летальность составила 9,9% (умерли 84 больных). Выводы. У больных с ОЯГДК наиболее эффективным является комбинированный ЭГ (аргоно-плазменная коагуляция в сочетании с инъекционным методом или клипированием) в комплексе с современными надежными антисекреторными (пантопразол, эзомепразол) и гемостатическими препаратами (амбен, динатон). При кровоточащих больших каллезных язвах, локализующихся на малой кривизне желудка или задней стенке двенадцатиперстной кишки, а также продолжающемся струйном кровотечении (Forrest Ia) ЭГ, как правило, неэффективен или является временным. Вместе с тем временная остановка кровотечения у пациентов с высоким риском его рецидива позволяет провести качественную предоперационную подготовку и произвести срочное хирургическое вмешательство (в течение 24 часов), существенно снизив риск его выполнения.

### **37. Эффективность лечения варикозных пищеводно-желудочных кровотечений в условиях тромбоцитопении: серотонина адипинат повышает адгезивную способность тромбоцитов.**

Хоронько Ю.В., Саркисов А.Э.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Российские национальные клинические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (Москва-Воронеж, 2014 г.) устанавливают алгоритм проведения лечебных мероприятий при подобного рода геморрагиях. Он включает последовательное применение мер медикаментозно-компрессионного гемостаза (МКГ), процедуру эндоскопического лигирования (ЭЛ) и выполнение портосистемного шунтирующего пособия, при выборе которого многие специалисты признают преимущества миниинвазивного вмешательства TIPS/ТИПС. Большинство больниц, в которые поступают пациенты с варикозными пищеводно-желудочными кровотечениями (ВПЖК), не располагают возможностями выполнения эндолигирования, являющегося наиболее эффективной мерой достижения устойчивого гемостаза. По этой причине повышение эффективности МКГ на данном этапе лечения становится определяющим фактором. Но в условиях тромбоцитопении, вызванной гиперспленизмом цирротического генеза, гемостаз затруднён, что значительно ухудшает результаты лечения. Исследования последних лет углубляют познания о механизмах усиления адгезивной способности тромбоцитов при применении препаратов серотонина. Цель исследования - улучшение результатов лечения больных с ВПЖК путём повышения эффективности гемостаза в условиях тромбоцитопении включением серотонина адипината (Динатон®) в комплекс мер МКГ. Материал и методы. Проанализирован опыт лечения 440 больных с ВПЖК, обусловленными ПГ цирротического генеза, поступавших в порядке скорой помощи в лечебные учреждения Ростова-на-Дону и области. На этапах лечения у 157 пациентов нами применена процедура ЭЛ (2010-2017 гг.) и у 204 выполнена операция TIPS/ТИПС (2007-2017 гг.). Располагая возможностями проведения данных вмешательств, мы тем не менее придаём большое значение эффективности первичного МКГ. Руководствуясь целью настоящего исследования, нами проанализированы результаты МКГ в двух группах клинических наблюдений, сопоставимых по основным клинико-диагностическим показателям. В I (контрольную) группу включены 40 больных, которым проводились регламентированные национальными клиническими рекомендациями мероприятия (установка зонда Блэкмора, возмещение плазмо- и кровопотери, применение селективных вазоконстрикторов из групп терлипрессина и октреотида, введение ингибиторов фибринолиза, ингибиторов протонной помпы). Исходное среднее значение тромбоцитов у пациентов этой группы составило  $58,4 \pm 4,7 \times 10^9/\text{л}$ . Во II группу (n=40) вошли больные, которые дополнительно к вышеописанным мероприятиям МКГ получали серотонина адипинат (Динатон®) 30-50 мг в/в медленно инфузоматом на протяжении 3-7 сут. Исходное значение тромбоцитов у пациентов II группы -  $51,8 \pm 5,6 \times 10^9/\text{л}$ . Сравнительному исследованию подверглись клинические данные и лабораторные показатели «красной» крови, динамика параметров системы гемостаза в сроки до 6 нед, эндоскопическая картина, частота развития рецидивов геморрагий, летальность. Морфологические исследования заключались в проведении электронной микроскопии сформированного на вариксе сгустка, морфометрии. Использовали просвечивающий электронный микроскоп Tecnai G2 SpiritBioTWIN с ускоряющим напряжением 120 кВ. В состав микроскопа входили высококонтрастные объективные линзы BioTWIN, оптимизированные для получения изображений слабоконтрастных образцов. Увеличение 1000x, 2500x, 5000x, 10000x. Результаты.

Включение серотонина адипината (Динатона®) в комплекс мероприятий МКГ по лечению ВПЖК способствовало повышению эффективности гемостаза у пациентов II группы. Это нашло выражение в меньшем количестве рецидивов геморрагий, а также более низкой ранней летальности (6-недельной). Эффективность МКГ (безрецидивный гемостаз в течение 6 нед) в I группе составила 67,5%, во II – 77,5%. Показательной является динамика параметров «красной» крови и, в особенности, данных коагулограммы (в первую очередь – АЧТВ, D-димеров и РФМК), которые свидетельствует о более надёжном гемостазе у больных II группы. Также установлено, что при выраженной тромбоцитопении (менее  $50 \times 10^9/\text{л}$ ) применение серотонина адипината (Динатона®) является еще более значимым фактором повышения эффективности МКГ, нежели при количестве тромбоцитов  $50-100 \times 10^9/\text{л}$ , что подтверждает факт усиление адгезивной способности тромбоцитов при использовании препаратов серотонина. Исследование образующегося на вариксе сгустка с использованием электронной микроскопии и последующей морфометрии продемонстрировали интенсивную необратимую агрегацию и формирование фибриновой пробки при применения серотонина адипината. Волокна фибрина были более толстыми, структура отличалась пористостью. Выводы: 1. Для повышения эффективности гемостаза при ВПЖК в условиях тромбоцитопении целесообразно применение серотонина адипината (отечественного препарата Динатон®), повышающего адгезивную способность тромбоцитов; 2. Эффективность применения серотонина адипината в подгруппе пациентов с выраженной тромбоцитопенией (менее  $50 \times 10^9/\text{л}$ ) превышает таковую при количестве тромбоцитов  $50-100 \times 10^9/\text{л}$ .

### **38. Оказание хирургической помощи при ранениях магистральных сосудов в условиях районной больницы.**

Фролов А.П. (1), Воронцов А.А. (2), Емельянов А.А. (2), Файзуллин М.А. (3)

1) Иркутск, 2) Черемхово

1) ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) Черемховская городская больница № 1, 3) Черемховская городская больница № 2

К одной из наиболее сложных травм брюшной полости относятся ранения магистральных сосудов. Несмотря на значительный прогресс хирургии, результаты лечения травмы сосудов неутешительны. Большая часть пострадавших погибает от несовместимой с жизнью кровопотери на месте происшествия. Цель исследования: провести ретроспективный анализ структуры проникающих ранений в брюшную полость и результатов оказания помощи пациентам с ранениями магистральных сосудов в условиях районных больниц. Материалы и методы Проведен ретроспективный анализ 9 наблюдений проникающих ножевых колото-резанных ранений в брюшную полость с повреждением магистральных сосудов (МС) у пациентов, находившихся на лечении в хирургических отделениях ОГБУЗ «Черемховская Городская Больница № 1» и ОГБУЗ «Черемховская Городская Больница № 2» в 2009-2014 гг. Из них мужчин было – 6, женщин. Больные были в возрасте 23-80 л, средний возраст составил 31,6 л. Результаты Повреждения МС при проникающих ножевых колото-резанных ранений в брюшную полость отмечались редко (4,8%). У всех 9 пациентов с ранениями МС имелось повреждение магистральных вен. Наиболее часто отмечались ранения нижней полой вены (7), реже – воронной вены (1) и верхней брыжеечной вены (1). Большинство пострадавших (8) поступали в состоянии алкогольного опьянения, через 40 мин с момента получения травмы. Все раненные поступали в состоянии геморрагического шока II-III степени. Во всех наблюдениях пострадавшим выполнялась широкая средне-срединная лапаротомия. После выполнения оперативного доступа продолжающееся кровотечение выявлено у 3 пациентов. Источниками кровотечения были: ранение воротной вены – у 1 пациента,

ранение верхней брыжеечной вены – 1, ранение нижней полой вены в области слияния правой и левой подвздошной вены – 1. У остальных 6 пациентов на момент начала операции продолжающегося кровотечения не было вследствие тампонады области места ранения вены сгустками крови или гематомой. Объем кровопотери составлял 1900 [300-3400] мл. Ранение нижней полой вены характеризовалось наличием у всех 7 пациентов забрюшинная гематомы – важнейшим признаком ее ранения. Во всех наблюдениях гемостаз начинали осуществлять с временной остановки кровотечения путем прижатия области ранения вены пальцем или тупфером. Ранения нижней полой вены локализовались: у 5 пациентов – в области слияния подвздошных вен, у 2 – в инфраренальном сегменте. При этом у 6 пострадавших имело место линейное ранение передней стенки нижней полой вены, у 1 – сквозное ранение без поперечного пересечения. В последнем наблюдении рана задней стенки была ушита путем ротации вены с перевязкой и пересечением поясничных вен. Величина дефекта стенки нижней бала 0,2-1,0 см. Летальных исходов не было. При ранении верхней брыжеечной вены гемостаз выполнялся лигированием поврежденного сосуда. В случае ранения воротной вены пациенту была выполнена временная остановка кровотечения путем пережатия гепатодуоденальной связки. Оперативное лечение проводилось на фоне общей кровопотери более 3000 мл крови. Выполнить окончательный гемостаз, как путем перевязки, так и наложения шва не удалось вследствие смерти пострадавшего в ходе операции от декомпенсированного необратимого геморрагического шока. Выводы У пациентов, госпитализируемых в районную больницу, по поводу проникающих ножевых ранений, повреждения МС отмечается редко. Повреждения МС отмается редко (4,8%), наиболее часто – ранение нижней полой вены. Временная остановка кровотечения с последующим адекватным хирургическим доступом к поврежденному сосуду и наложением сосудистого шва определяют благоприятный исход полученных ранений МС. Неблагоприятный исход обусловлен – декомпенсированным необратимым геморрагическим шоком.

### **39. Прогнозирование рецидивов гастродуоденальных язвенных кровотечений.**

Авторы: Солодов Ю.Ю.(1), Рябова Т.А.(1), Нейфельд Э.В.(1), Федоров К.С.(2), Бородкин И.Н. (2)

Оренбург

1) ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова»

По сей день летальность при гастродуоденальных язвенных кровотечениях остается высокой, достигая 30%. При этом в клинической практике отсутствуют прогностические критерии риска рецидивов кровотечений, хотя именно подобные состояния в прогностическом отношении наиболее неблагоприятны. Исходя из этого предпринята попытка выявления факторов риска рецидивов язвенных гастродуоденальных кровотечений после проведенного эндоскопического гемостаза. Цель работы: определение факторов, снижающих эффективность эндоскопического гемостаза при гастродуоденальных язвенных кровотечениях. Задачи исследования: 1. Оценить эффективность проводимого эндоскопического гемостаза. 2. Выявить конкретные факторы риска возникновения повторного кровотечения. Материалы и методы. Произведен анализ 60 историй болезни пациентов с гастродуоденальными язвенными кровотечениями, находившихся на лечении в ГАУЗ «ГКБ имени Н.И. Пирогова» за период с 2015 по 2016 гг. Всем больным при проведении ЭГДС выполнялась аргоноплазменная коагуляция кровоточащей язвы, обкалывание раствором аминокaproновой кислоты, либо сочетание методик. В процессе лечения все больные получали комплексную консервативную терапию, в соответствии со стандартами лечения

язвенных кровотечений. Результаты. Рецидивы кровотечения после проведения эндоскопического гемостаза наблюдались у 9 больных (15%) – всем им была произведена повторная АПК. В 2 случаях (3,3%) неэффективность эндоскопического гемостаза потребовала выполнения открытых вмешательств с прошиванием кровоточащего сосуда. Летальных исходов в исследуемой выборке не было. При анализе изучаемых случаев удалось выявить взаимосвязь рецидивов со следующими состояниями: наличие гипертонической болезни, размер язвенного дефекта более 2 см в диаметре, локализация дефекта на задней стенке 12п.к. и на малой кривизне желудка, постгеморрагическая анемия тяжелой степени. Выводы. 1. Низкий процент рецидивов (15%) и отсутствие летальных исходов говорят и достаточно высокой эффективности эндоскопического гемостаза в комплексном лечении гастродуоденальных язвенных кровотечений. 2. Удалось выявить конкретные факторы риска рецидива кровотечения, снижающие эффективность эндоскопического гемостаза.

#### **40. Гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) двенадцатиперстной кишки.**

Гидирим Н.П.(1,2), Гидирим Г.П.(3), Мишин И.В.(3,4), Чернат М.В.(1), Антош Л.Ф.(1), Годорожа В.И.(1), Донская А.Е.(1), Медников Л.В.(1), Коробчан Н.К.(2), Герасим М.А.(1)

Кишинев, Республика Молдова

1) Институт онкологии Республике Молдова, отдел торако-абдоминальной хирургии, 2) Государственный Университет медицины и фармации им. «Н.Тестемицану», кафедра онкологии, гематологии и радиотерапии, 3) Государственный Университет медицины и фармации им. «Н.Тестемицану», кафедра хирургии №1 «Н.Анестиади», 4) Институт ургентной медицины

Актуальность проблемы: Гастроинтестинальные стромальные опухоли (гисо) двенадцатиперстной кишки являются наиболее распространенными мезенхимальными опухолями желудочно-кишечного тракта. Примерно 30% первичных опухолей двенадцатиперстной кишки составляют ГИСО, и 5% ГИСО имеют в качестве отправной точки двенадцатиперстную кишку. Цель работы: Изучить частоту, клинические манифестации, особенности диагностики и лечения, а так же гистопатологические характеристики ГИСО двенадцатиперстной кишки. Материалы и метод: Проведен ретроспективный анализ базы данных 6 пациентов с ГИСО (CD117 ++++) двенадцатиперстной кишки, оперированных в двух клиниках на протяжении периода с 2007 по 2015гг. Результаты и обсуждение: Средний возраст пациентов составил 53.7±2.0 года. Распределение по полу: женщин – 4(66.7%), мужчин – 2(33.3%). Основным клиническим симптомом – боли в животе, в 3/6 случаях (50%). В 2/6 случаях (33.3%) опухоли диагностированы при наступлении осложнений: внутрипросветные кровотечения (n=2). Установлены некоторые характерные особенности ГИСО двенадцатиперстной кишки: ГИСО локализовались с одинаковой частотой в сегменте D2 – 3/6 (50%) и D3 – 3/6 (50%). Размеры опухоли в среднем составили 7.6±1.9 см. Размеры опухоли (≤5см vs. >5см) – 2(33.3%) vs. 4(66.7%) (p<0.05). По характеру роста ГИСО: внепросветный – 2 (33.3%) vs. смешанный – 4 (66.7%) (p<0.05). Среднее количество митозов в группе минимального риска (≤5/50 HPF) составило 3.5±1.5, в группе повышенного риска (>5/50 HPF) – 10.5±2.9. Частота опухолей ГИСО с низким риском – 2/6 (33,3%), с высоким риском – 4/6 (66,7%) (p <0,05). Объем хирургических вмешательств: иссечение опухоли двенадцатиперстной кишки – 2(33.3%) случаев, сегментарная резекция двенадцатиперстной кишки с анастомозом – 2(33.3%), панкреатодуоденальная резекция – 2(33.3%). Размеры ГИСО двенадцатиперстной кишки в среднем составили 6,6±1.4 см. Общая выживаемость составила в среднем 41.3±10.9 месяца. При первичном обращении пациентов метастазы были обнаружены у одного (16.7%). Прогрессирование наблюдалось в 1/6 (16.7%) случае.

В 3/6 (50%) случаях применялось комбинированное лечение (хирургический + иматиниб). Выводы: ГИСО двенадцатиперстной кишки характеризуются: (1) неспецифической клинической картиной; (2) могут быть диагностированы при наступлении осложнений; (3) преимущественно смешанный рост опухоли; (4) в большинстве случаев опухоли относятся к группе повышенного риска. Хирургический метод является основным в лечении ГИСО двенадцатиперстной кишки, однако учитывая выявленные гистопатологические характеристики опухолей рационально использовать комбинированное лечение (хирургический + иматиниб).

#### **41. Желудочно-кишечных кровотечения у детей.**

Бабич И.И., Багновский И.О.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Одной из актуальных проблем хирургии всегда были и остаются желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК). Целью нашего исследования является улучшение результатов лечения детей с ЖКК путем разработки оптимальной лечебно-диагностической тактики. Материалы и методы: Под нашим наблюдением за период с 2010 по 2016г находился 131 ребенок с ЖКК в возрасте от 1 месяца до 18 лет. По особенностям клинической картины кровотечения пищеварительного тракта делятся на высокие и низкие. Границей между ними служит связка Трейца. Высокие кровотечения проявляют себя кровавой рвотой или рвотой «кофейной гущей» и черным стулом (меленой). При низких кровотечениях рвоты, как правило, не бывает, а стул содержит патологические примеси – венозную или артериальную кровь и сгустки. Источники кровотечений из ЖКТ у детей, находившихся на лечении в Областной детской клинической больнице 1. Пищеводные: Портальная гипертензия - 16 детей – 12,2% Халазия кардии с рефлюкс-эзофагитом - 7 детей – 5,34% 2. Желудочные: Язвенная болезнь желудка - 4 детей – 3,1% Синдром Маллори-Вейсса - 6 детей – 4,6% 3. Дуоденальные: Язвенная болезнь 12-ти перстной кишки 6 детей – 4,6% 4. Тонкокишечные: Дивертикул Меккеля - 14 детей – 10,6% Удвоение кишечной трубки - 8 детей – 6,1% 5. Толстокишечные: Полипы - 15 детей – 11,4% Язвенный колит - 5 детей – 3,8% 6. Прямокишечные: Полипы - 29 детей – 22,1% Трещины ануса - 21 ребенок – 16% Наибольшее внимания заслуживают кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Под нашим наблюдением находилось 16 детей с портальной гипертензией, что составило 12,2%, причем у 6 детей – 4,5% была выявлена внутripеченочная форма, обусловленная циррозом печени (4 ребенка были рождены с ВИЧ инфекцией, 2 ребенка перенесли гепатит внутриутробно). У 8 детей выявлена подпеченочная форма, обусловленная флебитом пупочной вены с последующим тромбозом и склерозированием портальной вены. При поступлении детей в хирургический стационар мы придерживались следующего алгоритма лечения: Все дети осматривались детским хирургом, анестезиологом. В экстренном порядке проводилось ФГДС. Рассчитывалась величина кровопотери  $КП=ОЦКд*(Нд - Нф)/ Нф$ , где КП- величина кровопотери, ОЦКд – должный ОЦК, Нд должный гематокрит (42-45%) Нф – фактический гематокрит. Проводилось: 1. Полное исключение кормления через рот, строгий постельный режим. 2. Гемозаместительная терапия (вливание Эр. массы, СЗП.) 3. Гемостатическая терапия – дицинон, препараты кальция, викасол, эписилон-аминокапроновая кислота. 4. Назначались ингибиторы протонной помпы – омепразол, октреатид. 5. При неэффективности консервативных мероприятий устанавливался зонд Блекмора. 6. Если в течение 24 часов кровотечение не остановилось необходимо идти на оперативное вмешательство – гастротомию с прошиванием сосудов в подслизистом слое, и отсрочено спленоренальный анастомоз или спленогепатикоанастомоз. При развитии

цирроза печени – трансплантация. Результаты: Из 131 ребенка находившегося на лечении в хирургическом отделении 4- 3,1% ребенка умерло от СПИДа (в трансплантации печени было отказано). 2 детей – 1,5% успешно перенесли операцию по пересадке печени. 8 детей – 6,1% были прооперированы с наложением спленоренального и спленогепатикоанастомоза. Вывод: Кровотечения из ЖКТ являются актуальной проблемой современной медицины. В последние годы отмечается тенденция к увеличению числа детей, поступающих в хирургические стационары, что требует разработки и усовершенствования общепринятых алгоритмов диагностики и лечения, а так же увеличение коечного фонда и организации специальных отделений для детей с портальной гипертензией.

#### **42. Лечение больных с постгастрорезекционными язвами, осложненными кровотечением. Тактика на современном этапе.**

Чернооков А.И. (1), Карапетян М.М. (2), Белых Е.Н. (1), Моисеев А.П. (2), Черноусов К.Ф. (1)

Москва

1) ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, (2) ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ»

Актуальность проблемы: Кровотечения из постгастрорезекционных язв (ПГРЯ) отличаются характерными особенностями. ПГРЯ часто осложняются профузным кровотечением, рецидив кровотечения отмечается у 16-40% больных. Тактика лечения таких больных неоднозначна. Цель исследования: демонстрация результатов лечения больных с ПГРЯ, осложненными кровотечением, при использовании различных подходов к лечению. Материалы и методы: С 2000 по 2015 гг. в ГКБ №7 Москвы пролечено 130 больных с кровоточащими ПГРЯ. Резекцию желудка перенесли 117 (90%) больных. У 13 (10%) больных ПГРЯ возникли после гастропанкреатодуоденальной резекции. Мужчин было 107, женщин – 23. Средний возраст составил  $52,4 \pm 13,1$  лет. Легкая кровопотеря была у 27,7% пациентов, средняя – у 29,2%, тяжелая – у 43,1%. По классификации Forrest больные распределились так: F1a – 11,5%, F1b – 15,4%, F1a – 21,5%, F1b – 23,8%, F1c – 27,7%. Средняя оценка по шкале тяжести состояния APACHE-II составила  $9,89 \pm 4,07$  балла, по шкале SOFA –  $3,06 \pm 1,74$  балла. Все больные разделены на 2 группы. В I группу (основную) вошли 69 (53,1%) больных, во II (контрольную) - 61 (46,9%) пациент. Во II группе (2000-2008 гг.) применяли активную тактику: при неэффективном эндоскопическом гемостазе (ЭГ) и рецидиве кровотечения (РК) выполняли экстренные операции, у больных с нестабильным гемостазом выполняли вмешательства по срочным показаниям в пределах 6-24 часов. ЭГ у больных II группы был представлен инъекционным ЭГ (ИЭГ) и комбинацией ИЭГ с аппликацией фибринового клея. В I группе (2009-2015 гг.) придерживались индивидуализированной тактики: больным со стигмами кровотечения F1a-F1b выполняли ЭГ, при РК выполняли повторный ЭГ. Показанием к экстренной операции считали неэффективный первичный или повторный ЭГ. Высокий риск РК у стабильных больных служил показанием к срочной операции в пределах 12-72 часов, при нестабильном состоянии выполняли повторный превентивный ЭГ. Для ЭГ у больных I группы использовали комбинацию ИЭГ с термическими способами и клипированием. Отсроченные операции в обеих группах выполняли после успешной неоперативной остановки кровотечения при наличии показаний. Результаты: В I группе ЭГ выполнен 50 (100%) пациентам со стигмами кровотечения F1a-F1b, во II группе – лишь у 30 (68%) больных с такими же признаками. Эффективность первичного ЭГ при активном кровотечении составила 100% в I группе и 92% во II группе. РК после ЭГ в I группе возник у 26% пациентов, во II группе – у 35%. Повторный ЭГ у больных I группы при РК после ЭГ выполнен во всех случаях и оказался успешным в 70% случаев. У больных II группы повторный ЭГ выполнен только у 50% больных с РК и оказался

эффективным лишь у половины. Экстренные операции выполнены 10 (16,4%) больным II группы и 4 (5,8%) пациентам I группы. По срочным показаниям прооперированы 13,1% больных II группы и 13% пациентов I группы. В отсроченном порядке вмешательства выполнены 13,1% больных II группы и 16% пациентов I группы. Паллиативные вмешательства выполнены у 2 (2,9%) больных I группы и у 5 (8%) пациентов II группы. Общая летальность составила 7,2 % в I группе и 13,1% в II группе, послеоперационная летальность – 8,7% и 19,2% соответственно. Больные, умершие в послеоперационном периоде, в обеих группах скончались после экстренных операций. Наилучшие результаты получены после реконструктивных операций (реконструктивная резекция культи желудка со стволовой ваготомией), выполненных в отсроченном и срочном порядке. При оценке отдаленных результатов неоперативного лечения больных I группы выявлено, что у 30% пациентов в различные сроки после выписки отмечается повторное кровотечение из ПГРЯ, требующее эндоскопической или хирургической остановки кровотечения. Выводы: 1. Применение современных методик ЭГ, динамической эндоскопии, повторного ЭГ позволяет снизить число экстренных операций и летальность у больных с кровоточащими ПГРЯ. 2. Использование индивидуализированной тактики уменьшает количество нерадикальных паллиативных операций. 3. Сохранение высокого клинико-эндоскопического риска РК (размеры язв более 2,0 см, тяжелая кровопотеря, неоднократные рецидивы кровотечения) при стабильном состоянии (< 5 баллов по SOFA, < 12 баллов по APACHE II) у больных молодого и среднего возраста служит показанием к радикальной операции в срочном порядке. 4. Пациентам с ПГРЯ, осложненными кровотечениями, у которых гемостаз успешно достигнут неоперативным способом, показано решение вопроса о патогенетически обоснованном плановом оперативном лечении.

#### **43. Значение эндоскопического гемостаза в комплексном лечении гастродуоденальных кровотечений неварикозной этиологии.**

Восканян Э.А., Пфаненштиль А.В., Тулюбаев И.Н., Скрипко В.В, Баишев Р.К, Паниев Э.К.

Пятигорск

ГБУЗ СК «Городская клиническая больница»,

Проблема лечения гастродуоденальных кровотечений (ГДК) остается актуальной и сегодня. Летальность при данной патологии колеблется в пределах 5-8 % и выше. Отмечается тенденция к увеличению числа кровотечений язвенной этиологии. Цель исследования. Дать оценку результатов эффективности эндоскопического гемостаза у пациентов с ГДК неварикозной этиологии. Материалы и методы. Проведен анализ лечения 624 больных с ГДК в хирургических отделениях клинической больницы города Пятигорска с 2012 по 2016 год. Мужчин было 405, женщин-219. Степень кровопотери оценивали по классификации А.И. Горбашко (1974 г.). Из них кровопотеря легкой степени диагностирована - у 271 больного (43,4%), средней степени - у 185 (29,6%), тяжелой степени – у 168 (27%). Наиболее частым источником кровотечения у 345 больных была язвенная болезнь желудка и ДПК, что составляет 55,2%, у 114 больных (18,3%) синдром Мелори-Вейсса, острые эрозии и изъязвления - у 129 (20,6%), язвы гастроэнтероанастомоза - у 12 (1,9%), язва Деллафуа - у 9(1,4%), кровоточащие полипы желудка и ДПК – у 16(2,6%). ГДК по Forrest: IA - у 89 больных, IB- у 144 больных, IIА-у 114 больных, IIВ-у 276 больных. Методы эндоскопического гемостаза проведены у 347 больных: инъекционный - у 45 больных, диатермокоагуляция – у 37, аргоплазменная коагуляция (АПК) - у 58, клипирование - у 30, комбинированный гемостаз (инъекционный+АПК, АПК+клипирование) – у 177. В подавляющем большинстве случаев (51%) использовался комбинированный гемостаз. Комплексная терапия проводилась у



всех пациентов и она включала гемостатические препараты, переливание коллоидных растворов, электролитов, свежезамороженной плазмы, донорские эритроциты по показаниям и обязательное применение препаратов ингибиторов протонной помпы (нексиум, лосек). Рецидив кровотечения возник у 40 больных (6,4%), в основном при ГДК язвенного генеза. У всех больных проведен повторный комбинированный эндогемостаз. Он оказался эффективным у 24 больных (60%). Оперировано 16 больных. Выполнялись малые по объему вмешательства в виде ушивания кровоточащей язвы или ее иссечения с последующей пластикой. При язвах малой кривизны желудка - резекция желудка. Общая летальность от ГДК неварикозной этиологии составило 2,6%. Заключение. Комплексная терапия, включающая эндогемостаз, является эффективным способом остановки кровотечений из верхних отделов ЖКТ. Комбинированный эндогемостаз (АПК в сочетании с инъекционным или клипированием) позволяет добиться стойкой остановки кровотечения в 93,6%. При рецидиве кровотечения показан повторный эндогемостаз, который эффективен в 60% случаев. Показанием к неотложной операции при ГДК считаем продолжающееся кровотечение при невозможности его эндоскопической остановки, в том числе и при рецидиве. Проведение комплексного лечения с применением эндогемостаза снижает в несколько раз общую летальность и оперативную активность при ГДК.

# **ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.**

## **1. Лечебная тактика при неинфицированном панкреонекрозе в условиях формирования отграничительного барьера.**

Меджидов Р.Т., Алиев М.А., Магомедов М.М., Абдурашидов Г.А.

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение. Проводимая в настоящее время комплексная интенсивная терапия, во многих случаях, способствует формированию отграничительного тканевого барьера. Механизм данного процесса до конца не раскрыт, однако имеются данные, разъясняющие формирование тканевой демаркации за счет отдельных очаговых внесосудистых отложений фибрина и лейкоцитарной инфильтрации. Цель исследования. Определить эффективность хирургического лечения тотального неинфицированного панкреонекроза в условиях формирования тканевого отграничительного барьера. Материалы и методы. Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 46 пациентов с неинфицированным панкреонекрозом. Мужчин 25 (54,3%), женщин 21(45,7%). Средний возраст -  $44 \pm 3$  года. Сроки поступления в клинику с момента развития панкреонекроза -  $96 \pm 17$  суток. В 33 (71,7%) наблюдениях до поступления в клинику было проведено лапароскопическое направленное дренирование брюшной полости, в 27 (58,7 %) - декомпрессия билиарного тракта (БТ) путем формирования холецистостомы. Всем пациентам выполнены клинические и биохимические исследования, УЗИ органов брюшной полости, МСКТ, МРТ, гастроскопия, холецистохолангиография (пациентам с холецистостомой). В 21 (43,4%) наблюдении выполнена-холецистэктомия, секвестрэктомия, дренирование ложа поджелудочной железы (ПЖ) и сальниковой сумки; в 11 (23,9%) - холецистэктомия, холедохолитотомия, наружное дренирование БТ, секвестрэктомия, дренирование ложа ПЖ и сальниковой сумки; в 9 (19,5%) -холецистэктомия, секвестрэктомия, продольный панкреатоеюноанастомоз по типу Partington-Rochelle, в 5 (13,2%) - холецистэктомия, холедохолитотомия, наружное дренирование БТ, секвестрэктомия, продольный панкреатоеюно-анастомоз по типу Partington-Rochelle. Результаты. Умеренное интраоперационное кровотечение из ложа ПЖ отмечено у 2 (4,3%) пациентов. В послеоперационном периоде в 1 (2,2%) наблюдении отмечена острая спаечная тонкокишечная непроходимость. В ближайшие и отдаленные сроки летальных исходов не отмечены. Нарушение углеводного обмена имеет место в 19 (41,3%) наблюдениях. Все пациенты получают нутритивную поддержку (Берламин-модуляр, креон). Заключение. Современная интенсивная терапия, проводимая во всех случаях панкреонекроза нередко оказывается эффективной. В эту группу больных входят и случаи с локализацией деструктивного процесса ПЖ путем формирования отграничительного барьера. Такой вариант течения процесса является более приемлемым для проведения радикального хирургического лечения с благоприятным клиническим исходом.

## **2. Билиопанкреатические фистулы после ГПДР и их профилактика.**

Авторы: Меджидов Р.Т., Абдурашидов Г.А., Гасанов А.Г., Хабибулаева З.Р.

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение. Фатальными местными послеоперационными осложнениями после ГПДР являются послеоперационный панкреатит, несостоятельность билио-и панкреатодигестивных анастомозов, при которых, нередко, формируются билиопанкреатические фистулы. Для ликвидации последних зачастую выполняются повторные операции и во многих случаях прибегают к удалению оставшейся ткани поджелудочной железы. Цель исследования Оценить эффективность формирования билио- и панкреатодигестивных анастомозов на управляемых «каркасных» дренажах в профилактике билио- панкреатической фистулы. Материалы и методы. Подвергнуты анализу результаты применения резекционных технологий у 163 больных с патологией поджелудочной железы (ПЖ). Опухолевый процесс имелся у 140 (85,9%) пациентов: периапулярный рак - 129 (92,1% ), рак тела ПЖ – 6 (4,4%), рак хвоста ПЖ - 5 (3,5%). Кистозные образования ПЖ диагностированы у 11(6,8%) пациентов: непаразитарные кистозные образования -7, эхинококковая киста-4. Хронический панкреатит с преимущественным поражением головки ПЖ - 12 (7,3%). ГПДР проведена 148 (90,8%) пациентам, центральная резекция ПЖ – 6 (3,7%)пациентам, дистальная резекция ПЖ - 9 (5,5%) больным. Все пациенты, в зависимости от варианта завершения реконструктивно-восстановительного этапа, были распределены на две группы: основная группа(80 пациентов), которым билио- и панкреатодигестивные анастомозы были сформированы на «каркасных» дренажах и контрольная (83 пациента), которым вышеуказанная методика не была использована. Результаты и их обсуждение. Медиана длительности операции ГПДР в группах сравнения достоверно не отличалась ( $p < 0,05$ ). Интраоперационные осложнения в контрольной группе больных отмечены в 2 раза чаще, чем в основной; послеоперационный панкреатит развился почти в 5 раз чаще; несостоятельность панкреатоеюноанастомоза в 4 раза чаще; аррозивные кровотечения – в 3 раза чаще. Сроки госпитализации больных в основной группе были значительно меньше, чем в контрольной ( $\chi^2 + 0,350$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,551$ );общая летальность в основной группе больных - 0; в контрольной - 8,9%. Реконструктивно-восстановительный этап ГПДР является весьма сложным и чрезвычайно ответственным моментом данной операции. Основной причиной развития несостоятельности билио-и панкреатодигестивных анастомозов, мы считаем, образование «транцеллюлярного бассейна» в изолированный по Ру петле тощей кишки, с которой сформированы все три анастомоза, вследствие поступления в ее просвет всей транцеллюлярной жидкости из органов верхних отделов брюшной полости в условиях наличия гастроэнтеростаза. Демоконпрессия изолированной по Ру петли тощей кишки путем наружного отведения указанной «транцеллюлярной жидкости» на период заживления анастомозов позволило нам минимизировать фатальные местные послеоперационные осложнения при ГПДР. Заключение. Формирования билио- и панкреатодигестивных анастомозов на управляемых «каркасных» дренажах предупреждает развитие опасных для жизни пациентов осложнений и сводит летальность после ГПДР до нуля.

### **3. Хирургическое лечение осложненного хронического панкреатита.**

Коробка В.Л., Коробка Р.В., Шаповалов А.М.

Ростов-на-Дону

ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница»

Ввиду неуклонного роста заболеваемости населения хроническим панкреатитом, в последние годы отмечается тенденция к увеличению числа осложненных форм данного заболевания. В результате хронического воспаления в поджелудочной железе развивается фиброз, экзокринная, эндокринная дисфункция, стойкий болевой синдром, вируснолитиаз, кисты, компрессия и нарушение проходимости панкреатического и общего желчного протоков, двенадцатиперстной кишки, магистральных сосудов с

развитием портальной гипертензии. Установлено, что при 20-25-летнем сроке заболевания уровень смертности от осложнений хронического панкреатита достигает 21-50%. Развитие осложнений хронического панкреатита, как правило, служит показанием к хирургическому лечению. На сегодняшний день в арсенале хирургов имеется достаточное количество обоснованных в тактическом плане хирургических методик, однако лечение пациентов с хроническим панкреатитом, особенно осложненными его формами, и сегодня имеет ряд нерешенных вопросов. В первую очередь это касается послеоперационных осложнений и значительной послеоперационной летальности, достигающей 12-15%. В период с 2005 по 2016 год в условиях РОКБ хирургическое лечение по поводу осложненных форм хронического панкреатита получили 376 больных. Треть пациентов составили женщины – 119 (31,6%), мужчин было – 257 (68,4%) человек. Несмотря на довольно широкий возрастной диапазон, подавляющее большинство больных (76,9%) – были лица молодого и среднего возраста ( $49,75 \pm 13,62$  лет). По видам осложнений основного заболевания пациенты распределились на три группы. В первую группу с фиброзно-кистозной трансформацией ткани поджелудочной железы и компрессионными осложнениями вошел 141 пациент (37,5%). Вторую группу составили 196 (52,1%) больных, у них хронический панкреатит проявлял себя кистозной трансформацией протоковой системы и кистами органа. 39 (10,4%) больных третьей группы предъявляли жалобы на наличие панкреатического свища. Основными видами операций были резекционные и дренирующие вмешательства. Прямые резекции поджелудочной железы были выполнены у 160 (42,5%) больных. В их число вошли такие операции как: панкреатодуоденальная резекция – 25, операция Beger – 37, операция Frey – 59, медиальная и дистальная резекции поджелудочной железы – 13 и 26, соответственно. 89,4% из них завершились формированием панкреатодигестивных анастомозов. Дренирующие вмешательства произвели у 192 (51,1%) больных. В 88 наблюдениях оперативное вмешательство завершилось формированием цистодигестивных анастомозов, у 41 больного – наружным дренированием кист. Миниинвазивное дренирование кист выполнили у 32 больных. В 19 случаях был сформирован продольный панкреатикоэнтероанастомоз, а у 12 больных со свищами – фистулодигестивные соустья. Тяжелое соматическое состояние и невозможность проведения радикального вмешательства обусловило проведение у 24 (6,4%) пациентов паллиативных операций, завершившихся формированием обходных анастомозов. Наряду с основным хирургическим пособием у 126 (33,5%) больных объем операции был расширен и дополнен формированием билиодигестивных соустьев у 73, вмешательствами на желудке и ДПК – 26, спленэктомией – 22, вмешательствами на сосудах – 5. У 3 больных с синдромом портальной гипертензии вследствие окклюзии-тромбоза воротной вены операцию Фрея дополнили мезентерико-портальным шунтированием нижней брыжеечной веной. В одном случае окклюзии воротной вены выполнили мезентерико-портальное шунтирование аутовенозным трансплантатом. В связи с ранением стенки воротной вены (из-за ее сращения с задней стенкой железы) у 1 больного применили способ, который позволил выполнить операцию Бегера и резекцию пораженного участка передней стенки воротной вены с ее последующей пластикой в условиях временного обходного мезентерико-портального шунтирования. С целью предупреждения развития в послеоперационном периоде разлитых гнойно-воспалительных осложнений и деструкции культи поджелудочной железы у 102 (63,8%) больных, перенесших резекцию поджелудочной железы, применяли оригинальные методики. У этих больных производили изоляцию резецированной головки железы и панкреатодигестивных анастомозов «сальниковыми сумками», а также локальную панкреатопротекцию. В раннем послеоперационном периоде из общего числа оперированных больных умерло 19 (5,1%) пациентов. Причинами смерти стали: внутрибрюшные гнойные осложнения из-за деструктивного панкреатита и несостоятельности ПДА – 12, абсцессы висцеральных сосудов – 4, острый коронарный синдром – 2, ТЭЛА – 1. Число смертельных исходов от гнойных осложнений брюшной полости в группе больных с использованием оригинальных методик профилактики послеоперационных осложнений было существенно

меньше, чем в группе, где эти методики не применялись. Отдаленные результаты изучены у 274 (72,9%) больных. Через год после операции положительную оценку лечению дали 224 (81,8%) пациентов, 50 (18,2%) – результатами операции были не удовлетворены из-за сохранения болевого синдрома и рецидива механической желтухи, потребовавших повторных операций, сахарного диабета, субкомпенсированной алиментарной дистрофии. Таким образом, результаты проведенной оценки хирургического лечения больных хроническим панкреатитом показали, что при осложненных формах заболевания наиболее предпочтительными являются резекционные методики, которые позволяют ликвидировать патологический процесс, препятствуют его распространению, развитию и прогрессированию осложнений. Малоинвазивные методики купирования панкреатогенных осложнений могут применяться в качестве подготовительного этапа перед основной операцией, и самостоятельно при суб- и декомпенсированном состоянии больных. Применение хирургических методик профилактики инфильтративных и разлитых гнойных осложнений позволяет достичь достоверного снижения этих осложнений, что уменьшает процент летальности от этих осложнений и повышает качество оперативных пособий.

#### **4. Хирургическое лечение больных со свищами поджелудочной железы.**

Коробка В.Л., Коробка Р.В., Шаповалов А.М.

Ростов-на-Дону

ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница»

Актуальность. Одним из осложнений травм поджелудочной железы (ПЖ), ее деструкции на фоне панкреонекроза и рецидивов хронического панкреатита, являются панкреатические свищи (ПС). Их появлению так же способствуют различные дренирующие вмешательства, как на самой железе, так и на парапанкреатическом пространстве. Однако какой бы не была причина, механизм свищеобразования всегда одинаков и обусловлен нарушением герметичности протоковой системы ПЖ, приводящей к истечению панкреатического секрета за пределы органа. Среди всей хирургической абдоминальной патологии частота встречаемости данного осложнения достигает 20-35%. Материалы и методы. С 2007 по 2016 год в условиях ГБУ РО «РОКБ» хирургическое лечение по поводу свищей ПЖ получили 44 пациента. Среди оперированных больных преобладали мужчины – 35 (79,5%) человек, женщин было 9 (20,5%). Возрастной диапазон от 20 до 75 лет (79,5% – лица молодого и среднего возраста), средний возраст группы 47,4±14,4 лет. Основными этиологическими факторами формирования фистулы стали: хронический панкреатит с нарушением проходимости главного панкреатического протока (ГПП) – 13 (29,5%), операции на ПЖ – 12 (27,3%), травма органов брюшной полости с повреждением ПЖ – 8 (18,2%), острый деструктивный панкреатит – 7 (15,9%), вмешательства на органах брюшной полости и забрюшинного пространства – 4 (9,1%). Длительность существования свища – 5,5±3,2 месяца. По результатам дообследования было установлено, что свищи располагались преимущественно в области головки ПЖ – 21 (47,7%) больной, 19 (43,2%) пациентов имели свищ в теле органа, 4 (9,1%) – в хвосте, при этом в 39 случаях (88,6% наблюдений) имел место наружный свищ, у 5 (11,4%) больных он имел сообщение полостями и органами. Среднесуточные потери сока при наружных свищах – 302,8±125,4 мл. Анализ сопутствующих свищу осложнений показал наличие у 25 (56,8%) больных кист ПЖ, у 8 (18,2%) – вируснолитиаза, 6 (13,6%) пациентов имели стриктуру в области большого дуоденального сосочка, 3 (6,8%) – фиброз паренхимы ПЖ и 2 (4,6%) – вирусноэктазию. После обследования и выставления показаний к хирургическому вмешательству больные были оперированы. У 11 (25,0%) сформировали фистулодигестивные соустья: фистулогастростомия – 2, фистулоэнтеростомия (патент РФ №2447839) – 9; в 20 (45,4%) случаях произвели резекции ПЖ с одномоментной

реконструкцией протоковой системы: медиальная резекция (патент РФ №2445023) – 15, дистальная резекция – 3; операции Бегера и Фрея по 1 вмешательству. Эндоскопическое стентирование ГПП провели 13 (29,6%) больным. Тактику хирургического лечения определяли локализация свища и проходимость ГПП. Так, при свищах головки и тела ПЖ выполняли резекционные и дренирующие вмешательства, стентирование ГПП. Проток стентировали при свищах, обусловленных вируснолитиазом (6,8%), кистозной трансформацией (15,9%), стриктурами БДС (6,8%). Удовлетворительная проходимость дистальных отделов ГПП определяла возможность стентирования. При отсутствии обструкции проксимальной части ГПП использовали оригинальный способ фистулоэнтеростомии (20,5%). Операции Бегера и Фрея выполняли у больных при свищах головки и тела на фоне больших кист и выраженного фиброза паренхимы (4,5%). При свищах центральной локализации, при нарушении проходимости проксимальной части ГПП, производили медиальную резекцию с одномоментной реконструкцией протоковой системы (34,1%). В случаях удовлетворительной проходимости выводного отдела ГПП (4,6%) осуществляли резекцию патологического участка, с дистальной культей формировали анастомоз, а проксимальную культю ушивали наглухо. В случаях фистулы головки ПЖ и обструкции в области БДС (9,1%) медиальную резекцию ПЖ выполняли по оригинальной методике. При свищах хвоста ПЖ применяли экономные дистальные резекции, в том числе с реконструкцией ГПП. Результаты. Во всех клинических наблюдениях удалось ликвидировать свищ ПЖ, без его рецидива в ранние сроки после операции. Среди больных, перенесших стентирование ГПП, свищ ПЖ перестал функционировать в течение 1 месяца после операции. Ранние послеоперационные осложнения возникли у 9 (20,4%) больных. В 3 случаях отмечали несостоятельность швов панкреатодигестивных соустьев (без перитонита), явления панкреатит культи ПЖ у 4 больных были купированы консервативными мероприятиями, возникшее аррозивное кровотечение из висцеральных сосудов потребовало релапаротомии у 1 пациента, язвенное кровотечение в ДПК в 1 наблюдении удалось купировать консервативными мероприятиями. Летальность в группе составила 2,3% – причиной смерти 1 больного стало аррозивное кровотечение. Отдаленные результаты оценены у 39 (88,6%) больных. Средний показатель наблюдения составил  $8,5 \pm 4,8$  мес. В этот период у 34 человек свищ отсутствовал, у 5 (12,8%) пациентов (после стентирования ГПП) в течение  $7,4 \pm 1,5$  месяцев после вмешательства свищ рецидивировал. Причиной рецидива стали обструкция и миграция стента (3 и 2 человека, соответственно). При повторной госпитализации этим больным были проведены: рестентирование (3) и дуоденумсохраняющая резекция головки ПЖ с формированием панкреатикодигестивного соустья (2). Выводы. При свищах ПЖ тактику хирургического лечения определяют локализация фистулы, состояние паренхимы ПЖ, проходимость ГПП, наличие осложнений основного заболевания. Удовлетворительная проходимость ГПП в его проксимальной части является ключевым фактором проведения эндоскопического стентирования. При выраженных морфологических изменениях паренхимы, обструкции ГПП эффективны резекционные вмешательства, позволяющие устранить патологический субстрат и обеспечить профилактику рецидива свища.

## **5. Сравнительная характеристика послеоперационного периода у больных после операций на органах верхнего этажа брюшной полости.**

Шабанов В.В.(1), Ляс Н.В.(1), Головня Н.Г.(1), Ракитин В.М.(2)

Самара

1) СОКОД, 2) СГБ №7

Актуальность проблемы. Число регистрируемых случаев острого послеоперационного панкреатита - 0,8-9% - не всегда объективно отражает истинное положение дел, достигая

35% при комбинированных операциях на желудке (Катанов Е.С., 2000). Цель работы. Сравнительная оценка эффективности методов профилактики острого послеоперационного панкреатита. Материал и методы. Рандомизированное исследование проведено у 109 оперированных больных с опухолями желудка и пищевода в 3-х группах: 1 (n 30) – профилактика не проводилась, 2 (n 44) – получали контрикал и сандостатин, 3 (n 35) – применялся антиоксидант Тиоктацид Т 600-24,0. Результаты и обсуждение. Острый послеоперационный панкреатит диагностирован: 1) в контрольной группе - у 6 человек (20%); 2) получавших сандостатин и контрикал – у 5 больных (11,4%) ( $p>0,05$  по сравнению с контрольной группой). 3) при использовании Тиоктацида Т600-24,0 случаев острого послеоперационного панкреатита не было ( $p<0,01$  по сравнению с обеими вышеуказанными группами). Клиническая оценка различных симптомов, таких как боль, тахикардия, выраженная общая слабость и других, показала, что они имели разную степень выраженности в трех анализируемых группах. Наиболее благоприятно, по большинству признаков, послеоперационный период протекал у больных, получавших антиоксидант. Температурная реакция в основных группах была ниже, чем в контрольной. Во 2 группе (6,9 баллов,  $p< 0,01$ ), у получавших антиоксидант (2,4 балла,  $p< 0,01$ ). Тахикардия встречалась чаще в контрольной группе (1,67 баллов), чем в двух основных (1,4 балла во 2 группе и 1,03 балла в 3 группе -  $p< 0,01$ ). Интенсивность болевого синдрома в первые трое суток после операции была меньшей у больных, получавших антиоксидантную терапию ( $3,9\pm 0,2$  балла,  $p<0,05$ ). Между контрольной группой и больными, которым вводились контрикал и сандостатин, различий не получено. Нарушения перистальтики кишечника в обеих основных группах были выражены меньше -  $6,74\pm 0,29$  в 3 группе и  $6,43\pm 0,32$  во 2 группе, чем в контроле -  $5,43\pm 0,31$  ( $p<0,05$ ). К нежелательным эффектам терапии сандостатином в сочетании с контрикалом нужно отнести вздутие живота на 4-5 сутки послеоперационного периода. Ни в контрольной группе, ни в группе больных, получавших антиоксидант, этот симптом не был столь резко выражен (1,89 баллов,  $p<0,01$  в сравнении с обеими группами). Оба способа профилактики усиливали ощущение сухости языка; однако у больных, получавших сандостатин и контрикал это явление было выражено сильнее (1,91 балл) в сравнении с пациентами, получавшими антиоксидант (1,57 балла,  $p<0,01$ ). Назначение антиоксиданта благоприятно сказывалось на общем самочувствии больных - выраженная общая слабость наблюдалась реже – 0,8 баллов,  $p<0,01$ . Повышение активности ферментов – липазы, панкреатической амилазы и L-амилазы, 5-кратно превышающее норму, одинаково часто наблюдалось и в контрольной группе, и в группе больных, получавших сандостатин с контрикалом ( $p>0,05$ ). В результате подсчёта суммы клинических баллов, с учётом уровня панкреатических ферментов, диагноз послеоперационного панкреатита выставлен у 6(20%) больных контрольной группы и у 5(11,4%) получавших сандостатин и контрикал. В группе больных, получавших антиоксидант, это осложнение не развилось ни в одном случае. По числу случаев послеоперационного панкреатита между контрольной группой больных и больными, получавшими сандостатин и контрикал, различия были недостоверны ( $p>0,05$ ); у больных, получавших антиоксидант, выявлено достоверное различие как с контрольной группой, так и с группой, где применялись сандостатин и контрикал ( $p<0,01$ ). Нами проанализированы случаи, когда продолжительность лечения в послеоперационном периоде превышала две недели. В контрольной группе таких больных было 11 человек (36,66%), во второй группе – 19 человек (43,18%), а в третьей – 6 человек (16,66%); ( $p<0,01$  в сравнении с группой, получавшей сандостатин с контрикалом и  $p<0,05$  – с контрольной группой). Выводы. Применение антиоксидантных препаратов для профилактики острого послеоперационного панкреатита при операциях на органах верхнего этажа брюшной полости объективно снижает тяжесть больных и продолжительность послеоперационного периода.

## 6. Новые подходы в хирургическом лечении больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы.

Куницкий Ю.Л., Гринцов А.Г., Зубов А.Д., Совпель О.В., Христуленко А.А.

Донецк, ДНР

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Актуальность проблемы: Решение вопросов хирургического лечения больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы (ГПДС) обусловлены трудностью диагностики, высокой летальностью. Хирургическая тактика, выбор объема и метода хирургического пособия у больных данной категории далеки от своего разрешения. Цель работы: Разработать систему диагностических и этапных малоинвазивных лечебных мероприятий для исключения развития послеоперационных осложнений, угрожающих жизни больных. Материалы и методы: В основу работы положен опыт хирургического лечения 177 больных с желчекаменной (ЖКБ), сочетанной с язвенной болезнью (ЯБ), вторичным панкреатитом. Основным заболеванием считали ЖКБ и ее осложнения, сочетанными – ЯБ и вторичный панкреатит. Возраст больных – от 27 до 82 (50,4+3,7) лет. Мужчин было 83 (46,9%), женщин – 94 (53,1%). В плановом порядке госпитализированы 53 (29,9%), в неотложном – 124(70,1%) больных. Длительность основного заболевания – от 1 месяца до 30 (5,3+6,6) лет, urgentных больных от 3,5 до 144 (43,4+5,4) часов. Хронический калькулёзный холецистит (ХКХ) имел место у 53(29,9%), острый (ОКХ) у 69(39,0%), механическая желтуха (МЖ)–у 55(31,1%) больных. Из осложнений основного заболевания перитонит был у 20(29,0%), холангит – у 15(8,5%) больных. Сочетанная язвенная болезнь ДПК выявлена у 136(74,0%) (у 5 из них в сочетании со вторичной язвой желудка), язвенная болезнь желудка – у 14(7,9%) больных. 33(18,6%) больных в прошлом перенесли операции по поводу различных осложнений ЯБ. Активная фаза ЯБ на момент операции была у 51(28,8%) больного. У 88(49,7%) больных отмечено бессимптомное течение основного и сочетанных заболеваний в различных комбинациях, что в ряде случаев привело к диагностическим ошибкам, развитию осложнений в ближайшем послеоперационном периоде. Использовали УЗИ, ФГДС,РХПГ, контрастирование желчных протоков под контролем УЗИ. Результаты и обсуждение: Все больные оперированы. При ХКХ холецистэктомия (в т.ч. ЛХЭ) выполняли после курса противоязвенной терапии, рубцевания язвы с ФГДС-контролем. При ОКХ выполняли раннее оперативное лечение (в т.ч. ЛХЭ) с учетом ПЯТ в до-и послеоперационном периоде. При язве желудка операции предшествовала полипозиционная гастробиопсия с верификацией «доброкачественности» язвы. При механической желтухе использован 3-х этапный метод лечения: пункция внутривенного желчного протока под контролем УЗИ с последующей противоязвенной терапией, ЭПСТ, ЛХЭ. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде развились у 11(18,3%) больных контрольной группы в виде острого желудочно-кишечного кровотечения (ОЖКК) язвенного генеза через 3,5+4,3 суток после операции. Оно остановлено консервативно с использованием эндоскопических методов гемостаза. Разработаны факторы риска развития ОЖКК у данной категории больных, и меры их профилактики. Симультаные операции по поводу сочетанной ЯБ выполнены у 54(30,5%) больных, у 38(21,5%) на основе органосохраняющих вмешательств. Выводы: 1. При сочетании желчекаменной, язвенной болезни и панкреатита необходим комплексный подход в диагностике, учете выявленных факторов риска развития осложнений со стороны сочетанной язвенной болезни в ближайшем послеоперационном периоде. 2. У больным с высоким хирургическим риском необходимо выполнять этапные оперативные вмешательства, основанные на миниинвазивных технологиях. Они, способствуют значительному снижению возможности развития осложнений в ближайшем



послеоперационном периоде в виде острого желудочно-кишечного кровотечения (с 18,3% до 1,4%), непосредственно угрожающего жизни больного.

## **7. Возможности малоинвазивных технологий в лечении острого панкреатита.**

Володченко Н.П., Карпенко А.В, Денискин О.Н., Крячек В.В.

Благовещенск

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Министерства здравоохранения Российской Федерации, ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница»

Актуальность проблемы. За последние два десятилетия заболеваемость острым панкреатитом увеличилась в 2 раза. Неуклонно растёт количество деструктивных форм, и в настоящее время оно составляет до 5–10 % пациентов хирургического профиля. Цель: оценить возможности различных малоинвазивных технологий в комплексном лечении острого панкреатита. Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 973 пациента с острым панкреатитом за 3 года. Возраст больных колебался от 19 до 87 лет, лица трудоспособного возраста составили 681 (69,9%) человек. Мужчин было 594 (61%), женщин —379 (39,0 %). Мужчины были преимущественно в возрасте 30-50 лет, большинство женщин старше 50 лет. Причинами развития острого панкреатита у 214 (21,9%) больных являлась желчнокаменная болезнь, а 567(58, 3 %) – приём алкоголя, нарушение диеты, заболевание желудка и 12-перстной кишки, у 92(19,8%)-абдоминальная травма, в том числе вследствие ЭРПХГ и эндоскопической папиллотомии, пенетрации язвы 12 –перстной кишки в поджелудочную железу. В структуре патологии преобладали больные с отёчным панкреатитом (75,1%). Более 50% (688) больных поступили в стационар спустя 24 часа от момента заболевания. Диагностический алгоритм включал оценку клинических и лабораторных показателей, изучение анамнеза заболевания. Для выявления патологических изменения паренхимы поджелудочной железы и близлежащих органов (желчевыводящих путей, желудка и 12-перстной кишки) проводили УЗИ, КТ, гастроскопию, по показаниям - лапароскопию. Задачами лапароскопии являлись: исключение других заболеваний брюшной полости, прежде всего острой хирургической патологии - мезентериального тромбоза, острого аппендицита другой острой абдоминальной патологии, а также подтверждение или исключение диагноза острого панкреатита. При выявлении признаков острого панкреатита выполнялись лечебные задачи: санации и дренирование брюшной полости, сальниковой сумки при ферментативном перитоните и оментобурсите. При сочетании острого панкреатита с деструктивным холециститом (в дополнение к перечисленным мероприятиям проводилась холецистэктомия с дренированием холедоха). Результаты и обсуждение. Из 973 больных, поступивших в хирургическое отделение, у 731 (75,1%) диагностирована отёчная форма острого панкреатита, у 242 (24,9%) деструктивные формы - жировой, геморрагический, смешанный панкреонекроз. Больных с отёчной формой острого панкреатита госпитализировали в хирургическое отделение, а пациентов с тяжёлым панкреонекрозом – в РАО. Всем больным, поступившим в хирургическое отделение, с диагнозом острый панкреатит проводилась базовая (стандартная) консервативная терапия. Консервативная терапия острого панкреатита включала: аспирацию желудочного содержимого, приём ингибиторов протонной помпы (омез, омепразол), коррекцию гомеостаза с помощью инфузии солевых и белковых растворов, проведение дезинтоксикационной терапии; антибиотикотерапии.. Продолжительность лечения больных с отёчной формой панкреатита в стационаре составила  $12,5 \pm 2,3$  к/дня. Базисный лечебный комплекс при тяжёлом остром панкреатите РАО был дополнен антисекреторной терапией (сандостатин, октреотид 100мкг х3р подкожно) экстракорпоральными методами детоксикации (лечебный плазмаферез), антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины III-IV поколений или фторхинолоны II-III

поколений в сочетании с метронидазолом). В фазу панкреатогенной токсемии и стерильного панкреонекроза малоинвазивные хирургические вмешательства проведены 193 (79,7%) из 242 больных с деструктивными формами острого панкреатита. Основными малоинвазивными вмешательствами являлись лапароскопия, санация и дренирование брюшной полости и чрескожные пункционные дренирующие вмешательства под контролем УЗИ. Показаниями к пункционным и дренирующим лечебным чрескожным вмешательствам являлись панкреатогенные органные и внеорганные жидкостных образованиях. Лапароскопическая санация с дренированием брюшной полости выполнена у 179 (73,9%) больных с деструктивными формами панкреатита. Основными областями дренирования являлись сальниковая сумка, правое подреберье и полость малого таза. Дренажи из брюшной полости удаляли на 3–5 сутки после прекращения отделения экссудата. В случаях билиарного панкреатита, выполнялась видеолапароскопическая холецистэктомия с наружным дренированием холедоха, чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия под УЗИ - наведением, при вклиненном камне – папиллотомия. Малоинвазивные операции законченным видом хирургического лечения явились у 167 больных из 242 больных с деструктивным панкреатитом. Открытые операции, без применения малоинвазивных технологий, выполнены 75 больным с деструктивным панкреатитом. Показаниями в этих случаях были распространенный гнойный перитонит, билиарный панкреонекроз, обширные забрюшинные флегмоны, абсцессы. Из лапаротомного доступа были выполнены следующие оперативные вмешательства: абдоминализация поджелудочной железы с последующим дренированием сальниковой сумки, вскрытие и дренирование абсцессов (или флегмон) забрюшинной клетчатки, некрэксеквэстрэктомия, а в случае билиарного панкреатита — холецистэктомия с различными вариантами наружного дренирования холедоха или холецистостомия. Продолжительность лечения при использовании малоинвазивных технологий составила 15,8 к/дней, летальность - 2,8% (2 пациента), при открытых операциях -37,3 к/дня, летальность 9,3%. Осложнения наблюдались у 4 (5,8%) пациентов. Выводы. 1. Применение лапароскопии при остром панкреатите позволяет верифицировать характер патологического процесса и выполнить рациональную лечебную программу. 2. Внедрение малоинвазивных вмешательств (лапароскопия, пункции под контролем УЗИ) позволило уменьшить количество традиционных, «открытых» операций при остром деструктивном панкреатите и значительно снизить количество осложнений, летальность, сроки пребывания больных в стационаре.

## **8. Ключевые технологии нутриционной поддержки после операций по поводу рака поджелудочной железы.**

Костюченко Л.Н., Смирнова О.А.

Москва

«Московский клинический научный центр»

Нутритивные нарушения у больных раком поджелудочной железы (ПЖ) весьма распространены, так как панкреас - один из органов, лимитирующих пищеварительно-транспортные процессы. Метаболические изменения (повышенный глюконеогенез из аминокислот, лактата, глицерола, повышенная утилизация глюкозы, инсулинорезистентность, повышенный липолиз, повышенный оборот глицерола и жирных кислот, пониженный липогенез, пониженная активность липопротеидлипазы, повышенный катаболизм мышечного белка, пониженный синтез белка в мышцах) приводят к белково-энергетической недостаточности, в ряде случаев – вплоть до развития синдромов анорексии-кахексии, гиперметаболизма-гиперкатаболизма, кишечной и печёночной недостаточности. Тактика нутриционной поддержки (НП) при раке ПЖ не достаточно разработана. Цель – определить возможности и критерии назначения

различных режимов НП и нутриционной детоксикации при раке поджелудочной железы. Материал и методы. Пациенты, перенесшие различные виды резекций ПЖ (стандартная ПДР, ПСПДР, расширенная ПДР с лимфодиссекцией, комбинированная - резекция ПЖ вместе с крупными сосудами и/или смежными органами, тотальная, медиальная). Методы: аналитический, статистический, фармакоэкономический, клинические. Нутритивный статус оценивался по критериям известного алиментационно-волемического диагноза (АВД), фазы раковой кахексии уточняли по Fearon с сотр.(2006). Результаты. Показано, что при выборе критериев назначения тех или нутритивных программ (режимов нутритивной детоксицирующей коррекции) можно использовать несколько подходов. Выбирать программу НП и оценивать её эффективность необходимо, опираясь на АВД ( в структуру которого входит точная оценка функциональных резервов лимитирующих усвоение органов). Так, при стандартной ПДР (когда удаляется 1/3-2/3желудка, 12-перстная кишка полностью или частично- до брыжеечных сосудов, головка ПЖ с крючковидным отростком, желчный пузырь, дистальная часть желчного протока, супра- и инфрапилорические передние панкреатодуоденальные лимфоузлы, узлы по ходу общей печеночной артерии и холедоха) из-за возникающих изменений в энтерогепатической циркуляции, а также недостатка ферментов ПЖ целесообразно в состав нутритивных смесей вводить фармаконутриенты в виде урсодезоксихолевой кислоты, диазона, панкреатических энзимов. При ПСПДР (когда пилорус, часть 12-перстной кишки и желчный пузырь не удаляются и сохраняются более адекватные переваривание и моторика) достаточно использовать частично расщеплённые нутритивные смеси. На основании анализа приведенных критериев, а также критериев АВД выделены также 3 группы пациентов, в свою очередь требующие различного объёма нутритивной помощи: 1) пациенты, подвергшиеся радикальному хирургическому и/или комплексному лечению, которым достаточно оказания традиционной инфузионно-нутритивной коррекции, 2) пациенты, находившиеся в момент оказания помощи на различных схемах химиотерапии (в основу программ нутриционного лечения помимо усиленных режимов и принципов нутриционной метаболической коррекции положена также концепция детоксикационного питания, причём его характер зависит от режима химиотерапии), 3) пациенты, нуждающиеся только в поддерживающей паллиативной алиментационной помощи (нутриционная поддержка, позволяющая повысить качество жизни и не позволить голодную смерть пациента). Выводы. 1) Критерии выбора НП при раке ПЖ зависят от стадии опухолевого процесса, типа выполненной операции, фазы канцерогенеза, фазы раковой кахексии, режимов химиотерапии (в частности, FOLFIRINOX, GTX, PEF-G), параметров АВД. После типичной ПДР и ПСПДР требуются различные программы НП. 2) Сопоставимость базового лечения с режимами нутритивного компонента лечения позволяет проводить пациентам, находящимся на различных стадиях опухолевого процесса, и при различной его локализации патогенетически и фармакоэкономически обоснованное детоксикационное питание ( в т.ч. на дому), метаболическую коррекцию или паллиативную нутриционную терапию. Терминальные пациенты полностью не усваивают НП, им целесообразно применять сокращённые режимы питательной поддержки и детоксикации, определяемые метаболическими нарушениями, возможностями усвоения нутриентов и уровнем эметогенности.

## **9. Новые возможности профилактики инфицированного панкреонекроза.**

Дибиров М.Д.

Москва

ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение. Несмотря на достижение диагностики фармакологии и хирургии летальность при инфицированном панкреонекрозе и панкреатогенном мепсисе по разным авторам достигает 40-80%. Основными путями профилактики инфицированного панкреонекроза являются мероприятия, приведенные в национальных рекомендациях РОХ которых необходимо проводить в первые часы – сутки после начала заболевания. Кроме посиндромного лечения при среднетяжелом и особенно тяжелом панкреонекрозе необходимы следующие неотложные мероприятия: 1. Адекватная антибактериальная терапия (фторхинолоны, цефалоспорины, карбапенемы). 2. Как можно ранняя ликвидация синдрома кишечной недостаточности (СКН) и высокого внутрибрюшного давления (ВДБ) путем назоэнтеральной терапии через зонд, введенный при ЭГДС на 20-30 см за Трейцеву связку и перидурального блока. 3. Противоферментная терапия с высокими дозами октреотида. 4. Быстрое снижение давления в главном панкреатическом протоке(ГПП) для профилактики его разрыва. 5. Экстракорпоральная детоксикация при II –III степенях эндотоксикоза. Принципиальным вопросам уменьшения объема некроза и профилактики разрыва ГПП являются своевременное снижение внутрипротокового давления и действенное подавление активности протеолитических ферментов. Материал и методы. В клинике исходя из результатов рандомизированных международных исследований, в которых доказана эффективность высоких доз соматостатина при тяжелых формах панкреонекроза при среднетяжелом панкреонекрозе в/в вводился 600мкг/с октреотида, а при тяжелом - 1200 мкг/с. для снижения внутрипротокового давления в первые 3-е суток проводились ЭПСТ и стентирование ГПП . при холедохолитиазе и холангите одновременно выполнялась литэкстракция и санация холедоха. В контрольной группе эти два мероприятия не проводились. В остальном лечение в обеих группах проводилось соответственно рекомендациям РОХ. Результаты. В основной группе (n-126) инфицирование наступило у 17(13%), контрольной (n-162) – 42(26%). Летальность соответственно 8% и 15%. Таким образом, опыт клиники доказывает несомненную эффективность комплекса мер с введением высоких доз октреотида и стентирования ГПП при среднетяжелом и тяжелом панкреатите в первые 3-е суток от начала воспаления.

## **10. Гормональноактивные опухоли поджелудочной железы.**

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

Симферополь

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»  
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

Актуальность: неопластические опухоли поджелудочной железы исходящие из островкового аппарата апудомы занимают особое место в абдоминальной хирургии в силу мало встречаемости данной патологии и несовершенством диагностики и недостаточной информативностью хирургов и врачей общего профиля с клиническими проявлениями заболевания. Цель: показать и проанализировать коллективный опыт диагностических ошибок неопластических образований поджелудочной железы опухоли её островкового аппарата. Материалы и методы: За последние 53 года под нашим

наблюдением находилось 27 пациентов с гормонально активными опухолями поджелудочной железы в возрасте от 18 до 52 лет: мужчин 14, женщин – 13. Инсулиномы были у 14 больных, гастриномы – у 9 пациентов, карциноид – у 3, глюкагонома – в 1 случае. Данные исследования начаты ещё профессорами Н.Н.Волобуевым, С.Д.Сидоренко, которые были заведующими кафедрой госпитальной хирургии Крымского медицинского института. Результаты и обсуждения: Будучи в большинстве случаев небольшими по размерам, они не проявляются локальной симптоматикой, но, вырабатывая активные субстанции, приводят к глубоким извращениям интермедиарных обменов. В зависимости от патоморфологии и характера гормональной опухоли они клинически манифестируются многообразными нервно-психическими, эндокринологическими дерматологическими или гастроинтестинальными синдромами. Обычно до правильного диагноза проходит ни один год диагностических ошибок, больные подвергаются необоснованным оперативным вмешательствам, а иногда истинная причина болезни устанавливается лишь на аутопсии. Истинная причина диагностических ошибок наверное кроется в редкости заболевания, многообразии клинических проявлений и недостаточном знании врачей общебольничной сети с данной патологией. Инсулиномы – наиболее часто встречающиеся гормональноактивные опухоли, исходящие из В-клеток островков Лангерганса и избыточно продуцирующие инсулин. Из 14 наблюдаемых пациентов 13 оперированы. В одном случае при морфологии отмечены признаки злокачественности. У большинства больных они были небольшого размера и даже интраоперационно обнаруживались с трудом. Их клинические проявления в первую очередь, обусловлены гиперинсулинемией с гипогликемическим синдромом разной степени выраженности и снижением уровня сахара крови до 1,1 ммоль/л. Диагностировались они в разные сроки от 1-9 лет после проявления первых клинических проявлений. В ранние сроки заболевания больных лечили от неврастении, церебросклероза, климактерического невроза, эпилепсии. На фоне гипогликемии прежде всего страдает питание мозга, которое проявляется психомоторным возбуждением с неадекватным агрессивным поведением. Именно 8 наших пациентов впервые попали в психиатрические клиники. И только в последние годы благодаря компьютерной диагностике диагноз был верифицирован своевременно с последующим проведением оперативного пособия. Выводы: Основываясь на коллективном собственном опыте наблюдения и лечения, с критической оценкой допущенных в разные периоды диагностических и лечебно-тактических ошибок мы позволили представить данный материал, для настороженности абдоминальных хирургов с достаточно редко встречаемой патологией.

## **11. Панкреатогенный сепсис, основная причина высокой летальности при остром панкреатите.**

Рыбаков Г.С., Исаев А.И., Карсотьян Г.С.

Москва

ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ГКБ им. С.И.Спасокуцкого

Актуальность. Больные острым панкреатитом (ОП) составляют 5 - 10 % от общего числа пациентов хирургического профиля. Летальность от осложненного острого панкреатита значительно снизилась, но остается достаточно высокой (12-20%). Причем 60 - 80 % летальных исходов приходится на гнойные осложнения и панкреатогенный сепсис. Мы придерживаемся мнения, что сепсис это инфекционно-токсическое заболевание, которое возникает при постоянном или периодическом поступлении микроорганизмов и их токсинов в кровотоки из очага инфекции (в нашем случае - поджелудочная железа (ПЖ), парапанкреальная и брюшинная клетчатка), что приводит к несостоятельности факторов

иммунной защиты, генерализации инфекции и дисфункции органов. Цель исследования: обосновать алгоритм критериев для постановки диагноза панкреатогенного сепсиса, который позволит определить своевременную и рациональную тактику лечения больного. Материал и методы: нами проведен ретроспективный и проспективный анализ лечения 602 больных панкреонекрозом. Характеристику клинического материала проводили, исходя из классификации острого панкреатита, принятой в Атланте (1992), и протоколов клинических рекомендаций РОХ, С-П(2014). СП выявлен у 378(62,8%), ИП - 121(20,1%) , ПА- 47(7,8%), ИК ПЖ выявлена у 56 (9,3%). Мужчин было 387 (64,3%), а женщин- 215 (35,7%). Преобладали лица трудоспособного возраста: 389(64,6%) пациентов в возрасте от 21 до 60 лет. Основная причина -это алиментарные нарушения 493(81,9%), билиарный ПН- 103(17,1%) . Развитие панкреатогенного сепсиса наблюдалось как правило у больных тяжелой степени. Диагностические критерии тяжелого панкреатита: Клинические проявления: Интенсивные боли в животе. Перитонеальный синдром (не всегда ), панкреатогенный шок. Степень нарушений функций со стороны органов и систем по шкале SAPS от 12 баллов и выше. Признаки синдрома системной воспалительной реакции (ССВР): Температура тела выше 38С или ниже 36С, Тахикардия более 90 ударов в минуту, Тахипноэ более 20 дыханий в минуту или, PCO2 менее 32 мм рт. ст., Лейкоцитоз более 12.10 /л или менее 4.10/л или более 10% незрелых форм. Повышение уровня прокальцитонина в плазме крови более 20 мг/мл. Признаки полиорганной недостаточности: Проявления одного признака дыхательной, почечной, сердечно-сосудистой или их сочетания. Метаболические расстройства, расстройства коагуляции, септическое состояние. Маркеры некроза поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки; высокий уровень С- реактивного белка, лактатдегидрогеназы. Очаги деструкции в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке при УЗИ и КТ; парапанкреатический инфильтрат, инфильтрация забрюшинной клетчатки, скопление жидкости в сальниковой сумке, свободной брюшной полости, забрюшинной клетчатке. ЭГДС- эрозивно-язвенное поражение желудка и двенадцатиперстной кишки, Рентгеноскопия- явления паралитической кишечной непроходимости, плевральный, выпот с высоким уровнем амилазы крови. Видеолапароскопия - оментобурсоскопия: Геморрагический выпот в сочетании с очагами стеатонекроза и высоким уровнем амилазы, геморрагическое пропитывание, отек и инфильтрация забрюшинной клетчатки. Фибринозный и/или фибринозно-гнойный перитонит. Результаты: проведенный анализ клинических наблюдений подтвердил, что основными факторами панкреатогенного сепсиса являются ИП 32(26,4%), ПА 12( 25,5%), инфицированная псевдокиста 14(25%) . Наиболее информативными диагностическими малоинвазивными методами, по нашему мнению являются УЗИ, КТ, МРХПГ. Среди лечебно-диагностических методов несомненным преимуществом пользуются ЭГДС с заведением зонда в тощую кишку для энтерального лаважа, ЭРХПГ, стентирование общего желчного и Вирсунгианова протоков, лапароскопия. Рассматривая диагностическую информативность основных клиничко-лабораторных методов исследования, мы отметили, что при развитии сепсиса, чаще, чем без него при панкреатитах встречаются: лихорадка 38 и выше градусов, Септицемические очаги, положительные посевы крови, пневмония, анемия, менее 100 г/л), гипопроteinемия (менее 60 г/л), лейкоцитоз (свыше 12 x10.) Основными возбудителями панкреатической инфекции являются грамотрицательные микроорганизмы 58% (E.coli, другие энтеробактерии), частота выделения энтерококков колеблется от 3 до 40%, а стафилококков - у 2-57%/. Кроме того выделяют грибы и анаэробные микроорганизмы. Полимикробный характер инфицирования чаще встречается у больных с панкреатогенными абсцессами по сравнению с инфицированным панкреонекрозом. Преимущественная идентификация в очагах инфекции микроорганизмов желудочно-кишечного тракта в условиях его пареза, недостаточности барьерной функции, служит подтверждением того, что кишечная флора является основным источником транслокации в стерильные зоны при панкреонекрозе. Выводы: 1. Наличие признаков панкреатогенного сепсиса требует немедленного использования антибиотиков широкого спектра действия , влияющих на полимикробную флору. 2. Коррекцию энтеральной недостаточности

необходимо проводить с первых часов заболевания с включением внутризондового лаважа и питания. 3. Для оперативного лечения должны максимально использоваться миниинвазивные методы, основная цель - ликвидация недренируемых инфицированных образований.

## **12. Оптимизация миниинвазивных вмешательств в лечении деструктивного панкреатита.**

Рыбаков Г.С., Исаев А.И., Карсотьян Г.С.

Москва

ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого

Актуальность. Рост числа больных острым панкреатитом не вызывает сомнений. Диагноз острого панкреатита часто сопровождается как гипер так и гиподиагностикой и только у 1/3 пациентов подтверждается при дальнейшем обследовании (В.С.Савельев, 1983). Летальность при деструктивном панкреатите и его осложнениях, по данным разных авторов, достигает 20-80% (Затевахин И.И. 1999). Многие вопросы острого панкреатита до сегодняшнего дня остаются нерешенными. Большим прорывом в экстренной хирургии явилась разработка протоколов национальных клинических рекомендаций по диагностике и лечению острого панкреатита (РОХ; С-П, 2014). Они позволяют оптимизировать принятие решений в выборе методов новых миниинвазивных технологий, диагностики и характера лечения, исходя из научно обоснованных доказательств их эффективности и безопасности для больных. Цель исследования - улучшить результаты лечения больных острым панкреатитом, путем широкого и адекватного использования миниинвазивных технологий и протоколов национальных клинических рекомендаций. Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 644 больных деструктивным панкреатитом. Мужчин было 408 (63,3%), женщин - 236 (36,6%). Характеристику клинического материала проводили, согласно протоколов клинических рекомендаций (РОХ; С-П, 2014). Алкогольно-алиментарный панкреатит выявлен у 508 (78,9%) больных, билиарный - у 136 (21,1%) больных. Стерильный панкреонекроз (жировой, геморрагический, смешанный) без наличия очагов гнойной деструкции выявлен у 378 (58,7%) больных. Инфицированный панкреонекроз диагностирован у 121 (18,8%) больного. Панкреатогенный абсцесс - 47 (7,3%) человек. Инфицированная киста ПЖ выявлена у 56 (8,7%) пациентов, инфицированная флегмона забрюшинной клетчатки - 35 (5,4%) больных, фибринозно-гнойный перитонит - 7 (1,08%) больных. Легкая степень тяжести отмечена у 327 пациентов, средняя степень у 121 больного, тяжелая у 196 больных. Независимо от тяжести состояния, в условиях отделения реанимации во время ЭГДС выполняли назоинтестинальную интубацию нипельным дренажом с целью введения солевых маномерно-электролитных растворов, для стимуляции кишечника и профилактики инфицирования. ЭРХПГ, ЭПТ выполнены 75 больным с билиарным и алкогольно-алиментарным панкреатитом. Стентирование общего желчного и/или Вирсунгианова протоков выполнены 75 пациентам. При стабильной гемодинамике обязательно проводили экстракорпоральную детоксикацию. Ультрафильтрация крови выполнена 249 больным. В качестве основных хирургических вмешательств использовали два метода дренирующих операций - закрытый и открытый. Результаты. Энтеральный лаваж через зонд проведен 524 больным. Лапароскопия - 454 больным, 417 пациентам, как миниинвазивное лечебное вмешательство. Санация и дренирование острых жидкостных скоплений брюшной полости 338 больным, санация и дренирование сальниковой сумки 286 больным, холецистостомия 265 больным. Открытые операции из мини-доступа выполнены 147 больным. Мини-люмботомия справа и /или слева дополнена в 137 случаях. Традиционная лапаротомия выполнена 7 больным с фибринозно-гнойным

перитонитом. Программные санации производили через 24-72 часа. Осложнения в группе больных после мини-доступа развились в 19 случаях. Кровотечение из аррозированных сосудов у 15 пациентов, толстокишечный свищ наблюдался у 3 больных, тонкокишечный свищ у 1 больного. Летальных исходов при стерильном панкреонекрозе не было. В группе с инфицированным панкреонекрозом умерло 17 (14%) пациентов на фоне панкреатогенного сепсиса. Общая летальность равна 2,6%. Заключение. Использование протоколов клинических рекомендаций позволило: 1. Определить единый подход к пониманию этиопатогенетических особенностей заболевания и развития деструктивного процесса в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке; 2. Верифицировать клинико-морфологическую форму и переход заболевания в фазу инфицирования; 3. Определить границу и распространенность в динамике некротического процесса; 4. Использовать убедительные доказательства многоцентровых и независимых клинических исследований эффективности различных методов консервативного и хирургического лечения; 5. Определить единую тактику хирургического лечения больных деструктивным панкреатитом. Выводы. Широкое использование лечебной видеолапароскопии, стентирования общего желчного и Вирсунгианова протоков позволило снизить число осложнений на 8,1%, летальность в анализируемой группе больных на 12,2%. 2. Новые эндоскопические и миниинвазивные технологии должны занимать приоритетное место в диагностике и лечении больных острым панкреатитом.

### **13. Традиционная лапаротомия в лечении осложненных форм острого панкреатита.**

Капшитарь А.В.

Запорожье, Украина

Запорожский государственный медицинский университет

В последние годы отмечается увеличение больных острым панкреатитом и особенно панкреонекрозом. В структуре заболеваемости неотложной хирургической абдоминальной патологией в ряде регионов он вышел на 1-е место. Поздняя госпитализация, трудности ранней диагностики острого панкреатита, его форм и осложнений, своевременной интенсивной консервативной терапии в полном объеме, показаний к операции и выбор её объема, высокая частота послеоперационных осложнений и летальности обуславливает актуальность проблемы и в настоящее время. Цель работы: анализ результатов хирургического лечения острого панкреатита в хирургическом отделении КП «Городская клиническая больница № 2», являющегося базой кафедры хирургии и анестезиологии ФПО. Материалы и методы. В течение 10 лет на лечении находились 825 пациентов с острым панкреатитом. В диагностике острого панкреатита, наряду с клиническим обследованием, оценивали результаты лабораторно-биохимических показателей, рентгенографии грудной и брюшной полостей, УЗИ, ФГДС, КТ, традиционной и минилапароскопии. В процессе консервативного лечения неотложная верхняя срединная лапаротомия выполнена у 56 (6,8 %) больных с осложнённым течением острого панкреатита. Из них отёчная форма панкреатита (ОП) выявлена у 13 (23,2 %) пациентов и панкреонекроз (ПЗ) - у 43 (76,8 %) больных. Мужчин было 27 (62,8 %), женщин — 16 (37,2 %), возраст — 15–85 лет. Причинами возникновения острого панкреатита стал обильный приём жирной пищи у 28 (50%) больных, алкоголя – у 15 (26,8%), причина не установлена – у 13 (23,2%). Множественные сопутствующие заболевания имели место у 42 (97,7 %) пациентов. Все они, в т.ч., страдали III-IV степенью алиментарно-конституционального ожирения. Примечательно, что частота заболевших ПЗ за последние 5 лет увеличилась, и составила 53,5 %. Результаты и обсуждение. Во время неотложной верхней срединной лапаротомии ОП выявлен нами у 13 (23,2 %) пациентов, стерильный ПЗ – у 27 (62,8 %) и инфицированный ПЗ – у 16 (37,2 %). При ОП объём операции был минимальный: парапанкреатическая блокада, трубчатое



дренирование сальниковой сумки через винслово отверстие, санация и дренирование брюшной полости и малого таза. Показанием к данной, ошибочной операции был перитонит и невозможность дифференциальной диагностики между разными острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости либо неуверенность в диагнозе острого панкреатита. При стерильном ПЗ с асептическим перитонитом после эвакуации выпота и санации брюшной полости произведена парапанкреатическая блокада, трубчатое дренирование сальниковой сумки справа через винслово отверстие и слева – через желудочно-ободочную связку для диализа. В случаях желчнокаменной болезни, деструктивных, ферментативных форм холецистита или хронического калькулезного холецистита выполнена традиционная холецистэктомия от шейки с наружным дренированием холедоха по Холстеду. Дренирование брюшной полости и малого таза. После консервативной терапии у больных с инфицированным ПЗ ставили показания к операции после диагностики гнойный осложнений и не ранее 2 недель от начала заболевания. Инфицированный ПЗ требовал более расширенного и агрессивного хирургического объема вмешательства. После вскрытия и санирования абсцессов сальниковой сумки, поджелудочной железы, некр- и секвестрэктомии осуществляли марсупиализацию сальниковой сумки по Франкенбергу. Парапанкреатические абсцессы также вскрывали, санировали и дренировали. Забрюшинные флегмоны вскрывали и дренировали, согласно разработанным в клинике люмботомическим доступам. При перитоните санировали брюшную полость и малый таз, широко дренировали, выполняли назоинтестинальную интубацию тонкого кишечника. Релапаротомия потребовалась у 4 (9,3 %) пациентов. Из косого мини-доступа в правом подреберье вскрыто ограниченное жидкостное скопление в правом поддиафрагмальном пространстве у 1 (25 %) больного и абсцессы поддиафрагмального и подпеченочного пространств — у 1 (25 %). После мини-доступа в левом подреберье вскрыт абсцесс левого поддиафрагмального пространства, дополненный панкреатсеквестрэктомией у 1 (25 %) пациента. Срединная лапаротомия со вскрытием значительного по объему ограниченного жидкостного скопления в левом поддиафрагмальном пространстве и мезогастрии выполнена еще у 1 (25 %) больного. Умерли 2 (4,7 %) пациентов (полиорганная недостаточность — 1, острое желудочно-кишечное кровотечение из острых язв и эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнившееся шоком и ДВС-синдромом — 1). У всех умерших больных были тотальные формы панкреонекроза. Выводы: 1. В диагностике острого панкреатита и его форм, оптимизации показаний для выбора лечебной тактики следует шире применять дополнительные методы исследования. 2. Объем хирургического вмешательства состоит из лечебных и профилактических мер, направленные на регресс ПЗ и его осложнений. 3. Ограничение показаний к традиционной лапаротомии, унифицированный объем хирургической коррекции позволили сократить релапаротомии до 9,3% и летальность до 4,7%.

#### **14. Данные к обоснованию техники субтотальной резекции поджелудочной железы.**

Старосек В.Н., Хилько С.С., Бутырский А.Г.

Симферополь

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»  
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

Поджелудочная железа (ПЖ) впервые обнаруживается у зародыша человека в начале второго месяца эмбрионального развития в виде двух закладок. В дальнейшем в связи с поворотом кишечной трубки вентральная закладка перемещается и ложится на заднюю поверхность проксимальной части дорсальной закладки. Из вентрального зачатка формируется проксимальный отдел вирсунгова протока ПЖ и задняя часть головки с крючковидным отростком, а из дорсального — передневерхняя часть головки, тело и

хвост с располагающимися в них отделами главного панкреатического протока. Дорсальная и вентральная закладки на разных стадиях развития разделены прослойкой мезенхимы. Соединительнотканная прослойка между развивающимися из закладок сегментами головки ПЖ сохраняется и после рождения. Сущность предлагаемого нами способа субтотальной левосторонней резекции ПЖ заключается в разделении головки на два сегмента (соответственно эмбриональному развитию): передний, развившийся из дорсальной закладки (передневерхняя часть головки, тело и хвост), и задний, развившийся из вентральной закладки (задняя часть головки и крючковидный отросток). Разделение головки на сегменты производится тупо по соединительнотканной прослойке, сохранившейся между ними из онтогенеза, при этом перевязывается и пересекается лишь главный проток железы в месте слияния протоков зачатков. Остающаяся часть — заднелатеральный участок головки, непосредственно прилежащий к вертикальному отделу двенадцатиперстной кишки (ДПК), и крючковидный отросток составляет  $25 \pm 7,2\%$  всей массы железы. Субтотальная резекция ПЖ по предлагаемому нами способу осуществляется следующим образом. Производится лапаротомия. Вскрывается сальниковая сумка путём широкого рассечения *lig. gastrocolicum*. По верхнему и нижнему краю ПЖ на всём протяжении осторожно рассекается париетальная брюшина, и тупым путём проводится выделение задней поверхности тела и хвоста из забрюшинной клетчатки. Тело и хвост вместе с мобилизованной селезёнкой выводят в рану и отводят вправо и вверх. При этом обнажают ствол верхней брыжеечной вены, мелкие панкреатические вены перевязывают и пересекают. При определённой осторожности этот этап легко выполнить, тем более что выделять верхнюю брыжеечную вену необходимо только спереди в отличие от других методик, где вену приходится отделять и сзади, от крючковидного отростка и его связки. Далее необходимо тупо с помощью тупфера максимально вправо выделить нижний край перешейка и головки. При этом часто сзади становится видна ткань железы — крючковидный отросток. Следующий этап — отделение передненижней поверхности головки от верхнего края нижней горизонтальной ветви ДПК. Осторожно рассекают листок париетальной брюшины в месте перехода на корень брыжейки поперечно-ободочной кишки до внутреннего края вертикальной ветви ДПК и с помощью тупфера максимально мобилизуют корень *mesocolon*, сдвигая ткани книзу до нижней горизонтальной ветви ДПК. У внутреннего края средней трети вертикальной части ДПК в месте её пересечения с корнем *mesocolon* освобождается треугольная выемка, заполненная жировой клетчаткой. Тупо, направляясь влево, кнутри от *a. pancreatoduodenalis inferior anterior*, выделяется нижний край переднего сегмента головки ПЖ. При этом панкреатические веточки *a. pancreatoduodenalis inferior anterior* перевязываются. Далее тупым путём отгесняют передний сегмент головки вверх и влево и отделяют его от медиального края вертикальной части ДПК. При этом перевязывают встречающиеся веточки *a. pancreatoduodenalis superior anterior*. В некоторых случаях, при самостоятельном впадении санториниева протока в ДПК, он перевязывается и пересекается непосредственно у места впадения в кишку. Разделение головки на сегменты производится преимущественно тупым путём. На расстоянии 1,7 см от верхней горизонтальной ветви ДПК и 3,7 см от вертикальной перевязывается и пересекается главный проток — место слияния протоков зачатков. В результате ПЖ остаётся фиксированной только по верхнему краю в области перешейка за счёт селезёночной вены и артерии, которые осторожно выделяют, перевязываются и пересекаются. Т.о., остаётся заднелатеральный участок головки ПЖ, непосредственно прилегающий к нисходящему отделу ДПК, и крючковидный отросток. Преимуществом данного способа резекции ПЖ является его строгая анатомическая обоснованность с учётом особенностей эмбрионального развития и малая травматичность. При его применении не повреждается паренхима ПЖ и протоки I-IV порядков, нет условий для подтекания панкреатического сока в брюшную полость, отпадает необходимость в обработке культи ПЖ. Предлагаемый способ технически прост, при его выполнении не нарушается питание ДПК, остающаяся часть головки ПЖ и крючковидный отросток имеют хороший дренаж в просвет ДПК за счёт проходящей в оставшемся сегменте железы проксимальной части вирсунгова

протока. Разработав показания и технику дистальной резекции ПЖ, удалось снизить летальность при этой операции за период наблюдения до 29,9%.

## **15. Хирургическое лечение кист головки поджелудочной железы при хроническом панкреатите.**

Одишелашвили Г.Д., Ильясов Р.К.

Астрахань

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. Ввиду значительного роста заболеваемости хроническим панкреатитом, особенно кист поджелудочной железы, а также увеличением частоты осложнений и летальных исходов этого заболевания, хирургическое лечение является актуальной проблемой современной хирургии. Хирургические вмешательства на поджелудочной железе являются одними из самых сложных в абдоминальной хирургии. Это объясняется высокой частотой послеоперационных осложнений до 40 %, а также послеоперационной летальности до 20%. Диапазон оперативных вмешательств, выполняемых по поводу панкреатических кист, довольно широк - резекционные оперативные вмешательства, наружное дренирование, энуклеация кисты, внутреннее дренирование. Радикальные операции технически наиболее сложно выполнимые вмешательства, сопровождающиеся обширной травматизацией поджелудочной железы. Основным недостатком методов наружного дренирования являются возникновение наружных панкреатических свищей в 10-33% больных, рецидивов заболевания у 18-57%. Наиболее чаще всего используют методы внутреннего дренирования. Внутреннее дренирование КПЖ – относительно простой и эффективный способ их хирургического лечения. Частота его использования достигает от 30 до 60%. Но остается высокой частота послеоперационных осложнений, достигающая 35%. При расположении кисты в головке поджелудочной железы чаще прибегают к панкреатоцистогастротомии по А. Jurasz. Вместе с тем существует определенная опасность осложнений, таких, как нагноение полости кисты, в результате попадания пищевых масс в полость кисты, прогрессирование панкреонекроза в послеоперационном периоде, прорезывание швов за счет мощных перистальтических волн целого желудка, а также массивное кровотечение из зоны анастомоза. Целью работы явилась разработка нового способа операции при кистах головки поджелудочной железы. Разработан способ панкреатоцистогастротомии (Патент №2571711 от 25.11.2015), который заключается в следующем. После срединной лапаротомии, отступя 5 см от пилоруса, как по большой кривизне, так и по малой кривизне, мобилизуем участки желудка на протяжении 3 см в проксимальную сторону. Затем производим на этом уровне отсечение пилорического отдела желудка от проксимальной части желудка. Через зияющее отверстие пилорического отдела желудка выполняем пункцию кисты головки поджелудочной железы с последующим рассечением задней стенки пилорического отдела и передней стенки кисты поджелудочной железы длиной 2 см, с удалением содержимого кисты. Производится эндоскопическая ревизия кисты. В дальнейшем, после гемостаза, ушиваем образовавшееся передние губы будущего соустья. Отверстие пилорического отдела ушивается однорядным швом. Непрерывность желудочно-кишечного тракта восстанавливается наложением гастроэнтероанастомоза. Способ применен в клинике у 5 больных. Больные осмотрены через 4 года: в удовлетворительном состоянии, жалоб не предъявляют, дефицита массы тела нет, трудоспособны. Выводы: предложенный способ прост в исполнении; предотвращает натяжение зоны анастомоза; исключает попадание пищи в протоковую систему поджелудочной железы, что снижает риск развития послеоперационных осложнений.

## 16. Преимущества использования виртуального 3-D моделирования в хирургии поджелудочной железы.

Каторкин С.Е., Колсанов А.В., Быстров С.А., Андреев И.С., Шестаков Е.В., Зельтер П.С.

Самара

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель. Изучить эффективность цветного 3-D моделирования на основе анализа данных мультиспиральной компьютерной томографии при выполнении субтотальной резекции головки поджелудочной железы при хроническом панкреатите. Материал и методы. В исследование были включены пациенты (n=5) с хронический панкреатитом и кистами поджелудочной железы. При обследовании выполнялась мультиспиральная компьютерная томография с болюсным контрастированием до и после операции. На основе полученных данных в программе «Автоплан», которая была разработана в Центре прорывных исследований СамГМУ «Информационные технологии в медицине» строились предоперационные цветные 3D модели области оперативного вмешательства, которые затем были проверены интраоперационно. Технология получения виртуальной 3-D модели в абдоминальной хирургии состояла из следующих этапов: 1. Выполнение КТ с болюсным контрастированием; 2. Загрузка данных в формате DICOM в систему «Автоплан»; 3. Сегментация парехиматозных органов: печень, селезенка, поджелудочная железа; 4. Сегментация артерий и вен; 5. Получение объемной полигональной 3-D модели и ее анализ совместно с врачом-хирургом. Выполнение сегментаций внутренних органов проводилось в полуавтоматическом режиме: врач вручную выделял контур органа на нескольких срезах, далее включался алгоритм 3D-интерполяции. После этого с помощью инструмента коррекции исправлялись мелкие недочеты. Сегментация артерий и вен проводилось в автоматическом режиме. Алгоритм сосудистой сегментации включал предварительную обработку изображений по улучшению соотношения «контраст-шум», пороговую обработку и использование метода «geodesic active contour». Результаты. Были получены модели органов брюшной полости, которые являлись интегральным отображением всех фаз компьютерной томографии. На таких моделях можно изменять прозрачность структур, которые «заслоняют» зону интереса, измерять объемы и проводить плоскости виртуальной резекции. Данные созданных в предоперационном периоде 3D моделей полностью подтвердились интраоперационно. Предоперационное 3D моделирование позволило подготовиться к хирургическому вмешательству с учетом индивидуальных анатомических особенностей пациента и выбрать оптимальный объем операции. Знание 3D топографии образований в поджелудочной железе позволило прецизионно выделить и лигировать образования, что повышает качество гемостаза, а также уменьшает вероятность травмы поджелудочной железы и повреждения окружающих органов и сосудистых структур. Для оценки адекватности объема оперативного вмешательства также были построены послеоперационные цветные 3D модели. Послеоперационные 3D модели не выявила каких-либо патологических образований в поджелудочной железе. Заключение. 3D моделирование обеспечивает хирургу достоверную топографо-анатомическую информацию об органах гепатобилиопанкреатодуоденальной области. 3D реконструкция улучшает шансы на успех операции и снижает риск послеоперационных осложнений. Послеоперационное 3D моделирование позволяет оценить адекватность объема проведенного хирургического вмешательства.

## **17. Обоснование ранних оперативных вмешательств при панкреонекрозе с поражением головки и перешейка поджелудочной железы.**

Михайличенко В.Ю., Каракурсаков Н.Э., Старых А.А., Бугаенко О.А.

Симферополь

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»  
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

Несмотря на значительное количество исследований, посвященных современному терапевтическому и хирургическому лечению острого панкреатита, значительных успехов в результатах лечения данной патологии достигнуто не было. На ежегодных конференциях постоянно дискутируется вопрос об времени оперативного вмешательства, если в последние 10 лет считалось максимальное оттягивание времени хирургической интервенции, то анализ всех неудач в лечении панкреонекрозов, привел авторский коллектив Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г. (IASGO, 2017) к мнению, что при локализации деструкции в головке и перешейке, необходимо выполнять ранние оперативные вмешательства на 2-3 сутки, а при поражении хвоста поджелудочной железы, необходимо максимального использования малоинвазивных технологий и выполнения интервенции через 3-4 недели. Цель работы – изучить эффективность выполнения ранних оперативных вмешательств при панкреонекрозе с преимущественным поражением головки и перешейка поджелудочной железы. Материал и методы исследования. В основу работы лег ретроспективный анализ результатов лечения 36 пациентов с острым тяжелым панкреатитом и поражением головки/перешейка поджелудочной железы, находящихся на стационарном лечении в ГБУЗ РК «Симферопольская городская клиническая больница №7». Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа (№15) пациентам, которым после проведения предоперационной подготовки в течении 1-3 суток от начала заболевания были выполнено оперативное вмешательство в виде центральной оментобурсостомы, одно- или двусторонних люмботомий; 2 группа (№21), группа, которым выполняли различного рода открытых оперативных вмешательств, как и 1 группе на 3-4 недели заболевания. Результаты лечения оценивали по осложнениям, летальности, койко-дням. Результаты и их обсуждения. В первой группе в раннем послеоперационном периоде умерло 2 пациента (13,3%) от полиорганной недостаточности, в позднем послеоперационном периоде 1 (6,7%) от аррозивного кровотечения из селезеночной артерии. Общая летальность составила 20%. Во 2 группе от сепсиса или его осложнений умерло 4 пациента (19%), 3 (14,3%) пациентов умерло от аррозивного кровотечения из селезеночной артерии. Общая летальность составила во 2 группе 33,3%. Панкреатический свищ в 1 группе образовался у 1 пациента (6,7%), во 2 группе у 3 (14,3%) пациентов. Постнекротические кисты поджелудочной железы через 6 месяцев 1 группе наблюдались у 3 пациентов (20%), во 2 группе – у 7 (33,3%) пациентов. Средний койко-день в 1 группе составил  $21,6 \pm 4,3$ , во 2 –  $38,9 \pm 12,4$ . Выводы. Предварительные данные нашего исследования позволяют сделать заключение, что при тяжелом панкреатите с преимущественным поражением головки/перешейка поджелудочной железы оптимальным является выполнение ранних оперативных вмешательств заключающихся в адекватном дренировании и санации, что позволяет от группы поздних оперативных вмешательств, уменьшить летальность, снизить количество осложнений и койко-день.

## 18. К оценке хирургического лечения хронического панкреатита.

Рыбачков В.В., Аносенко С.А., Дубровина Д.Е.

Ярославль

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы: хирургическое лечение хронического панкреатита остается причиной множества дискуссий. Неуклонный рост заболеваемости, высокий процент инвалидизации пациентов, находящихся в трудоспособном возрасте, делает хронический панкреатит не просто медицинской, а серьезной социально-экономической проблемой. Отсутствие четких критериев определения сроков проведения оперативных вмешательств, их вида и объема, усугубляет сложившуюся ситуацию. Поэтому практическая оценка исследования отдаленных результатов различных операций, применяемых при хроническом панкреатите, несомненно, приведет к снижению числа повторных вмешательств и, как следствие, уровня летальности. Цель работы: выявить наиболее оптимальные виды хирургических операций в зависимости от течения хронического панкреатита. Материалы и методы: объектом исследования стали 250 больных хроническим панкреатитом. Мужчин было 76,4%, женщин 23,6%. У 197 (78%) из них проводилось оперативное лечение. Длительность заболевания хроническим панкреатитом на момент исследования составляла от 1 года до 10 лет. Преобладающим этиологическим фактором в развитии данного заболевания стало злоупотребление алкоголем - 81,2%. При кистозном панкреатите локализация кист в головке отмечалась в 34,2%, в теле в 20,6%, в хвосте в 43% случаев. Результаты: По нашим данным, формирование панкреатических кист и свищей происходит в течение первого года после перенесенного панкреонекроза, а индуративный и калькулезный панкреатит развиваются через 5 лет и более. Пациентам с индуративным панкреатитом проводились различные операции на поджелудочной железе: продольная панкреатоэнтероанастомия - 23%, гастропанкреатодуоденальная резекция - 5,3%, дистальная резекция поджелудочной железы 6,07%, холедоходуоденостомия - 2%, гастроэнтеро и холецистоэнтероанастомоз - 3,2%, операция Монастырского - 3,9%. Пациентам с кистозной формой панкреатита проводилось, в основном, внутреннее дренирование кист 52,7%. Радикальные операции при кистах проводились в 9,4% случаев. Осложнения кист (нагноение, перфорация, кровотечение в полость кисты) выявлены в 21% случаев. Свищевая форма панкреатита отмечалась у 16,2% пациентов. В отдаленном послеоперационном периоде (5 лет после операции и более) проводилось исследование качества жизни у 57% больных оперированных по поводу различных форм хронического панкреатита. Отчетливый рецидив клинических проявлений стал причиной повторных операций в 14,6% случаев. Одной из причин рецидива заболевания в отдаленном послеоперационном периоде стало сужение панкреато-дигестивных анастомозов. Общая летальность в исследуемой группе составила 13,2%. В структуре летальности неблагоприятные исходы после наружного дренирования кист составили 24,3%, после внутреннего дренирования в 8,6 % случаев. После резекций летальных исходов не отмечалось. Установлено, что качество жизни у пациентов с внутренним панкреатоцистоэнтероанастомозом остается на высоком уровне в течение 5 лет после операции, тогда как при наружном дренировании эти показатели снижаются на 11-23%. При резекционных операциях через 3-5 лет уровень качества жизни повышается в 1,6-4,4 раза. Выводы: при индуративном панкреатите целесообразно выполнение резекционных операций на изолированной петле тощей кишки. При кистозной форме хронического панкреатита операцией выбора становится наложение цистопанкреатоэнтероанастомоза.

## 19. Гибридный подход к хирургическому лечению деструктивного панкреатита.

Совцов С.А.

Челябинск

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. Имеющиеся сегодня непосредственные результаты лечения деструктивных форм панкреатита, особенно при возникновении тяжелых гнойных осложнений, панкреатогенного сепсиса оставляют желать лучшего (число послеоперационных осложнений - 38-81% и летальности - 11-39%). В связи с этим, стали появляться новые тактические концепции, в основе которых лежат два принципиальных подхода: деэскалационный ("step-down") и эскалационный ("step-up"). При реализации первой стратегии стремятся сразу радикально удалить инфицированные некрозы поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, с последующими этапными некр-секвестрэктомиями. В основе второй тактики лежат последовательные шаги (от простого к сложному) уже на ранних сроках развития панкреонекроза, но исключающие прямые вмешательства как на самой железе, так и на окружающей ее клетчатке с целью защиты их от попадания инфекции. Цель работы. Улучшить результаты хирургического лечения деструктивного панкреатита. Материалы и методы. За последние пять лет в нашей клинике лечился 1 751 больной с острым панкреатитом, Деструктивный панкреатит был выявлен у 504 человек (28,8%), из которых оперировано 217 человек. Всем 504 больным с деструктивным панкреатитом произведены УЗИ брюшной полости и контрастная спиральная компьютерная томография в различные сроки от момента госпитализации. При реализации тактических хирургических подходов старались использовать малоинвазивные технологии. Так, в первую неделю от начала заболевания при наличии доказанной стерильной формы панкреонекроза, у 125 человек (57,7%) произведены лечебные лапароскопические вмешательства : санация и дренирование брюшной полости, установка трубчатых дренажей для локального диализа сальниковой сумки. При необходимости проводили релапароскопию. Результаты и обсуждения. Успешным такое лечение оказалось у 77 больных (61,6%), при котором удалось добиться стабилизации состояния пациентов и ограничить объем хирургического лечения лишь лапароскопическими процедурами. У 48 больных (38,4%) после лапароскопической санации и дренирования брюшной полости, несмотря на проводимую терапию, воспалительный процесс в поджелудочной железе прогрессировал, и им пришлось выполнить открытые лапаротомные операции. Всего лапаротомии произведены у 92 человек (42,3%). Основным объемом хирургического вмешательства были некрсеквестрэктомии с дренирующими процедурами. У 18 пациентов (19,2%) это удалось выполнить с помощью минилапаротомных доступов. Как правило, выполнялись трансректальные разрезы в правом подреберье и косые слева. Лишь у единичных больных был использован видеоассистированный гибридный подход (типа VARD). У 74 человек при инфицированном панкреонекрозе использовали деэскалационный подход ("step-down") через широкие трансабдоминальные доступы. Показаниями к этим вмешательствам явились возникновение гнойных осложнений заболевания: забрюшинные флегмоны, гнойные перитониты, протекающие на фоне полиорганной недостаточности и панкреатогенного сепсиса, а так же клинические проявления компартмент-синдрома. Однократным оперативным вмешательством не удалось ограничиться у всей этой группы больных. Два вмешательства перенесли 13 больных (18,2%), три – 20 человек (27,3%), четыре – 27 пациентов (36,3%), пять и более этапных операций ( максимум 11 ) произведены 13 больным( 18,2%). Из приведенного видно, что нам удалось при необходимости выполнения хирургических операций у большинства больных использовать этапные подходы. Практически у половины пациентов применяли

малотравматичные вмешательства, позволившие при некротизирующих формах панкреатита за последние пять лет существенно снизить частоту послеоперационных осложнений (до 49,8%) и летальности (до 28,5%). Выводы. Таким образом, тяжелые формы острого панкреатита требуют использования многопрофильной стратегии лечения, которая должна быть индивидуализирована для каждого больного. Анализ полученных нами результатов лечения показал некоторые преимущества эскалационных подходов при хирургическом лечении панкреонекроза. Однако, по нашему мнению, в ближайшем будущем хирургическая стратегия не будет основываться только на одном из уже упомянутых методов. Сочетание их в виде гибридного подхода, заключающегося в сочетании у одного больного различных хирургических технологий (пункционных, лапароскопических, вмешательств из малых доступов, VARD подходов), использование которых принимается с учетом общего состояния пациента, степени некроза, площади, локализации его и наличия имеющихся осложнений основного заболевания - будут ключевыми для определения наилучшего вида лечения деструктивного панкреатита.

## **20. Методы лечения кист поджелудочной железы.**

Эрметов А.Т., Исхаков Б.Р., Рузматов А.Э., Алижанов А.А., Исхаков Н.Б., Хусаинов А.А.,

Наманган, Республика Узбекистан

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Наманганский филиал

Цель – улучшение результатов лечения кистозных образований поджелудочной железы с применением малоинвазивных методик. Материалы и методы. За последние 16 лет в Наманганском филиале РНЦЭМП находились 57 больных с кистами поджелудочной железы (ПЖЖ) в возрасте от 18 до 82 лет. Мужчин было 38 (66,7%) и женщин – 19 (33,3%). Постнекротическая киста ПЖЖ выявлена у 31 (54,4%) больных, посттравматическая у 24 (42,2%), цистаденома у 1 (1,7%) и цистаденокарцинома – у 1 (1,7%). Киста располагалась в области головки ПЖЖ у 19 (33,3%) больных, тела у 23 (40,4%), хвоста – у 15 (26,3%). Солитарная киста выявлена у 42 (73,6%), множественные и многокамерные – у 15 (26,4%) больных. Диаметр кист варьировался от 5 до 25 см. Сформированная киста обнаружена у 32 (56,2%) больных, несформированное органическое скопление жидкости без четкой капсулы у 25 (43,8%). Осложнение нагноением кист выявлено у 31, кровоизлиянием в полость кисты у 12, перфорация в брюшную полость – у 5, в желудок – у 1, в двенадцатиперстную кишку (ДПК) – у 1 больного. Результаты. В целях дифференциальной диагностики у 1 больного при предположении о наличии цистаденомы проведена тонкоигольная аспирационная биопсия, диагноз подтвержден цитологическим исследованием. С нагноением содержимое кисты ПЖЖ чрескожное пункционное дренирование (ЧПД) под контролем УЗИ выполнено у 41 больных. Рецидив кисты отмечены у 2 больных, по поводу чего повторно произведены ЧПД под контролем УЗИ. При контрастном исследовании на 6-7-е сутки после ЧПД связь кисты с протоком ПЖЖ не обнаружена. Традиционным методом были оперированы 16 больных. При осложнении кровотечением в полость кисты, у 1 пациента выполнено удаление гнойно-некротических масс, секвестров и гематом, перевязку кровоточащего сосуда, наружное проточно-аспирационное дренирование остаточной полости. При спонтанном прорыве кисты ПЖЖ в просвет желудка (1) проводили активную назогастральную аспирацию и консервативное лечение. У 1 больного при прорыве кисты в брюшную полость произведено санация и наружное дренирование кисты, дренирование брюшной полости. Одному пациенту с псевдокистой ПЖЖ, вследствие хронического панкреатита и вирусного панкреатита, была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеровирсунготомия с последующим наложением цистоеюанастомоза на петле, выключенной по Ру, в сочетании с холецистэктомией и



наружным дренированием общего желчного протока. Цистоеюноанастомоз по Ру произведено у 9 и цистоеюноанастомоз по Брауну - у 3 больных. Наружный панкреатический свищ закрылся самостоятельно у 2 больного. После наружного дренирования остаточной полости кисты ПЖЖ рецидив отмечен у 2 больных, стойкий наружный панкреатический свищ образовался у 2 больных. Этим больным в последующим был выполнен фистулоэнтероанастомоз. Заключение. Методом выбора в лечении несформированной и осложненной кисты ПЖЖ является чрескожное пункционное дренирование под контролем УЗИ и МСКТ. Больным с осложненной кистой ПЖЖ требуется индивидуальный подход при выборе тактики лечения, что определяет исход заболевания. В большинстве наблюдений наружное дренирование и комплексная консервативная терапия, при невозможности выполнения хирургического вмешательства могут стать окончательным способом лечения. При наличии неосложненной сформированной кисты ПЖЖ предпочтение отдаем выполнению операции внутреннего дренирования (цистоеюноанастомоз по Ру или Брауну).

## **21. Модель прогнозирования послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений после панкреатодуоденальной резекции.**

Бруснев Л.А.

Ставрополь

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) является единственным радикальным методом лечения рака головки поджелудочной железы. Осложнения после этой операции продолжают оставаться на высоком уровне, достигая 40-50%. В структуре значимых послеоперационных осложнений преобладают гнойно-воспалительные процессы, обусловленные несостоятельностью панкреатикодигестивного анастомоза. Создание специализированной шкалы прогнозирования риска развития гнойно-воспалительных осложнений после ПДР позволит предотвратить или снизить тяжесть прогнозируемых осложнений и летальность. Материалы и методы. Основой для написания работы стали результаты ретроспективного анализа 105 историй болезни пациентов, которым была выполнена операция ПДР на базе хирургических отделений ГБУЗ СК СККБ и в ГБУЗ СК СККОД в период с февраля 2000 г. по март 2016 г. Послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения возникли у 26 пациентов (1 группа). Для выявления факторов проведен сравнительный анализ параметров у 79 больных, у которых послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения не регистрировались. Группы не различались по гендерно-возрастному составу. В результате проведенного исследования были выявлены ведущие факторы риска развития послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений: «сочная» паренхима поджелудочной железы, диаметр вирсунгова протока менее 2,4 мм, уровень прямого и общего билирубина, лейкоцитоз выше  $9,7 \cdot 10^9/\text{л}$ . Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладных программ SPSS 21.0 for Windows. Результаты и обсуждение. Для каждого фактора риска развития послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений после ПДР были рассчитаны диагностические баллы (ДБ). Процедура индивидуального прогнозирования заключается в простом арифметическом сложении значений ДБ. Наибольшую информативность у пациентов с развившимися осложнениями, а соответственно и долю имеет такой фактор риска, как наличие «сочной» паренхимы ПЖЖ (33,1% в группе) – 5,3ДБ, следующим по значимости фактором риска гнойно-воспалительных осложнений является нерасширенный вирсунгов проток - менее 2,4 мм. (17,3% в группе) – 2,1ДБ, на третьем и четвертом местах соответственно — уровень прямого билирубина свыше 62,3 ммоль/л (12,5% в группе) – 1,8ДБ и общего

билирубина свыше 65,9 ммоль/л (11,7% в группе) – 1,7ДБ, а на пятом — лейкоцитоз свыше  $9,7 \cdot 10^9$ /л (10,3% в группе) 1,5ДБ. Доля информативности остальных факторов риска находилась в пределах от 9,3% в группе (длительность заболевания более 10,5 мес.) – 1,0ДБ до 5,8% в группе (амилаза менее 83,5 ЕД/л) – 1,2ДБ. Диапазон риска патологии был разделен нами на 3 равных интервала с выделением соответственно трех групп прогноза: I — низкий риск (сумма ДБ от 1,7 до 6,0); II — средний риск (сумма ДБ от 6,1 до 10,4); — высокий риск (сумма ДБ от 10,5 до 14,6). Выводы Данный методический подход позволяет отнести каждого пациента, которому будет выполняться ПДР, к определенной группе прогноза и на основе индивидуальных оценок сформировать контингент повышенного риска в отношении развития послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений, что будет способствовать проведению дифференцированных профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий.

## **22. Результаты усовершенствования лечебно-диагностической тактики при закрытых повреждениях поджелудочной железы.**

Сингаевский А.Б. (1), Петров С.В. (2), Врублевский Н.М. (3), Сигуа Б.В. (1), Курков А.А. (1)

Санкт-Петербург

1) ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 2) СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»; 3) СПб ГБУЗ «Городская больница 40 Курортного района»

Топографо-анатомическое расположение поджелудочной железы (ПЖ) в забрюшинном пространстве обуславливает сравнительно редкое ее повреждение (частота травм ПЖ варьирует в пределах 3-15% в структуре абдоминальной травмы) и нечеткость клинической картины, что затрудняет диагностику и лечение, а так же приводит к целому ряду осложнений. Частота осложнений может достигать 78%, а летальность по данным разных источников 73%. Цель исследования: Улучшить результаты лечения пострадавших с закрытой травмой живота (ЗТЖ) с повреждением ПЖ. Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 141 пострадавшего с закрытой травмой ПЖ. Из них 82 пациента, находившихся на лечении с 1991 по 2003 годы составили контрольную группу (I), 59 пациентов, пролеченных с 2004 по 2015 годы — группу исследования (II). Обе группы были сопоставлены по половому и возрастному признакам. Основными причинами ЗТЖ стал удар в живот, где преобладал криминальный характер и автотравма. Тяжесть повреждения ПЖ оценивалась по шкале AAST (Moore E.E., 1990). Основной объём в обеих группах составили пострадавшие с I и II степенью повреждения, при которых отсутствует повреждение панкреатического протока. Пациенты с V степенью повреждения нам не встречались. Результаты и обсуждение. В основной группе УЗИ выполненной у 46 из 59 пострадавших с ЗТЖ, при этом изменения ПЖ выявлены лишь в двух случаях (4,3%). Косвенные признаки повреждения внутренних органов выявлены у 39 пациентов (84,8%). В 6 случаях никаких патологических изменений выявлено не было (13,0%). В I группе данное исследование было проведено в 38 из 82 случаев ЗТЖ. Изменения со стороны ПЖ в данной группе выявлены лишь в 1 случае, где имел место разрыв головки. Мультиспиральная компьютерная томография выполнена у 7 пациентов из второй группы в стабильном состоянии при отсутствии каких-либо выявленных изменений со стороны органов брюшной полости при УЗИ. Изменения со стороны ПЖ были выявлены лишь у 1 пациента с ЗТЖ неизвестной давности с гнойно-некротическими изменениями паренхимы ПЖ. У 5 пострадавших выполнение МСКТ позволило выявить косвенные признаки повреждения соседних с железой органов и структур. Все пострадавшие из обеих групп были оперированы. Диагностическая лапароскопия применена в 55,9% случаях в II группе против 31,7% в I группе. В остальных случаях

сразу выполнялась лапаротомия. Внедрение современных инструментальных методов диагностики позволило сократить среднее время от момента госпитализации пострадавшего с ЗТЖ до оказания ему оперативного пособия с  $10,7 \pm 3,7$  до  $4,0 \pm 1,4$  часов ( $p < 0,05$ ). Лапароскопия во всех случаях позволила выявить либо непосредственные повреждения внутренних органов, либо их косвенные признаки в виде гемоперитонеума. Тактика и объем операции на ПЖ был обусловлен степенью ее повреждения по классификации AAST. Резекция ПЖ выполнялась в большинстве случаев при III степени повреждения, когда имело место повреждение хвоста железы с нарушением целостности панкреатического протока. Ушивание применялось только с гемостатической целью при повреждении целостности сосуда в проекции ПЖ. Тампонирование сальниковой сумки в основной группе применялось лишь в 2 случаях в рамках тактики «damage control», в контрольной группе — в 29 случаях. Все операции заканчивались дренированием брюшной полости. Самым частым осложнением травмы ПЖ явился посттравматический панкреатит — 20,3% в структуре всех осложнений во II группе и 36,6% в I группе. Из гнойно-септических осложнений наиболее часто встречались абсцессы брюшной полости, сальниковой сумки и флегмоны забрюшинного пространства. При этом самой частой причиной гнойно-септических осложнений в I группе было тампонирование сальниковой сумки — 63,6% случаев, а во II группе — после резекции ПЖ (33,3%). Благодаря совершенствованию лечебно-диагностической тактики отмечено снижение общей летальности при ЗТЖ с повреждением поджелудочной железы с 27,6% до 16,9%, а средний показатель койко-дня с  $27,6 \pm 2,9$  до  $21,6 \pm 2,0$  ( $p < 0,05$ ). Выводы. Использование современных диагностических методов и совершенствование хирургической тактики приводят к уменьшению частоты послеоперационных осложнений и снижению летальности. Применение современных методов лучевой диагностики оправдано лишь для сокращения сроков обследования и уточнения показаний к лапароскопическим или открытым вмешательствам. Выбор объема оперативного вмешательства на поджелудочной железе должен основываться на степени ее повреждения и тяжести состояния пациента. Тампонирование сальниковой сумки рационально лишь в рамках лечебной тактики «damage control».

### **23. Компьютернотомографическое исследование паренхимы поджелудочной железы при остром панкреатите.**

Коровин А.Я., Нарсия В.В., Воропаева Ю.А., Туркин Д.В.

Краснодар

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение. Острый панкреатит (ОП) представляет асептическое воспаление демаркационного типа, в основе которого лежат некробиоз панкреатоцитов и ферментная аутоагрессия с последующим некрозом и дистрофией поджелудочной железы (ПЖ), присоединением гнойной инфекции, что позволяет рассматривать заболевание как токсическую энзимопатию. Материал и методы. При контрастном усилении, выполняемом по протоколу КТ-исследования при подозрении на ОП, отмечена различная степень контрастирования паренхимы, что является следствием изменения васкуляризации, зависящей от характера морфологических изменений. Нами проведено обследование 37 больных с ОП, у которых, по результатам КТ-исследования, имелись различные по структуре изменения ПЖ. Обсуждение. Пусковым механизмом развития ОП служит высвобождение из ацинарных клеток поджелудочной железы активированных панкреатических ферментов. Современные методы лучевой диагностики, особенно компьютерная томография, позволяют выявить изменения железы, но определение стадии ферментативных нарушений, влекущих за собой структурную перестройку органа, все же

оставалось за пределами метода. Разработка и апробация неинвазивных методик, по своей диагностической ценности максимально приближенных к морфологической оценке изменений в паренхиме поджелудочной железы при остром панкреатите, явились основанием для выполнения настоящего исследования. Результаты. У 19 (51,3%) пациентов, с разницей денситометрической плотности после контрастного усиления более 20 ед. Н, наступило полное выздоровление на фоне проводимой консервативной терапии. Остальным пациентам, у которых, по результатам контрастирования, отмечалось снижение васкуляризации за счет выраженного отека паренхимы ПЖ, являющихся следствием высокой ферментативной активности, требовалось комплексное лечение с хирургическим вмешательством. Только у одного пациента из этой группы имелось полное восстановление ПЖ на фоне проводимой консервативной терапии, всем остальным пациентам проводились различные хирургические вмешательства. Три пациента, имелось снижение васкуляризации, оцениваемое данным способом от 7 ед. Н и ниже – летальные исходы. Заключение. Проведенное исследование подтверждает эффективность оценки структурны изменений паренхимы ПЖ при ОП с использованием компьютерной томографии на фоне контрастного усиления и является прогностическим фактором в лечении патологии.

#### **24. Алгоритм лечения больных острым панкреатитом.**

Дану М.И.

Кишинёв, Республика Молдова

Государственный Университет Медицины и Фармации им. «Н. Тестемицану»

Введение Заболевание поджелудочной железы является одной из тяжелейших патологий в абдоминальной хирургии. У больных острым панкреатитом (ОП) возникают трудности в диагностике и выборе тактики и объёма лечебных мероприятий в ургентной ситуации. Важен выбор диагностики и рационального лечения больных ОП. Цель работы: анализ особенностей клинического течения, и разработка алгоритма диагностики и тактики лечения больных с острым панкреатитом. Материал и методы: в клинике за период 2015 - 2016 лечились 25 больных в возрасте 25-68 лет с ОП, поступившие в ургентном порядке. Диагностический мониторинг: в первые часы после поступления в стационар проводилось: УЗИ, рентгенография, КТ, лабораторные исследования аминокислотного спектра крови (АСР, АА), Hb, Ht, амилазы, метгемальбумина. Мы должны были решить следующие задачи: а) коррекция гиповолемии, гипопротеинемии, циркуляторной гипоксии, б) нормализация водно-электролитного обмена и аминокислот в плазме крови, в) антибактериальная терапия – применение Препенет, г) профилактика печёночной недостаточности и печёночной энцефалопатии, д) поддержание деятельности сердечно-сосудистой системы. Клиническая картина была многообразная. Алгоритм лечения больных ОП был следующим: в первые 5-7 дней голод, назогастральный зонд, наружная гипотермия и, одновременно, антибактериальная терапия (Препенет по 2,0 2 раза в сутки внутривенно) и детоксикация инфузией белковых препаратов и их заменителей, реологических растворов, витаминотерапия, аминокислоты для улучшения баланса между АСР, АА и применение Полибиолина (впервые применён нами в клинике у больных ОП, по 5 мл внутримышечно – разводится раствором новокаина 0,5%. Этот препарат получают из донорской крови. Полибиолин содержится в IV фракции плазмы крови и состоит из альбумина – 10-25% и альфа глобулина 15-30%. 500 мг Полибиолина содержит 460 мг белка. Фармакологическое действие: биостимулятор, обладает противовоспалительным действием, улучшает общее состояние больного, уменьшает боли, повышает иммунобиологическую реакцию организма. Из 25 больных у 7 больных была серозно-геморрагическая форма ОП, заболевание протекало с перитонитом. Им проводилось лапароскопическое дренирование брюшной полости с наложением перитонеального

диализа. Из 7 больных у 3 проводилась лапаротомия с дренированием сальниковой сумки и брюшной полости. Всем больным проводилась интенсивная терапия и местное лечение: промывание брюшной полости с антисептиком "Decasan" 200 мл. При этом болевые ощущения в брюшной полости отсутствовали. В результате анализа применения данного алгоритма тактики лечения, у всех больных данной патологией получен положительный результат. Результаты: Результаты наших исследований и тактики лечения у больных данной патологией – ОП, дали возможность достигнуть улучшения общего состояния, нормализации баланса аминокислот, повысить иммунобиологические реакции организма и уменьшить накопление продуктов азотистого обмена. Высокая эффективность метода лечения с антисептиком "Decasan", антибиотиком Prerenem и Полибиолином – наличие противовоспалительного эффекта, уменьшение длительности дренирования брюшной полости, гнойно-некротическое отделяемое на 3-5 сутки становилось прозрачным. Это привело к положительному клиническому эффекту у данных больных. Выводы: Скоординированный диагностический мониторинг и правильный метод лечения обеспечивает лучшие результаты при ОП и его осложнениях. Также и алгоритм лечения, применяя препараты Prerenem, Decasan и Полибиолин позволил получить положительные результаты. Данный метод рекомендуется к медицинскому применению у больных с абдоминальной инфекцией при ОП и перитонитах различного генеза. При применении этого алгоритма тактики лечения ОП отмечена клиническая и экономическая эффективность у больных данной патологией.

## **25. Роль сандостатина в профилактике и лечении острого послеоперационного панкреатита.**

Бужор П.В., Бужор С.П., Морару В.А., Павлюк Г.В.

Кишинёв, Республика Молдова

Государственный Университет Медицины и Фармации им. «Н. Тестемицану»

Актуальность проблемы: острый панкреатит относится к тяжёлым заболеваниям органов брюшной полости, характеризующимися плюралистичностью патогенеза, разнообразием клинических проявлений и летальных исходов. Цель работы: При профилактике и лечении острого панкреатита по-прежнему основное внимание уделяется фармакологическим способам блокады экзокринной функции поджелудочной железы, поскольку процессы ферментного аутолиза в комплексе с сосудистыми поражениями являются ведущими в генезе её повреждений. Поэтому, терапия острого панкреатита отмечается многокомпонентностью и продолжительностью применения сандостатина до 5 дней. Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 234 пациента с хроническим калькулёзным холециститом, холедохолитиазом, стриктурами большого дуоденального сосочка, которые подвергались оперативному лечению (открытая холецистэктомия, холедохолитотомия, трансдуоденальная папиллосфинктеротомия, дренирование общего жёлчного протока по Керу и другие). В основной группе больных – (156) на фоне базового послеоперационного лечения для профилактики острого панкреатита получали сандостатин в дозе 0,1 мг 3 раза в сутки подкожно в течение 5 дней. Результаты и обсуждение: широкомасштабному внедрению в клиническую практику новых эффективных лекарственных препаратов препятствует прежде всего их относительно высокая цена. В общеклинической практике до сих пор нет единой тактики предупреждения и лечения острого панкреатита после открытых и эндоскопических манипуляций на большом дуоденальном сосочке. Назначенный сандостатин почти идеально отвечает задачам профилактики, резко снижая продукцию желудочного сока и соляной кислоты, уменьшает отёк железы, а также выработку секретов поджелудочной железы. Выводы: сандостатин в дозе 0,1 мг 3 раза в сутки, вводимый подкожно в течение 5 суток, высокоэффективен при профилактике и лечении острого панкреатита, особенно

после открытых и эндоскопических манипуляций на большом дуоденальном сосочке. Учитывая, что сандостатин угнетает продукцию жёлчи до 80%, что немаловажно в хирургии гепатопанкреатобилиарной зоны, снижает давление в общем жёлчном протоке, и тем самым изменяет опасность заброса жёлчи в проток поджелудочной железы – одного из важнейших факторов развития острого панкреатита.

## **26. Лечебно-диагностическая лапароскопия при различных формах острого панкреатита и панкреонекроза.**

Дегтярев О.Л., Давыденко А.В., Загреба И.В., Абашидзе И.Б.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

С целью улучшения лечения больных с различными формами острого панкреатита проанализировано 100 наблюдений. Определено, что острый деструктивный панкреатит носит одноразовый характер, отражающий сущность патологического процесса. Отработана концепция лечебно-диагностических мероприятий, значительно улучшающих процесс лечения. Анализ 100 наблюдений острого панкреатита (ОП) с различной степенью тяжести поступивших в отделение гнойно-септической хирургии МЛПУ ГБСМП № 2 выявил, что на протяжении последних лет результаты лечения ОП кардинально не улучшались. Колебания общей (3-6%) и послеоперационной (15-30%) летальности существенно не зависят от тактики лечения, а определяются удельным весом некротических форм, которые в среднем составляют 12-15%. При наиболее тяжелых формах ОП – тотально-субтотальном панкреонекрозе и сегодня летальность достигает 75%. Пути решения проблемы – деструктивных форм ОП сопряжены объективными трудностями, обусловленными целым рядом особенностей данного заболевания. К ним относятся: 1. Процесс деструкции в железе является необратимым и формируется в первые 15-36 часов от начала заболевания, терапевтическая управляемость которого максимальна именно в эти сроки. 2. Течение ОП обусловлено в каждом конкретном случае этиологическим фактором (алиментарный, алкогольный, гастрогенный, билиарный, травматический, послеоперационный и т.д.). В зависимости от причинно-следственного фактора ОП обладает различными патоморфологическими характеристиками и различной клинической картиной, требующей дифференцированной лечебной тактики. 3. Острый деструктивный панкреатит носит фазовый характер, отражающий сущность патологического процесса: Тканевая реакция (реактивный период), Некроз (ферментативный период), Гнойные осложнения (период секвестрации). При этом качественно меняются субстраты токсикоза, симптоматика и лечебная тактика. Основопологающим является фактор времени, при котором эффективность принятия тактического решения максимальна. Пути улучшения результатов лечения больных с деструктивными формами острого панкреатита мы связываем с разработкой концепции профилактики и активным внедрением лечебно-диагностической видеолапароскопии, а также с возможностью широко использовать при асептических формах панкреатита и панкреонекроза малоинвазивные технологии. Эта концепция является актуальной на протяжении всего периода заболевания и включает в себя: а) профилактика ОП у больных, входящих в группу риска (ЖКБ, заболевания БДС, пенетрация язвы в ПЖ, травмы и операции на ПЖ) с ранним выявлением и коррекцией ведущих патологических синдромов (гиперсекреция, протоковая гипертензия, ишемия железы и др.); б) своевременное ограничение деструктивного процесса в раннем периоде заболевания, используя панкреотогенные препараты (ингибиторы протеаз, цитостатики, ингибиторы секреции); в) максимально эффективное, опережающее устранение токсикоза и полиорганной недостаточности в ферментативном периоде; г) профилактика нагноения и

деструкции инфильтративных форм ОП; д) своевременная топическая диагностика с использованием эндовидеохирургии и полноценная хирургическая коррекция гнойных осложнений ОП. Таким образом, изложенный выше подход к деструктивным формам ОП позволяет: - раннее прогнозирование тяжести ОП с выявлением контингента, нуждающегося в срочной упреждающей терапии - раннее лапароскопическое дренирование сальниковой сумки, а также дренирование параколональных затеков, абдоминализация железы в сочетании с лапароскопической холецистэктомией и дренированием внепеченочных желчных ходов при асептических формах ОП, лапароскопическое дренирование брюшной полости при перитоните в сочетании с лечебным плазмоферезом. - экстренное хирургическое лечение гнойно-некротического панкреатита и его осложнений после топической диагностики с помощью УЗИ и КТ.

## **27. Выбор оптимальных способов хирургического лечения при осложненных рецидивирующих формах хронического панкреатита.**

Магомедов Н.М., Меджидов Р.Т., Магомедов М.Г.

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. Выбор лечебной тактики хирургического лечения при осложнённых формах хронического рецидивирующего панкреатита обусловлен значительным ростом числа больных. Несмотря на некоторые успехи фармакотерапии, число лиц которым требуется хирургическое лечение остаётся высоким (до 70%). Своевременно выполненная радикальная хирургическая коррекция дают лучшие результаты. Цель работы - изучение результатов лечения больных и выбор оптимальных способов операций при осложнённых формах хронического рецидивирующего панкреатита. Материалы и методы. В клинике общей хирургии ДГМУ в период с 2010 по 2016 гг. прошли лечение 318 пациентов с осложнёнными формами хронического рецидивирующего панкреатита. Средний возраст пациентов  $45,5 \pm 2,3$  лет. Для диагностики характера патологических изменений в поджелудочной железе и установления показаний к оперативному лечению, наряду с клинико-объективными и лабораторными данными, проводили ультразвуковое исследование органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопию, компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, магнитно-резонансную холангиопанкреатографию и др. В 231 наблюдении преимущественно были использованы консервативное лечение и малоинвазивные хирургические вмешательства. В 87 случаях применяли резекционные, резекцино-дренирующие и дренирующие технологии, которые носили повторный характер. Изолированные воспалительно-фиброзные поражения тела поджелудочной железы были у 10 (11,5%) пациентов, хвоста поджелудочной железы – у 11 (12,6%). Кистозные образования поджелудочной железы диагностированы у 21 (24,1 %) пациента. Хронический панкреатит с преимущественным поражением головки поджелудочной железы – у 31(35,7%), с изолированным поражением головки поджелудочной железы – у 14 (16,1). ПДР проведена 9 (10,3%), ГПДР - 33 (37,9%) пациентам, операция Бегера - 7 (8,1%), операция Фрея – 17 (19,6%), центральная резекция поджелудочной железы – 10 (11,5%) пациентам, дистальная резекция поджелудочной железы – 11 (12,6%) больным. Все пациенты, в зависимости от варианта завершения реконструктивно-восстановительного этапа, были распределены на две группы: основная группа (44 пациента), которым билио- и панкреатодигестивные анастомозы были сформированы на управляемых «каркасных» дренажах и контрольная (43 пациента), которым вышеуказанная методика не была использована. Результаты и обсуждение. Медиана длительности операции в группах сравнения достоверно не отличались ( $p < 0,05$ ).

Интраоперационные осложнения в контрольной группе больных отмечены в 2,5 раза чаще, чем в основной; послеоперационный панкреатит развился почти в 5 раз чаще; несостоятельность панкреатоюноанастомоза в 4 раза чаще; аррозивные кровотечения – в 3 раза чаще. Сроки госпитализации больных в основной группе были значительно меньше, чем в контрольной ( $x_2+0,360$ ;  $df = 1$ ;  $p=0,561$ ); общая летальность в основной группе больных - 0; в контрольной - 14,9%. Основной причиной развития несостоятельности билио- и панкреатодигестивных анастомозов, мы считаем образование «транселлюлярного бассейна» в изолированной по Ру петле тощей кишки, с которой формируются все три анастомоза, вследствие поступления в ее просвет всей транселлюлярной жидкости из органов верхних отделов брюшной полости в условиях наличия гастроэнтероастазы. Демоконпрессия изолированной по Ру петли тощей кишки путем наружного отведения указанной «транселлюлярной жидкости» на период заживления анастомозов позволило нам нивелировать местные послеоперационные осложнения при операциях на поджелудочной железе. Выводы: Показанием к хирургическому лечению хронического рецидивирующего панкреатита служат: стойкий болевой синдром, осложнения хронического рецидивирующего панкреатита, невозможность исключить злокачественное поражение поджелудочной железы. При выборе вида оперативного вмешательства важное значение имеют данные магнитно-резонансной холангиопанкреатографии. При преимущественном поражении головки поджелудочной железы с развитием желчной, панкреатической гипертензии и стеноза двенадцатиперстной кишки лучшим вариантом оперативного вмешательства является ПДР. Для профилактики местных послеоперационных осложнений при ПДР формирование билио- и панкреатодигестивных анастомозов желательно выполнить на управляемых «каркасных дренажах» с выведением их концов на переднюю брюшную стенку, путем формирования микроэнтероустомы.

## **28. Применение навигационных технологий в диагностике и выборе способа хирургического лечения осложнённых форм хронического рецидивирующего панкреатита.**

Магомедов Н.М., Магомедов М.Г., Меджидов Р.Т., Мусаев З. М.-С.

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. Актуальность данной проблемы объясняется увеличением числа больных с осложнённым хроническим рецидивирующим панкреатитом, в уточнении анатомии билиарно-панкреатического дерева (БПД) и его вариантов с одновременной оценкой их состояния, представление о плотностных характеристиках поджелудочной железы, о состоянии главного панкреатического протока для дифференциальной диагностики и предупреждения возможных ошибок в выборе способа хирургического лечения. Цель работы. Оценка диагностических возможностей магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ) в сочетании с ультразвуковым исследованием гепатопанкреатодуоденальной патологии (ГПДП) при осложнённых формах хронического рецидивирующего панкреатита. Материалы и методы. В клинике общей хирургии Даггосмедуниверситета в период с 2010 по 2016 гг. ультразвуковое исследование в сочетании с МРХПГ проведены 52 пациентам. Из них 14 больных контрольной группы, 38 - основной. У 86% больных наблюдалась гипертензия билиарно-панкреатического дерева. Возраст пациентов 34 - 75 лет, в среднем  $45,5 \pm 2,3$  лет. В качестве первичного метода обследования всем больным проводили ультразвуковое исследование, как скрининг для МРХПГ. Магнитно-резонансная томография проводилась на магнитно-резонансном томографе "Сигна Контур" фирмы "Дженерал Электрик" (США) со сверхпроводящим



магнитом напряженностью магнитного поля 0,5 Тл и с использованием катушки для всего тела (body coil). Больных обследовали натощак во избежание возможного суммарного проекционного наслоения содержимого дистальных отделов желудка и двенадцатиперстной кишки на изображение БПД при применении специальных программ МРХПГ. МРХПГ в сочетании с ультразвуковым исследованием имели диагностическое качество у всех 52 пациентов. Результаты и обсуждение. Наиболее частой причиной обструкции желчных протоков являлись камни. Холецисто-холедохолитиаз был у 15 пациентов (28,8%) среди ГПДП. Поэтому МРХПГ в сочетании с ультразвуковым исследованием может быть методом выбора диагностики у таких пациентов. МРХПГ в сочетании с ультразвуковым исследованием позволяет визуализировать желчные протоки выше и ниже уровня обструкции, дает реальную картину состояния протоков печени и поджелудочной железы. Во всех наблюдениях МРХПГ в сочетании с ультразвуковым исследованием позволяла точно определить уровень стриктуры, ее протяженность и причину. У 2 больных стриктуры холедоха локализовались на уровне культы пузырного протока, что указывало на их ятрогенный генез, у 2 - стриктура гепатикоюноанастомоза, у 7 - стриктуры протяженностью от 1,5 до 2 см располагались в области слияния холедоха и вирсунгова протока и проксимальном отделе гепатикохоледоха. Доброкачественные стриктуры при МРХПГ в сочетании с ультразвуковым исследованием чаще имели вид суженного просвета (4) с четкими ровными контурами с визуализацией престенотического расширения. Основными критериями при принятии решения о выборе способа хирургической коррекции ГПДП является не степень сужения и деформация протоков, а уровень стеноза, стриктуры, протяженность обструкции, точность предоперационной оценки распространенности фиброзно-воспалительного процесса в тканях поджелудочной железы, а также характер обструкции холедоха и деформации двенадцатиперстной кишки при осложнённых формах хронического рецидивирующего панкреатита. Из 8 наблюдений хронического панкреатита в 2 случаях отмечалось выраженное сужение ретропанкреатической части холедоха за счет хронического воспалительного процесса, в 6 сдавление дистальной части холедоха было вызвано кистами головки поджелудочной железы. На МРХПГ в сочетании с ультразвуковым исследованием обструкция желчного протока имела конусообразный вид с постепенным сужением просвета холедоха. Причем визуализация измененной его части прослеживалась на всем протяжении головки поджелудочной железы, включая область фатерова соска. Во всех случаях отмечалось умеренное супрастенотическое расширение желчных протоков и неравномерное расширение вирсунгова протока. Выводы: Ультразвуковое исследование в сочетании с МРХПГ является методами неинвазивными, безопасными, нет необходимости введения контрастных веществ, позволяет полипроекционное исследование и одновременное сочетание с традиционной магнитно-резонансной томографией для оценки морфологического состояния органов ГПДП и обладает высокой диагностической информативностью. Ультразвуковое исследование в сочетании с МРХПГ позволяет более точно определить выбор оптимального способа операций у больных при осложнённых формах хронического рецидивирующего панкреатита.

## 29. Роль катетеризации чревного ствола в лечении реактивной фазы панкреонекроза.

Ширяев Н.П., Хорев А.Н., Благов Д.А., Плюта А.В, Абляев Э.В., Красавин Г.В., Клоков В.А.

Ярославль

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы: Острый панкреатит (ОП) в структуре неотложной хирургической патологии органов брюшной полости составляет до 14,5%, отмечается постоянная тенденция роста как заболеваемости, так и деструктивных форм, сопровождающихся значительным числом осложнений и высокими цифрами летальности – до 85% (И.И. Затевахин, и соавт. 2002; В.К. Гостищев и соавт., 2003; С.Ф. Багненко 2014; В.Н. Чернов и соавт., 2014). Одним из основных звеньев патогенеза деструктивного панкреатита является расстройство микроциркуляции и тканевая ишемия поджелудочной железы, что ведет к расширению зоны некроза панкреатоцитов. Внутривартериальная лекарственная терапия в лечении панкреонекроза применяется уже более 30 лет, но по-прежнему не установлены четкие показания, длительность и объемы селективной инфузии. Цель работы: Оценить эффективность суперселективной продленной внутривартериальной регионарной лекарственной терапии (ПВРТ) у пациентов в реактивную фазу панкреонекроза, с целью купирования ишемии тканей поджелудочной железы, вызванной «перфузионным блоком». Материалы и методы: Проанализированы результаты лечения 986 пациентов с острым панкреатитом. Деструктивная форма панкреатита диагностирована у 139 (14,1%). Инфицированный панкреонекроз имел место у 54 (39%): из них очаговый у 13 (24%), тотальный, субтотальный и крупноочаговый – у 41 (75 %). Инфицирование проявлялось на  $15,3 \pm 2,4$  сутки. Стерильный панкреонекроз выявлен у 85 (61%): из них очаговый – у 62 (73%); тотальный, субтотальный и крупноочаговый – у 23 (27%). Пациенты (n=42) с реактивной фазой панкреонекроза при нарастании синдрома системной воспалительной реакции (температура тела более 38 °С, тахикардия более 90 уд. в мин, тахипное более 20 в мин, лейкоцитоз более  $12 \times 10^9$ ) были разделены на 2 группы. Первая подгруппа (n=25) получала традиционное лечение. Вторая подгруппа (n=21) получала такое же традиционное лечение, но дополнительно в комплексе с селективной продленной внутривартериальной регионарной лекарственной терапией (ПВРТ). При селективной ангиографии артерий поджелудочной железы у них определялась степень сосудистых нарушений как в самой железе, так и в парапанкреальной клетчатке. Катетер оставляли в артерии для пролонгированной коррекции выявленных нарушений, чаще всего, в гастро-дуоденальной артерии сроком на 3-5 суток. Инфузоматом вводили следующий состав: Sol. Drotaverini 4,0; Sol. Pentoxifyllini 5,0; Sol. Verapamili 2,0; Sol. Octridi 0,1 на Sol. NaCl 0.9% - 100,0 со скоростью 10 мл в час. Показатели системной воспалительной реакции, ферментемии и полиорганной недостаточности оценивались общеклиническими и лабораторными методами исследования до начала лечения и на 1, 3, 5, 7, 10 сутки. Объем некроза поджелудочной железы определяли методами УЗИ и МРТ, степень нарушения кровообращения в железе – по результатам сравнения ангиографии до и после ПВРТ. Статистическая обработка материала выполнена с использованием программного пакета «BIOSTAT» Результаты и обсуждение: При тяжелой форме панкреатита (APACHE II > 9 баллов), на фоне признаков деструкции железы в схему лечения включали антибактериальные препараты, в первую очередь, группы карбапенемов и цефалоспоринов III поколения. Оперативное пособие было оказано 89 (64%) из 139 пациентов. «Открытые» операции выполнены у 52 (50%) с летальностью 38,04%, малоинвазивные вмешательства (пункционное дренирование желчных путей под контролем УЗИ и санация брюшной полости под контролем

лапароскопа) – у 37 (35.5%) с летальностью 17,2%. У пациентов второй группы (n=21) при первичной ангиографии отмечалось скудное контрастирование артериального русла в поджелудочной железе – «перфузионный блок». При контрольной ангиографии после проведения ПВРТ через 3-5 дней – во всех случаях отмечено усиление контрастирования артериального русла с появлением паренхиматозной и венозной фазы. В этой группе пациентов летальных исходов не было, а средний койко-день составил  $30 \pm 2,4$  суток, что на 12,3 ( $p < 0,005$ ) койко-дней меньше, чем в контрольной; купирование болевого синдрома происходит на  $3,2 \pm 1,8$  сутки, что на 7,2 дня ( $p < 0,05$ ) раньше чем в контрольной группе; признаки системной воспалительной реакции купировались на  $6,4 \pm 3,8$  сутки, что на 5,6 дня ( $p < 0,05$ ) короче чем в контрольной группе. Выводы: Включение в комплекс лечения пациентов в реактивную фазу панкреонекроза ПВРТ способствует «обрыву» деструктивного процесса, снижению инфицирования железы и числа летальных исходов. Индивидуальный выбор метода лечения с учетом стадии заболевания, с использованием эндоваскулярных технологий – позволяет снизить общую и послеоперационную летальность, сократить пребывание пациентов в стационаре и конечную стоимость лечения

### **30. Выбор хирургической тактики при лечении больных с деструктивным панкреатитом.**

Кунафин М.С., Хунафин С.Н., Бикметов А.Ф., Ахмеров Д.Р., Нургалин Р.С., Юшков Н.Р., Бикбулатов Р.М., Галеев Р.З., Кунафин А.С.

Уфа

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ГБУЗ РБ ГKB № 18

В период с 2007 по 2016 год в клинике находилось на лечении 987 больных с острым панкреатитом, из них 103 (10,4%) были с деструктивными формами панкреатита, которым проводилось хирургическое лечение. Основную часть больных 72 (69,9%) составили лица мужского пола трудоспособного возраста, у которых провоцирующим фактором послужил прием алкоголя. У женщин заболевание часто встречалось в пожилом и старческом возрасте, у которых снижены компенсаторные возможности организма и имелись тяжелые сопутствующие заболевания. При оценке тяжести течения заболевания выполнялась лапароскопия, которая являлась и лечебным мероприятием, позволяя выполнить санацию и дренирование брюшной полости. Признаками деструктивного панкреатита, выявляемыми при лапароскопии были: геморрагический перитонеальный экссудат, отек и геморрагическое пропитывание забрюшинной клетчатки и очаги стеатонекрозов. В выборе лечебной тактики у больных с установленным диагнозом острого деструктивного панкреатита мы придерживались индивидуального подхода определяемого от этиологии, объема поражения поджелудочной железы, забрюшинной клетчатки, степени тяжести состояния больного. Всем больным проводили комплексное лечение: устранение болевого синдрома, десенсибилизирующую, спазмолитическую терапию, обеспечение функционального покоя ПЖ путем исключения питания через рот, зондовой декомпрессии ЖКТ и аспирации отделяемого, медикаментозное подавление внешней секреции ПЖ с использованием 5-Фторурацила в течение 3 суток, Сандостатина по 100-300 мкг 3 раза в сутки, антиферментную терапию с в/в введением контрикала в суточной дозе 150-300 тыс. ЕД в течение первых 3-5 суток заболевания, инфузионную терапию с целью борьбы с гиповолемией, гемоконцентрацией, интоксикацией и для коррекции нарушений микроциркуляции. Антибиотикотерапия: цефалоспорины II-III поколения в сочетании с метронидазолом; карбапенемы (тиенам, меронем). Проводилась гепаринотерапия под контролем показателей коагулограммы, иммунокоррекция. В программу комплексной интенсивной терапии входило применение натрия оксидутирата

(патент № 2192847, от 10 февраля 2000 г.), обусловленное его многоплановой фармакологической активностью: подавляет болевой синдром; снижает секреторную активность поджелудочной железы; уменьшает выработку ферментов; снижает внутрипроточное давление; способствует снятию спазма и улучшению дренажной функции протоков; обладает антигипоксантным и антиоксидантным действием; ограничивает разрушение клеточных мембран; защищает поджелудочную железу от некробиотических процессов; снимает эмоциональный компонент. Для снижения эндогенной интоксикации применяли внутрисосудистое ультрафиолетовое облучение крови, серийный лечебный плазмаферез. Показаниями к лапаротомии являлись: инфицирование и распространенность процесса по забрюшинной клетчатке; неэффективность комплексной консервативной терапии в течение 3-4 дней. Наряду с совершенствованием традиционной хирургической тактики, использовали «полуоткрытый» и «открытый» методы дренирования с режимом «плановых» санаций. Это позволяло нам вести визуальный осмотр поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки с целью контроля адекватности лечебных мероприятий и прогнозирования течения заболевания. Оментобурсостому мы считаем обязательным элементом операции, которая выполняется путем фиксации фрагментов желудочно-ободочной связки к брюшине в верхней трети лапаротомной раны. Санация выполнялась под эндотрахеальным или внутривенным наркозом, в зависимости от запланированного объема оперативного приема. При этом удалялись дренажи, ушитая лапаротомная рана оставалась интактной. Сальниковая сумка, люмбостома обильно промывались растворами антисептиков. Проводилась ревизия раневой поверхности, гнойников, некрсеквестрэктомия. Заключительным этапом являлась установка новых дренажей. Плановые санации прекращались после секвестрирования поджелудочной железы, уменьшения гнойного отделяемого, формирования грануляций в ране. Наблюдавшиеся осложнения: толстокишечный свищ развился у 2 больных, свищи поджелудочной железы у 3 пациентов. Умерло 12 (11,6%) больных. Причиной смерти были: тромбоэмболия легочной артерии (2), острая сердечно-сосудистая недостаточность (4), эдотоксикоз и полиорганная недостаточность на фоне некупирующегося перитонита (6). Проведенные нами наблюдения свидетельствуют о том, что среди больных острым панкреатитом, которые лечились в клинике, деструкция и инфицирование поджелудочной железы имело место в 10,4% случаях, что потребовало выполнение оперативного вмешательства. Послеоперационная летальность составила 11,6%. Дальнейшее улучшение оказания неотложной медицинской помощи больным с острым панкреатитом связано с совершенствованием методов консервативного лечения больных и своевременного выявления показаний к оперативному лечению.

### **31. Ранние декомпрессионные хирургические вмешательства на забрюшинной клетчатке и брюшной стенке у больных тяжелым острым панкреатитом с синдромом внутрибрюшной гипертензии.**

Белик Б.М. (1), Дударев И.В. (1,2), Чиркинян Г.М. (1), Мареев Д.В. (2), Погосян Л.М. (2), Осканян М.А. (1)

Ростов-на-Дону

1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А.Семашко»

Актуальность. Одним из ведущих патогенетических механизмов, осложняющих течение тяжелого острого панкреатита (ОП), является синдром внутрибрюшной гипертензии (ВБГ), способствующий развитию и прогрессированию у пациентов ранних органических дисфункций. Однако до настоящего времени отсутствуют четкие и обоснованные

представления о способах и сроках проведения оперативных вмешательств, направленных на устранение синдрома ВБГ в ранней фазе тяжелого ОП, что в значительной мере затрудняет выбор наиболее рациональной хирургической тактики. Цель работы: определить роль и значимость ранних декомпрессионных хирургических вмешательств на забрюшинной клетчатке (ЗБК) и брюшной стенке в коррекции синдрома ВБГ у больных тяжелым ОП. Материал и методы. В исследование включены 65 больных тяжелым ОП, поступивших в клинику в течение 1-4-х суток от начала заболевания. У всех больных на момент госпитализации диагностирован ферментативный перитонит. У 61 пациента была произведена санационная лапароскопия и у 4 больных - лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости. При выполнении санационной лапароскопии у больных удаляли жидкостные скопления из брюшной полости и сальниковой сумки, а также осуществляли декомпрессию ЗБК путем рассечения брюшины в зоне мезоколон и по ходу латеральных каналов. У всех пациентов тяжелым ОП, которым производилась лапаротомия, в ходе оперативного вмешательства выполнялись назоинтестинальная интубация (НИИ) тонкой кишки и формирование декомпрессионной панкреатооментобурсостомы. Распространенность поражения ЗБК оценивали по данным УЗИ, СКТ, а также информации, полученной во время оперативного вмешательства. Всем больным проводилось многокомпонентное комплексное лечение в условиях отделения интенсивной терапии. В зависимости от тяжести ОП все больные были разделены на 4 группы: у 16 (24,6%) пациентов признаки органной дисфункции не были выражены и имели транзиторный характер (1-я группа), у 17 (26,1%) – отмечена стойкая функциональная недостаточность одного органа (2-я группа), у 15 (23,1%) – двух органов (3-я группа) и у 17 (26,1%) – трех и более органов (4-я группа). Внутрибрюшное давление (ВБД) измеряли непрямым методом по способу I.Krön и соавт. (1984). Степень ВБГ определяли в соответствии с градацией M.L.Malbrain и соавт. (2005). Тяжесть состояния пациентов оценивали по шкале APACHE II. В сравнительном аспекте оценивали уровень летальности в каждой из групп больных. Результаты и обсуждение. У больных 1–3-й групп в 1-е сутки показатели ВБД колебались в пределах  $12,5 \pm 0,6$  -  $15,3 \pm 0,9$  мм рт.ст. (1-я степень ВБГ). У больных 4-й группы в эти сроки уровень ВБД был достоверно выше и достигал  $18,7 \pm 1,2$  мм.рт.ст. (2-я степень ВБГ). После выполнения видеолапароскопической санации (ВЛС) брюшной полости у пациентов 1-й группы ВБД нормализовалось к 3-м суткам, у больных 2-й группы – к 7-м суткам. У больных 3-й группы, начиная со 2-х суток, отмечалось отчетливое повышение ВБД, которое к 5-м суткам достигало  $17,6 \pm 1,5$  мм рт. ст. (2-я степень ВБГ) и существенно не снижалось к 7-м суткам. У больных 4-й группы в течение 2-4-х суток сохранялась 2-я степень ВБГ, а к 7-м суткам наблюдалось нарастание ВБД до  $23,8 \pm 1,9$  мм рт. ст. (3-я степень ВБГ). При этом у отдельных пациентов уровень ВБД превышал 25 мм рт. ст. (4-я степень ВБГ). Из 32 больных 3–4-й групп у 28 (87,5%) в ранние сроки выполняли ВЛС брюшной полости. У 4 (12,5%) пациентов в связи с прогрессированием ВБГ осуществляли декомпрессионную лапаротомию и НИИ кишечника. Из 28 больных, которым изначально производилась ВЛС брюшной полости, у 8 (28,6%) пациентов в сроки от 5 до 7 суток в связи с сохранением ВБГ дополнительно потребовалось выполнение декомпрессионных вмешательств на передней брюшной стенке посредством мини-лапаротомии и наложения панкреатооментобурсостомы с помощью набора инструментов «Мини-ассистент». У больных 1-2-й групп, начиная со 2–3-х суток, наблюдалось отчетливое уменьшение показателей шкалы APACHE II. У пациентов 3-й и 4-й групп, напротив, имело место увеличение значений шкалы APACHE II, которые к 7-м суткам достигали соответственно  $23,5 \pm 1,4$  и  $27,2 \pm 1,3$  баллов. Из 61 пациента, которым выполнялась ВЛС брюшной полости в течение первых 3-х суток от начала заболевания, у 46 (75,4%) был достигнут положительный клинический эффект, проявлявшийся уменьшением уровня ВБД и показателей шкалы APACHE II, а также регрессом признаков эндотоксикоза и органных дисфункций. При этом в 86,9% случаев лапароскопическое вмешательство носило одномоментный характер. Из 65 больных летальный исход наступил у 17 (26,1%). В 1-й группе летальных исходов не было. Во 2-й группе из 17 больных умерли 2 (11,8%), в 3-й

группе из 15 больных умерли 5 (33,3%). Наиболее высокий уровень летальности (58,8%) отмечен в 4-й группе больных (из 17 пациентов умерли 10). В сроки до 14 суток от начала заболевания у больных тяжелым ОП с ВБГ 1-й степени летальный исход имел место у 1 (4,5%), с ВБГ 2-й степени – у 5 (20,0%), с ВБГ 3-й степени – у 8 (57,1%), с ВБГ 4-й степени – у 3 (75,0%) пациентов. Выводы. Стойкая ВБГ, сочетающаяся с органными дисфункциями, является абсолютным показанием к выполнению у больных тяжелым ОП ранних декомпрессионных вмешательств на ЗБК и брюшной стенке. При этом выбор способа и объема декомпрессионного хирургического вмешательства должен определяться степенью и динамикой ВБГ, тяжестью органных дисфункций и распространенностью поражения ЗБК.

### **32. Прогнозирование течения и интенсивная терапия тяжелого острого панкреатита с ранней прогрессирующей полиорганной недостаточностью.**

Белик Б.М. (1), Дударев И.В. (1,2), Чиркинян Г.М. (1), Мареев Д.В. (2), Погосян Л.М. (2), Осканян М.А. (1)

Ростов-на-Дону

1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А.Семашко»

Актуальность. В ранней фазе тяжелого острого панкреатита (ОП), ограниченной первыми 72 ч от начала заболевания, ключевую роль играет комплекс лечебных мероприятий, проводимых в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). При этом крайне важна объективная оценка прогноза тяжести течения заболевания и эффективности комплексного интенсивного лечения, проводимого в условиях ОРИТ. В этой связи заслуживает внимания такой важный фактор оценки тяжести состояния у больных ОП как показатель внутрибрюшного давления (ВБД), так как внутрибрюшная гипертензия (ВБГ) и абдоминальная гипоперфузия тесно взаимосвязаны с развитием и прогрессированием ранней полиорганной недостаточности (ПОН). Цель работы: определить клиническую значимость показателя ВБД в прогнозировании течения заболевания и оценке эффективности проводимой интенсивной терапии у больных в ранней фазе тяжелого ОП. Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 76 больных тяжелым ОП, госпитализированных в клинику в течение первых 4-х суток от начала заболевания. Из 76 больных у 61 (80,3%) пациентов была произведена санационная лапароскопия и у 4 (5,3%) - лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости. Распространенность поражения забрюшинной клетчатки (ЗБК), оценивали по данным УЗИ, СКТ с болюсным контрастированием, а также информации, полученной во время оперативного вмешательства. В зависимости от тяжести течения ОП все больные были разделены на 4 группы: у 26 (34,2%) пациентов признаки органной дисфункции не были выражены и имели транзиторный характер (1-я группа), у 18 (23,7%) – отмечена функциональная недостаточность одного органа (2-я группа), у 15 (19,7%) – двух органов (3-я группа) и у 17 (22,4%) – трех и более органов (4-я группа). Оценку органной дисфункции осуществляли по критериям A.Vaue и соавт. (2000). Все больные получали комплексное лечение в условиях ОРИТ, основные компоненты которого включали: адекватное обезболивание (в том числе эпидуральную анальгезию), респираторную терапию, массивную инфузионную терапию, назогастральную и/или назоинтестинальную интубацию, раннее энтеральное питание, антибактериальную и антисекреторную терапию. У 16 (21,0%) больных осуществляли плазмообмен, у 7 (9,2%) – гемофильтрацию. У больных при поступлении, а также в течение 1-7-х суток от момента госпитализации в динамике лечения производили измерение ВБД по методу I.L.Kron и соавт. (1984) и оценивали степень ВБГ (M.L.Malbrain и соавт., 2005). Рассчитывали величину брюшного

перфузионного давления (БПД) как разницу между средним артериальным давлением (САД) и ВБД, а также уровень фильтрационного градиента (ФГ), который определялся разницей между САД и удвоенным ВБД. Тяжесть состояния пациентов оценивали по шкале APACHE II. Показатели ВБГ сравнивали у больных разных групп между собой и сопоставляли с показателями шкалы APACHE II. Также в сравнительном аспекте оценивали уровень летальности в каждой из групп больных. Результаты и обсуждение. Установлено, что у больных 1-3-й групп в 1-е сутки показатели ВБД достоверно не отличались между собой и не превышали 15 мм рт. ст. (1-я степень ВБГ). У больных 4-й группы уровень ВБД в эти сроки был достоверно выше и достигал  $18,7 \pm 1,2$  мм рт.ст. (2-я степень ВБГ). У больных 1-й группы тенденция к снижению ВБД наблюдалась уже со 2-3-х суток. У больных 2-й группы уровень ВБД к 3-м суткам незначительно повышался, а затем постепенно снижался и к 7-м суткам не превышал  $10,3 \pm 0,9$  мм рт. ст. У больных 3-й группы к 5-м суткам уровень ВБД повышался до  $17,6 \pm 1,5$  мм рт.ст. (2-я степень ВБГ) и не имел существенной тенденции к снижению к 7-м суткам ( $16,3 \pm 1,3$  мм рт. ст.). У больных 4-й группы в течение 2-4-х суток сохранялась 2-я степень ВБГ ( $17,9 \pm 1,5$  -  $19,6 \pm 1,4$  мм рт.ст.), однако к 7-м суткам отмечался подъем уровня ВБД до  $23,8 \pm 1,9$  мм.рт.ст. (3-я степень ВБГ). На фоне проводимого лечения у больных 1-2-й групп, начиная со 2-3-х суток, отмечался отчетливый регресс показателей шкалы APACHE II. В то же время у пациентов 3-й и 4-й групп, несмотря на интенсивную терапию, имело место увеличение значений шкалы APACHE II, которые к 5-7-м суткам возрастали от  $17,4 \pm 1,2$  до  $20,7 \pm 1,7$  -  $25,3 \pm 1,2$  баллов и соответственно от  $21,8 \pm 1,6$  до  $23,5 \pm 1,4$  -  $27,2 \pm 1,3$  баллов. При этом отмечена прямая корреляционная связь между уровнем ВБД и показателями шкалы APACHE II. Установлено также достоверное снижение величин БПД ( $66,3 \pm 1,7$  мм.рт.ст.) и ФГ ( $44,2 \pm 1,6$  мм.рт.ст.) у больных 4-й группы, что сопровождалось развитием почечно-печеночной недостаточности. Кроме того, было выявлено, что при высоких значениях ВБД, как правило, у пациентов тяжелым ОП имели место распространенные формы поражения ЗБК, тогда как при низких показателях ВБД наблюдали ограниченные формы ретроперитонеонекроза. Из 76 больных тяжелым ОП летальный исход наступил у 17 (22,4%). В 1-й группе летальных исходов не было. Во 2-й группе из 18 больных умерли 2 (11,1%), в 3-й группе – из 15 больных умерли 5 (33,3%). Наиболее высокий уровень летальности (58,8%) отмечен в 4-й группе больных (из 17 пациентов умерли 10). При этом в 3-4-й группах больных ранняя летальность (до 14 суток от начала заболевания) составила 28,1% (из 32 больных умерли 9). Полученные нами результаты показали, что группа больных тяжелым ОП неоднородна. У 57,9% больных тяжелым ОП органная дисфункция регрессирует и/или носит транзиторный характер и на фоне комплексного лечения к 3-4-м суткам от начала заболевания состояние больных постепенно стабилизируется, а летальность не превышает 4,5% (1-2-я группы больных). В случае, если в течение указанных сроков ПОН сохраняется или прогрессирует, летальность достигает 46,9% (3-4-я группа больных). Выводы. Оценка динамики ВБД наряду с показателями шкалы APACHE II объективно отражает тяжесть ОП, что позволяет прогнозировать течение и исход заболевания. При этом степень корреляционной взаимосвязи между указанными параметрами является наибольшей у больных тяжелым ОП с 3-4-й степенью ВБГ и распространенным поражением ЗБК. Принципиально важно также, что мониторинг ВБД позволяет своевременно стратифицировать наиболее тяжелую категорию больных ОП со стойкой ВБГ и ранним прогрессированием органических дисфункций. Эта категория пациентов в первую очередь нуждается в выполнении экстренной санационной лапароскопии и ранних декомпрессионных вмешательств на ЗБК, а также осуществления всего комплекса интенсивной терапии (включая экстракорпоральные методы), направленной на коррекцию возникших нарушений и предупреждение фатальных осложнений.

### **33. Роль УЗИ в контроле перипанкреатического инфильтрата в IV фазе острого деструктивного панкреатита средней тяжести.**

Вальчинская А.Б.(2), Синенченко Г.И.(2), Перегудов С.И.(2), Гольцов В.Р.(1)

Санкт-Петербург

1) ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, 2) ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

На сегодняшний день острый панкреатит является важнейшей проблемой, т.к. занимает одно из первых мест среди острых хирургических заболеваний живота. Септические осложнения панкреонекроза поздней фазы развития заболевания остаются основными причинами высокой летальности, при этом частота инфекционных осложнений достигает 70%. Поэтому так важно рано распознать признаки острого деструктивного панкреатита и произвести дифференцировку с другими заболеваниями, наблюдать развитие и трансформацию перипанкреатического инфильтрата, а также его исходы. УЗИ поджелудочной железы является наиболее простым, дешевым и доступным для всех стационаров методом достижения этой цели. Цель исследования – показать дополнительные признаки прогноза течения и возможных исходов перипанкреатического инфильтрата острого деструктивного панкреатита средней и тяжелой степени и тяжести с помощью только одного портативного УЗ-аппарата. Проанализировано 125 больных с острым деструктивным панкреатитом средней степени тяжести на 6-е – 8-е, 10-е – 14-е и 17-е – 22-е сутки заболевания. Изучена динамическая трансформация перипанкреатического инфильтрата с 6-х по 25-е сутки заболевания (от момента появления до его исхода). Для выполнения УЗИ поджелудочной железы и окружающих ее структур использовался переносной УЗ-аппарат MIDREY с конвексным датчиком частотой 3.5МГц, который позволяет получить хорошее изображение на глубине от 15 до 22см. Выполнялось сканирование в положении лежа на спине и левом боку, в продольной, поперечной и косой плоскости. При динамическом УЗ-наблюдении в указанные сроки за острым скоплением жидкости в перипанкреатическом пространстве, выявленная жидкость в виде анэхогенной (гипоэхогенной) полоски во всех отделах (головки, тела, хвост поджелудочной железы) толщиной до 1,2 см хорошо поддается рассасыванию, полное разрешение инфильтрата у 72 (57,6%) больных констатировано на 17-е – 21-е сутки заболевания. Если на 22-е сутки толщина анэхогенной полоски (жидкости) в области хвоста железы более 2,0 см, то это скопление жидкости не рассасывается и к 22-м суткам заболевания переходит в псевдокисту поджелудочной железы. В противоположность этому оказалось, что если толщина анэхогенной жидкости вокруг головки поджелудочной железы достигает 2,5 – 3 см, то происходит полное разрешение к 21-м суткам заболевания. При этом, если толщина жидкостной полоски в парапанкреатической клетчатке свыше 3,5 см и она распространяется не только по переднему контуру головки, но около тела и хвоста железы, то не происходит полного разрешения местных воспалительных изменений, а имеется тенденция к прогрессированию процесса и последующему инфицированию. Помимо острого скопления жидкости в парапанкреатическом пространстве выявлены дополнительные УЗ-признаки вовлечения в парапанкреатический инфильтрат других органов и структур. Это проявляется увеличением расстояния от переднего контура тела и головки поджелудочной железы до стенки желудка от 0,4 до 1,6 см. без явных признаков скопления жидкости отек перипанкреатической клетчатки, утолщенными, пониженной эхогенности стенками желудка и двенадцатиперстной кишки более 3мм, а также гастростаз. Дополнительные УЗ-признаки, свидетельствующие о прогрессировании местных воспалительных изменений и неблагоприятном течении парапанкреатического инфильтрата, являются также и косвенными признаками бактериальной контаминация жидкостного содержимого. При благоприятном разрешении парапанкреатического инфильтрата на 14-е сутки



заболевания отмечаются уменьшение толщины стенок желудка и двенадцатиперстной кишки, уменьшается расстояние между передним контуром поджелудочной железы и желудком, хорошая перистальтика поперечноободочной кишки, но сохраняется гастростаз, который обычно разрешается к 21-м суткам. Если дополнительные УЗ-признаки и острое скопление жидкости в парапанкреатическом пространстве не уменьшаются, а увеличиваются, то в эпигастральной области левом подреберье определяются неправильной формы, с нечетки контурами смешанной экзогенности структуры, которые трудно дифференцируются на составляющие: парапанкреатическая клетчатка, оментобурсит, желудок и кишечник образуют конгломерат. Появление данного конгломерата достоверно свидетельствует о том, что произошло бактериальное инфицирование панкреонекроза. Анализируя вышеперечисленные УЗ-признаки целесообразно выделить 3 фазы развития парапанкреатического инфильтрата: 1-я – острое скопление жидкости не более 1,0 см; 2-я – острое скопление жидкости в парапанкреатическом пространстве до 2,5 см и вовлечение в местный воспалительный процесс парапанкреатической клетчатки, стенок желудка и двенадцатиперстной кишки, и 3-я – формирование «парапанкреатического конгломерата». Данная градация позволяет прогнозировать последующую трансформацию парапанкреатического инфильтрата, заподозрить инфицирование панкреонекроза, и своевременно скорректировать лечение.

#### **34. Выбор метода лечения наружных панкреатических свищей.**

Байчоров Э.Х., Семенов С.С., Курмансеитова Л.И., Гусейнов Ш.И.

Ставрополь

Краевая Клиническая больница. ГБУЗ СК СККБ

Актуальность: заболевания поджелудочной железы считается одной из самых сложных проблем в хирургии. Наружные панкреатические свищи возникают у больных с острым деструктивным панкреатитом и травм поджелудочной железы, а также после оперативных вмешательств на поджелудочной железе и существенно утяжеляют состояние больных, сопровождаясь высокой летальностью (12-87%). Лечение панкреатических свищей всегда длительно по времени носит комплексный характер и является весьма затратным. Общепринятыми методами лечения являются консервативное и оперативное. Материал и методы исследования: проведен анализ клинического материала, при обследовании и лечении 80 больных с наружным панкреатическим свищом в период с 1995г. по 2016г. Все больные находились на стационарном лечении в хирургических отделениях Ставропольской краевой клинической больницы. Контрольную группу с наружными панкреатическими свищами составили 30 больных, основная группа представлена 50 пациентами. Формирование свищей ПЖ, как правило, связано с осложненным течением перенесенного острого тяжелого панкреатита, причиной которого чаще всего является алкогольно-алиментарный фактор. В нашем исследовании данная закономерность подтвердилась: в основной группе у 72,0+1,7% (36 человек), в контрольной группе у 53,3+2,4% больных (16 человек) причиной развития НПС явился алкогольно-алиментарный и билиарный панкреатиты. Посттравматический панкреатит стал причиной образования наружных свищей ПЖ у 26,0+2,4% больных (13 человек) в основной группе и у 33,3+1,9% (10 человек) в контрольной группах. Послеоперационный панкреатит явился причиной возникновения НПС в основной группе в 2,0+0,01% наблюдений (1 человек), в контрольной – в 13,4+0,6% случаев (4 человека). Результаты: консервативное лечение в контрольной группе больных с НПС оказалось эффективным у 9 пациентов (30,0%). В последующем у 7-ми из них повторно открылись панкреатические свищи с суточным дебитом панкреатического сока менее 50 мл, по поводу чего проводилась консервативная терапия. Неэффективность 1-2-х курсов консервативной терапии явилась показанием для оперативного вмешательства у 21 больного (70,0%). В том числе у 18

пациентов (60,0%) выполнена операция наложения фистулопанкреатикоюноанастомоза и в 3-х наблюдениях (10%) – иссечение свищевого хода. В основной группе всем больным проводилась консервативная терапия, включающая в себя препараты соматостатина, ингибиторы протеаз, ингибиторы протонной помпы, H<sub>2</sub> – блокаторы, ферментные препараты (креон, панзинорм, орестон), физиотерапевтические методы (КВЧ - терапия). Для лечения больных с наружными свищами поджелудочной железы применялись электромагнитные колебания частотой 57—65 ГГц при длине волн 5,6 – 6,1 мм. Продолжительность проводимых ежедневно воздействий на панкреатодуоденальную зону (область эпигастрия, правое и левое подреберья) и область свищевого отверстия составляло 30-45 мин. Курс лечения 10-15 процедур. Повторные курсы КВЧ-терапии проводились через 2—3 мес. Положительного результата в виде закрытия свища удалось достичь у 60% больных (30 человек). В 52% случаев (26 человек) закрытие свища наблюдалось после первого курса КВЧ-терапии, после второго курса свищи закрылись еще у 4 (8%) пациентов. При этом в 34% случаев (17 человек) свищи закрылись до выписки пациентов из стационара; в 18,0% случаев (9 человек) пациенты были выписаны с функционирующими свищами на фоне значительного уменьшения количества отделяемого по свищевому ходу - в последующем свищи закрылись. Часть пациентов (4 человека) нуждались в проведении второго курса КВЧ-терапии, после которого также наблюдалась положительная динамика течения заболевания и закрытие свищевого хода (8% случаев). В 40% наблюдений 2 курса КВЧ-терапии в комплексном лечении НПС оказались не эффективными, что послужило основанием для выставления показаний к хирургическому лечению у 20 пациентов. В основной группе при лечении больных с НПС предпочтение отдавали наложению фистулопанкреатико-гастроанастомоза - 9 (45%) от всех проведенных в основной группе оперативных вмешательств (n=20), а также дистальной резекции ПЖ со свищом, произведенной 7 (35%) пациентам. Фистулопанкреатикоюноанастомоз сформирован у 4 (20%). Выводы. Наружные панкреатические свищи требуют дифференциального подхода к выбору метода лечения. Комплексное консервативное лечение с применением КВЧ – терапии, сандостатина, ингибиторов желудочной секреции было эффективно у 60% больных с наружными панкреатическими свищами. При неэффективности двух курсов консервативной терапии с интервалом в 2-3 месяца показано оперативное лечение. Такой подход позволил добиться закрытия панкреатических свищей у всех больных с послеоперационной летальностью 4%.

### **35. Локальные осложнения панкреонекроза и их хирургическое лечение.**

Бебуришвили А.Г., Бурчуладзе Н.Ш., Мазунов А.С.

Волгоград

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ГБУ ВМНЦ центр хирургической гепатологии

Актуальность. Основной причиной неблагоприятных исходов панкреонекроза является широкий спектр его осложнений. Они требуют использования различных методов хирургического лечения, оптимальное сочетание которых и приводит к успеху. Цель исследования: усовершенствование тактических подходов при хирургическом лечении деструктивного панкреатита. Материалы и методы. В исследование включены 1034 пациента с деструктивным панкреатитом. Мужчин было 567 (54,8 %), женщин – 467 (45,2 %). Средний возраст составил 51±17 лет. По характеру локальных осложнений (в фазе токсемии) различали: а) внутрибрюшинные осложнения (ферментативный перитонит – 659 (63,7%), гнойный перитонит – 31 (3%), ферментативный перитонит и оментобурсит – 2 (0,2%), оментобурсит – 54 (5,2%), сладж в жёлчном пузыре – 98 (9,5%), стеноз и/или блокада гепатикохоледоха – 164 (15,9%), воспаление внутри- и внепечёночных протоков –

337 (32,6%), поражение ЖКТ (органическое – 220 (21,3%), функциональное – 1021 (97,3%)); б) осложнения, локализованные в забрюшинном пространстве (забрюшинный затек – 121 (11,7%)); в) внутригрудные осложнения (экссудативный плеврит – 119 (11,5%), поражение паренхимы легкого – 435 (42 %)). Во второй фазе панкреонекроза возникали следующие осложнения: абсцессы различной локализации (166 (18%)), гнойный перитонит (13 (1,4%)), оментобурсит (225 (24%)), псевдокистозные образования (острые скопления жидкости) (155 (16,6%)), аррозивное кровотечение (24 (2,6%)), кишечный свищ (35 (3,8%)), панкреатический свищ (14 (1,5%)), тромбозы и эмболии сосудов (19 (2%)), инфаркт и гнойное расплавление селезенки (10 (1%)), флегмона забрюшинного пространства (17 (1,8%)), пневмония (66 (7%)), плеврит (216 (23%)), желудочно-кишечное кровотечение (6 (0,6%)). В лечении больных использовали как малоинвазивные, так и традиционные хирургические вмешательства широким лапаротомным доступом. УЗ-диагностические методы лечения выражались в тонкоигольной пункции (n=97 (9,4%)) и пункции–дренировании стилет-катетером полости кисты (n=11). Операции из мини-доступа с видеоэндоскопическим контролем были осуществлены в 94 наблюдениях и сопровождались некрсеквестрэктомией. Лечебно-санационная лапароскопия выполнена 646 (62,5%) пациентам. Из них в 231 наблюдении потребовалась ЛХС. Широким лапаротомным доступом прооперированы 335 (32%) больных. Не получали хирургического лечения 154 (15%) пациента. Результаты и обсуждение. УЗИ-диагностические вмешательства оказались единственным инвазивным методом лечения у 17 (18%) больных из 97. Из них умер 1 (1%) пациент. Диагностическая лапароскопия, лечебно-санационные мероприятия под видеоэндоскопическим контролем и ЛХС оказались единственными инвазивными хирургическими пособиями в лечении 422 (65%) больных. Из них выздоровели 379 (90%), а умерли в фазе токсемии 43 (10%). Лапароскопию завершили конверсией в лапаротомию у 147 (23%) пациентов. Из них умерло 52 (35%). При применении минидоступных вмешательств во второй фазе деструктивного панкреатита интраоперационных осложнений не отмечали. В послеоперационном периоде по одному наблюдению пришлось на формирование кишечного свища и на аррозивное кровотечение, которые купировали консервативными методами. Лечение было успешным у 82% (n=77) больных. Умерло 17 (18%). Традиционные хирургические пособия сопровождались интраоперационными осложнениями (кровотечение из магистрального сосуда) в 4 (1,2%) наблюдениях. Послеоперационные осложнения (абсцессы различной локализации, кишечные свищи, жёлчный затек и наружный жёлчный свищ, аррозивное кровотечение, нагноение ран, эвентрация, панкреатический свищ) были отмечены у 27 (8%) пациентов. Повторные оперативные вмешательства выполнены 46 (14%) больным. Умерло 112 (33,4%) пациентов. Выводы. Применение УЗИ-диагностических методов в качестве единственного варианта хирургического пособия при панкреонекрозе показывает эффективность лишь в 17% наблюдений. Использование только лечебно-санационной лапароскопии из всего арсенала хирургических методов при продолжающейся интенсивной консервативной терапии позволяет добиться успеха в лечении 65% больных с деструктивным панкреатитом. Минидоступные вмешательства успешно устраняют гнойно-некротические осложнения панкреонекроза и сопровождаются значительно меньшим количеством интраоперационных, послеоперационных осложнений и более низкой летальностью, чем операции традиционными лапаротомными доступами.

### 36. Системные осложнения панкреонекроза (варианты развития и влияние на исход).

Бебуришвили А.Г., Бурчуладзе Н.Ш., Мазунов А.С.

Волгоград

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ГБУ ВМНЦ центр хирургической гепатологии

Актуальность проблемы: системные осложнения вносят основную лепту в причинах летального исхода больных с деструктивным панкреатитом. Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с ранними системными осложнениями панкреонекроза. Материал и методы: в исследование включены 418 больных с системными осложнениями панкреонекроза. Среди них было 250 (59,8%) мужчин и 168 (40,2%) женщин. В ходе обследования определяли клинические (ЧСС, ЧД, критерии шкалы Глазго), лабораторные, инструментальные (уточнение САД,  $pO_2/FiO_2$ , почасового и суточного диуреза, термометрия) параметры, позволявшие контролировать функциональный статус отдельных систем органов, а также проводить интегральную оценку тяжести состояния больных по системе SAPS в «критические сроки» заболевания (на 1-е, 7-е, 14-е и 21-е сутки). Результаты и обсуждение: системные дисфункции дебютировали в I фазе заболевания у 411 (98,3%) больных, а во II периоде было зафиксировано только 7 (1,7%) подобных наблюдений. Оценка степени эндогенной интоксикации по системе SAPS превышала 10 баллов у всех больных. В 47 % (n=198) случаев их состояние было менее тяжёлым (SAPS 10–19 баллов), у 28% (n=115) пациентов – тяжёлым (SAPS 20 – 21 балл) и в 28% (n=115) наблюдений – очень тяжёлым (SAPS >21 балла). Показатель летальности в исследовании составил 17% (n=73), при этом на I фазу заболевания пришлось 62 % (n = 40) смертельных исходов. Наиболее часто встречалась печёночная недостаточность – 269 (64,4%) больных. Манифестация печёночной недостаточности среди прочих системных расстройств оказывала менее выраженное влияние на неблагоприятный исход заболевания (отношение шансов (ОШ) – 2,709). Острая сердечно-сосудистая недостаточность была зарегистрирована в 256 (61,2%) случаях. Манифестация кардиоваскулярных расстройств значительно увеличивала вероятность неблагоприятного исхода деструктивного панкреатита (отношение шансов (ОШ) – 63,011). На третьем месте по частоте оказалась острая дыхательная недостаточность – 228 (54,5%) наблюдений. При этом в фазе панкреатогенной токсемии подобные расстройства дебютировали у 214 (51,2%) пациентов, а в периоде гнойно-некротических осложнений – только у 14 (3,3%) больных. Тяжёлая острая дыхательная недостаточность, верифицированная у 50% (n=114) пациентов, укладывалась в клиническую картину ОРДС. Прогрессирование респираторной дисфункции оказывало наиболее негативное влияние на прогноз заболевания (отношение шансов (ОШ) – 87,230). Следующей по распространённости стала острая почечная недостаточность, выявленная у 161 (38,5%) больных. В 135 (32,3%) наблюдениях подобные расстройства диагностировали до 7 суток заболевания, в 26 (6,2%) – в более поздние сроки. Манифестация острой почечной недостаточности ассоциировалась с небольшим повышением вероятности летального исхода (отношение шансов (ОШ) – 4,247). Самым редким системным осложнением была церебральная недостаточность – 112 (26,8%) наблюдений. У 100 (23,9%) пациентов представленная системная дисфункция дебютировала в I фазе панкреонекроза, а у 12 (2,9%) больных – во II периоде основного заболевания. Развитие церебральной недостаточности умеренно повышало риск смерти у пациентов с деструктивным панкреатитом (отношение шансов (ОШ) – 14,063). У больных панкреонекрозом выделяли 3 типа развития системных осложнений: моноорганную дисфункцию, полиорганную дисфункцию и полиорганную недостаточность.

Моноорганные дисфункции, представленные недостаточностью одной системы органов, выявили у 30 % (n=124) больных и не сопровождалась летальным исходом. Полиорганные дисфункции, к которым относили синхронные парные системные расстройства, диагностировали у 25 % (n = 106) пациентов. Показатель летальности среди больных с полиорганной дисфункцией составил 1,9 %. Полиорганную недостаточность, к которой относили случаи с одновременными патологическими изменениями трёх и более систем органов, верифицировали у 188 (45%) пациентов. У пациентов с полиорганной недостаточностью зафиксировали самое высокое ( $p < 0,05$ ) значение среднего койко-дня –  $40,2 \pm 37,6$  суток, и доминирующий ( $F=11,534$ ,  $p < 0,05$ ) показатель летальности – 37,8%. Выводы: системные осложнения доминируют в ранние сроки заболевания. Печёночная недостаточность встречается чаще, но более значительное влияние на летальный исход оказывают респираторные и кардиоваскулярные нарушения.

### **37. Опыт лапароскопических резекций поджелудочной железы в общехирургическом стационаре.**

Демин Д.Б., Савин Д.В., Федоров К.С., Фуныгин М.С.

Оренбург

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ГАУЗ ГКБ им. Н.И.Пирогова

Актуальность проблемы. Широкое внедрение в повседневную клиническую практику современных методов неинвазивной визуализации (УЗИ, КТ, МРТ) обусловило увеличение количества больных с диагностированными объемными образованиями органов брюшной полости и забрюшинного пространства, в том числе поджелудочной железы. Данная группа пациентов попадает в сферу деятельности общехирургических стационаров. Оперативные вмешательства на поджелудочной железе традиционно считаются технически трудными в связи со сложностью этой анатомической зоны и «хрупкостью» оперируемого органа. В рамках внедряемой нами концепции минимизации операционной травмы мы начали выполнять резекционные вмешательства на поджелудочной железе лапароскопическим доступом. Данный вид оперативных вмешательств является высокотехнологичным. Цель работы: оценить эффективность лапароскопических резекций поджелудочной железы. Материал и методы. В 2014-2016 г.г. в клинике кафедры факультетской хирургии ОрГМУ на базе ГАУЗ ГКБ им. Н.И.Пирогова г. Оренбурга нами выполнены лапароскопическим доступом дистальные резекции поджелудочной железы у 5 пациентов. В процессе вмешательств мы применяли энергетические установки ультразвуковой диссекции и биполярной коагуляции, для пересечения железы в ряде случаев использовали линейные сшивающие аппараты. Результаты и обсуждение. Все больные госпитализированы в плановом порядке после стандартного обследования, включающего в обязательном порядке КТ-исследование. У 3 пациентов были серозные цистаденомы хвоста поджелудочной железы от 4 до 10 см в диаметре, у 1 пациента солидное образование (аденома по послеоперационному гистологическому заключению) той же локализации диаметром 3 см, у 1 пациента большая аневризма дистальной трети селезеночной артерии. Всем пациентам периоперационно и в послеоперационном периоде вводили октреотид и омепразол с целью профилактики острого панкреатита. В 3 случаях выполнена дистальная панкреатэктомия с сохранением селезенки, в том числе в 2 случаях были сохранены селезеночные сосуды за счет щадящей диссекции, в 1 случае селезеночные сосуды были резецированы вместе с тканью железы и цистаденомой, однако кровоснабжение селезенки сохранилось за счет системы коротких сосудов, что позволило избежать спленэктомии. В 2 случаях произведена типичная дистальная панкреатоспленэктомия. В 2 случаях тело железы было пересечено линейным сшивающим аппаратом, в 3 случаях – ультразвуковым

диссектором, причем срез главного панкреатического протока не был визуализирован в массе ткани железы. Традиционно считается целесообразной именно механическая герметизация среза Вирсунгова протока, а пересечение при помощи энергии создает риск возникновения панкреатической фистулы, однако в наших случаях зона резекции поджелудочной железы осталась герметичной. Конверсия осуществлена в 1 случае в связи с возникновением неконтролируемого лапароскопическими приемами кровотечения из селезеночной вены. У двух пациентов в раннем послеоперационном периоде развился острый панкреатит с формированием парапанкреатических жидкостных скоплений (панкреонекроз), что потребовало дополнительной хирургической агрессии. В одном случае произведено пункционное дренирование жидкостного образования под интраоперационной УЗ-навигацией, в другом случае выполнено дренирование аналогичного образования из минилапаротомного доступа также под интраоперационным УЗ-контролем. Лечение этих пациентов проводилось в соответствии с национальными клиническими рекомендациями по лечению острого панкреатита. У остальных пациентов послеоперационный период гладкий. Во всех случаях пациенты выздоровели, они находятся под нашим наблюдением. Таким образом, наличие необходимых мануальных навыков и современной аппаратуры обеспечивает эффективность и безопасность резекционной лапароскопической хирургии поджелудочной железы и открывает перспективы для расширения объема вмешательств у данной категории больных.

### **38. Октреотид в комплексной терапии острого панкреатита.**

Сердюков М.А.,(1) Кчибеков А.А.,(2) Алексашина Д.С.,(1) Калиев Д.Р.,(1)

Москва

1) ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ГБУЗ ГКБ №29 г.

Цель: улучшение результатов консервативной терапии пациентов с острым панкреатитом с использованием препаратов соматостатина. Задачи: оценить действие препарата Октреотид на течение, лечебный эффект и исход острого панкреатита. Материалы: За 2016 год в хирургическом отделении НУЗ ОБ на ст. Астрахань-1 ОАО «РЖД» 54 больным проведена консервативная терапия по поводу острого панкреатита (отечная форма). Больные разделены на две группы: первая группа (34 пациента) получали стандартную терапию в которую входили: инфузионная терапия с применением реамберина, раствора рингера, дисоль; ингибиторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов, ингибиторов протонной помпы, антибиотикотерапия, спазмолитики). Вторая группа (20 пациентов), получала вышеперечисленную схему терапии, с добавлением препарата октреотид. октреотид обладает подавляющим действием на секрецию верхних отделов ЖКТ и панкреатобиллиарной системы. Так же тормозит выработку медиаторов воспаления. Применение октреотида в дозировке 100 мкг х 2 раза в сутки, в/в, в течении 5-7 дней, позволяет практически полностью подавить секрецию поджелудочной железы. Так же всем больным проводились лабораторные исследования (ОАК, ОАМ, БХА крови, диастаза мочи). Всем пациентам из 2 группы назначался октреотид по схеме: 100 мкг х 2 раза в сутки, в/в, в течение 3 дней. На фоне комплексной терапии с октреотидом отмечалось снижение уровня амилазы крови. На 4–5 сутки октреотид вводился по 100 мкг х 1 раз в сутки, в/в, утром, и 100 мкг п/к, вечером для дополнительного депонирования препарата и пролонгирования эффекта. На 7-е сутки в/в введение препарата отменялось, а подкожное введение продолжалось индивидуально, в зависимости от показателей БХА. Если в течение последующих 2-х суток уровень амилазы крови и диастазы мочи приближался к нормальным значениям, то препарат отменялся полностью. В первой группе пациентов биохимические показатели под воздействием консервативной терапии начинали снижаться к 5-6 суткам, и достигали нормальных значений к 6-7 суткам.

Результаты: Биохимические показатели пациентов показали, что при консервативной терапии больных без применения октреотида, амилаза крови и диастаза мочи достигают нормальных значений к 6-7 суткам лечения. При дополнении терапии препаратом октреотид, биохимические показатели достигают нормы на 3-4 сутки лечения. Выводы: Дополнение комплексной терапии острого панкреатита препаратом октреотид способствует практически полному подавлению секреторной функции поджелудочной железы, купированию воспалительных процесс в ткани железы, что позволяет снизить болевой синдром у больных, сократить время пребывания пациента в стационаре и улучшить результаты их консервативного лечения.

### **39. Малоинвазивная хирургия осложнений некротического панкреатита**

Солодов Ю.Ю.(1), Демин Д.Б.(1), Фуньгин М.С.(1), Соболев Ю.А.(1), Кондрашов Н.И.(1), Гусев Н.С.(1), Лайков А.В.(2)

Оренбург

1) ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова»

Актуальность. Совершенствование медицинских технологий позволило пересмотреть подходы к лечению пациентов с панкреонекрозом, в частности с его осложнениями, в виде так называемых панкреатических жидкостных образований (ПЖО). Следуя современным представлениям, число открытых оперативных вмешательств в последнее время сводится к минимуму, уступая место малоинвазивным вмешательствам. Их важным компонентом является ультразвуковая навигация (УЗН), обеспечивающая прицельное попадание в полость панкреатогенного жидкостного образования. Однако, по различным данным, методика пункционного дренирования эффективна лишь в 65-70% случаев, что связано с трудностями при удалении через дренажную трубку плотного тканевого компонента (секвестров) вследствие ее малого диаметра. Возникает необходимость в повторных операциях. Исходя из этого, осуществляются попытки изыскания новых более перспективных методов хирургического лечения. Цель исследования: разработать новую более эффективную методику хирургического лечения внутрибрюшных и забрюшинных ПЖО. Материал и методы исследования. В 2011 году в клинике кафедры факультетской хирургии ОрГМУ на базе хирургических отделений больницы им. Н.И. Пирогова г. Оренбурга был разработан новый метод дренирования ПЖО брюшной полости и забрюшинного пространства, выполняемый из малоинвазивного доступа под интраоперационной УЗН. Сущность метода: в условиях операционной под эндотрахеальным наркозом делают небольшой разрез кожи величиной до 5 см в ранее намеченной точке (в проекции «акустического окна») и под непрерывной УЗН послойно осуществляют доступ к ПЖО (абсцесс, постнекротическая киста, перипанкреатическое жидкостное скопление, забрюшинная флегмона). Это позволяет избежать повреждения полых и паренхиматозных органов, а также крупных сосудисто-нервных структур при осуществлении доступа. После проникновения в полость и аспирации содержимого выполняют ревизию полости тупфером или пальцем (если возможно). Через раневой канал удаляют плотный тканевой компонент (секвестры). После полного удаления содержимого, подтвержденного при УЗИ, производят установку дренажей крупного диаметра в остаточную полость, дренажи фиксируют к коже. Вся операция выполняется стандартным набором хирургических инструментов. Результаты и обсуждение. С января 2011 по февраль 2016 года пункционное дренирование внутрибрюшных и забрюшинных ПЖО было выполнено 37 больным (I группа), из малоинвазивного доступа было прооперировано 43 человека (II группа). Летальность в I группе составила 5,4% - 2 случая, во второй 2,3% - 1 случай. Во всех случаях летальный исход наступил на фоне тяжелого течения панкреонекроза. В структуре осложнений у больных II группы было

зарегистрировано минимальное количество осложнений, как местного (2,3%), так и общего характера (7%). У больных же I группы большее количество местных послеоперационных осложнений (8,1%) во всех случаях было связано с ограниченными возможностями методики пункционного дренирования и, как следствие, прогрессирующим гнойным процессом. В ходе анализа причин послуживших основанием для повторных операций выявлено, что во II группе в ходе лечебного процесса ни в одном случае не возникла необходимость выполнения повторных вмешательств, связанных с неэффективностью дренирования и последующим расширением объема вмешательства. Выполнение 5 повторных операций (11,6%) было связано с формированием новых жидкостных образований не связанных с первичным очагом (результаты подтверждены данными КТ и интраоперационно). В противоположность этому у больных I группы неэффективность дренирования потребовала расширения объема дренирования ПЖО в 5 случаях (13,5%) и одно повторное пункционное дренирование (2,7%) – без расширения объема. Данная тенденция объясняется отсутствием возможности полноценной инструментальной ревизии жидкостной полости, и как следствие, неадекватной санацией патологического очага. Во время повторных операций в дренируемых полостях были обнаружены крупные, свободно лежащие секвестры, поддерживающие очаг воспаления, неспособные к эвакуации вследствие недостаточного диаметра дренажных трубок. Это подтверждает данные о недостаточной клинической эффективности пункционного дренирования ПЖО, содержащих помимо жидкостного компонента секвестры. Выводы: 1) Дренирование из малоинвазивного доступа под УЗН более эффективно по сравнению с пункционным дренированием; 2) Возможность полноценной инструментальной ревизии и малая травматичность сочетают в методе лучшие стороны пункционного дренирования и открытой операции.

#### **40. Эволюция изучения проблемы острого панкреатита**

Солодов Ю.Ю., Демин Д.Б., Воронцова А.А., Носов Д.О., Старцев В.Ю.

Оренбург

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Дорогу, пройденную хирургической наукой за 130 лет разработки оптимальной тактики лечения тяжелого острого панкреатита, можно сравнить с горной тропой. Эти пути развития тернисты, так как это пути изучения сложного и тяжелого заболевания, не зря прозванного «самой ужасной из катастроф органов брюшной полости». У истоков панкреатологии стоят великие хирурги, патологоанатомы, которые в течение более 300 лет тщательно наблюдали за проблемой острого панкреатита. Первое описание секционного воспаления поджелудочной железы в 1578 году принадлежит С. Альберти. Затем в 1673 году доктор Грейзел описал клинический случай некроза поджелудочной железы, в 1804 и 1813 годах Периваль и Порталь наблюдали и описали некроз и абсцесс поджелудочной железы, а уже в 1842 году Клэссеном впервые по клиническим симптомам поставлен диагноз «острый панкреатит». Стэрк, Лауренс, Шписс наблюдали и описывали геморрагический панкреатит. Патологоанатомическую картину на протяжении 200 лет изучали Диэменбрек, Рекур, Рокитанский, что позволило в 1870 году американскому патологоанатому Клебсу создать первую классификацию острого панкреатита. Она оказалась настолько удачной, что многие его последователи лишь только уточняли те или иные формы этого заболевания. Первые хирургические операции начались с 1867 года, когда Люк и Клебс выполнили первую чрескожную пункцию ложной кисты поджелудочной железы. В отличие от своих коллег в 1882 году доктор Бозмен успешно провел операцию по удалению панкреатической кисты, диагностируемой как большая киста яичника. Более сложные операции выполняли Гуссенбауэр и Микулич. Вскоре в



1890 году появилось первое руководство по хирургическому лечению заболеваний поджелудочной железы. И в 1894 году на съезде хирургов Германии бурно обсуждалась проблема острого панкреатита и тактика экстренного хирургического вмешательства. В 1897 году русским хирургом А.В. Мартыновым защищена первая в России диссертация, посвященная заболеваниям поджелудочной железы. Указывая на трудность диагностики острого панкреатита, он писал: «При распознавании острого панкреатита ошибка является правилом, тогда как правильный диагноз исключением». Настольной книгой для любого хирурга является труд в 2-х томах Генри Мондора «Неотложная диагностика. Живот», написанный по материалам второй половины XIX и начала XX веков в 20-30 годах XX века. Эта работа уникальна тем, что в художественной форме мастерски изложены острые вопросы экстренной диагностики поражения органов брюшной полости, их распознавание и показания к незамедлительному хирургическому вмешательству, без которых «через несколько часов или очень немного дней» следует неминуемая смерть. Также ценность труда определяется ещё и тем, что он напоминает современным хирургам искусство физикальной диагностики, которое постепенно заменяется инструментальными и лабораторными методами исследования. Такие хирурги, как Ленорман, Лесен, Фар, в своих работах подробно описывают наиболее показательные, по их мнению, клинические случаи патологий поджелудочной железы. Важно отметить, что в конце XIX века выявляемость острого панкреатита минимальна, а летальность очень высока, и именно поэтому изучение островоспалительных заболеваний поджелудочной железы было самым необычным и интригующим в хирургической практике. Таким образом, в XXI веке учёным, врачам-хирургам, занимающимся вопросами неотложной панкреатологии, важно понимать своих предшественников. Как бы ни были значительны будущие достижения, надо помнить, что конечная цель всегда будет оставаться за поворотом. «Былое не утратилось в настоящем, не заменилось им, а исполнилось в нем... Чтобы понять современное состояние мысли, вернейший путь вспомнить, как человечество дошло до него, вспомнить всю морфологию мышления» - Герцен А.И.

#### **41. Место малоинвазивных вмешательств в комплексном лечении острого деструктивного панкреатита.**

Афанасьев А.Н.(1), Горбачева И.В.(1,2), Кириллин А.В.(1,2), Шалыгин А.Б.(1,2)

Москва

1) ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ГБУЗ ДЗМ «ГКБ им. И.В.Давыдовского»

Актуальность: заболеваемость острым панкреатитом составляет 38 на 100 000 в год, а летальность 22,7-46,6%. За последние 20 лет заболеваемость острым панкреатитом выросла в 40 раз. Отсутствие единого подхода к классификации, диагностике, оценке тяжести, различие в лечебной тактике препятствует улучшению результатов лечения. Цель: разработать оптимальную тактику ведения больных с инфицированным панкреонекрозом и определить место миниинвазивных вмешательств. Материалы и методы: основу исследования составили результаты лечения 374 больных с деструктивным панкреатитом из 4534 поступивших на лечение в ГКБ 23 им. «Медсантруд» в период с 2005 по 2015 года. Пациентам с признаками деструктивного панкреатита при обследовании в течение первых 3-х суток выполнялось динамическое УЗИ брюшной полости, КТ или МРТ органов брюшной полости, на основании результатов которых было выделено по 3 группы. Тяжесть и прогноз заболевания определяли по прогностической шкале APACHE II. Полиорганную дисфункцию оценивали на основании балльной системы MODS. Определяющим в выборе тактики лечения и характера хирургического вмешательства являлся объем деструкции поджелудочной железы и объем поражения окружающих тканей на основании совокупных данных УЗИ и

КТ брюшной полости в сочетании с тяжестью состояния. Варианты хирургического лечения: пункция под контролем УЗИ, лечебно-диагностическая лапароскопия, лапаротомия, оментобурсостомия, этапные санации сальниковой сумки, в том числе под контролем эндоскопа. Результаты: 1 группа очаговый панкреонекроз с объемом поражения до 30%. При КТ, МРТ и УЗИ дифференцируются жидкостные образования от мягкотканых воспалительно-некротических масс, но не обеспечивают диагностику стерильного и инфицированного характера деструкции. Поэтому методом ранней диагностики септических осложнений является чрескожная пункция под контролем УЗИ. Миниинвазивные варианты дренирования жидкостных скоплений являются окончательным видом хирургического вмешательства. Данная тактика позволила снизить степень тяжести и интоксикации в два раза, количество гнойных осложнений с 40% до 18.5%, необходимость лапаротомий (0.26-0.04) и процента летальности (10%-1.2%). 2 группа - массивный панкреонекроз с объемом поражения от 30% до 60%. Данные КТ составляют основу объективизированной оценки тяжести острого панкреатита. Дренирования жидкостных образований и очагов деструкции выполнялись как этап хирургического лечения в сочетании с комплексной консервативной терапией, что позволило улучшить результаты открытых методов дренирования, выполненных на 12 сутки. Достигнуто снижение количества гнойных осложнений до 26.8% и летальности с 23.7% до 12.5%. 3 группа - тотально-субтотальным панкреонекроз, объем поражения ткани железы более 60%. При УЗИ органов брюшной полости верхний этаж брюшной полости представлен эхооднородной зоной, исключающей возможность дифференцировать границы органов. Изменения на КТ соответствовали 5 баллам по шкале Бальтазар. Учитывая сроки бактериальной транслокации и массивность поражения, данная группа можно говорить об изначальном инфицированном характере панкреонекроза. Клинически данный вид панкреонекроза протекает с перекрестом фаз. Вся многокомпонентная терапия в сочетании с методами малоинвазивной хирургии были направлены на выведение больных из панкреатогенного шока, но без широкого вскрытия и дренирования очагов деструкции и забрюшинного пространства была не эффективной, позволяя выполнять обширные вмешательства на 3-4 сутки в более благоприятных условиях. Удалось снизить процент летальности с 77.8% до 41.7%. Выводы: миниинвазивные методы дренирования при деструкции до 30% ткани поджелудочной железы позволяют снизить проявления эндогенной интоксикации и являются завершающим способом хирургического лечения. При объеме деструкции от 30 до 60% применение малоинвазивных методов дренирования являются недостаточными, а при объеме поражения свыше 60% позволяют отсрочить открытые вмешательства.

#### **42. Хирургическая тактика в лечении кист поджелудочной железы, осложненных механической желтухой**

Баженова Н.А.(1), Молоковский Б.В.(1), Шорников В.А.(2)

Петрозаводск

1) ГБУЗ БСМП, 2) Республиканская больница им.В.А.Баранова

Хирургическая тактика в лечении кист поджелудочной железы, осложненных механической желтухой Актуальность: в структуре острых хирургических заболеваний лидирующее место в настоящий момент занимает острый панкреатит. Одним из наиболее частых осложнений перенесенного панкреатита является формирование кисты поджелудочной железы. Наряду с этим увеличилось число осложненного течения псевдокисты, что довольно часто приводит к необходимости хирургического вмешательства. Наиболее частыми осложнениями псевдокист поджелудочной железы являются нагноения, кровотечения, перфорация. В более редких случаях (по данным разных авторов до 6%) может развиваться желтуха, вызванная сдавлением желчевыводящих

протоков псевдокистой. До 80% всех кист, приводящих к данному осложнению, располагаются в головке поджелудочной железы. Степень гипербилирубинемии и соответственно клинические проявления желтухи прямо пропорционально зависят от размеров кисты и степени сдавления желчевыводящих протоков. Цель исследования. Целью исследования являлось изучение частоты развития механической желтухи, вызванной сдавлением кистой поджелудочной железы и анализ результатов хирургических вмешательств. Материалы и методы: был проведен ретроспективный анализ 155 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в «Республиканской больнице им. В.А. Баранова» г. Петрозаводска, с диагнозом острый или хронический панкреатит, осложненный формированием кисты поджелудочной железы. Все пациенты были госпитализированы в стационар по экстренным показаниям. Мужчин было 114 (73,5%), женщин – 41 (26,5%). Возраст варьировал от 17 до 72 лет. В 47 (30,3%) случаях киста располагалась в головке поджелудочной железы, у 26 (16,7%) - в теле, в 51 (32,9%) - в хвосте. В 31 (20,1%) случае киста занимала две и более анатомических области поджелудочной железы. Размеры кист варьировали от 0,5 до 28 см. Результаты: клинические признаки сочетания острого панкреатита и механической желтухи на момент госпитализации отмечались у 8 человек (5,1% всех пациентов), при этом превалировала клиника острого панкреатита. Все пациенты были мужчинами. Возраст больных колебался от 28 до 72 лет. Во всех случаях киста располагалась в головке поджелудочной железы и лишь в одном случае кисты занимали две анатомические области поджелудочной железы (головка, тело). Размер кист варьировал от 6 до 28 см. У 3 (1,9%) больных киста поджелудочной железы была диагностирована ранее и имела меньшие размеры. При поступлении всем пациентам выполнялись необходимые диагностические исследования: клинический и биохимический анализы крови, анализ мочи с определением уровня диастазы, ЭКГ, эхонография органов брюшной полости. При выполнении УЗИ в 100% случаев выявлялась киста головки поджелудочной железы различных размеров и признаки гипертензии желчевыводящих путей. Сразу после госпитализации проводилась инфузионная, дезинтоксикационная, спазмолитическая, антисекреторная, анальгетическая терапия. В последующем пациенты были дообследованы. Выполнялось СКТ брюшной полости. По результатам обследования 7 пациентам предпринималась попытка дренирования псевдокисты под контролем УЗИ с установкой дренажа. У двух пациентов на фоне стояния дренажа киста спалась, выполнена контрольная фистулография, где не было выявлено связи с вирсунговым протоком – пациенты выписаны на амбулаторное лечение. У одного больного при фистулографии был выявлена связь с вирсунговым протоком, после предоперационной подготовки выполнена цистоентеростомия на отключенной по Ру кишке. Один пациент поступил в тяжелом состоянии с выраженной механической желтухой, гипербилирубинемией до 458 ммоль/л за счет сдавления выхода холедоха огромной кистой головки поджелудочной железы. Пациенту в срочном порядке выполнена холецистостомия под УЗИ контролем. После стабилизации больного, уменьшения уровня билирубина выполнена холецистоеюностомия, цистоеюностомия на отключенной по Ру кишке. Пациент выписан на 9-е сутки. Остальные пациенты в связи с отсутствием положительной динамики от дренирования под контролем УЗИ также были оперированы после предоперационной подготовки. У одного пациента выполнена цистогастростомия, у трех – цистоентеростомия на отключенной по Ру кишке. Летальный исход в данной группе пациентов был лишь в одном случае у пациента 72 лет с тяжелой сопутствующей кардиальной патологией от ТЭЛА. Остальные пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии. Выводы: 1. Киста поджелудочной железы, осложненная сдавлением желчевыводящих протоков, нуждается в оперативном лечении при неэффективности наружного дренирования под УЗИ контролем (без тенденции к спадению, наличия связи с вирсунговым протоком) в объеме внутреннего дренирования. 2. При высокой гипербилирубинемии, сопровождающейся печеночной недостаточностью, нарушением функции свертывания крови, необходимо выполнение малоинвазивных вмешательств, таких как холецистостомия под контролем УЗИ, с дальнейшим

оперативным лечением пациента после стабилизации состояния и показателей коагулограммы.

### **43. Частота встречаемости инфекционных осложнений при стерильном панкреонекрозе.**

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

Оренбург

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации»

В настоящее время инфицирование очагов панкреатической деструкции считается основным фактором, приводящим к высокой летальности при остром панкреатите. В структуре летальности 80% причин – смерть от инфицирования. При стерильных формах панкреонекроза летальность варьирует от 0 до 11%. Цель исследования: провести анализ частоты встречаемости инфекционных осложнений при стерильном панкреонекрозе у пациентов, перенесших малоинвазивные вмешательства. Материалы и методы: исследование охватывает 17 больных, находившихся на лечении в ГАУЗ «ГКБ им. Н. И. Пирогова» г. Оренбурга в 2015-2016 годах с подтвержденным панкреонекрозом. Все пациентам были проведены лапароскопические операции, и в зависимости от полученных данных они были разделены на несколько групп: А – выжившие пациенты без септических осложнений в послеоперационном периоде; В – выжившие пациенты с септическими осложнениями в послеоперационном периоде с повторными оперативными вмешательствами; С – пациенты с летальным исходом, вследствие септических осложнений в послеоперационном периоде. Результаты и обсуждение: Группу А составили 7 (41,2%) от общего количества пациентов, в группу В вошли 7 (41,2%) пациентов и в группу С – 3 (17,6%). В группе А лапароскопия была окончательным методом лечения, показанием к которому было наличие свободной жидкости в брюшной полости и сальниковой сумке (100% пациентов). Выпот, полученный из брюшной полости, подвергался бактериологическому исследованию – рост микрофлоры отрицательный. Группа В. Диффузный перитонит был диагностирован в 100% случаев. У пациентов с изначально стерильным панкреонекрозом происходило его инфицирование и формирование осложнений. В результате бактериологического исследования только у 57% больных были высеяны микроорганизмы (*Klebsiella Pneumoniae*). У 43% пациентов роста микрофлоры получено не было, несмотря на клинические проявления инфицирования. Группа С. Все пациенты поступили с панкреонекрозом и разлитым перитонитом, были прооперированы в течение первых суток после появления клиники. У всех пациентов этой группы смерть наступила на 10-15-е сутки пребывания в стационаре в результате септических осложнений. Летальность вследствие септических осложнений при панкреонекрозе составила – 12%. Выводы: 1) При выполнении малоинвазивных вмешательств частота инфицирования панкреонекроза остается на высоких цифрах (58,8%). 2) С помощью бактериологического метода исследования не всегда возможно идентифицировать возбудителя инфицированного панкреонекроза.

#### **44. Коморбидные состояния при панкреонекрозе по данным патоморфологических исследований**

Макаров С.В., Смолькина А.В., Анисимова С.В., Евсеев Р.М.

Ульяновск

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», медицинский факультет им. Т.З. Биктимирова

Панкреонекроз – заболевание, которое преобладает в структуре гнойно-деструктивных заболеваний органов брюшной полости. Он в 74,5% случаев является причиной смерти больных от гнойно-деструктивных заболеваний органов брюшной полости. Задачи: изучить патоморфологические изменения органов у умерших больных в зависимости от: получения ими медицинской помощи, состояния поджелудочной железы, изменения в других органах и системах. Из 53 исследований: у 33 больных картина геморрагического панкреонекроза, у 8 больных картина жирового панкреонекроза, у 12 больных картина септического некроза. При исследовании препаратов сердца: Структура смертности больных с геморрагическим панкреонекрозом в стационаре не содержит больных, у которых отмечается дистрофия и склероз изолировано от фрагментации, лизиса и некроза кардиомиоцитов. Можно предположить, что лечение в стационаре не приводит к смерти этой группы больных, и умирают только те, у которых выявляются более тяжелые изменения в сердце в виде фрагментации, некроза и лизиса. При исследовании препаратов легочной ткани выявлено: Преобладание более тяжелых форм патологических изменений в легочной ткани у умерших больных, которые находились на стационарном лечении по сравнению с больными которым не оказывалась медицинская помощь указывает, что проводимое лечение в стационаре снижает смертность в группе больных с признаками отека легких не сопровождающегося геморрагическим компонентом. При исследовании препаратов ткани и оболочек мозга выявлено: Тяжесть изменений в головном мозге напрямую зависит от получения больным стационарной помощи от формы панкреонекроза ( наиболее тяжелые изменения при септическом и геморрагическом) Исследование препаратов почек: Преобладание некротических и дистрофических изменений в почечной ткани в процентном соотношении у умерших, которые не получали стационарное лечение, выше в сравнении с теми, которым оказывалась медицинская помощь. Исследование препаратов печени: Наличие жировой дистрофии и воспалительных изменений в печени не коррелирует у умерших больных после лечения, и у тех, кто не получал помощь. Достоверная разница в показателях между формами панкреонекроза. Коморбидные состояния при панкреонекрозе: по данным патоморфологических исследований у умерших можно выявить транснозологические коморбидности и коморбидности по принципу единства патогенеза. Как проявление транснозологических коморбидностей можно рассматривать кардиосклероз, гломерулосклероз и цирроз печени. К причинным коморбидностям, развившимся на фоне ферментемии относим: некроз и отек почечной ткани, отек легких, отек головного мозга, фрагментация и лизис кардиомиоцитов. Выводы: 1. Причина смерти при панкреонекрозе являются его осложнения. 2. Преобладание более тяжелых форм патологических изменений у умерших больных, которые находились на стационарном лечении, по сравнению с больными, которым не оказывалась медицинская помощь, указывает, что проводимое лечение в стационаре снижает смертность. 3. Выявление коморбидных состояний влияющих на тяжесть течения панкреонекроза является необходимым условием адекватного лечения этих больных.

#### **45. Особенности клинической картины, диагностики и лечения острого панкреатита у беременных.**

Корольков А.Ю., Китаева М.А., Смирнов Д.А., Большакова М.В., Попов Д. Н.

Санкт-Петербург

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

Актуальность: несмотря на то, что панкреатит во время беременности встречается редко, заболевание характеризуется высокими показателями материнской и перинатальной смертности. Цель работы: проанализировать клиническую картину, эффективность диагностики и результаты лечения острого панкреатита у беременных на разных сроках гестации. Материалы и методы: за 2014-2016 г. проведен ретро- и проспективный анализ 28 историй болезни пациенток с 22 по 38 нед. беременности, в диагнозах направления которых фигурировал острый панкреатит. Результаты: Срок беременности женщин поступающих с диагнозом острый панкреатит варьировал от 22 до 38 нед. беременности. Основной контингент женщин (21 пациентка), поступающих с данной патологией, были со сроком гестации 30-38 нед. Все пациентки наблюдались в условиях желтой зоны СОСМП. Диагностика включала в себя в обязательном порядке следующие лабораторные и инструментальные исследования- клинический, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи на диастазу, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости. При опросе пациенток выяснялось, что ведущими жалобами были боли в верхних отделах живота, преимущественно в эпигастрии, опоясывающего характера (28 пациенток), тошнота (25 пациенток), рвота более 3-х раз (17 пациенток). Также в единичных случаях беспокоила изжога, метеоризм, пожелтение склер, потемнение мочи, осветление кала. При сборе анамнеза, выявлена четкая связь с нарушением диеты (жирная пища, алкоголь), у 10 пациенток в анамнезе желчекаменная болезнь. 14 пациенток (50%) на момент осмотра ничего не беспокоило, в лабораторных и инструментальных исследованиях патологии не выявлено. Объективно при пальпации у 4 пациенток отмечалась болезненность в эпигастрии, им выполнена ВГДС - у 3-х диагностирован поверхностный гастрит с единичными эрозиями. У 1 пациентки атрофический гастрит. Все пациентки из данной группы выписаны на амбулаторное лечение под наблюдение гастроэнтеролога. У 9 пациенток в клиническом анализе крови умеренный лейкоцитоз от 10-13 х 10<sup>9</sup>/л, в биохимическом анализе незначительное повышение амилазы от 160 до 210 Е/л, также незначительное повышение диастазы от 600 до 630. При УЗИ у 5 пациенток диагностирована желчекаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит. Поджелудочная железа визуализирована у 5 пациенток- структурна, без особенностей. У 4-х поджелудочная железа в связи с большим сроком беременности не визуализирована. Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. 6-ым выполнена ВГДС - поверхностный гастрит. 3-е отказались от данного исследования. Все пациентки госпитализированы на хирургическое отделение с диагнозом острый панкреатит, легкое течение и после проведения инфузионной спазмолитической антисекреторной терапии выписаны на амбулаторное лечение в сроки от 5 до 8 дней. У одной пациентки в ходе сбора жалоб и анамнеза заподозрен гастроэнтероколит (жидкий стул более 10 раз за 14 часов, рвота съеденной пищей и желчью около 12 раз), осмотрена в боксе инфекционистом - диагноз подтвержден. Переведена в инфекционный стационар. У 5 беременных (срок гестации 32-38 нед) в клиническом анализе крови выявлен лейкоцитоз, в биохимическом анализе крови отмечается повышение амилазы от 500 до 1800, а анализе мочи повышение диастазы. У 4-х при УЗИ признаки хронического калькулезного холецистита, диффузная неоднородность поджелудочной железы, которую четко визуализировать не удастся. У данных беременных установлен диагноз ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Острый билиарный панкреатит. 1 беременная 36

нед , в связи с развитием панкреатита средней степени тяжести была госпитализирована в РО, где проводилась интенсивная инфузионная спазмолитическая антисекреторная терапия с положительным эффектом. В связи с повышением общего билирубина за счет прямой фракции пациентке выполнена МРХПГ- холедох прослеживается на всем протяжении d= 0,9 см., без признаков конкрементов в нем. Желчный пузырь не изменен, в полости множественные конкременты. Регулярный контроль КТГ. На 4-е сутки переведена на ХО, откуда выписана на 9 сутки от момента поступления в удовлетворительном состоянии. У 1 пациентки в лабораторных анализах выявлены высокие цифры амилазы (>3000), диастазы (>20000), лейкоцитоза (>18). В анамнезе у пациентки ЛХЭ, холедохолитотомия. Установлен диагноз ЖКБ. Холедохолитиаз? острый билиарный панкреатит тяжелой степени, и, в связи с отсутствием положительной динамики на фоне консервативной терапии в течение 6 часов в РО, выставлены показания к кесареву сечению и ревизии органов брюшной полости. Выполнено оперативное вмешательство в объеме- кесарева сечения, ревизии органов брюшной полости, холедохоскопии. Операция завершена ЭПСТ и дренированием холедоха по Керу. На 15-е сутки выписана на амбулаторное лечение. 2-е пациенток из этой группы не потребовали госпитализации в РО, консервативная терапия с положительным эффектом проводилась в условиях ХО и в сроки от 7 до 12 дней выписана на амбулаторное лечение. Выводы: приступ панкреатита может развиваться при любом сроке беременности и в раннем послеродовом периоде, но чаще во II или III триместре. Тяжесть клинической картины напрямую коррелирует со сроком гестации - чем больше срок, тем тяжелее течение панкреатита. Клинические проявления многообразны, однако преобладают типичные жалобы для панкреатита- опоясывающие боли в верхних отделах живота, тошнота, рвота. Основным этиологическим фактором острого панкреатита во время беременности являются заболевания билиарного тракта (желчекаменная болезнь).

#### **46. Дренажные конструкции при инфицированном панкреонекрозе.**

Воронков Д.Е.

Симферополь

ГБУЗ РК «Симферопольская ГКБ №7»

Цель исследования: улучшить хирургические подходы в лечении инфицированного панкреонекроза. Материалы и методы: в клинике в течение 5 лет проходили хирургическое лечение по поводу инфицированного панкреонекроза 16 человек, 14 (87,5%) мужчин и 2 (12,5%) женщины. Диагноз верифицировали по результатам ультрасонографии, лапароскопии, интраоперационной ревизии, лабораторным критериям крови, мочи, перитонеального экссудата. Показаниями к экстренному хирургическому вмешательству (первые сутки с момента госпитализации), после проведенной интенсивной терапии служили: а) разлитой гнойный перитонит; б) сочетание панкреонекроза с деструктивным холециститом; в) невозможность исключить экстренную внутрибрюшную патологию, которая требует немедленного оперативного пособия. Показаниями к операции в поздние сроки (18-21 сутки и более с момента заболевания) послужило развитие гнойно-некротических осложнений (абсцессы, локализованные в сальниковой сумке или экстрапанкратической зоне; флегмона забрюшинного пространства и др.). Целью оперативного вмешательства при гнойно-некротических осложнениях деструктивного панкреатита явилось: а) выделения всех имеющихся гнойно-некротических очагов; б) максимально- щадящая некрэксеквестрэктомия очагов деструкции поджелудочной железы и забрюшинного пространства; в) установка адекватной дренажной системы в очагах воспаления; г) профилактика вторичного инфицирования очагов деструкции. В своей практической работе мы отказались от марлевых тампонов, которые уже через 6 часов превращаются в "пробку", пропитанную гноем, и от установки

дренажей пассивного характера, которые забиваются некротическими тканями и фибринозными наложениями. С целью устранения негативных последствий пассивного дренирования мы применяли дренажи собственной конструкции „Спосіб лікування інфікованого панкреонекрозу” (№12799 від 15.03.06, бюл.№3), которые представляют собою полиуретаново-трубчатую систему с одновременной установкой в очаге воспаления системы орошения и постоянного вакуумирования, кроме этого полиуретановая основа дренажа обильно пропитывается мазью нитацид, а трубчатая система эвакуации оснащена устройством, обеспечивающим своевременное очищение просвета дренажей от секвестрирующих тканей. Результаты: данная методика применена нами у 16 больных с гнойно-некротическими осложнениями деструктивного панкреатита. Послеоперационная летальность 18,75% (3 пациента). Заключение: адекватное дренирование очагов деструкции панкреонекроза на фоне интенсивной современной терапии позволяет в настоящее время снизить послеоперационную летальность.

#### **47. Редкое распространение псевдокисты поджелудочной железы**

Столяров С.И.(1), Добров А.В.(1), Оленин В.В.(1), Анюров С.А.(2)

Чебоксары

1) БУ «Республиканская клиническая больница», 2) БУ «Городская клиническая больница №1»

Актуальность. Псевдокиста поджелудочной железы (ПКПЖ) может распространяться в средостение по ходу аорты или через пищеводное отверстие диафрагмы, а также в забрюшинное пространство. Описаны случаи распространения ПКПЖ вплоть до шеи, иногда в мошонку и пятку (В.М. Буйволлов с соавт., 1986). К 2011 году описан 31 случай с панкреатической кистой средостения (М.А. Конев с соавт.). Приводим наблюдение из нашей практики. Пациент А., 57 лет поступил в торакальное отделение 27.10.15 с жалобами на кашель, боли в грудной клетке, слабость. Болен около 2 лет, когда появилась общая слабость. В течение 2 лет злоупотреблял алкогольными напитками. При флюорографии органов грудной клетки в октябре 2015 г. обнаружены изменения в легких. Лечился по месту жительства по поводу экссудативного плеврита. При поступлении. Состояние средней тяжести. Дыхание везикулярное, в нижних отделах ослаблено. ЧД 20 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 78 в минуту. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, умеренно болезнен при пальпации в эпигастрии. Анализ крови :Э 3,38·10<sup>12</sup>/л, Нв 106 г/л, Л 11,1·10<sup>9</sup>/л, п/я 4%, с/я 70%, лф 17%, м 9%, СОЭ 53 мм/ч. Билирубин 19 мкмоль/л, АлТ 10 Е/л, АсТ 19 Е/л, мочевины 4,6 ммоль/л, креатинин 77 мкмоль/л, сахар 4,72 ммоль/л, альфа-амилаза крови 438 Е/л. Обзорная рентгенография ОГК: Картина двухстороннего ограниченного плеврального выпота. Фибробронхоскопия от 30.10.15: Двусторонний диффузный катаральный эндобронхит. КТ органов грудной полости от 02.11.15: в легких очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. В обеих плевральных полостях определяется свободный выпот шириной до 9 мм, плотностью +ЕН. В заднем средостении жидкостное образование с четкими контурами, размерами 22x35 мм, плотностью +11ЕН, располагающееся вероятнее всего в передней стенке пищевода, распространяющееся с уровня средней трети пищевода с переходом на абдоминальную часть, компрометирующее левое предсердие. КТ органов грудной полости с контрастированием пищевода per os и внутривенным болюсным контрастированием от 10.11.15 : в заднем средостении определяется жидкостное образование с четкими контурами, размерами 130x35 мм, плотностью +9-+20 ЕН(не накапливающее контрастное вещество), располагающееся по передней стенке пищевода, распространяющееся с уровня средней трети пищевода с переходом на абдоминальную часть, компрометирующее левое предсердие. При контрастировании пищевода per os жидкая часть контрастного вещества переходит участок стенозированного пищевода



(контрастное вещество находится в желудке). Фиброгастроскопия от 12.11.15 : пищевод свободно проходим, начиная с 32 см от резцов и до 37 см отмечается выбухание передней стенки пищевода за счет сдавления из вне. Кардия на расстоянии 40 см от резцов, смыкается полностью. В просвете желудка умеренное количество слизи, складки извитые. Слизистая диффузно гиперемирована, отечна. В выходном отделе желудка отмечается деформация задней стенки желудка за счет сдавления из вне. Привратник проходим. Луковица 12 перстной кишки не деформирована, слизистая умеренно гиперемирована, постбульбарные отделы без особенностей. УЗИ брюшной полости от 12.11.15: увеличение поджелудочной железы с выраженными диффузными изменениями, с формированием множественных неоднородных по структуре псевдокист в голове, теле и хвосте, вероятно тромбоз основного ствола воротной вены с формированием множественных анастомозов и шунтов (УЗ картина может соответствовать перенесенному острому деструктивному панкреатиту). Очаговая структура в проекции хвостатой доли печени. КТ ОБП с контрастированием от 17.11.15: КТ картина многокамерных кистозных образований поджелудочной железы на фоне диффузных изменений и явлений панкреатита. Многокамерное кистозное объемное образование эпигастральной области с распространением парааортально, параэзофагеально в заднее средостение. С диагнозом псевдокисты поджелудочной железы с распространением на заднее средостение пациент консультирован гепатохирургом, от оперативного лечения категорически отказался. В последующем с жалобами на боли в эпигастральной области , тошноту, рвоту, повышение температуры тела до 38 град. в экстренном порядке в 14:00 14.01.16 поступил в хирургическое отделение БУ «ГКБ №1». После предоперационной подготовки в 18:00 14.01.16 выполнена операции – Лапаротомия, наружное дренирование псевдокист поджелудочной железы. Послеоперационный период без осложнений. Дренажи удалены через 4 недели после операции. Осмотрен через 7 месяцев, жалоб не предъявляет, трудоспособен. Выводы. Своевременная диагностика псевдокист поджелудочной желе с атипичной распространенностью затруднительна в связи с недостаточной осведомленностью о данной патологии широкого круга врачей. При подозрении на ПКПЖ данной локализации необходимо провести КТ грудной и брюшной полостей с обязательным использованием контрастного болюсного усиления, а также проведения анализов крови и мочи на амилазу, исследование плеврального экссудата на содержание амилазы.

#### **48. Панкреатикогастроанастомоз в хирургии поджелудочной железы.**

Байчоров Э.Х., Гусейнов Ш.И., Семенов С.С., Бруснев Л.А.

Ставрополь

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение: Несмотря на существенное снижение в последние годы послеоперационной летальности при панкреатодуоденальных резекциях (4,8-18%), значительным остается количество послеоперационных осложнений, достигающее в больших сериях наблюдений 70% и более. Принципиально вопрос выбора метода реконструктивного этапа операции в настоящее время не вызывает особых сомнений у хирургов, так как коллективный опыт свидетельствует в пользу формирования анастомозов на единой петле тощей кишки. В последние годы остается открытым вопрос о варианте выбора панкреатикодигестивного анастомоза, являющегося наиболее частой причиной послеоперационных осложнений и летальности при панкреатодуоденальной резекции. Цель: Оценка результатов операции панкреатодуоденальной резекции с учетом выбранного варианта панкреатикодигестивного анастомоза. Материалы и методы исследования. В исследование включены 123 больных, у которых операция панкреатодуоденальной

резекции была выполнена одной бригадой для исключения влияния фактора хирурга на результаты оперативного вмешательства. Все операции выполнены с использованием прецизионных технологий с применением оптики, налобного освещения современных энергетических установок. С 2011 года применяется ускоренная реабилитация больных (fast track). Реконструктивный этап операции выполнялся в виде панкреатикоюноанастомоза ПЕА (25 больных) либо, панкреатикогастроанастомоза ПГА (98 больных) по разработанной нами оригинальной методике с тампонированием среза культи поджелудочной железы подслизистым слоем желудка. («Способ формирования панкреатикогастроанастомоза при панкреатодуоденальной резекции» патент на изобретение № 2414179 от 29.03.2011 г. с дренированием зоны панкреатикогастроанастомоза с формированием герметичного "мешочка" что позволило в 3 раза снизить частоту релапаротомий при несостоятельности анастомоза.) Результаты: В раннем послеоперационном периоде всего осложнения возникли у 48,7% больных, у некоторых больных было более одного осложнения. Анализ послеоперационных осложнений проведен с использованием классификации Clavion-Dindo. Осложнения возникли у 55% пациентов с реконструктивным этапом в виде ПЕА и у 47,8% больных с ПГА ( $p>0,05$ ). Послеоперационная летальность (до 28 суток) составила 11,3%. В группе больных, где использовался ПГА по оригинальной методике, умерло 5,8% пациентов, причиной смерти в двух случаях была несостоятельность гепатикоюноанастомоза с развитием распространённого перитонита, в другом – острый инфаркт миокарда. В группе больных, где был применен ПЕА, умерли 16,7% пациентов. Причинами смерти явились несостоятельность ПЕА, распространённый гнойно-фибринозный перитонит – 2 наблюдения, ишемический инсульт в левом полушарии головного мозга – также в 1 наблюдении. Длительность операции составила 437+<sub>-</sub>108 минут при формировании ПЕА и 378+<sub>60</sub> минут при ПГА ( $p<0,01$ ). Меньшая длительность операции при использовании панкреатикогастроанастомоза в предложенном варианте обусловлена технической простотой его исполнения в сравнении с панкреатикоюноанастомозом. Заключение: Полученные нами результаты свидетельствуют о тенденции к более низкому уровню послеоперационной летальности при применении панкреатикогастроанастомоза на реконструктивном этапе операции ПДР. Мы убеждены, что предложенный метод формирования панкреатикогастроанастомоза сочетает техническую простоту, изящность исполнения, надежность, и в применении с оригинальным вариантом дренирования сформированного «мешочка» может быть рекомендован для клинического применения. Выполнение панкреатикогастроанастомоза достоверно способствует сокращению продолжительности операции, не увеличивая при этом частоту послеоперационных осложнений.

#### **49. Дренирование при инфицированном панкреонекрозе**

Костырной А.В.

Симферополь

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»  
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

Цель: оптимизировать заключительный этап оперативного вмешательства при инфицированных формах панкреонекроза. Объект: 154 пациента с различными формами инфицированного панкреонекроза. Острый деструктивный панкреатит одно из самых сложных, тяжелых, затратных заболеваний органов брюшной полости. В середине XX века было описано не более 350 случаев заболевания, которые рассматривались, как казуистика. По данным ВОЗ отмечается неуклонный рост заболеваемости по всему миру до 800 человек на 1 млн. населения. Ежегодно в России умирает о различных форм панкреонекроза 20 000, равное потерям при ДТП. Присоединении инфекции в изначально

асептические очаги некроза, как в самой железе, так и в парапанкреатические ткани сопровождается высокой летальностью 40-75%. История развития тактико-технических подходов при остром панкреатите пережила ряд противоположных взглядов – от ранних вмешательств сопровождающихся высокой летальностью, до полного запрета на операции. И только в конце XX столетия, когда была общепринята классификация предложенная Н.Вегер (1992), существенно изменилась тактика ведения данной патологии и показания к выполнению оперативного пособия. Сложность своевременной диагностики некротических форм панкреатита и момент присоединения инфекции крайне важен для принятия решения о показании к оперативному вмешательству, что напрямую сказывается на конечных результатах. Нами разработана и внедрена программа 3-D моделирование воспалительного процесса в поджелудочной железе и окружающих ее тканях и прогностическая оценочная шкала состояния пациента применительно к оснащению нашей клиники, что является дополнением к общепринятым диагностическим методикам. Показания к оперативному вмешательству в настоящее время являются: 1. Подтвержденное наличие панкреатической инфекции. 2. Прогрессирующий панкреонекроз билиарной этиологии – первые 48 ч от начала заболевания. 3. Признаки абсцедирования поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, аррозивные кровотечения (свыше 3-х недель от начала заболевания и более). На большом клиническом материале мы опробовали предлагаемые различные варианты завершения операции при инфицированном панкреонекрозе, включая и миниинвазивные методики. И пришли к выводу, что однократного оперативного пособия, как правило не достаточно. Поэтому к дренажным конструкциям используемым при данной патологии предъявляются определенные жесткие требования, они должны выполнять каркасную, дренажную, гемостатическую и одновременно лечебную функции. Нами разработаны ряд дренажных конструкций с использованием лапароскопической технологии и водорастворимых мазовых композиций обладающих некролитическим действием. Запатентованные в Российской Федерации и на Украине (патент № 2134069, № 2127551, № 2127132, 1999 РФ, декларационный патент Украины № 3292, 2004, № 6293, 2005, № 12799, 2006, № 30614, 2008). Разработанные и внедренные в практику способы лечения и дренирования гнойно-некротических полостей при инфицированном панкреонекрозе позволило добиться снижения послеоперационной летальности до 17%. Выводы: 1. Применение более современных методик дренирования при гнойно-некротических осложнениях инфицированного панкреонекроза позволило нам добиться снижения послеоперационной летальности.

## **50. Удаление aberrантной поджелудочной железы атипичного вида - ошибка или неизбежность?**

Богатков Н.Д., Стекольников А.А., Макаров С.А., Иванов И.Г., Стрижелецкий В.В.

Санкт-Петербург

СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия».

Аберрантная поджелудочная железа (АПЖ) - доброкачественное опухолевидное образование, залегающее, как правило, в подслизистом слое, реже в muscularis propria и субсерозном слоях. По гистологической структуре представляет из себя ткань поджелудочной железы и часто имеет выводной проток в просвет органа. Локализуется преимущественно в антральном отделе желудка по большой кривизне, но может иметь и другие локализации (включая двенадцатиперстную кишку и пищевод). Эндоскопическая диагностика таких образований в большинстве случаев не представляет трудностей (локализация, характерная форма, наличие выводного протока). При возникновении сомнений в дифференциальной диагностике помогает эндосонография образования (гипоэхогенное, гетерогенное образование с тубулярными структурами). В отсутствие

осложнений (которые встречаются казуистически редко), пациент не нуждается в специальном лечении или наблюдении. Однако, возможны и ошибки в ее диагностике. Это случается при атипичном расположении АПЖ, при отсутствии выводного протока, больших размерах. Настороженность усиливают результаты эндосонографии (гетерогенность, нечеткие, неровные контуры, невозможность визуализировать проток, признаками вовлечения *muscularis propria*). Это приводит к неправильной интерпретации данных в пользу образований с высоким потенциалом малигнизации (гастроинтерстициальные стромальные опухоли, нейроэндокринные опухоли) с последующим необоснованным хирургическим лечением. Цель исследования: оценить возможности эндоскопической диагностики атипичных АПЖ. Материалы и методы: представлен опыт наблюдения 79 с АПЖ за 2013-2016 годы в СПб ГБУЗ “Городская больница Святого Великомученика Георгия”. Мужчины составили 51, женщины – 28. Все пациенты проходили эзофагогастродуоденоскопию в условиях стационара с применением хромокопии (индигокармин), увеличительной эндоскопии. У 72 пациентов дополнительных методов диагностики не потребовалось. У 7 пациентов в связи с нехарактерной для АПЖ картиной (малая кривизна, отсутствие протока) была проведена эндосонография. По данным эндосонографии четких признаков aberrантной поджелудочной железы не получено. При этом у 2 пациентов был заподозрен рост из мышечного слоя, что явилось противопоказанием для эндоскопической диссекции. У 3 пациентов была выполнена туннельная биопсия (получен неинформативный материал). Результаты: в связи с подозрением на гастроинтерстициальную стромальную опухоль/нейроэндокринную опухоль у 5 пациентов проведена диссекция образования в подслизистом слое (без осложнений). У 2 пациентов проведена лапароскопическая клиновидная резекция. Морфологическая картина во всех 7 случаях соответствовала АПЖ. Выводы: в настоящее время диагностика АПЖ атипичного вида достаточно сложна, что приводит к необоснованному хирургическому лечению. По существу, единственным способом окончательной диагностики остается оперативное удаление образования с последующей морфологической верификацией.

## **51. Определение связи вирсунгова протока с полостью кисты у больных с хроническим панкреатитом и псевдокистой поджелудочной железы**

Хацко В.В., Греджев Ф.А., Шаталов С.А., Пархоменко А.В., Фоминов В.М.

Донецк, ДНР

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Актуальность проблемы. В последние годы непрерывно увеличивается количество больных с острым и хроническим панкреатитом различного генеза. Острый панкреатит осложняется образованием псевдокисты поджелудочной железы (ПКПЖ) в 4 – 21,3% случаев, а при тяжёлых деструктивных формах заболевания – в 9,8 – 51,7%. Проблема диагностики и лечения ПКПЖ остаётся актуальной на современном этапе и далёкой от окончательного разрешения. Большие затруднения вызывает диагностика псевдокист, особенно определение связи кисты с панкреатическими протоками, толщины её капсулы. В определении показаний и противопоказаний к пункционно-дренажным вмешательствам нет единства мнений. Отсутствуют единые лечебно-тактические принципы. Цель работы. Выявить критерии связи вирсунгова протока с полостью кисты у больных с хроническим панкреатитом, псевдокистой поджелудочной железы (ХППКПЖ) для оптимизации оперативного лечения. Материалы и методы. За 10 лет в клинике хирургии им. К.Т.Овнатаяна Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького лечились 154 больных с хроническим панкреатитом, псевдокистой поджелудочной железы. Среди них было 113 (73,6%) мужчин и 41 (26,4%) женщина в возрасте 27 – 80 лет. Размеры кист – от 4 до 28 см в диаметре. 90,2% кист были постнекротическими, 72,2% -

осложненными. Больным применяли следующие методы исследования: клиничко-лабораторные, ультразвуковой (УЗИ), компьютерная (КТ) или магнитно-резонансная томография (РМТ), эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), интраоперационная цистография, «Способ оптимизации выявления связи между протоком поджелудочной железы и ее кистой» (патент № 16415 от 16.01.2006 г.), послеоперационная фистулоцистография. Результаты и обсуждение. Большое значение имеет для лечебной тактики выявление сообщения полости кисты поджелудочной железы с главным панкреатическим протоком. ЭРХПГ применена у 42 больных с хроническим панкреатитом, псевдокистой поджелудочной железы, у 19 из них выявлено сообщение вирсунгова протока с кистой. Округлая форма кисты с ровными контурами и однородной тенью указывали на длительное течение заболевания. Эффективным методом диагностики, примененным у 28 больных, явился разработанный нами «Способ оптимизации выявления связи между протоком поджелудочной железы и ее кистой». При этом перед эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографией выполняли внутрипротоковую фиброскопию поджелудочной железы. Затем вводили в вирсунгов проток катетер с надувным баллоном на дистальном конце и через катетер – 5 – 10 мл 25% водорастворимого йодсодержащего контрастного раствора, с последующим пережатием катетера и выполнением компьютерной или магнитно-резонансной томографии. Кроме того удалось выявить сообщение между протоковой системой поджелудочной железы с полостью псевдокисты с помощью магнитно-резонансной томографии (у 8 пациентов), интраоперационной цистографии (у 31), послеоперационной фистулоцистографии (у 17). Повышенное содержание ферментов поджелудочной железы в жидкости из псевдокисты также свидетельствует о наличии такого сообщения. Выводы. Таким образом, сообщение между главным протоком и кистой поджелудочной железы можно выявить с помощью эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографией, разработанного нами способа, магнитно-резонансной томографии, интраоперационной цистографии, послеоперационной фистулоцистографии. При наличии такого сообщения целесообразно наложение цистогастро- или цистозентероанастомоза.

## **52. Возможности белков острой фазы в решении вопросов дифференциальной диагностики и эффективности лечения острого панкреатита**

Зурнаджянц В.А., Кчибеков Э.А., Сердюков М.А., Алексашина Д.С.

Астрахань

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. Среди хирургических заболеваний пищеварительной системы острый панкреатит является одним из самых распространенных, и по частоте возникновения уступает лишь острому холециститу и острому аппендициту, поэтому, безыменно эта патология входит в перечень самых проблемных областей абдоминальной хирургии. Для решения данного вопроса, на сегодняшний день, очень важно выделение из огромного перечня диагностических методов именно тех, которые являются адекватными для диагностики этого заболевания, способны достоверно верифицировать все его формы, и давать объективную оценку по всем его клиническим параметрам. Уже давно мировая наука доказала многогранность белков острой фазы (БОФ) по отношению к различным процессам, происходящим в организме человека. В ходе предложенной работы наше внимание было уделено трем белкам: продукты деградации фибриногена (ПДФ), альфа2-макроглобулин (МГ), связанный с беременностью альфа2-гликопротеин (СБАГ). Цель работы. Целью работы явилась оценка состояния больных с острым панкреатитом по результатам определения специально подобранной группы белков острой фазы. Материалы и методы. Нами было обследовано 82 пациента с острым панкреатитом в

возрасте от 20 до 60 лет, находившихся на лечении в хирургических стационарах г. Астрахани. 74 пациента получали консервативное лечение, а 8 больных с деструктивными формами острого панкреатита (геморрагический, панкреонекроз) были прооперированы. Образцы сыворотки крови для определения уровня БОФ готовили дважды: до лечения (в том числе оперативного) и после него. Для идентификации белков использовали метод ИДА со стандартной тест-системой (чувствительность метода составляет 5 мг/л). Тест-системы были сформированы самостоятельно с помощью предоставленных лабораторией кафедры биохимии с курсом клинической лабораторной диагностики Астраханского ГМУ антисывороток. Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования были получены следующие данные: в сыворотке крови больных острым панкреатитом до лечения повышение уровня СБАГ – до 8,3 мг/л у 46,%, ПДФ – до 3,9 мг/л у 40%, после окончания лечения (в том числе оперативного), регистрируется снижение уровня обоих белков. А вот уровень МГ до лечения (876 мг/л) был заметно ниже, чем у доноров (1033 мг/л), а после предпринятого лечения возрастал до значений (1279 мг/л), превышающих донорские. Значительное снижение уровня МГ при остром панкреатите, вероятно, можно объяснить его функциональной связью с группой протеолитических ферментов. При анализе результатов исследования в сыворотке крови была видна разница в содержании ПДФ и СБАГ до лечения и после. Так концентрация ПДФ снижается в 1,56, а СБАГ в 1,66 раза, а концентрация МГ, наоборот, повышается в 1,46 раза. Все эти белки отражают разные стороны патомеханизма воспалительного заболевания: СРБ и СБАГ по современным данным взаимодействуют с компонентами иммунной системы; изменение концентрации ПДФ связано с тем, что данный белок является продуктом распада фибриногена под действием протеиназ, активирующихся при воспалении. А вот МГ в группе БОФ занимает особое положение как один из важнейших ингибиторов протеиназ, регулирующих активность различных протеолитических ферментов крови и тканей. Вероятно, поэтому мы обнаружили его достоверное снижение при выраженном остром панкреатите, когда происходит активация ферментов поджелудочной железы. Выводы. Результаты иммунохимического анализа на белки острой фазы наряду с традиционными показателями, значительно расширяют возможности лабораторной диагностики воспаления. Поэтому разработка схем оценки состояния больных с острым панкреатитом по результатам определения специально подобранной группы БОФ является весьма актуальным научно-практическим направлением.

# КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

## **1. Комплексное лечение рака толстой кишки, осложненного острой обтурационной непроходимостью.**

Тотиков З.В., Тотиков В.З.

Владикавказ

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных раком толстой кишки, осложненным острой толстокишечной непроходимостью, путем совершенствования хирургической тактики и создания условий для проведения комбинированных и комплексных методов лечения. Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 442 больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью, госпитализированных в хирургические отделения Республиканской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Владикавказа в экстренном порядке. В течение первых 24 часов поступило 83 (18,7%) больных, остальные после 24 часов, в том числе 33,1% пациентов через 4 и более суток. Средний возраст больных составил  $67,4 \pm 4,8$  лет. Всем поступившим больным помимо общеклинических методов исследования, производили обзорную рентгенографию брюшной полости, УЗИ, пальцевое исследование прямой кишки, колоноскопию (ректороманоскопию) или ирригографию. Перед радикальным этапом всем больным выполнялось УЗИ органов брюшной полости, у 248 больных выполнена компьютерная томография. По клиническому течению острой обтурационной толстокишечной непроходимости на фоне декомпрессионной терапии выделяем 4 стадии. На основе особенностей клинического течения острого нарушения проходимости у больных раком толстой кишки и предложенной классификации был разработана и использована у всех 442 больных специальная лечебно-диагностическая программа. Результаты. Всем 136 (30,8%) больным с 1 стадией ОТКН в отсроченном порядке выполнены одноэтапные радикальные или циторедуктивные оперативные вмешательства. При 2-3 стадиях эндоскопическая реканализация предпринята у 86 больных и оказалась она успешной у 39 (45,3%) пациентов и им так же как при первой стадии в течение 7-10 дней выполнены одноэтапные операции. Остальные 319 больных оперированы в течение 24 часов при 2 стадии, и в течение 12 часов при 3 стадии. В том числе 172 больным наложены двустольные трансверзо –или илеостомы, у 6 пациентам одностольные сигмостомы, у 17 больных двустольные постоянные колостомы над опухолью, 22 пациентам выполнены первичные правосторонние гемиколэктомии с анастомозом или со стомами. Из 47 (10,7%) больных с 4 стадией у 9 выполнены лапаротомии с наложением двустольных колостом, у 38 больных резекции со стомами. На втором этапе у 161 больного с двустольными илео-или трансверзостомами выполнены радикальные операции с наложением анастомозов. У 5 больных правосторонняя гемиколэктомия с ликвидацией стом. У 11 больных выполнены экстирпации прямой кишки. И 41 больному после операции Гартмана, Микулича или Лахейя - восстановительные операции через 2-3 месяца. 3 этап - закрытие проксимальных стом выполнен у 160 больных, через 2-3 недели у больных с илеостомами, через 2-3 месяца у больных с трансверзастомами. Перед радикальным этапом у 25 пациентам проведена лучевая или химиолучевая терапия, у 115 интраоперационная внутрибрюшная или внутритазовая химиотерапия. Системная послеоперационная химиотерапия после радикального этапа была проведена 352 больным. В связи с чем, сроки восстановительного 3 этапа зависели от окончания химиотерапии. На всех этапах умерло 22 (5,0%) больных, осложнения выявлены у 80(18,1%) больных. Заключение. Предложенная классификация и лечебно-диагностический алгоритм позволяют снизить

количество летальных исходов и осложнений, создать так же как и в плановой хирургии условия для проведения радикальных и циторедуктивных оперативных вмешательств и проведения комплексных методов лечения и избежать тяжелых восстановительных этапов.

## **2. Оценка информативности способов диагностики осложнений рака ободочной кишки.**

Гринцов А.Г. (1), Пилюгин Г.Г. (1), Вороной А.Л. (2), Луценко Ю.Г. (1), Матийцев А.Б. (1), Миронова Ю.В. (1)

Донецк, ДНР

1) Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького 2) Городская клиническая больница №21

Актуальность проблемы. Рост показателей заболеваемости раком толстой кишки у лиц пожилого и старческого возраста, поздняя обращаемость за медицинской помощью приводит к развитию тяжелых осложнений (от 30% до 80% случаев) таких как: острая обтурационная кишечная непроходимость (ОКН), перфорация опухоли, либо их сочетание. Цель работы - изучение информативности клинических симптомов, лучевых (рентгенологических, ультразвуковых), лапароскопических методов диагностики ОКН

Материалы и методы. Нами изучены результаты обследования 207 больных с осложненным раком ободочной кишки. Мужчин – 69 (33%), женщин – 138 (67%). Возраст больных от 50 до 87 лет, 180 (87%) больных имели сопутствующие заболевания различных органов и систем, нарушения обменных процессов. При этом у 64% отмечено 2 и более сопутствующих заболеваний. С учетом характера осложнений все больные поделены на три группы: 1 группа – 95 (46%) пациентов, госпитализированных с клиникой ОКН, 2 группа – 64 (30,9%) больных с клиникой перитонита и 3 группа – 48 (23,1%) человек, у которых имелось сочетание симптомов перитонита и ОКН. Все пациенты госпитализированы в экстренном порядке и оперированы. Результаты и обсуждение. Наиболее частым клиническим симптомом заболевания во всех трех группах является нарушение перистальтики кишечника – 100%. Вторым по значимости является болевой синдром, который встречался у 198 (95,7%) пациентов: 86 (90,5%) пациентов первой группы и в 100% случаев у пациентов второй и третьей группы. Далее по убывающей идет рвота - 168 (81,5%): 1 группа – 86 (90,5%) пациент, вторая – 36(56,25%) пациентов, третья – 46(95,8%). Задержка стула и газов – 158 (76,1%) человек: 1 группа – 89(93,6%) больных, 2 группа – 27(42%) , третья – 42(87,5%) больных. Симптом Склярова встречался у 84(40,5%) пациентов: 1 группа – 58(61%) человек, вторая – 3(4,6%), третья – 23(48%) человек. Симптом Валя встречался в 9,6% случаев и обнаружен лишь у 20(21%) больных первой группы. Следует отметить, что патогномичного и специфического симптома или синдрома в диагностике осложнений рака ободочной кишки не существует. При анализе ультразвуковых симптомов чаще всего встречался феномен «секвестрации» - 145(70%) пациентов: 1 группа – 95(100%), вторая – 8(12,5%), третья – 42(87,5%) человек. Отсутствие перистальтики нами отмечено у 67(32%) пациента: 1 группа – 26(27,3%) пациента, вторая – 12(18,7%) пациентов, третья – 29(60,4%) человек. Маятникообразные движения в пределах одного сегмента обнаружены у 66(31,8%) больных: 1 группа – 54(57,6%) больных, третья – 12(25%) пациентов. У больных второй группы данный симптом отсутствовал. Наличие антиперистальтики имело место у 56(27%) больных: первая группа – 42(44,2%), вторая – 3(4,6%), третья – 9(18,7%) больных. Наличие свободной жидкости в брюшной полости выявлено у пациентов всех групп в 22,8% случаев в приблизительно равных пропорциях. Таким образом, на сегодняшний день нет специфического признака ультразвуковой диагностики осложненного течения рака ободочной кишки. Данные УЗИ ценны при динамическом наблюдении за пациентами и



диагностике отрицательной динамики заболевания (увеличение диаметра петель кишечника, замедление или отсутствие перистальтики, появление жидкости в брюшной полости и др.). Его практическая значимость возрастает с учетом экономии времени, необременительности для больного, а также снижения лучевой нагрузки при комплексном обследовании. Самым распространенным рентгенологическим признаком у исследуемых больных было равномерное расширение петель кишечника, что установлено в 129(62,3%) случаях. В первой группе он определялся у 83(87,3%) исследуемых, во второй - у 24(37,5%), в третьей – у 22(45,8%) больных. Чаши Клойбера обнаружены у 125(60,4%) пациентов. В первой группе они встречались у 72(75,8%) больных, во второй – у 21(32,8%), а в третьей – у 36(75%) пациентов. Поперечная исчерченность петель тонкой кишки отмечена у 120(57,9%) пациентов: 1 группа – 83(87,36%) человек, вторая – 25(39%) человек, третья – 12(25%) человек. Полная задержка контрастного вещества в расширенной петле диагностирована в 73(35,26%) случаев: первая группа – 52(54,7%), вторая – 2(3%), третья – 18(37,5%) случаев. Свободный газ в брюшной полости обнаружен только у пациентов второй и третьей групп – 12(18,7%) и 4(8,3%) соответственно. Подытоживая сказанное, можно сделать вывод, что нет рентгенологического признака, позволяющего со 100% уверенностью диагностировать осложнения рака ободочной кишки. Лапароскопию мы выполняли в качестве диагностических мероприятий и при неустановленном диагнозе. Выполнение лапароскопии у пациентов с осложнениями рака ободочной кишки сопряжено с определенными трудностями: вздутием кишечника, наличием спаечного процесса в брюшной полости и тяжелой сопутствующей патологии, тяжестью общего состояния больных. Данная операция нами применена у 68(32,8%) пациентов в основном первой и третьей групп, т.к. диагноз перитонита диктует необходимость оперативного экстренного вмешательства. Выводы. При анализе полученных результатов нами установлено, что наибольшей информативностью обладает лапароскопия (96,5%). Информативность рентгенологических методов исследования составляет 89,1%, УЗИ – 82,6% и клиническая картина только - 66,3%.

### **3. К вопросу хирургического лечения обтурационной кишечной непроходимости.**

Гринцов А.Г., Антонюк С.М., Ахрамеев В.Б., Андриенко И.Б., Луценко Ю.Г.

Донецк, ДНР

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького.

Проблема обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза до настоящего времени остается актуальной в неотложной хирургии. Это связано, прежде всего, с неуклонным ростом количества злокачественных поражений толстой кишки, которая является главной причиной непроходимости этого органа. Необходимо отметить отсутствие единой хирургической тактики при обтурационной толстокишечной непроходимости. В литературе достаточно много сообщений об успешных одноэтапных радикальных операциях с восстановлением непрерывности кишки при опухолевой непроходимости левой ее половины. Несмотря на это имеется достаточно большое число сторонников двухэтапных операций: в качестве первого этапа лечения – операция Гартмана, а в качестве второго этапа – восстановительная операция с ликвидацией колостомы. В настоящей работе мы привели анализ оперативных вмешательств на разных этапах развития толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. В клинике за период с 2000 до 2015 года выполнено оперативное восстановление 69 больным с одностольными колостомами, которые были сформированы вследствие неотложных обструктивных резекций ободочной кишки в связи с непроходимостью на почве опухоли. Средний возраст колебался от 43 до 72 лет. Мужчин было 44, женщин – 25. Основной локализацией процесса была сигмовидная кишка – 38 больных. У 19 имел место рак нисходящего отдела ободочной кишки, у 12 – рак левой половины поперечно-ободочной

кишки. Ранее всем больным была выполнена обструктивная резекция. У 3 больных этой группы первичная операция сопровождалась гнойно-воспалительными осложнениями со стороны брюшной полости и забрюшинного пространства. У большинства больных при восстановительном оперативном вмешательстве был выражен спаечный процесс в брюшной полости. У 3 больных были послеоперационные вентральные грыжи, сто потребовало дополнительного укрепления брюшной стенки. Мы также проанализировали результаты лечения 45 больных с непроходимостью левой половины ободочной кишки, обусловленной стенозирующей опухолью. Возраст больных колебался от 43 до 70 лет Мужчин было 33, женщин – 12. У всех имела место декомпенсированная кишечная непроходимость. Стенозирующая опухоль сигмовидной кишки была у 22 больных, нисходящего отдела – у 14, поперечно-ободочной кишки – у 9. Как первый этап у всех больных оперативное вмешательство заключалось в формировании петлевой двуствольной колостомы, проксимальнее уровня обструкции из малого доступа. После устранения проявлений непроходимости и нарушений гомеостаза, осуществляли радикальное оперативное вмешательство, которое заключалось в резекции ободочной кишки вместе с опухолью и ликвидацией колостомы. Повторная операция выполнена у 44 больных. Срок между операциями колебался от 15 до 24 дней (в среднем 19,1). Резекция сигмовидной кишки выполнена у 22 больных, левосторонняя гемиколэктомия – у 18, субтотальная колэктомия – у 4. Осложнения в раннем послеоперационном периоде зафиксированы у 6 больных: нагноение послеоперационной раны – 5, тромбоэмболия легочной артерии – 1. Таким образом, лечение больных с обтурационной толстокишечной непроходимостью является достаточно сложной проблемой. Преимуществами операции Гартмана принято считать возможность одновременного устранения кишечной непроходимости вместе с удалением опухоли. Но, по нашим данным, такая операционная травма на фоне развившихся нарушений гомеостаза значительно увеличивает риск оперативного вмешательства. В то же время, первичная операция в виде разгрузочной колостомы, значительно снижает риск оперативного вмешательства и дает возможность ликвидировать выявленные нарушения перед радикальной операцией. Кроме того, операция Гартмана обрекает больного на наличие у него колостомы на протяжении 6 – 12 месяцев. Таким образом, необходимо еще раз подчеркнуть, что описанная тактика лечения обтурационной кишечной непроходимости на почве стенозирующего рака является оптимальной с точки зрения улучшения результатов лечения и обеспечения лучшего качества жизни оперированных.

#### **4. Возможности применения первичных анастомозов в хирургическом лечении обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии.**

Эктов В.Н., Минаков О.Е., Куркин А.В., Музальков В.А.

Воронеж

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель исследования: изучить технические варианты и результаты применения межкишечных анастомозов в хирургическом лечении обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии. Материал и методы. Среди 266 пациентов с обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевой этиологии радикальные оперативные вмешательства проведены 170 (63,9%) больным. Резекция толстой кишки с наложением первичного анастомоза выполнена 68 пациентам. При правосторонней локализации опухолевого процесса использовался стандартный способ гемиколэктомии (9 больных) и различные варианты оригинальной методики наложения У-образных илеотрансверзанастомозов (27 больных). При левосторонней локализации опухоли применялась технология интраоперационной ирригации толстой кишки с энтеросорбцией

(20 операций), методики У-образных анастомозов (9 операций) и субтотальная колэктомия (3 операции). Результаты. Выявлено существенное повышение летальности в группах больных с суб- и декомпенсированными стадиями ОТКН. Послеоперационная летальность после выполнения радикальных хирургических вмешательств составила 10,6%, после паллиативных операций – 21,9%. В группах оперированных больных после различных типов радикальных хирургических вмешательств – с наложением и без наложения межкишечного анастомоза – не выявлено статистически значимых различий в показателях послеоперационной летальности – соответственно 8,8% и 11,8%. Заключение. При благоприятной клинической ситуации основу хирургического лечения ОТКН должны составлять радикальные оперативные вмешательства, направленные на удаление опухоли во время первого экстренного этапа лечения. В условиях специализированных стационаров после тщательной оценки операционного риска возможно применение сегментарных резекций толстой кишки с наложением первичного анастомоза, при левосторонней локализации опухоли - с обязательным использованием интраоперационной ирригации толстой кишки. Данная тактика способствует повышению результативности хирургических вмешательств и обеспечивает раннюю реабилитацию оперированных больных.

#### **5. Электромиография как метод оценки состояния кишечника в неотложной колопроктологии.**

Лычкова А.Э.(1), Пузиков А.М.(1), Костюченко Л.Н.(1), Костюченко М.В. (2)

Москва

1) Московский клинический научный центр (МКНЦ), 2) ГКБ №15 Москвы

Не во всех случаях язвенного колита (ЯК) удастся справиться с активностью заболевания медикаментозно. Не менее 20 – 25 % больных нуждается в хирургической операции при его осложнениях (переход в рак, перфорация, острая токсическая дилатация), являющихся абсолютными показаниями к оперативному вмешательству. Цель - показать роль электромиографии в оценке состояния кишечника при осложнённом язвенном колите. Материал и методы. У 8 больных с токсической дилатацией кишки выполнили левостороннюю гемиколэктомию Электромиограмму желудочно-кишечного тракта записывали в течение 1,5 час. с помощью программно-аппаратного комплекса Conan-M. Группу сравнения составили 10 больных синдромом раздражённого кишечника с запором. Электромиографические сдвиги верифицировали с помощью стандартных клинико-биохимических и инструментально-морфологических методов обследования. Результаты. После левосторонней гемиколэктомии отмечалась гипомоторная дискинезия толстой кишки, что характеризовалось частотой медленных волн  $4,0 \pm 0,6$  импульсов/мин (норма  $6,0 \pm 0,5$ /мин), амплитудой  $0,11 \pm 0,02$  мВ. Частота спайков соответствовала  $1,3 \pm 0,1$ , что ниже нормы на 13,3%. В отдалённом периоде результаты свидетельствовали также о наличии отдельных спастических сокращений желчного пузыря и гипомоторной дискинезии восходящего отдела толстой кишки, что клинически проявлялось запорами. У больных, как правило, наблюдалось снижение массы тела и длительно сохраняющиеся периодические тупые боли по ходу толстой кишки. Постепенно при коррекции ( в том числе нутриционной, метаболической ) частота и амплитуда волн электромиограммы кишки имела тенденцию к восстановлению: амплитуда медленной волны возрастала до  $0,2 \pm 0,02$  мВ, частота —  $6,3 \pm 0,6$  в мин. Вывод. Электромиография может использоваться как объективный метод для неинвазивной оценки моторной функции толстой кишки после гемиколэктомии по поводу токсической дилатации кишечника.

## **6. Особенности нутритивных нарушений у пациентов с болезнью Крона после оперативного лечения.**

Кузьмина Т.Н., Костюченко Л.Н., Петраков А.В.

Москва

Московский клинический научно-практический центр (МКНЦ)

Осложненное течение болезни Крона подлежит оперативному лечению. Через 20 лет от начала заболевания осложнения встречаются у 90% пациентов. Цель исследования - уточнить особенности нутритивных нарушений у пациентов с различными видами обширных резекций кишечника по поводу осложненного течения болезни Крона. Материалы и методы. В МКНЦ (ЦНИИГ) с 2002г по 2014г наблюдались 34 пациента: 16 женщин (средний возраст 60+12,9 лет) и 18 мужчин (средний возраст 42+14,1лет), женщины были достоверно старше, чем мужчины ( $p=0.001$ ). У пациентов были выполнены следующие операции: колэктомия с формированием илеоректоанастомоза у 11,8%, правосторонняя гемиколэктомия у 8,8%, резекция сегмента тонкой кишки у 14,7%, субтотальная резекция тонкой кишки у 5,9%, одномоментная резекция части подвздошной кишки и правосторонняя гемиколэктомия у 58,8%. Всем пациентам проводились стандартные методы исследования, включая параметры алиментационно-волемического диагноза, из специальных методов для уточнения функционального состояния слизистой тонкой кишки и степени кишечной недостаточности проводилось исследование цитрулина сыворотки крови. Результаты. Выявлен нутриционный риск высокой степени у 47,1% пациентов, данной группе необходимо было провести нутриционную коррекцию; 44,1% пациентов имели рецидив заболевания после операции и нуждались в повторном обследовании через 7 дней, а 8,8% пациентов получали базовую терапию БК и не нуждались в нутриционном лечении. Цитруллин сыворотки крови был ниже нормы у 14,7% пациентов, что являлось показанием для проведения парентеральной или сочетанной нутритивной коррекции. Эти данные верифицированы с помощью биохимических и морфологических методов. Выводы. Таким образом, у пациентов с болезнью Крона кишечника, перенесших резекцию по поводу ее осложненного течения, в 14,7% выявлена кишечная недостаточность (в т.ч. по данным цитрулина сыворотки крови), при которой показана коррекция нутриционных расстройств преимущественно парентеральным или сочетанным путем.

## **7. Хирургические вмешательства при травматических повреждениях прямой кишки.**

Капшитарь А.В.

Запорожье, Украина

Запорожский государственный медицинский университет

Травматические повреждения прямой кишки (ТППК) относятся к числу тяжёлых травм органов брюшной полости и промежности. У большинства пострадавших ТППК сочетаются с повреждениями мочевого пузыря, мочеточников, крупных сосудов и нервных стволов, переломами костей таза. Их диагностика и хирургическое лечение остаётся сложной проблемой колопроктологии. Остаётся высокий удельный вес послеоперационных осложнений – 28,5% и летальности – 14,2%. Цель работы: оценить результаты хирургических вмешательств у пострадавших с травматическими повреждениями прямой кишки. Материал и методы. В данном исследовании мы анализируем результаты лечения 16 пациентов с ТППК, находившихся в 1-м

хирургическом отделении КП „Городской клинической больницы № 2”, базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, с 1981 по 2011 годы. Мужчин было 12 (75%), женщин – 4 (25%) в возрасте от 21 до 65 лет. Зарытая травма живота была у 6 (37,5%) пострадавших (ДТП-2, драка с неизвестным-1, факт травмы был скрыт-3) и открытая травма живота - у 5 (31,3%) пациентов (колото-резаная рана-3, падение на острый предмет по типу „сел на кол”-1, рваная рана, нанесенная рогом быка-1), ранение инородными телами - у 5 (31,3%) пострадавших (металлическая проволока-1, карандаш-1, сухой камыш-1, черенок от лопаты-1, куриная кость-1). При открытой травме живота у 2 (12,5%) пациентов рана локализовалась в левой ягодичной области, у 1 (6,3%) – левой паховой области с эвентрацией сигмовидной ободочной кишки, у 1 (6,3%) – левой паховой области и у 1 (6,3%) – промежности. В состоянии острого алкогольного отравления и шока находились 7 (43,8%) пациентов и лишь острого алкогольного отравления – 5 (31,3%). Сопутствующими заболеваниями страдали 13 (81,3%) пострадавших (ИБС-7, ожирение-3, хроническое обструктивное заболевание лёгких-3). Сроки госпитализации составили 10 минут - 5 суток. В течение 1 часа госпитализированы 12 (75%) пострадавших, в течение 1-3 часов – 3 (18,8%) и 5 суток – 1 (6,2%). Результаты и обсуждение. После клинического обследования пациентов, пальцевого обследования прямой кишки, анализа рентгенологических данных, лучевых, эндоскопических, первичной хирургической обработки раны, лапароскопии определены показания к операции. При закрытой травме живота у 3 (18,8%) пострадавших диагностированы повреждения органов (сигмовидная ободочная кишка-1, селезёнка-1, полый орган-1), у 1 (6,3%) – перфоративный рак ободочной кишки и у 2 (12,5%) – перитонит неясной этиологии. При открытой травме живота ТППК не диагностированы. В группе пациентов с инородными телами они выявлены у 3 (18,8%) пострадавших, а у 2 (12,5%) – определили лишь острый гнойный парапроктит. Выполненный объём хирургических вмешательств зависел от состояния пациентов, внутри- или внебрюшинных повреждений прямой кишки, масштаба разрушения, перитонита и абсцессов, сочетания повреждений прямой кишки и других органов брюшной полости и малого таза, крупных сосудов, объёма кровопотери, шока. Внутрибрюшинные ТППК были у 10 (62,5%) пострадавших и внебрюшинные – у 6 (37,5%). Повреждения всех слоёв стенки прямой кишки выявлены у 10 (62,5%) пациентов, слизистого и подслизистого слоёв – у 5 (31,3%), отрыв ректо-сигмоидного отдела – у 1 (6,2%). Разлитой перитонит был у 5 (31,3%) пострадавших (каловый-4, гнойный-1), гемоперитонеум – у 5 (31,3%), „сухая” брюшная полость – у 1 (6,3%). Изолированная травма прямой кишки диагностирована у 8 (50%) пациентов, сочетанная травма – у 8 (50%). Сочетанными повреждениями у 2 (25%) пострадавших были переломы рёбер и нижней челюсти, у 1 (12,5%) – множественные разрывы тонкой кишки+брыжейки+забрюшинная гематома, у 1 (12,5%) – разрывы тонкой кишки+брыжейки\_сигмовидной ободочной кишки+мочевой пузырь, у 1 (12,5%) - сигмовидной ободочной кишки+брыжейки, у 1 (12,5%) – забрюшинная тазовая гематома, у 1 (12,5%) – рана внутренней подвздошной артерии, у 1 (12,5%) – запирательной артерии. При закрытых ТППК после лапаротомии у 4 (66,7%) пациентов ушиты разрывы прямой кишки (операция Гартмана-2, в т.ч. у 1 с резекцией тонкого кишечника и энтеро-энтероанастомозом, ушиванием разрывов тонкой кишки и её брыжейки; операция Майдля-2), у 1 (16,7%) – операция Гартмана и у 1 (16,7%) – вскрыты множественные межпетельные абсцессы брюшной полости и малого таза. У всех 5 пострадавших с открытой травмой живота раны прямой кишки ушиты также из лапаротомного доступа. Дополнительно у 3 (60%) раненых осуществлена операция Майдля (ушита рана сигмовидной кишки-1, ректо-сигмоидного отдела-1, перевязана внутренняя подвздошная артерия-1), у 1 (20%) – операция типа Гартмана и у 1 (20%) – ушита рана тонкого кишечника, сигмовидной ободочной кишки, мочевого пузыря с эпицистостомой. Сочетанные повреждения скорректированы. Все инородные тела прямой кишки удалены с помощью ректальных зеркал. Лишь у 1 (20%) пациента параректальная клетчатка дренирована в зоне ранения внебрюшинного отдела прямой кишки с последующей лапаротомией и операцией типа Гартмана. В послеоперационном периоде у 4 (25%) пострадавших развились осложнения

(рецидив кровотечения из ветвей подвздошной артерии вследствие аррозии-2, некроз концевой сигмостомы-1, продолженный перитонит-1). Релапаротомия, прошивание кровоточащих ветвей подвздошной артерии на протяжении с остановкой кровотечения выполнена у 2 (50%) пациентов, резекция концевой сигмостомы с повторным её наложением – у 1 (25%) и впервые диагностирован внебрюшинный разрыв задне-ампулярного отдела прямой кишки, потребовавший выполнения операции Майдля с широким дренированием флегмоны параректального пространства – у 1 (25%). Последнему пострадавшему осуществлена программированная релапаротомия. Умерли 4 (25%) пациентов, из них 3 (75%) пострадавших с закрытыми ТППК и 1 (25%) – открытым ТППК. Причиной смерти у 3 (75%) пациентов стал абдоминальный сепсис и у 1 (25%) – шок. В течение 1-х суток лечения в клинике летальный исход наступил у 2 (50%) пострадавших и 5-6 суток – у 2 (50%). Выводы: 1. ТППК остаются редким видом повреждений вследствие закрытой и открытой травмы живота и промежности, инородных тел. 2. Имеет место высокая частота осложнений-25%, релапаротомий – 25% и летальности – 25%. 3. Выбор объёма хирургического вмешательства зависит от многих факторов.

#### **8. Острый анаэробный парапроктит: показания к выполнению этапных хирургических санаций очага инфекции и результаты лечения.**

Сергацкий К.И.

Пенза

Медицинский институт ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»

Актуальность проблемы. Одной из тяжелых форм воспаления параректальной клетчатки является острый анаэробный парапроктит, летальные исходы при лечении которого, нередко обусловлены невозможностью радикальной хирургической санации очага инфекции за одно вмешательство. Цель работы – провести ретроспективный анализ результатов этапных санационных вмешательств у больных острым анаэробным парапроктитом за 2009-2016 гг. Материалы и методы. Под наблюдением за период с 2009 по 2016 гг. на стационарном лечении находилось 62 больных с острым анаэробным парапроктитом. Мужчин было 47 (75,8%), женщин – 15 (24,2%). Больных трудоспособного возраста было 18 (29%), пенсионного - 44 (71%). По SAPS тяжесть общего состояния пациентов при поступлении: средняя степень тяжести - в 38 (61,3%) случаях, тяжелое общее состояние - у 15 (24,2%) пациентов, крайне тяжелое состояние - 9 (14,5%) больных. Хирургические вмешательства выполняли в экстренном порядке. Традиционно выполняли широкое вскрытие очага воспаления, дополнительными разрезами вскрывали затеки в смежных анатомических зонах. Проводили некрэктомию нежизнеспособных тканей кожи, подкожной жировой клетчатки, фасций, мышц. Заканчивали хирургическое вмешательство обильным промыванием образовавшейся раны растворами антисептиков, дренированием (при необходимости) и установкой в рану салфеток, пропитанных раствором перманганата калия 0,2%, раствора перекиси водорода 3% или повидон-йода. В послеоперационном периоде пациентам выполняли каждодневные (до 2-3 раз в день) перевязки, нередко под внутривенной седацией, во время которых санировали раневую поверхность растворами антисептиков, вскрывали вновь образовавшиеся гнойные затеки в области раны, по показаниям проводили дополнительную локальную некрэктомию. С 2014 года в программу лечения пациентов с острыми анаэробными парапроктитами были включены этапные хирургические санации, под которыми понимали санационные операции, выполняемые “по требованию” в связи с отрицательной динамикой в процессе лечения, а так же выполняемые с целью контроля динамики гнойно-некротического процесса. Грозными настораживающими факторами, определяющими показания для повторных санационных оперативных вмешательств у

больных острым анаэробным парапроктитом служили выявляемые на перевязках не дренируемые затеки и обширные зоны продолженного некроза мягких тканей, продолжающееся обильное раневое отделяемое с резким запахом, отсутствие выраженной положительной динамики в лабораторных анализах, сохраняющаяся фебрильная лихорадка, признаки энцефалопатии, отрицательная динамика по данным джоульметрического исследования отделяемого послеоперационных ран. Так же показанием для выполнения хирургических санаций служил продолженный некроз мягких тканей по результатам КТ или МРТ, выраженный и/или распространенный некроз мягких тканей, выявленный на предыдущей санационной операции, в том числе, несмотря на, казалось бы, радикально выполненную ранее некрэктомию. Вакуумная терапия послеоперационных ран применена в 21 (33,9%) наблюдении на завершающем этапе санационных оперативных пособий (в первую фазу раневого процесса). Рабочее давление устанавливали на уровне 100-125 мм. рт. ст. в постоянном режиме. Смену вакуумной повязки или ее удаление проводили на 2-3 день после установки. Результаты и обсуждение. Только 21 (33,9%) пациенту понадобилось одно санационное оперативное вмешательство, выполненное в экстренном порядке. В последующем послеоперационном периоде лечение данных больных ограничилось интенсивной терапией и проведением каждодневных перевязок с мазями на водорастворимой основе (левомеколь, офломелид) и наложением вторичных кожных швов или применением методов местной пластики для устранения послеоперационных дефектов при полном очищении и появлении активных грануляций в ране. В 18 (29%) случаях выполнено 2 санационных хирургических вмешательства. Еще в 23 (37,1%) наблюдениях больным анаэробным парапроктитом потребовалось выполнение 3 последовательных санационных хирургических вмешательств. Таким образом, количество больных, которым потребовалось несколько оперативных санаций, составило 41 (66,1%). Трех (4,8%) пациентам понадобилось наложение сигмостомы, учитывая выраженное некротическое разрушение стенки прямой кишки выше зубчатой линии. В 1 (1,6%) случае при некрозе всех оболочек яичка выполнена орхэктомия. Из общего количества больных острым анаэробным парапроктитом (62 – 100%) умерло 13 (21%) пациентов. Летальность до внедрения в программу лечения этапных хирургических санаций (2009-2013 гг.) составила 26,5%. После внедрения в программу лечения пациентов этапных хирургических санаций (2014-2016 гг.) летальность снизилась до 14,3%. Выводы. 1. Общая летальность среди больных острым анаэробным парапроктитом составила 21%. 2. Своевременные повторные хирургические вмешательства, направленные на санацию очага воспаления у больных острым анаэробным парапроктитом, позволили снизить летальность у данной категории пациентов с 26,5 в 2009-2013 гг. до 14,3% в 2014-2016 гг..

## **9. Комплексная лимфатическая терапия неспецифического язвенного колита.**

Ю.С.Эгамов.(1), Б.Ю.Эгамов.(2), С. А. Хайдаров(1)

Республика Узбекистан: Андижан (1), Ташкент (2),

1) Андижанский государственный медицинский институт, 2) СЦХ им академика В.В.Вахидова

Неспецифический язвенный колит — хроническое заболевание воспалительной природы аутоиммунной этиологии с язвенно-деструктивными изменениями слизистой оболочки прямой и ободочной кишки. Целью является изучение результатов хирургического лечения неспецифического язвенного колита с применением эндомезентериальной лимфатической терапии в после операционном периоде. Материалы и методы: За 2006-2016 гг. в колопроктологическом отделении клиники АндГосМИ на стационарном лечении находились 479 (5,7 % из общего числа проктологических больных) больных с неспецифическим язвенным колитом. Неспецифический язвенный колит встречался у

людей с 16 до 65 летнего возраста. У большинства обследованных заболевание начиналось в возрасте до 30 лет (в 20-25 лет - у 33 %, в 26-30 лет - у 39,5 % больных). Больные поступали уже с ярко выраженными клиническими симптомами болезни (частый жидкий стул, с примесью крови, слизи, гноя, потеря аппетита, похудание, общая слабость); лишь 5 % больных обратились к врачу при появлении у них таких жалоб, не свойственных неспецифическому язвенному колиту, у 8,4 % пациентов болезнь протекала бессимптомно и была обнаружена при обследовании по поводу других заболеваний желудочно-кишечного тракта и 15% больных переведены из инфекционной больницы. Хирургическое лечение проводили у 108 (22,5%) больных с различными осложнениями неспецифического язвенного колита: Левосторонняя гемиколэктомия - у 65 больных, правосторонняя гемиколэктомия - у 5 больных, субтотальная колэктомия - у 25 больных, тотальная колэктомия - у 13 больных. У 49 больных произведена одноэтапная операция с наложением транзверзо-ректоанастомоза. У остальных 59 больных восстановительные операции произведены через 3 - 7 месяцев. Всем больным в послеоперационном периоде проведены эндомезентериальная лимфатическая терапия. Суть этого метода заключается в том, что во время операции в брыжейке тонкой или толстой кишки устанавливается микроирригатор, конец которого вводится наружу через отдельный разрез брюшной стенки. После операции проводится лимфатическая терапия через этот микроирригатор. Проведены лимфостимуляции и лимфатическая антибиотикотерапия 1 раз в день, в течение 4 – 7 дней. В результате проведения лимфатической терапии у больных отмечено раннее восстановление функции ЖКТ и достоверное снижение осложнения заболевания. Выводы: Таким образом, в результате наших наблюдений НЯК часто встречается в молодом возрасте и, особенно, у женщин. В лечении больных с НЯК широко ставится показание к оперативному лечению, что не должно довести до осложнения заболевания. В комплексном лечении больных в послеоперационном периоде применение эндомезентеральной лимфатической терапии достоверно снижает осложнение заболевания и уменьшает сроки послеоперационного восстановления организма.

## **10. Клиническая значимость внутрипросветного давления в сигмовидной кишке при дивертикулярной болезни.**

Рыбачков В.В., Таратынова З.В., Дряженков И.Г.

Ярославль

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Распространенность дивертикулярной болезни (ДБ) толстой кишки, в особенности ее осложненных форм, неуклонно возрастает. В патогенезе образования дивертикулов значимую роль имеет повышение внутрипросветного давления. В тоже время его клиническая значимость при различных вариантах течения дивертикулярной болезни не определена. Цель работы. Изучить внутрипросветное давление при дивертикулярной болезни толстой кишки. Материалы и методы. Внутрипросветное давление в сигмовидной кишке определено у 46 больных с помощью аппарата-измерителя инвазивного низких давлений ИиНД 500/75 "ТРИТОН". Прибор подключался к инструментальному каналу колоноскопа при входе в сигмовидную кишку при минимальной инсуффляции воздуха в просвет. Средний возраст пациентов составил  $65,1 \pm 1,0$  год. Среди обследованных преобладали женщины (32). Контрольную группу составили 12 больных без органической патологии по данным фиброколоноскопии, сопоставимые по полу и возрасту. Данный показатель в контроле составил  $5,6 \pm 0,8$  мм рт.ст. Результаты и их обсуждение. При оценке внутрипросветного давления установлено его повышение при всех вариантах течения ДБ. Средний показатель внутрипросветного давления при ДБ составил  $13,5 \pm 0,4$  мм рт. ст. ( $p < 0,05$ ). Данный факт свидетельствует о



повышении внутрипросветного давления в 2,4 раза по сравнению с группой контроля. Уровень внутрипросветного давления имел определенную градацию. Низкое внутрипросветное давление выявлено у мужчин в сравнении с женщинами (на 11-14%). По-видимому, это свидетельствует о предпосылках в дисбалансе функционирования мышечной ткани у мужского пола. Наблюдается тенденция к снижению внутрипросветного давления у женщин старше 75 лет в сравнении с более молодой возрастной группой (на 10%). При развитии осложнений ДБ отмечено снижение внутрипросветного давления (на 16-44%). Минимальный уровень внутрипросветного давления определен при ДБ, осложненной стенозом, который составил  $9,0 \pm 1,0$  мм рт.ст., что лишь в 1,6 раза выше группы контроля и на 43,75% ниже, чем у пациентов с неосложненным течением данного заболевания. Снижение внутрипросветного давления свидетельствует о патологии со стороны мышечной ткани толстой кишки и развитии морфофункциональных изменений в стенке, которые в свою очередь приводят к развитию осложнений. Кроме этого, снижение внутрипросветного давления может выступать и как компенсаторный механизм развившегося осложнения. Но учитывая отсутствие нормальных значений данного показателя, можно говорить о дисбалансе в защитных механизмах, что также подтверждает факт морфофункциональной трансформации стенки толстой кишки. Выводы. Внутрипросветное давление в толстой кишке является значимым прогностическим моментом осложненного течения дивертикулярной болезни. По нашим данным, снижение внутрипросветного давления до 12 мм рт.ст. и менее является неблагоприятным фактором.

## **11. Оптимизация лечения больных острым парапроктитом.**

Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К., О.В. Владимирова, В.В. Гобеджишвили, А.В. Жабина

Ставрополь

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Острый парапроктит составляет 0,5-4% среди больных с общехирургической патологией и 20-40% в структуре проктологических заболеваний. У 4-10% пациентов возникает рецидив заболевания, у 17-36% больных явления дискомфорта в области заднего прохода, у 6-8% - недостаточность анального сфинктера. Цель исследования - разработать комплекс лечебно-тактических мероприятий, направленных на улучшение результатов лечения острого парапроктита. Материал и методы исследований. В работе представлены результаты лечения 374 больных с различными клиническими формами острого парапроктита. При обследовании пациентов использовали клинические методы исследования. Все наблюдаемые нами больные оперированы радикально. Основную группу составили 250 больных, которым осуществлен дифференцированный подход к выбору метода операции и лечению ран промежности. Результаты лечения. У 250 больных выбор метода операции зависел от расположения первичного гнойного хода по отношению к волокнам сфинктера, распространения воспалительного, рубцового процесса в стенке прямой кишки и окружающих гнойник тканях. Первую группу составили 178 пациентов острым подкожным и ишиоректальным парапроктитом с расположением "первичной фистулы" интра- и транссфинктерно. Им выполнялась операция - вскрытие острого парапроктита с иссечением первичного гнойного хода в просвет прямой кишки. Вторую группу составит 37 больных с первичным острым парапроктитом, у которых "первичная фистула" по отношению к волокнам сфинктера располагалась транс- и экстрасфинктерно (22 пациента с острым ишиоректальным и 15 - с острым пельвиоректальным). У этих больных первым этапом осуществляли вскрытие и дренирование гнойника, второй этап включал в себя закрытие внутреннего отверстия в

стенке прямой кишки путем перемещения слизистой по типу операции Джад-Рабле при свищах прямой кишки. В третью группу вошли 35 больных с обострением рецидивирующего парапроктита и расположением гнойного хода транс- и экстрасфинктерно. У 23 пациентов с интра- и трансфинктерным расположением «первичной фистулы» выполняли операцию вскрытие парапроктита в просвет прямой кишки. У 12 больных отмечался выраженный рубцовый процесс в области внутреннего отверстия в стенке прямой кишки и в окружающих гнойник тканях. Им выполнялось вскрытие гнойных полостей с проведением лигатуры через внутреннее отверстие в области крипты. Контрольную группу составили 124 больных острым парапроктитом, оперированных радикально. При лечении этих пациентов использовали два вида оперативного пособия: 96 (77,4%) больным при подкожных парапроктитах, а также при ишиоректальных парапроктитах с трансфинктерным расположением первичного гнойного хода, захватывающей небольшую порцию анального сфинктера, выполняли операцию Габриэля. При ишиоректальных и пельвиоректальных формах острого парапроктита с экстрасфинктерным расположением гнойного хода 38 (22,6%) пациентам производили вскрытие абсцесса с одномоментным или отсроченным проведением лигатуры через внутреннее отверстие в стенке прямой кишки. Для выявления склонности к излишнему развитию рубцовой ткани у пациентов основной и контрольной групп изучены такие факторы, как аутоантителобразование и тип ацети-лирования. На 5 сутки послеоперационного периода МИС с антигенными комплексами из патологических рубцов дала положительную реакцию с сыворотками крови 79 (31,6%) больных основной группы в диагностических разведениях последней 1:80-1:640. Среди них быстрыми ацетилаторами оказались 58 (73,4%) пациента, медленными – 21 (26,6%). Результаты иммуноферментного анализа сывороток 124 пациентов контрольной группы с МИС тест-системой оказались положительными в диагностических разведениях у 41 (33%) пациента. Среди них быстрыми ацетилаторами были 29 (70,7%), медленными – 12 (29,3%) больных. В послеоперационном периоде при лечении ран промежности у больных контрольной группы применяли традиционные методы антисептики. Пациентам основной группы дополнительно со 2-х суток во время перевязок применялся низкочастотный ультразвук, после очищения раны, появления грануляций - среднечастотный ультразвук, при наличии склонности в патологическому рубцеванию проводили противорубцовую терапию. Отдаленные результаты прослежены у 210 (84 %) больных из основной группы и у 120 (97,6 %) контрольной. У 1 (1,78%) больного из первой и у 3 (8,5%) больных второй группы имела место недостаточность анального сфинктера I степени. Рецидив заболевания был у 1 (1,78 %) пациента из первой и у 1 (0,3%) больного из второй группы. У 15 (7%) больных первой и третьей групп имелись явления дискомфорта в анальной области, у пациентов второй группы этого не наблюдалось. Патологические рубцы сформировались лишь у 6 (8,4%) пациентов: 2 (2,8%) первой группы и 4 (5,6%) третьей группы. В контрольной группе рецидив заболевания имелся у 10 (12 %) больных, у 8 (16,6%) оперированных возникла недостаточность анального сфинктера I-II степени, у 20 (16,6 %) наблюдались явления дискомфорта в области заднего прохода. Патологические рубцы сформировались у 18 (14,5%) пациентов. Вывод. Комплексный подход к лечению острого парапроктита позволил улучшить исходы заболевания: уменьшить количество рецидивов заболевания, недостаточности анального сфинктера, явлений дискомфорта в области заднего прохода.

## 12. Клинические и этиологические особенности и вопросы выбора антибиотиков при лечении различных форм острой гнойной инфекции аноректальной зоны.

Бархатова Н.А

Челябинск

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Острая хирургическая инфекция аноректальной зоны чаще всего включает острый парапроктит, обострение хронического парапроктита, раневые инфекции при травматических повреждениях этой зоны, послеоперационные гнойные осложнения после вмешательств на анальном канале и дистальных отделах прямой кишки (Ерьюхин И.А. и соавт., 2004, Синенченко Г.И. и соавт., 2007). Возбудителями инфекции аноректальной зоны чаще всего являются стафилококк, протей, кишечная и синегнойная палочка, а также их ассоциации. Нередко имеет место анаэробная неклостридиальная и клостридиальная микрофлора, при которой развиваются тяжёлые формы гнилостно-некротической инфекции (Воробьёв А.А., 2003). Широкое клиническое применение антибиотиков и рост антибактериальной устойчивости возбудителей требует постоянного мониторинга микробного спектра инфекций различной локализации и определение наиболее эффективных препаратов для лечения данной патологии (Яковлев С.В., 2007). Большинство исследований, генерализованных инфекций основано на анализе раневой инфекции мягких тканей и абдоминальной инфекции, а исследование частоты встречаемости и поиск этиологических и клинических особенностей сепсиса при гнойных заболеваниях аноректальной зоны встречается нечасто, что сохраняет актуальность проведения исследований в этой области. Цель исследования – определить особенности и взаимосвязь возбудителей и системной воспалительной реакции при хирургической инфекции аноректальной зоны, а также определить выбор оптимальной антибактериальной терапии при данной патологии. Материалы и методы исследования. Проведён анализ результатов лечения 82 пациентов с острыми хирургическими инфекциями аноректальной зоны, которые лечились в МБУЗ ГКБ№1 г. Челябинска в период 2012-2016 гг. Все больные в зависимости от формы инфекции были разделены на 2 группы. В первую группу были включены 34 пациента с локальной формой инфекции (ЛИ). Во вторую группу вошли 48 пациентов, у которых имел место синдром системной воспалительной реакции (ССВР) и клиника генерализованной инфекции (ГИ). Статистический анализ данных включал методы описательной и непараметрической статистики с уровнем значимости менее 5%. Результаты и обсуждение. При первичном сравнении в обеих группах преобладали мужчины, составляя 82% (ЛИ) и 75% (ГИ) ( $p>0,05$ ). Возраст пациентов также был сопоставимым и составил от  $41,3\pm 1,6$  (ЛИ) до  $44,9\pm 1,3$  (ГИ) лет ( $p>0,05$ ). В то же время для пациентов с генерализованной инфекцией было характерно наличие сахарного диабета (12,5%) и сопутствующих соматических заболеваний в 42% случаев, а при локальной инфекции соматическую патологию имели 21% пациентов ( $p<0,05$ ). При анализе нозологий для локальной инфекции было характерно наличие подкожно-подслизистого (74%) парапроктита, а острый ишиоректальный (15%\*) и хронический парапроктит (12%) отмечали в 5-6 раз реже. В отличие от этого генерализованная инфекция сопровождала чаще всего ишиоректальный (94%\*), пельвиоректальный (2%) парапроктит и гнилостно-некротические флегмоны промежности (4%) ( $p<0,05$ ). Анализ данных выявил прямую корреляцию между наличием гнойного очага в ишиоректальном, пельвиоректальном пространстве и развитием клиники генерализованной инфекции ( $r_1=0,86$ ,  $r_2=0,98$ , при  $p<0,05$ ). У 62% больных с локальной инфекцией в течение  $3,6\pm 0,4$  суток отмечали один из симптомов системного ответа. При генерализованной инфекции синдром компенсированного системного ответа (СКСВР<72 ч) отмечали в 92% случаев в течение  $1,7\pm 0,2$  суток. В 4% случаев сохранение ССВР до

5,3±0,5 суток соответствовало клинике сепсиса, а у остальных 4% больных с обширными некротическими флегмонами промежности отмечали признаки полиорганной недостаточности, что соответствовало клинике тяжёлого сепсиса и сохраняло клинику ССВР до 7,9±1 суток. При исследовании бактериального спектра возбудителей грамположительная микрофлора была у 41% больных с локальной и 8% больных с генерализованной инфекцией. Среди возбудителей парапроктита и флегмон параректальной клетчатки в обеих группах встречалась только кишечная палочка (59% (ЛИ), 67% (ГИ)). Остальные виды возбудителей имели более чёткую взаимосвязь с формой инфекции. Так, при локальной инфекции высевали эпидермальный (13%), сапрофитный (12%) и золотистый (6%) стафилококки, а в 6% случаев роста микрофлоры не было. При генерализованной инфекции в спектре возбудителей отмечали клебсиеллу пневмонии (13%), энтеробактерии (8%), коринебактерии (8%) и протей (4%), которые не встречались при локальной инфекции. Важной особенностью является тот факт, что при локальной форме в 100% случаев отмечали моноинфекцию возбудителей, а при генерализованной инфекции моноинфекция была в 92% случаев, а у 8% больных имела место ассоциация возбудителей и неоднократная смена пейзажа ран за счёт суперинфекции госпитальных штаммов синегнойной палочки и ацинетобактерий. При изучении свойств патогенных штаммов в обеих группах исходная 100% антибактериальная чувствительность была отмечена к оксациллину, ванкомицину, имипенему, левомицетину, сульперацефу, левофлоксацину и тетрациклину. У 80-99% штаммов отмечали чувствительность к защищённым пенициллинам, цефалоспорином III-IV поколений, аминогликозидам и линкозамидам. 60-80% возбудителей инфекции были чувствительны к цiproфлоксацину и цефалоспорином I-II поколений. Следует отметить, что при локальной инфекции аноректальной зоны не было выявлено ни одного штамма возбудителей, которые имели бы полирезистентную устойчивость к антибиотикам, лишь в 24-36% случаев отмечали устойчивость бактерий к цефалоспорином I-II поколений и макролидам. При генерализованной форме инфекции к макролидам (54%), цефалоспорином I-II поколений (48%) были устойчивы около половины возбудителей. При повторных исследованиях раневого отделяемого у 8,3% пациентов с генерализованной формой инфекции на фоне пельвиоректального, ишиоректального парапроктитов и флегмоны промежности на 4-8 сутки лечения отмечали суперинфекцию зелёного стрептококка и протей, которые составляли вторичные ассоциации с имеющимися в очаге воспаления ацинетобактериями, синегнойной или кишечной палочками. Данные штаммы госпитальной микрофлоры сохраняли высокую чувствительность только к сульперацефу, меронему, левомицетину, ванкомицину и левофлоксацину. К остальным антибактериальным препаратам госпитальные штаммы были устойчивы в 58-100% случаев. Выводы. 1. Острые гнойные заболевания аноректальной зоны в 41,5% случаев имели признаки локальной инфекции, а 53,7% случаев был синдром компенсированного системного ответа, а у 4,8% больных отмечали различные формы сепсиса. 2. К основным факторам риска развития генерализованной инфекции, можно отнести ишиоректальное и пельвиоректальное расположение гнойного очага, флегмонозный характер воспаления тканей, наличие сахарного диабета и соматической полипатии. 3. Инфекции аноректальной зоны, вызванные клебсиеллой пневмонии, энтеробактериями, коринебактериями и протеем в виде моноинфекции или полимикробных ассоциациях, в 100% случаев приводят к развитию генерализованной формы инфекции, а наличие грамположительной моноинфекции, как правило, сохраняют клинику локальной формы инфекции и имеют более быстрое и благоприятное течение и прогноз. 4. При лечении острых гнойных заболеваний аноректальной зоны в качестве стартовой антибиотикотерапии следует отдавать предпочтение защищённым пенициллинам, цефалоспорином III-IV поколений, аминогликозидам и линкозамидам. При локальных формах подкожно-подслизистых или ишиоректальных парапроктитов возможно получение клинического эффекта при введении цiproфлоксацина и цефалоспоринов I-II поколений. К препаратам второй очереди и резерва при тяжёлых формах инфекции аноректальной зоны с клиникой сепсиса и затяжным течением раневого

воспалительного процесса можно отнести оксациллин, ванкомицин, меронем, имипенем, сульперацеф, левофлоксацин и левомицетин.

### **13. Эпидемиологические аспекты острой кишечной непроходимости при раке левых отделов толстой кишки.**

Артюхов С.В.

Санкт-Петербург

СПб ГБУЗ «Александровская больница»

Актуальность Обтурационная толстокишечная непроходимость является наиболее частым и тяжелым осложнением рака ободочной кишки. Цель Определить основные эпидемиологические параметры группы. Материалы и методы Проведен ретроспективный и перспективный анализ 2200 больных раком левой половины толстой кишки, осложненной острой кишечной непроходимостью за 2003 – 2012 годы. Результаты У 4,6% больных злокачественная опухоль локализовывалась в левой трети поперечной ободочной кишки, у 9,8% - в области селезеночного изгиба, у 17,4% - в нисходящей кишке, у 39,5% - в сигмовидной кишке, у 22,7% - в ректосигмоидном отделе и у 6% - в прямой кишке. Из 131 больного раком прямой кишки у 112 опухоль располагалась в верхнеампулярном отделе, у 17 - в среднеампулярном отделе и у 2 - на уровне анального канала. Среди пациентов мужчин было 973 (44,2%), женщин – 1227 (55,8%). Возрасте до 40 лет составил 2,3%, 41 - 60 лет - 22,4%, 61 - 70 лет - 35,2%, и старше 70 лет - 40,1%. Основное количество больных (70,4%) доставлены в течение 48 - 72 часов с момента манифестации заболевания. Тяжесть состояния только у 21,3% больных была оценена ниже 15 баллов по АРАСН-II. У 88,7% больных операционно-анестезиологический риск соответствовал IV - V степени. Различные сопутствующие заболевания у 97,7%. Со-четанные осложнения рака были выявлены у 241 (23,7%) больного. Выводы 1. Большинство больных старше 60 лет, с комплексной сочетанной патологией. Ранняя диагностика - профилактика запущенных форм непроходимости. 2. Просветительская работа, диспансеризация могут повлиять на снижение сроков догоспитального этапа. 3. Внедрение объективных методов оценки тяжести улучшит сортировку как на догоспитальном этапе, так и в приемном отделении больницы. 4. Необходимо помнить и учитывать при проведении обследования и выборе объема операции о наличии сопутствующих заболеваний у 97,7% больных. 5. Наиболее часто (порядка 60%) опухоль расположена в ректосигмоидном отделе и сигмовидной кишке, что необходимо учитывать при планировании обследования больного.

### **14. Флеботоники в лечении острого геморроидального тромбоза и тромбоза в амбулаторных условиях у гериатрических больных.**

Магомедов М.Г., Магомедов Н.М.

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. Геморроидальная болезнь (ГБ) является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний человека. Его распространенность достигает 118-120 случаев на 1000 взрослого населения, а среди заболеваний прямой кишки и заднего прохода он составляет около 40%. Каждый третий-четвертый человек старше 30 лет хоть один раз в жизни лечится по поводу ГБ, а у лиц пожилого и старшего возраста ГБ встречается в 2-3

раза чаще. Установлено, что в развитии ГБ ведущими является два фактора – сосудистый и мышечно-дистрофический (механический), а основным источником питания геморроидальных узлов являются дистальные ветви верхней прямокишечной артерии. Известно, что комплексная терапия и профилактика ГБ в стадии острого тромбоза, тромбоза и при обострении предусматривает совместное использование консервативных и оперативных методов лечения. Несмотря на бесспорные преимущества хирургического лечения ГБ, оно имеет свои показания. Поэтому необходим дифференцированный подход к выбору различных методик лечения. В связи с этим учитывают состояния больного, степень выраженности воспалительного процесса анального канала и промежности и сопутствующие заболевания. При правильном подборе и показаниях к лечению консервативными мероприятиями могут у 2/3 больных купировать основные симптомы болезни и привести к стойкой ремиссии. Однако использование различных консервативных средств требуют дальнейшего изучения. Цель работы. Изучение эффективности применения флеботоников (детралекс 1000 мг или флебодиа 600) в комплексном лечении острого геморроидального тромбоза, тромбоза и хронического геморроя в стадии обострения в амбулаторных условиях у лиц пожилого и старческого возраста, имеющих противопоказания к оперативному лечению. Материалы и методы. Анализированы результаты применения флеботоников у 215 больных в поликлинических условиях последние 10 лет. Мужчин было - 142, женщин - 73. Давность заболевания составила от 6 дней до 3-х недель. Больные были распределены на две группы: в 1 группу (основная) вошли 113 пациента, которые получали предлагаемое лечение. Во 2 группу (контрольная) – 102 пациента, которые получали традиционные консервативные средства. Сопутствующие заболевания были у 98,9% больных, а хронические запоры - у всех. Обследование больных проводилось на основании жалоб, анамнеза, наружного осмотра перианальной области, по возможности пальцевого исследования прямой кишки, аноскопии, ректороманоскопии, по показаниям фиброколоноскопии и ирригоскопии. Результаты и обсуждение. Основными жалобами были мучительные боли как в покое, так и при движениях, и особенно при акте дефекации. Отмечался отек и гиперемия перианальной области и геморроидальных узлов, позывы на дефекацию и выделения крови малыми порциями. Комплексная терапия назначением флеботоников (преимущественно детралекса или флебодиа 600 по схеме), противовоспалительных препаратов (желательно доналгина 0,25 x 3 раза в сутки после еды), при сильных болях анальгетики (анальгин 50% 2,0 мл, + димедрол 1% 1,0 мл + новокаин 0,5% 3,0-5,0 мл в/м на ночь однократно в первые 2-3 дня), местно – примочки с раствором фурацилина или риванола в первые 3 - 5 суток, а в последующем - мазевые повязки (троксевазин, индовазин или гепатромбин). Особое значение при этой болезни имеет диетотерапия. Во время лечения мы рекомендуем больным пищу богатую клетчаткой, стимулирующую моторику кишечника (овощи, овощные салаты на растительном масле, фрукты, черный хлеб, гречневую кашу) и ежедневно принимать по 1 ст. ложке растительного или вазелинового масла, которое не раздражает кишечник и вызывает мягкий стул. Клиническая эффективность комплекса консервативной терапии оценивалась на основании динамики субъективных и объективных проявлений заболевания (по скорости исчезновения болевого синдрома, уменьшение отека перианальной области и геморроидальных узлов, снижением позывов на дефекацию, прекращением выделения крови), необходимости в анальгетиках и местных анестетиках, сокращению продолжительности лечения и частоты рецидивов или обострений ГБ. Применение «детралекса или флебодиа 600» в комплексе с другими терапевтическими мероприятиями приводит к более быстрому положительному клиническому эффекту, по сравнению с традиционными средствами. Результаты лечения показали хорошую эффективность данной схемы лечения. При этом, болевой синдром прекращался у больных на вторые сутки после проводимой терапии, на 3-4 день значительно уменьшался отек геморроидальных узлов и перианальной области, ректальное выделение крови прекращалось за период с 2 до 5 суток, а длительность лечения больных по сравнению с контрольной группой сократилась в 2 раза, уменьшился и процент рецидивов

заболевания. Выводы. Применяемая нами схема комплексного лечения больных с включением «детралекса или флебодиа 600» направлено на ведущие звенья патогенеза развития ГБ («сосудистый и мышечно-дистрофический» - механический) у лиц пожилого и старческого возраста. Данная схема лечения по сравнению с традиционной, приводит к более быстрому положительному клиническому эффекту, надежно и надолго предупреждает рецидивы заболевания, хотя лечение не носит радикальный характер.

## **15. Наш опыт лечения ран аноректальной области.**

Алиев М.А., Сафаров С.Ю., Абдулмажидов Х.М., Абдуллаев Ш.А.

Махачкала

Городская клиническая больница № 1, ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Несмотря на очевидные достижения в лечении хирургической инфекции заживление послеоперационных ран промежности и анального канала остается одной из актуальных проблем в практике хирурга и проктолога. Частые нагноения ран этой области, по данным ряда авторов колеблется от 10 до 50%. Целью нашей работы оценка эффективности использования спленодимексида в лечении аноректальных ран. Противовоспалительный препарат димексид обладает способностью растворять лекарственные средства и с высокой скоростью проникать через биологические мембраны, слизистые, оболочки микробов. Препарату свойственно так же анальгезирующее и антисептическое действия. Селезенка богата природными цитокиновыми факторами и обладает высокими антисептическими, детоксикационными и иммуностимулирующими свойствами. Материал и методы исследования: 112 проктологических больных после геморроидэктомии, иссечения анальных трещин, и параректальных свищей. Возраст больных колебалось от 18 до 78 лет, женщин было 49 мужчин – 63 человек. Все больные разбиты на две группы: основная – 62 и контрольная - 50 человек. Больные обеих групп по возрасту, сопутствующим заболеваниям и по нозологиям были идентичны. Больных контрольной группы лечили по общепринятой методике: первые 3 дня после операции получают щадящую диету ЩД № 0, затем, после первого стула, назначали основной вариант стандартной диеты ОВД 15. При отсутствии самостоятельного стула на 3-4-й день после операции выполняли очистительную клизму. Соблюдение постельного режима необходимо в течение 1-2 сут. В лечении анальных ран больных основной группы местно использовали сочетание димексида и экстракта селезенки. Методика лечения заключалась в следующем: в анальный канал и на рану перианальной области вводили турунду смоченную 1% димексидом и экстрактом селезенки в соотношении 1:4. Результаты исследований. Проведенные исследования показали, что процент послеоперационных осложнений довольно высок, что во многом объясняется наличием нескольких осложнений у одного и того же пациента. Такие осложнения, как нагноение послеоперационной раны и острый парапроктит встречались в основной группе больных значительно реже, чем в контрольной. На 3-4 сутки лечения у 18,5% больных контрольной и у 17,1% больных основной группы отмечен реактивный отек перианальной области. Причиной его является естественная воспалительная реакция на вмешательство. Такое серьезное осложнение, как нагноение раны, наблюдалось у 6,5% больных контрольной и 2,9% больных основной группы. Острый парапроктит в ближайшем послеоперационном периоде возник у 3 больных в контрольной, а в основной группе не встречался. В обеих группах до 3-го дня поверхность ран после иссечения анальных трещин и свищей прямой кишки полностью не очищалась от гноя, сохранялся отек тканей, грануляции были вялыми, сохранялась воспалительная реакция. К 5-м суткам раны у больных контрольной группы характеризовались слабой степенью грануляции, болезненностью при пальцевом исследовании. В основной группе клиническая картина в тот же период у большинства

больных характеризовалась уменьшением болевого синдрома, отсутствием гиперемии и отека в зоне операции и началом появления активных грануляций. К 7-м суткам после геморроидэктомии в контрольной группе заживление раны первичным натяжением отмечены у 60% пациентов, в то время как в основной группе - у 84% больных. Выводы: Применение спленодимексида в лечении ран аноректальной области приводит к достаточно быстрому снижению активности воспалительной реакции, уменьшению воспалительного инфильтрата, купированию болевого синдрома и снижению числа послеоперационных осложнений. Спленодимексид оказывает положительное влияние на местную тканевую реакцию, ускоряя репаративные процессы за счет стимуляции образования грануляционной ткани, ускорения эпителизации и рубцевания ран.

## **16. Толстокишечные кровотечения: причины, значимость и лечебная тактика.**

Муравьев А. В., Галстян А.Ш., Петросянц С.И.

Ставрополь.

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ГБУЗ СК «ГКБ №2»

Актуальность. Проблема кровотечений из желудочно-кишечного тракта сохраняет свою актуальность. Больные с данной патологией в настоящее время составляют пятую часть от всех поступающих в хирургический стационар. Ежегодная заболеваемость толстокишечными кровотечениями составляет от 20 до 30 случаев на 100 тысяч населения. При этом рецидив кровотечения развивается примерно в четверти случаев. Острые толстокишечные кровотечения продолжают оставаться одной из серьезных проблем неотложной хирургии. Летальность при данном осложнении достигает 15-20% . Цель исследования. Анализ результатов лечения больных, поступивших в отделение колопроктологии ГКБ №2, с диагнозом толстокишечное кровотечение. Материалы и методы. За период с 2010 по 2016 гг. в Центр амбулаторной колопроктологии поступило 447 пациентов, из них женщин – 210, мужчин – 237. В возрасте от 23 до 50 лет – 22%, от 50 до 70 лет – 46%, от 77 до 88 лет - 32%. Основными причинами толстокишечных кровотечений явились: ректальное кровотечение (геморрой) –241 пациента (54%), онкопатология – 72 пациента (16%), дивертикулярная болезнь – 72 пациентов (16%), полипы ободочной кишки – 35 пациента (8%), ЯК– 9 пациентов (2%), болезнь Крона – 4 пациента (1%), не установленный источник кровотечения – 14 пациентов (3%) Результаты. Всем пациентам проводилось: консервативная гемостатическая терапия, обследование по выяснению источника и причины кровотечения. Тактика лечения у пациентов с онкопатологией: гемостатическая терапия (всем пациентам); гемотрансфузии по показаниям (32 пациентам). Больным с онкопатологией после проведения консервативного лечения, остановки кровотечения, выполнены следующие операции в настоящую госпитализацию: экстирпация прямой кишки – 1 пациент, резекция сигмовидной кишки – 7 пациентов, обструктивная резекция сигмовидной кишки – 3 пациент, передняя резекция прямой кишки - 2 пациент. У 59 пациентов с онкопатологией оперативное лечение не проводилось в виду 2 основных причин: ранее установленный диагноз (с осложнением заболевания и распространенностью процесса) - 23 пациента; с первые выявленным диагнозом (выписаны с последующим оперативным вмешательством после получения результатов биопсии) – 36 больных. У 102 пациентов с ректальным кровотечением выполнена геморроидэктомия, у 6 пациентов - остановка кровотечения посредством применения латексного лигирования; 139 пациентам из этой группы оперативное пособие не проводилось в виду: отказа от операции - 57 пациентов, отказа от обследования – 17 пациентов, не показано оперативное лечение – 65 пациентов. У 45 пациентов с дивертикулярной болезнью кишечника диагноз выставлен впервые, у 27 диагноз ранее выявленный. У 35 пациентов с полипами ободочной кишки выполнено:



эндоскопическая полипэктомия – 24 пациентам, трансанальная полипэктомия - 4 пациентам, консервативное лечение проводилось у 4 пациентов, отказались от операции – 3 пациента. Впервые выявленный диагноз ЯК зарегистрирован у 3 пациентов, ранее выявленный диагноз у 6 пациентов. Группу кровотечений с неясным источником кровотечения составили 14 пациентов, из которых 9 пациентов оказались от обследования, у 5-х при колоноскопии патологии не выявлено. Выводы. Применение предложенной схемы лечебной тактики позволяет быстро и эффективно не только остановить толстокишечное кровотечение, но и выяснить источник кровотечения для проведения патогенетического лечения. Тактика хирурга при толстокишечном кровотечении должна состоять из основных компонентов: консервативные методы остановки кровотечения; стабилизация состояния пациента; выяснение причины (источника) кровотечения; при показаниях - плановое оперативное лечение в специализированном отделении.

### **17. Новый алгоритм лечения больных с абсцессом эпителиального копчикового хода.**

Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Сухая Ю.В., Красенков Ю.В., Фролкин В.И., Воронова О.В.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с абсцессом эпителиального копчикового хода путем разработки дифференцированной шкалы балльной оценки патологического процесса. Материалы и методы. Под наблюдением находилось 92 больных с нагноившимся эпителиальным копчиковым ходом на стадии абсцесса. Для определения тяжести патологического процесса разработали клиническую индексную оценку (Федеральный патент РФ № 2408292). Результаты исследования. При нагноившемся эпителиальном копчиковым ходом на стадии абсцесса прослеживается закономерное соответствие длительности заболевания, выраженности интоксикации и клинических проявлений, выставяемой степени тяжести патологического процесса. Отметим, что во всех случаях при абсцессе эпителиального копчикового хода сумма баллов составляла от 15 и выше, что являлось показанием к включению в схему лечения дополнительных методов. На основании разработанного алгоритма 34 пациентам с легкой степенью тяжести патологического процесса оперативное лечение дополнено применением ультразвуковой кавитации раны. На заключительном этапе лечения рану закрывали подшиванием ее краев ко дну в "шахматном порядке" или П-образными швами. При средней степени тяжести в 46 наблюдениях, проводили диагностику и лечение острого тканевого гипертензионного синдрома (ОТГС) по оригинальной методике (Федеральный патент РФ № 2393783). После вскрытия гнойника, некрэктомии, санации и дренирования раны, в послеоперационном периоде лечение включало ультразвуковую кавитацию раны и озонотерапию. На заключительном этапе рану закрывали путем кожной пластики. При тяжелом течении патологического процесса у 12 больных, при распространенном поражении, высокой активности деструктивных процессов, схема лечения была как и у больных со средней степенью тяжести течения патологического процесса. Однако, на втором этапе рану закрывали путем пластики кожно-подкожно-фасциальным лоскутом (Федеральный патент РФ № 2398532). Заключение. Выбор правильной тактики лечения больных с нагноившимся эпителиальным копчиковым ходом на стадии абсцесса, бесспорно влияет на исход заболевания и развитие осложнений. Предлагаемый комплексный подход и выбор лечебного алгоритма позволяет получить у

93,7% больных положительные результаты лечения, что сохраняет качество жизни и социальный образ пациентов

## **18. Опыт лечения больных с аппендикулярным инфильтратом.**

Сумишевский Э.В., Долгополов В.В., Жаданов В.И., Потеряхин В.П., Чернова Н.В., Павлюков Е.В., Демура О.В., Кузьмачук Д.О., Клевака И.Г.

Луганск, ЛНР

Луганская городская клиническая многопрофильная больница №1

Острый аппендицит по-прежнему является самым часто встречающимся хирургическим заболеванием органов брюшной полости, требующим стационарного лечения. Число и характер осложнений острого аппендицита, как правило, связаны с поздним обращением больных за мед помощью. Цель работы: проанализировать опыт лечения больных с аппендикулярным инфильтратом в хирургическом отделении Луганской городской клинической многопрофильной больницы №1. В период с 2000 по 2017гг. в Луганской городской клинической многопрофильной больнице №1 находились на лечении 85 больных с аппендикулярным инфильтратом, из которых у 24 наблюдалось абсцедирование. Возраст больных колебался от 20 до 82лет, чаще это осложнение встречалось у мужчин(57%). Диагноз аппендикулярного инфильтрата на догоспитальном этапе был установлен только у 7 пациентов, 42 пациента поступили с подозрением на острый аппендицит, остальные больные поступали с различными диагнозами(острый холецистит, острый панкреатит, апоплексия правого яичника и др.) В диагностике аппендикулярного инфильтрата и периаппендикулярного абсцесса высокоинформативно ультразвуковое исследование. Этот метод не имеет противопоказаний, неинвазивен, позволяет проводить многократное динамическое наблюдение. При динамическом УЗИ можно установить фазу развития инфильтрата и особенности его течения. Аппендикулярный инфильтрат визуализируется как опухолевидное образование, смешанной эхогенности, в котором иногда можно дифференцировать червеобразный отросток. Что является важным диагностическим признаком. Особое значение УЗИ имеет при диагностике периаппендикулярного абсцесса, что позволяет определить тактику лечения больного. УЗИ брюшной полости было выполнено 64 больным с аппендикулярным инфильтратом, у 18 из ни был визуализирован червеобразный отросток, у 12 наблюдалась картина абсцедирования. При консервативном лечении аппендикулярного инфильтрата применялись схемы включающие антибактериальные средства (цефалоспорины, пеницилины, метронидазол, фторхинолоны) в комбинации с противовоспалительной, дезинтоксикационной терапией. Контроль за эффективностью консервативного лечения проводился при помощи динамического клинического наблюдения, УЗИ контроля, лабораторных показателей в процессе и после лечения. Консервативное лечение оказалось эффективным у 42 больных. Длительность пребывания больных в стационаре составила в среднем 16 койко-дней. Наиболее неблагоприятный исход аппендикулярного инфильтрата – периаппендикулярный абсцесс, который может формироваться минуя стадию инфильтрата. При абсцедировании аппендикулярного инфильтрата у больного наблюдается повышение температуры тела, иногда ознобы, общее состояние средней тяжести, иногда тяжелое, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ. УЗИ-признаками абсцедирования аппендикулярного инфильтрата являются неоднородная структура с жидкостными зонами и наличие газа, расхождение листков брюшины и раздутые петли кишки с жидкостью. Всего по поводу периаппендикулярного абсцесса лечились 24 пациента, из них прооперированы в экстренном порядке 9 больных. Операция заключалась во вскрытии, санации, дренировании париаппендикулярного абсцесса. Из всех оперированных больных у 8 наблюдалось нагноение послеоперационной раны, у 1 больного кишечный свищ,

летальных случаев не было. Таким образом, четкий алгоритм диагностики способствует раннему установлению диагноза, что позволяет начать раннее, этиологически обоснованное лечение. Динамический клинико-лабораторный и ультразвуковой контроль позволяет вовремя выявить абсцедирование инфильтрата, а положительный эффект консервативной терапии способствует сокращению сроков лечения в стационаре, уменьшает вероятность абсцедирования инфильтрата и послеоперационных осложнений.

## **19. Последствия комбинированного лечения пенетрирующей формы болезни Крона.**

Коробка В.Л., Балин Н.И., Ткачев А.В., Бабиева А.М., Пак Е.С.

Ростов-на-Дону

ГБУ РО «Ростовская Областная клиническая больница», Центр хирургии и Координации донорства (ЦХиКД)

Цель работы: сопоставление хирургических последствий у пациентов с пенетрирующим и непенетрирующим характером течения БК с учетом послеоперационного приема различных групп лекарственных препаратов. Материалы и методы: Использовалась ретроспективная демографическая информация, анамнез, клинико-инструментальные, интра/послеоперационные данные пациентов с пенетрирующей формой (ПФ) и непенетрирующей формой (НПФ) БК, перенесших оперативное лечение в период с 2010 по 2016гг. в условиях ЦХиКД. В качестве послеоперационной терапии использовалась комбинация 5-АСК+AZA+/-ГКС. Результаты: Было выполнено 42 операции 34 пациентам по поводу осложнений БК (ПФ-24 случая, НПФ-10 случаев). 17 резекций терминального отдела подвздошной кишки с формированием илео-асцендоанастомоза, 3 правосторонние гемиколэктомии с одномоментной реконструкцией толстой кишки, 4 петлевые илеостомии, 8 обструктивных резекций толстой кишки с колостомией, 2 резекции тонкой кишки с одномоментной реконструкцией, 8 вскрытий абсцессов малого таза. В период 2х лет после операции 6 ти пациентам потребовалась повторная операция. 4 пациента оперированы трижды. У 4х пациентов в группе с ПФ до операции развился абсцесс, у 7 пациентов свищи. Пациентам с ПФ чаще требовалось полное парентеральное питание, повторная резекция, илеостомия и более длительный период реабилитации. В послеоперационном периоде, с вариабельностью в зависимости от степени септических осложнений, переносимости и приверженности терапии, 5 пациентов получали препараты 5-АСК, всем пяти потребовалось повторное оперативное вмешательство в течение года, и еще двоим 2 повторных экстренных оперативных вмешательства. Добавление к терапии AZA и ГКС, не привело ни к эндоскопической, ни гистологической ремиссии. Остальные пациенты получали препараты 5-АСК+AZA. У 1-го пациента отмечена значимая эндоскопическая и гистологическая ремиссия, у 9-ти - только клиническая. Выводы: Пациентам с ПФ БК, перенесшим более длительную операцию и реабилитацию, чаще требуется илеостомия и повторная резекция. Однако, при сочетании оптимального лечения септических осложнений с применением перкутаных дренажей, антибиотиков и полного парентерального питания, можно избежать тяжелых последствий хирургического вмешательства. Явных отличий в ответе на терапию 5-АСК+ГКС+AZA у пациентов с ПФ и НПФ БК в послеоперационном периоде не отмечено.

## 20. Случай хирургического лечения пациента с колото-резаным ранением, проникающим в брюшную полость, в условиях МБУЗ «ЦРБ» Азовского района.

Бардахчян Э.Г., Бардахчян В.Э., Чепелев М.С., Толстов И.Е.

Азов

МБУЗ «ЦРБ» Азовского района

Пациент А., 38 лет, был доставлен в тяжёлом состоянии машиной СП с места происшествия. Со слов сопровождавших, был обнаружен в алкогольном опьянении с кровотечением из ран левой поясничной области и области правого тазобедренного сустава. При осмотре: Кожные покровы бледные. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс на лучевых артериях 120 в 1 минуту сниженных характеристик. АД 80/40 мм рт ст. В лёгких дыхание с жёстким оттенком, незначительно ослаблено в нижних отделах. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, выраженная болезненность при пальпации по флангам и над лоном. Притупление перкуторного звука в отлогих местах. Симптом Щёткина-Блюмберга слабополо-жительный в нижних отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. В левой поясничной области в косо-поперечном направлении к задней подмышечной и лопаточной линиям определяются 2 раны линейной формы с ровными краями и острыми углами, размерами  $\approx 2,5 \times 0,5$  см с незначительным геморрагическим отделяемым. Таких же характеристик имеется рана в области задне-латеральной поверхности правого тазобедренного сустава. В связи с наличием клинических данных за возможное повреждение внутренних органов и внутрибрюшное кровотечение, пациент в сопровождении реаниматолога транспортирован в операционную, где продолжены обследование и предоперационная подготовка. На рентгенограмме ОГК — признаки тbc лёгких, на обзорной рентгенограмме ОБП — наличие свободного газа под левым и правым куполами диафрагмы. По уретральному катетеру — моча светло-жёлтого цвета без патологических примесей. По жизненным показаниям больному выполнена верхне-средне-срединная лапаротомия. В брюшной полости, преимущественно по левому флангу и в малом тазу, до 1,5 л тёмной крови со сгустками — эвакуирована путём активной аспирации. При дальнейшей ревизии органов брюшной полости повреждений внутренних органов и забрюшинных гематом не выявлено, тщательно осмотрена область селезёнки и париетальной брюшины левых боковых отделов брюшной полости. Ранений и гематом не обнаружено. Лапаротомная рана расширена книзу для ревизии тазовых органов. Выявлена забрюшинная гематома по задней поверхности правее крестца диаметром до 8,0 см, в центре которой линейная рана длиной до 1,0 см без признаков продолжающегося кровотечения. Через рану в области правого тазобедренного сустава установлено направление раневого канала в сторону обнаруженного дефекта брюшины. При санации раневого канала растворами антисептиков получено обильное наружное кровотечение. Имеющаяся рана расширена до 10,0 см, но обнаружить источник кровотечения не удалось. В связи с риском дальнейшей кровопотери и техническими трудностями ревизии раневого канала данной локализации, выполнен гемостаз тугим тампонированием полости раны 3-мя марлевыми тампонами, наложены наводящие швы на кожу. Брюшная полость санирована, осушена и проверена на гемостаз (признаков продолжающегося кровотечения нет). Дренажи. Послойный шов лапаротомной раны. ПХО ран левой поясничной области. Марлевые тампоны из раны области правого тазобедренного сустава удалены на 7-е сутки, дренажи из брюшной полости удалены на 9-е сутки. Состояние пациента удовлетвори-тельное. Таким образом, хочется отметить: а) возможность проникающего в брюшную полость характера ранения при наличии входного отверстия колюще-режущего предмета в области тазобедренных суставов и латеральных поверхностей ягодичных областей и б) риск необоснованного удаления селезёнки в связи с наличием ран на коже в её проекции и значительным внутрибрюшным кровотечением.

## **21. Задний полный экстрасфинктерный (прямокишечно-копчиковый) свищ прямой кишки высокого уровня травматического генеза (клиническое наблюдение).**

Погосян А.А., Скобло М.Л., Лигай Д.В., Камчаткина Т.И., Урюпина А.А., Григорян Л.М.

Ростов-на-Дону

МБУЗ «Городская больница № 6», «Отделение хирургии. Городской лечебно-диагностический колопроктологический центр»

Актуальность. Известно, что у 95 % больных, с острым парапроктитом, в последующем формируется стойкий свищ прямой кишки. Отдельного внимания заслуживают свищи высокого уровня, так как они требуют проведение многоэтапного хирургического лечения. Клинический случай. Больной Т., 46 лет, получил травму, упав с высоты на штырь. С диагнозом рвано-ушибленная рана крестцово-копчиковой области был доставлен в больницу. Выполнено ПХО раны крестцово-копчиковой области. При ревизии выявлен перелом копчиковой кости, повреждение прямой кишки. Разрыв был ушит, перелом репонирован, выведена 2-х сигмостома. Через 4 месяца больной отметил в области раны отверстие с отделяемым. Больной был консультирован колопроктологом. ФКС Осмотр до слепой кишки, внутреннее отверстие на 7 см, от ануса. КТ крестцово-копчикового отдела позвоночника - КТ-признаки перелома S5, Co1, инфильтрата. Р-графия копчика-признаки подвывиха копчика. Фистулография выявляет свищевой ход с неровными фестончатыми внутренними контурами, имеющий связь с прямой кишкой. Выполнена операция: Иссечение копчиково-прямокишечного свища, секвестрэктомия, ушивание внутреннего свищевого отверстия прямой кишки, дренирование остаточной полости активным дренажем Редона. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренаж был удален на 8-е сутки. Рана зажила первичным натяжением. Больной нами наблюдался в течении 3-х месяцев. Данных за рецидив свища не было. После контрольного обследования больному было выполнено закрытие сигмостомы. Наблюдение за данным больным проводилось через 1, 3, и 6 месяцев. Заключение. Проблема лечения свищей прямой кишки различной сложности является одной из самых актуальных и сложных как в отечественной, так и зарубежной колопроктологии. Этот факт диктует необходимость лечения таких больных только в специализированных стационарах.

## **22. Пресакральная многокамерная рецидивная тератома (клиническое наблюдение).**

Погосян А.А., Скобло М.Л., Лигай Д.В., Камчаткина Т.И., Урюпина А.А., Рахманин С.Ю.

Ростов-на-Дону

МБУЗ «Городская больница № 6», «Отделение хирургии. Городской лечебно-диагностический колопроктологический центр»

Актуальность. Долгое время в центре внимания колопроктологов остается проблема лечения больных с пресакральными образованиями. Актуальность проблемы связана со сложностью оперативного лечения, высокой частотой неудовлетворительных результатов. Стоит отметить, что на сегодняшний день, не существует единого мнения в отношении тактики лечения данной категории больных. Клинический случай. Больная Е., 33 лет, в анамнезе в грудном возрасте был установлен диагноз: Пресакральная киста (тератома). Выполнена операция-удаление тератомы пресакрального пространства. В дальнейшем сформировался постоянный свищ с гнойным отделяемым. Больная длительное время лечилась у разных специалистов без эффекта. Была консультирована колопроктологом. В области копчика имеется п/о рубец длиной до 10 см, без признаков воспаления, в центре

которого визуализируется наружное свищевое отверстие. КТ малого таза - КТ-картина образований пресакральной области и малого таза справа. Ирригоскопия Дискинезия толстого кишечника по гипертоническому типу, опущение поперечно-ободочной кишки, выраженная долихосигма, деформация прямой кишки, за счет образования извне. Большой была выполнена операция-удаление рецидивной тератомы пресакрального пространства, дренирование активным дренажем. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренаж удален на 9 сутки. Газы отходили со 2-х суток, стул был на 4 сутки. Через 2 недели больная в удовлетворительном состоянии была выписана из стационара. Гистоанализ - зрелая многокомпонентная кистозная тератома. Больная наблюдалась нами в течении 1, 3, 6 месяцев. По данным контрольного КТ, данных за рецидив не наблюдалось. Заключение. Приведенный выше клинический случай еще раз подчеркивает всю сложность диагностики и лечения пресакральных тератом. Данная нозология является междисциплинарной проблемой, которая требует дальнейшего совершенствования диагностики и лечения.

### **23. Опыт лечения геморроидальной болезни методом HAL-RAR.**

Погосян А.А., Терпугов А.Л., Лигай Д.В., Григорян Л.М., Камчаткина Т.И.

Ростов-на-Дону

МБУЗ «Городская больница № 6», «Отделение хирургии. Городской лечебно-диагностический колопроктологический центр»

Актуальность. Геморроидальная болезнь - одно из наиболее широко распространенных заболеваний, встречающихся у лиц любого возраста и пола. Его доля, по данным разных источников, составляет от 34 до 41 %. Вышесказанное ориентирует современного проктолога на поиск методов лечения, дающих максимальный результат в кратчайшие сроки. Одним из таких современных и относительно молодых методов является HAL-RAR. Цель. Оценка эффективности лечения геморроидальной болезни методом HAL-RAR. Материал и методы. В период с 2013 по 2015 гг., в МБУЗ ГБ № 6 Городском колопроктологическом центре по методике HAL-RAR был прооперирован 91 человек. У всех больных был установлен диагноз: Хронический геморрой III-IV стадии. В гендерном соотношении 44 человека составили лица мужского и 47 - лица женского пола. Возраст больных варьировал от 31 до 67 лет. Оперативное вмешательство выполнялось под внутривенной анестезией, средняя продолжительность операции составила  $30 \pm 0,8$  минут. При операции HAL прошивались 5-6 сосудов на глубине залегания артерии 5-6 мм, при операции RAR выполнялась стандартная методика лифтинга слизистой при помощи окна аноскопа и под непосредственным пальцевым контролем. Результаты. Интенсивность болевого синдрома оценивали с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) в течение всего пребывания больного в стационаре, который составил, в среднем, 1-2 балла и купировался ненаркотическими анальгетиками. Первая дефекация у больных, в среднем, была на 2-е сутки. При этом средний послеоперационный койко-день составил  $3,5 \pm 0,5$  суток. Во время нахождения пациентов в стационаре в послеоперационном периоде у 1 больной отмечены осложнения в виде некроза слизистой анального канала на 3 часах на 5 сутки после операции с образованием дефекта, который самостоятельно зажил в течение месяца, у 1 больной отмечен отек наружного геморроидального узла на 11 часах на 10 сутки после операции. При контрольном обследовании пациентов через 1, 3 и 6 месяцев после операции у всех больных отмечено полное регрессирование симптомов геморроя. Заключение. Оперативное лечение геморроидальной болезни с помощью HAL-RAR эффективно при всех стадиях геморроя. Преимуществом данного метода является отсутствие выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде и сокращение сроков пребывания в стационаре.

## 24. Оптимизация способов пластики анального сфинктера.

Багаудинова С.Г., Газиев Р.М., Омаров И.М., Курбанисмаилова М.Г., Омарова Х.З.

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

На протяжении многих десятилетий в центре колопроктологов всего мира остается проблема недостаточности анального сфинктера, которая имеет не только медицинское, но и социальное значение. Лечение недостаточности анального сфинктера является сложной задачей. Выбор тактики индивидуален для каждого больного и основывается на полноценном, клиническом и физиологическом обследовании. Хирургическое лечение применяется в основном при органических формах поражения анального сфинктера при дефекте, составляющим более  $\frac{1}{4}$  окружности рубцового процесса на мышцы запирающего аппарата прямой кишки, деформацией стенок анального канала и 2-3 степени недержания. Унивесальный метод оперативного лечения НАС, который мог бы привести к выздоровлению практически всех больных, не разработан. Неудовлетворительные результаты отмечены в 40-60%. Исходя из многочисленных форм проявления недостаточности сфинктера прямой кишки, к настоящему времени в литературе описано более 50 методов хирургического лечения этого заболевания. Общеизвестно, что основным функциональным предназначением прямой кишки является накопление и эвакуация кишечного содержимого, осуществляемые при условии координированной работы сфинктерного аппарата. С этой точки зрения, наиболее простым, практически безопасным среди арсенала оперативных методов лечения слабости анального сфинктера являются операции, суживающие задний проход. Целью нашего исследования разработка метода эффективной пластики при его недостаточности, которая была бы доступна широкому кругу практических хирургов и принципиально не уступает предыдущим способам. Сущность предложенной методики заключается в следующем: из кожи ягодичной области справа выкраивают кожный лоскут размерами 4\*6см с основанием у задней комиссуры. С лоскута тщательно снимают эпидермис. Подкожная клетчатка с кровеносными сосудами и нервами сохраняется и при этом не страдает эластичность и питание лоскута, что препятствует нагноению и некрозу ткани. Полученный лоскут продольно рассекают на две полоски, не достигающие до основания на 1см. Затем подкожно, с помощью иглы Дешана и шелковой лигатуры оба кожных лоскута проводят с каждой стороны анального отверстия и сшивают у передней комиссуры. Донорское ложе ушивают узловым швом. По предложенной методике в клинике факультетской хирургии ДГМУ, прооперировано 57 больных: из них мужчин - 38, женщин - 19. Возраст больных от 18 до 77 лет. Непосредственный положительный результат получен у всех больных. Изучение отдаленных результатов через 2-3 года у 20 больных недержание стула и газов практически не наблюдалось. Предложенный метод пластики наружного сфинктера прямой кишки довольно прост в использовании и подручен широкому кругу хирургов. Хорошая эффективная результативность говорит о состоятельности метода, что может способствовать улучшению результатов лечения.

## **25. Выбор хирургической тактики при прикрытых перфорациях дивертикулов ободочной кишки с развитием параколических инфильтратов и абсцессов.**

Погосян А.А., Григорян Л.М., Урюпина А.А., Скобло М.Л.

Ростов-на-Дону

МБУЗ «Городская больница № 6», «Отделение хирургии. Городской лечебно-диагностический колопроктологический центр»

Актуальность. Значительный процент в структуре колопроктологических больных составляют больные с дивертикулярной болезнью толстой кишки (ДБТК). Частота ДБТК увеличивается с возрастом и варьирует от 10% у лиц младше 40 лет до 50–60 % у пациентов старше 70 лет. Наиболее частыми осложнениями ДБТК являются дивертикулярные кровотечения, дивертикулиты и перфорации. Диагностика ДБТК представляет определенные трудности в связи с ограниченным применением современных методов исследования на фоне обострения заболевания. В настоящее время лечение данной категории больных остается актуальным и является сложной и трудной задачей. До сих пор остается не однозначным мнение многих хирургов к лечению осложненных форм ДБ, а также к отношению использования малоинвазивных методов лечения ДБ. Несмотря на постоянное совершенствование хирургической техники и применение антибактериальной терапии, частота осложнений остается высокой, особенно при осложненном дивертикулёзе толстой кишки в виде перфорации и по данным различных авторов составляет от 6 % до 20%. Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с осложнёнными формами дивертикулярной болезни ободочной кишки. Материалы и методы. Исследование было проведено на базе МБУЗ Городская больница №6 г. Ростова -на- Дону. Критерием включения в исследование являлась документированная ДБ, осложненная прикрытой перфорацией с формированием параколического инфильтрата или абсцесса (всего за период с 2011 по 2015 годы на лечении находилось 13 пациентов с данным диагнозом. Результаты исследования: В период с 2012 по 2016 года в городском колопроктологическом лечебно-диагностическом центре городской больницы № 6 находилось на лечении 84 пациента с осложнёнными формами дивертикулярной болезни ободочной кишки. Среди больных преобладали женщины 50 чел. ( 59,5 %), мужчин 34 ( 40,5%). Возраст пациентов от 38 до 81 года. 40 % составили пациенты старше 68 лет с сопутствующей сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью. Все больные были госпитализированы в экстренном порядке. Состав больных следующий: дивертикулярная болезнь осложнённая кровотечением 61 чел ( 72,6 %), перфорации дивертикулов с развитием разлитого перитонита 10 человек (11,9%), прикрытые перфорации с формированием параколических инфильтратов и абсцессов 13 чел ( 15,4 %). В группе больных с дивертикулярными кровотечениями проводилась стандартная гемостатическая терапия с применением препаратов месалазина. В данной группе было прооперировано 2 больных не поддающихся консервативной терапии (больные длительно принимали антикоагулянты в связи с перенесенными ранее оперативными вмешательствами на артериях). Больные были прооперированы на фоне рецидивного профузного кровотечения, выполнены обструктивная резекции сигмовидной кишки, где локализовались дивертикулы. Остальные 59 пациентов адекватно отреагировали на проводимую консервативную терапию. В группе больных с разлитым перитонитом диагноз перфорации устанавливался после лапаротомии или лапароскопии. Всем больным в этой группе выполнена обструктивная резекция поражённого отдела с санацией и дренированием брюшной полости. Группа больных с прикрытыми перфорациями дивертикулов ободочной кишки с формированием параколическим инфильтратов и абсцессов являются самой актуальной. При сборе анамнеза все 13 пациентов данной группы отмечают появление незначительных болей за 5-7 дней до обращения в медицинское учреждение. Боли носили незначительный характер с



тенденцией к усилению, так же отмечали усиление болей при напряжении мышц передней брюшной стенки и при позывах к дефекации. У всех больных отмечалась гипертермия до 38 С. В общем анализе крови у 10 больных отмечался лейкоцитоз до 13-16х 10<sup>9</sup>/л со сдвигом формулы до 14-18 п/я. У 3-х больных наблюдался сдвиг лейкоформулы до юных форм. При УЗД у 9 больных определялся инфильтрат в левой половине живота, по ходу левой половины толстой кишки, который так же определялся пальпаторно. У 4 больных кроме инфильтрата так же определялось анэхогенное образование округлой формы с уровнем жидкости от 10 до 30 мм. Учитывая ограниченность процесса всем больным проводилась интенсивная антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия, голод на протяжении 3-4 суток. На 4 сутки у 7 больных снижение температуры тела до 37,0-37,2 С, снижение уровня лейкоцитов до 8-10х 10<sup>9</sup>/л, а так же возвращение лейкоцитарной формулы в норму. Пальпаторно и при УЗД определялось уменьшение инфильтрата в размерах. У 3 больных на протяжении 5 суток сохранялась субфебрильная гипертермия в вечернее время, а так же лейкоцитоз с умеренным сдвигом формулы. При УЗД не наблюдалась положительная динамика. Учитывая отсутствие положительной динамики от проводимой консервативной терапии все 4 больных были прооперированы. Выполнены видеоассистированные обструктивные резекции левых отделов ободочной кишки, при этом обнаружено что все перфорации находились по брыжеечному краю. В послеоперационном периоде у 2 больных наблюдались осложнения. У одного больного в виде нагноения послеоперационной раны, у второго развитие сегментарной пневмонии. Летальных исходов не было. Из 7 пациентов вылеченных консервативно, 5 были прооперированы в плановом порядке через 3-4 месяца с момента выписки. О судьбе 2 пациентов на не известно, так как были из других субъектов и по выписке вернулись по месту жительства. Выводы: Основываясь на собственном опыте лечения, пришли к выводу, что при наличии у больных диагноза прикрытой перфорации дивертикула ободочной кишки с формированием параколических инфильтратов и абсцессов тактика лечения является «выжидательной». Оперативному лечению в данной группе больных подлежат пациенты не поддающиеся и «не отреагировавшие» на проводимую консервативную терапию.

## **26. Радикальное лечение острого тромбоза геморроидальных узлов в амбулаторных условиях.**

Белик Б.М.(1), Ковалев А.Н.(1), Хатламаджиян А.Л.(2)

Ростов-на-Дону

1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А. Семашко»

Актуальность. Одной из наиболее актуальных и важных задач современной хирургической проктологии является поиск эффективных методов радикального лечения осложненных форм заболеваний анального канала в амбулаторных условиях. В рамках этой проблемы использование новых малоинвазивных хирургических технологий в лечении острого тромбоза геморроидальных узлов является одним из наиболее перспективных направлений в современной колопроктологии. Цель работы: оценить возможности и клиническую эффективность радикального малоинвазивного хирургического лечения больных с острым тромбозом геморроидальных узлов в амбулаторных условиях и стационаре «одного дня». Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 110 пациентов с острым тромбозом геморроидальных узлов, у которых проводилось хирургическое лечение с использованием современных малоинвазивных технологий в амбулаторных условиях или стационаре «одного дня» за

период с 2012 по 2017 гг. У 95 (86,4%) пациентов отмечался острый тромбоз наружного геморроидального узла. Из их числа у 57 (60,0%) больных тромбоз геморроидального узла осложнялся его некрозом и/или кровотечением. У 15 (13,6%) пациентов имел место острый тромбоз внутреннего геморроидального узла. У всех пациентов осуществлялось радикальное иссечение и удаление тромбированных геморроидальных узлов в режиме резания на аппарате «ЭФА» с длиной волны 50 ватт. После удаления геморроидального узла его ложе обрабатывали в режиме биполярной коагуляции с длиной волны 60 ватт с целью получения локального асептического некроза тканей и ликвидации патологического притока крови по сосудам, кровоснабжающих эту зону. Общее время нахождения пациента в стационаре «одного дня» составило  $5,8 \pm 0,2$  часов. Результаты и обсуждение. Из 110 пациентов с острым тромбозом геморроидальных узлов, получавших амбулаторное лечение с использованием новых малоинвазивных хирургических технологий, у 102 (92,7%) наступило полное выздоровление. У 8 (7,3%) пациентов в сроки от 1 до 5 лет отмечался рецидив заболевания, что потребовало у них выполнения повторного оперативного вмешательства с использованием аналогичной технологии. Рецидив заболевания у этих пациентов был обусловлен рассыпным типом кровоснабжения данной области в сочетании с высокой ломкостью сосудов. Выводы. Применение современных малоинвазивных хирургических технологий с индивидуализированным подходом в лечении острого тромбоза геморроидальных узлов позволяет существенно уменьшить травматичность оперативного вмешательства и в большинстве случаев добиться радикального излечения заболевания в амбулаторных условиях и стационаре «одного дня» с минимальной затратой времени пребывания пациента в лечебном учреждении. При этом с целью предупреждения развития нежелательных осложнений необходим достаточно тщательный отбор пациентов, подлежащих оперативному лечению с использованием малоинвазивных хирургических технологий в амбулаторных условиях.

## **27. Обоснование циторедуктивных операций при метастатическом и распространенном колоректальном раке.**

Дмитриев А.В., Черкасов М.Ф., Грошили В.С., Перескоков С.В., Батигян Э.А.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. В последние десятилетия заболеваемость злокачественными опухолями ободочной и прямой кишок имеет тенденцию к устойчивому росту. При этом увеличивается количество больных с распространенными и осложненными формами колоректального рака. Возможность выполнения радикальных хирургических вмешательств у подобных пациентов сводится к минимуму. При этом значимая роль отводится циторедуктивным операциям, после которых удается повысить качество жизни больных и провести адекватное химиотерапевтическое лечение. Необходимость выполнения подобных оперативных пособий подтверждается статистически достоверным увеличением продолжительности жизни. Цель. Изучение результатов циторедуктивных операций у больных с распространенным колоректальным раком. Материал и методы. С 2005 по 2016 на лечении находились 605 больных. У 198 человека (28,2%) диагностированы внутривенные метастазы. У 132 больных (66,6%) диагностировано билобарное поражение печени. У 102 пациентов выполнено циторедуктивные операции с удалением первичного опухолевого очага. Еще у 34 больных выполнены паллиативные вмешательства в объеме наложения обходных анастомозов, обструктивных резекций, двухствольных колостомий. В этих случаях удалить первичную опухоль не представлялось возможным в связи с местным распространением процесса, поражением

костей таза и крупных сосудистых структур. Отметим, что в 12 наблюдениях с нерезектабельными опухолевыми поражениями правой доли печени и близостью их расположения к крупным протоковым и сосудистым структурам проводились сеансы селективной трансартериальной химиоэмболизации 5-фторурацилом. Все пациенты в послеоперационном периоде получали курсы системной адъювантной химиотерапии в количестве от 4 до 6. Результаты. В послеоперационном периоде осложнения возникли у 12 (9,0 %) больных: гнойные осложнения – 6, тромбоэмболия легочной артерии – 1. Умер 1 пациент от ТЭЛА в раннем послеоперационном периоде. Продолжительность жизни после циторедуктивных операций составила от 5 до 25 месяцев. Медиана жизни составила  $12,1 \pm 2,1$ . Продолжительность жизни после паллиативных операций составили от 2,5 до 9 месяцев, при медиане жизни  $5,5 \pm 1,1$ . Основными причинами летальных исходов были рецидив первичной опухоли, а также развитие печеночной недостаточности. Заключение. Относительно низкий уровень послеоперационных осложнений и летальности после циторедуктивных операций свидетельствует о целесообразности их выполнения у больных с распространенным колоректальным раком. Это позволяет не только улучшить качество жизни пациентов, но и дает возможность проведения полных курсов адъювантной химиотерапии и увеличение продолжительности жизни в отдаленном послеоперационном периоде. В каждом конкретном случае объем операции выбирается индивидуально, однако всегда следует стремиться к максимально полному удалению опухолевой ткани. Только в случае невозможности удаления опухоли следует прибегать к выполнению паллиативной операции, направленной на ликвидацию осложнений опухолевого процесса.

## **28. Стентирование толстой кишки для лечения опухолевой обтурационной толстокишечной непроходимости.**

Чернооков А.И. (1), Карапетян М.М. (2), Маринова Л.А.(2), Бачурин А.Н. (2), Потехин И.О. (2), Белых Е.Н. (1), Моисеев А.П. (2), Заводчиков С.А. (1), Черноусов К.Ф (1)

Москва

1) ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ»

Актуальность проблемы: летальность при экстренных операциях по поводу опухолевой обтурационной толстокишечной непроходимости (ООТКН) остается высокой, составляя 15-34%. Высокая летальность определяется большим количеством больных пожилого и старческого возраста, выраженной сопутствующей патологией, распространенностью онкологического процесса. Перспективным способом неоперативного разрешения ООТКН представляется применение саморасширяющихся металлических стентов (self-expandable metallic stents - SEMS). Цель работы: демонстрация результатов использования стентирования толстой кишки для лечения ООТКН. Материалы и методы: в 2014-2017 годах для лечения ООТКН у 63 больных применили попытку стентирования толстой кишки. Помимо стандартных методов диагностики (клинико-лабораторных, УЗИ органов брюшной полости, рентгенографии органов брюшной полости, колоноскопии, ирригографии), у больных с ООТКН применяли КТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, обычно до выполнения колоноскопии. Использовали методику “through the scope”, когда струна и комплекс доставки проводятся по инструментальному каналу колоноскопа, а раскрытие стента осуществляется под комбинированным эндоскопическим и рентген-контролем. Вмешательство проводили в условиях внутривенной анестезии, для подготовки использовали очистительные клизмы. После стентирования выполняли обзорный снимок брюшной полости для исключения осложнений процедуры. Противопоказаниями к стентированию считали: декомпенсированную непроходимость с угрозой или наличием диастатической

перфорации, дилатацию купола слепой кишки свыше 12 см, перитонит, расположение опухоли до 5 см проксимальнее зубчатой линии, некроз опухоли, параколический абсцесс, ишемию проксимальных отделов толстой кишки, диагностируемые при КТ. Мужчины составили 36 (57,1%) пациентов, женщины – 27 (42,9%). Возраст больных колебался от 27 до 95 лет, в среднем –  $72,5 \pm 8,6$  лет. Явления декомпенсированной ООТКН были у 30 (47,6%) пациентов, субкомпенсированной – у 22 (34,9%) больного, компенсированной – у 11 (17,5%) пациентов. Преобладали больные с 4-й стадией опухолевого процесса – 31 (49,2%) пациент, 3 стадия – у 29 (46%) больных, 2-я стадия выявлена лишь у 3 (4,8 %) пациентов. По локализации опухоли больные распределились следующим образом: прямая кишка – 4(6,3%), ректосигмоидный переход – 7(11,1%), сигмовидная кишка – 34(54%), нисходящая кишка – 7(11,1%), селезеночный изгиб – 4(6,3%), поперечноободочная кишка – 3(4,8%), печеночный изгиб – 2(3,2%), восходящая кишка – 1(1,6%), десцендоректоанастомоз – 1(1,6%). Протяженность опухолевой стриктуры колебалась от 15 до 80 мм, составив в среднем  $34,5 \pm 10,8$  мм. Диаметр опухолевой стриктуры варьировал от 2 до 8 мм, в среднем -  $3,9 \pm 1,3$  мм. Результаты: Стентирование удалось технически во всех случаях, кроме одного, в связи с выраженной ангуляцией толстой кишки. Частота технического успеха - 98,4%. С паллиативной целью стентирование выполнено в 51 случае, как этап подготовки к радикальной операции (“bridge to the surgery”) – у 11 больных. Интервал между стентированием и выполнением радикальной операции составил от 7 до 15 суток. В 2-х случаях выполнена расширенная правосторонняя гемиколэктомия. Так же радикальные операции включали лапароскопическую левостороннюю гемиколэктомию (5 наблюдений) и лапароскопическую переднюю резекцию прямой кишки (4 пациента). Частота клинического успеха стентирования составила 88,8%. У 2-х (3,4%) пациентов была перфорация опухоли в 1-е сутки после стентирования, что вынудило выполнить лапаротомию, резекцию сигмовидной кишки, колостомию. У 1 больной сохранились явления кишечной непроходимости после технически успешного стентирования в связи с многоуровневой обструкцией кишечника, что также потребовало выполнения лапаротомии. У 2 больных после стентирования имела место обструкция стентов каловыми массами, что потребовало повторного эндоскопического вмешательства с положительным эффектом. Летальность составила 8 %. Все летальные исходы отмечены среди больных, которых стентировали с паллиативной целью. Лишь 1 летальный исход связан с стентированием (перфорация опухоли), в остальных случаях смерть наступила в результате прогрессии раковой интоксикации на фоне разрешения кишечной непроходимости. В группе сравнения (больные с ООТКН, пролеченные без применения стентов за указанный период) послеоперационная летальность составила 13 %. Средний койко-день после стентирования с паллиативной целью составил  $4,1 \pm 2,4$  суток. Выводы. 1. Стентирование представляет собой альтернативу экстренным хирургическим вмешательствам при лечении ООТКН. 2. Для определения показаний и, что более важно, противопоказаний для установки SEMS необходимо применение компьютерной томографии брюшной полости 3. Показатели летальности и пребывания в стационаре при использовании SEMS ниже, чем при традиционном подходе. 4. При установке стентов необходимо строго придерживаться показаний и противопоказаний к их установке.

## 29. Осложнения рака толстой кишки.

Фомин А.В.(1), Зельдин Э.Я.(1), Подолинский С.Г.(2), Володькин В.В.(2) Ковалёва Л.А.(1)

Витебск, Республика Беларусь

- 1) УО «Витебский ордена Дружбы народов Государственный медицинский университет»,
- 2) УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Витебска

Среди злокачественных новообразований органов брюшной полости рак толстой кишки наиболее часто является причиной осложнений, требующих неотложных действий хирурга. Злокачественные новообразования часто диагностируются у лиц старших возрастных групп с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями, что является причиной высокой частоты неблагоприятных исходов. Цель исследования Улучшение результатов лечения пациентов страдающих раком толстой кишки. Анализированы результаты лечения 161 пациента с осложнениями рака толстой кишки, находившихся на лечении в больнице скорой медицинской помощи за 2012 и 2016 годы. Все пациенты поступили по экстренным показаниям. На этапе предоперационной подготовки исходили из того, что диагностические мероприятия должны были быть информативны и при этом их выполнение не усугубляло тяжесть состояния пациентов. Из инструментальных методов диагностики наиболее часто применяли обзорную рентгенограмму и ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ). Пациенты оперированы по поводу таких осложнений как перитонит вследствие перфорации опухоли или супрастенотического разрыва кишки, либо вследствие перифокального воспаления и острой кишечной непроходимости. При этом отмечено наличие фибринозно-гнояного перитонита. По классификации TNM наиболее часто диагноз выставлялся T(3-4)N(x-2)M(x-1). Радикальная операция с удалением опухоли и анастомозом или выведением стомы выполнена 48% пациентов. Паллиативная операция состояла в выведении петлевой стомы проксимальнее препятствия, реже накладывался обходной анастомоз, обязательно брали материал для биопсии. Паллиативная операция выполнялась при прорастании опухоли и невозможности её полного удаления, при канцероматозе брюшины. При метастазе в печень на первом этапе удаляли лишь первичную опухоль. Дальнейшее лечение проводили совместно с онкологами. Умерло после операции 35 пациентов со злокачественными новообразованиями. Злокачественные опухоли являлись основной причиной летальных исходов (19,2% от общего числа умерших). В структуре злокачественных новообразований рак толстой кишки преобладал в 2016 году он диагностирован в 52,9% случаев. В том числе рак сигмовидной кишки и ректосигмоидного перехода был в 21,7% случаев, рак прямой кишки в 5,3% случаев. В структуре злокачественных новообразований рак толстой кишки в 2012 году был в 48,3% случаев. В том числе рак сигмовидной кишки и ректосигмоидного перехода отмечен в 14,1% случаев, рак прямой кишки в 10,7% случаев. Заключение. Имеет место некоторый рост частоты рака толстой кишки в структуре пациентов со злокачественными новообразованиями. Это требует дальнейшего изучения и анализа. Позднее, по клиническим данным, обращение за медицинской помощью - при развитии осложнений и большая частота локализации рака в дистальных отделах толстой кишки (не менее 25%) требует для ранней диагностики рака и профилактики его осложнений оптимизации диагностического алгоритма при ранних признаках у пациента дискомфорта со стороны толстой кишки.

### **30. Посттравматическая недостаточность анального сфинктера. Что делать в экстренной ситуации.**

Ефимов А.В. (2), Муравьев А.В. (1), Линченко В.И. (1), Муравьев К.А. (1), Жерносенко А.О. (2), Бруснев Л.А.

1) Ставрополь, 2) Туапсе

1) ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ГБУЗ "ТРБ№3" г. Туапсе

Актуальность проблемы. Среди всех видов недержания наиболее частой формой является посттравматическая, которая составляет 60-80%. Успех реабилитации этих больных во многом зависит от своевременной и адекватной хирургической помощи в момент повреждения сфинктера. Материалы и методы. В отделении колопроктологии ГБУЗ СК ГKB №2 г. Ставрополя прооперировано 347 больных с посттравматической недостаточностью анального сфинктера. С послеродовыми разрывами промежности 244, бытовой травмой 63, послеоперационной 27 и огнестрельным повреждением сфинктера 13 пациентов. Результаты и обсуждение. В экстренном порядке в отделение колопроктологии поступило 32 пациента (6,7%) с различными формами повреждения сфинктера. Хирургическая тактика у этих больных зависела от вида травмы, сроков прошедших после получения повреждения сфинктера и от объема его дефекта. На основе анализа лечения всех видов повреждения анального сфинктера нами разработана схема показаний к выбору метода лечения у экстренных больных. Послеродовой разрыв промежности: первичная хирургическая обработка (ПХО) с пластикой сфинктера, вторичная хирургическая обработка (ВХО) с пластикой сфинктера. Бытовая травма до 24 часов (дефект  $\frac{1}{4}$ ): ПХО с пластикой сфинктера, ВХО с пластикой сфинктера. Бытовая травма после 24 часов (дефект более  $\frac{1}{4}$ ): ВХО с пластикой сфинктера, наложение колостомы. Огнестрельное ранение: ПХО без пластики сфинктера, ВХО без пластики сфинктера, наложение колостомы. Выводы: 1. Свежие разрывы промежности 3 степени в родах должны ушиваться опытными акушерами и только послойно. 2. При бытовой травме сфинктера и поступлении в стационар до 24 часов, возможно выполнение сфинктеропластики без колостомы, после 24 часов только с превентивной колостомой. 3. Огнестрельные повреждения сфинктера нуждаются в хирургической обработке раны без сфинктеропластики и обязательным наложением стомы.

### **31. Analysis of the results of surgical treatment of acute paraproctitic.**

Saydullaev Z.Ya., Suyarova Z.S.

Samarkand, Uzbekistan

Samarkand State Medical Institute

Relevance. Paraproctitis is one of the most common proctologic diseases and accounts for 20-40% of all diseases of the rectum. In patients of working age, from 6.0% to 22% of cases occur. Until now, the treatment of this disease is a matter of debate. Despite the successes achieved in the treatment of this pathology, the results of treatment are not always satisfactory. The high incidence of complications and relapses of the disease, long periods of treatment and disability testify to the complexity and unsolvedness of many issues of this pathology. Purpose of the study. To analyze the results of surgical treatment of patients with acute and chronic paraproctitis. Material and methods of investigation. We conducted a retrospective analysis of the treatment of 54 patients treated in the proctology department of the SamSMI clinic. Localization of abscess in pararectal tissue: Acute subcutaneous paraproctitis - 27; Acute

submucosal paraproctitis - 1; Acute ischiorectal paraproctitis - 20; Acute pelviorectal paraproctitis - 3; Acute retrectectal paraproctitis - 1; Anaerobic paraproctitis - 1; Diabetes mellitus was observed in 4 patients. Diagnosis of acute paraproctitis was based on the history, clinical picture, the results of an objective examination of patients. In the preoperative period, examination, palpation of the perianal area, finger examination of the rectum, laboratory, radiological, ultrasound, bacteriological examination of patients was carried out. Operative interventions were performed under sacral or spinal anesthesia. With subcutaneous and submucosal forms of paraproctitis, the abscess was opened into the rectum lumen by Gabriel - 28 patients. With ischiorectal and pelviorectal forms of paraproctitis, a two-stage surgical tactic was used. In the acute stage of the disease, an autopsy, sanitation and drainage of the abscess was performed. Necrectomy with a wide opening of purulent fouling was used in patients with anaerobic forms of paraproctitis, which were distinguished by a purulent necrotic lesion of pararectal tissue and a severe clinical course. In the postoperative period, intensive antibacterial and infusion therapy was carried out. Antibiotics were applied taking into account the sensitivity of microflora. With the formation of pararectal fistulas, a radical operation was performed - excision of the purulent course with the elimination of the internal fistula opening. There were performed operations for fistula of the rectum - 23, intrasfincture fistula - 7, transsfincter - 12, extrasphinctus - 3. With intrasfincter fistulas, the following operations were performed: excision of the fistula into the lumen of the gut with suturing the bottom of the wound. Suppuration of wounds, relapses, and lack of anal pomace was not. With transsphincter fistulas used excision fistula with suturing part of the external sphincter and ligature method. Suppuration of the wound was noted in 1 patient, relapses in 1, and failure of anal pulp in 1. In extrasfine fistulas, excision of fistula and ligature method was performed, excision of the fistula with displacement of the mucosal flap. There was a festering wound in 1 patient, relapses - 1. The average duration of inpatient treatment was 7 days. The total duration of temporary incapacity for work is 22 days. Conclusions. Thus, a differentiated approach to the choice of surgical intervention, optimization of preoperative preparation and postoperative treatment of patients with acute paraproctitis allows to improve both immediate and long-term outcomes of treatment of patients of this category, to shorten the terms of treatment and temporary disability, the number of complications and relapses.

### **32. Результаты клинического применения комбинированного способа лечения ректоцеле.**

Швецов В.К., Грошили В.С., Узунян Л.В.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность исследования: В настоящее время, в индустриально развитых странах отмечается стойкая тенденция к росту заболеваемости ректоцеле. По литературным данным, клинически выраженные нарушения эвакуаторной функции прямой кишки у женщин в 56 % случаев связаны именно с наличием ректоцеле. Авторы отмечают, что данная патология в общем пуле встречается у 15–43% женщин, трудно поддается лечению, а результаты хирургической коррекции далеки от оптимальных, причем более 25% оперированных пациенток подвергаются повторным хирургическим вмешательствам из-за отсутствия эффекта, либо рецидива заболевания. Из данных литературы следует, что основная роль в патогенезе развития ректоцеле отводится расхождению передних порций мышц леваторов, истончению и перерастяжению ректовагинальной перегородки с формированием мешковидного выпячивания передней стенки прямой кишки. В последние годы находят всё более широкое применения новые методики оперативного лечения ректоцеле, которые заключаются в использовании аппаратных технологий. Одной из них

является слизисто-подслизистая резекция прямой кишки с помощью циркулярного сшивающего аппарата (операция Лонго). Предложенная для лечения геморроя, модифицированная операция Лонго нашла применение, в том числе, у пациенток с сочетанием хронического геморроя и ректоцеле. Это вмешательство позволяет менее травматично, по сравнению с другими методами, корректировать избыток ткани по передней стенке прямой кишки. Однако, изолированное применение только этой методики, далеко не всегда обеспечивает стойкий положительный эффект, так как одним из ведущих известных факторов патогенеза является расхождение передних порций мышц, поднимающих задний проход. В связи с вышеизложенным, специалистами высказываются предложения дополнять операцию Лонго различными модификациями сфинктеролеваторопластики. Цель исследования: повышение эффективности хирургического лечения ректоцеле путем внедрения разработанной методики направленной на укрепление ректовагинальной перегородки, восстановление ее анатомии и создание удерживающего фасциально-мышечного каркаса. Материал и методика: Проведен анализ результатов оперативного лечения 42 пациенток с ректоцеле за период с 2010 по 2016гг. на базе хирургического отделения клиники ФГБОУ ВО РостГМУ. В 66,7% наблюдений рассматриваемая патология возникала у женщин, которые в анамнезе перенесли избыточные физические нагрузки, тяжелые многократные роды, а также роды крупным плодом, что зачастую являлось пусковым механизмом в развитии рассматриваемой патологии. На основании полученных данных нами разработан оригинальный способ операции по устранению ректоцеле с использованием аппаратной механической циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя, дополненной модифицированной методикой передней леваторопластики (патент РФ № 2526971). Способ апробирован у 20 больных с ректоцеле II и III степени в хирургическом отделении клиники Ростовского медуниверситета. Средний возраст пациенток составил 51,4 года. В предоперационном периоде все пациентки консультированы урологом, гинекологом. Сроки послеоперационного мониторинга составили не менее 3-х месяцев. При контрольных осмотрах, проведенных спустя 1 и 3 месяца после операции, помимо общеклинических методов применялись комплексная аноректальная манометрия, ано- и ректоскопия, эндоректальное ультразвуковое исследование. Результаты исследования: Средняя продолжительность оперативного вмешательства разработанным способом не превышала длительность традиционных операций. В послеоперационном периоде применялись антибактериальные препараты, анальгетики, пребиотики, слабительные средства по общепринятым схемам. В раннем послеоперационном периоде интенсивный болевой синдром, потребовавший назначения наркотических анальгетиков, отмечался у 7 (35%) пациенток. Чувство неполного опорожнения кишечника после акта дефекации было отмечено у 3 (15%) больных. Данные жалобы купированы в течение 10 суток на фоне проводимой комплексной терапии. После хирургического вмешательства у 18 (90%) больных не наблюдалось ранее выявленного выпячивания стенки прямой кишки во влагалище, у 2 (10%) пациенток, ранее имевших ректоцеле размером более 7 см, в послеоперационном периоде сохранялись тенезмы. Резистентных к послеоперационной корректирующей терапии эвакуаторных расстройств не отмечено. Сроки послеоперационного пребывания в стационаре составили от 7 до 9 суток. Гнойно-воспалительных, геморрагических осложнений не отмечено. При амбулаторном контрольном обследовании спустя 3 месяца после операции рецидива заболевания не отмечено, констатирована компенсация синхронной рефлекторной деятельности запирающего аппарата. Дальнейшее проведение мониторинга оперированных больных рецидивов заболевания и появления новых функциональных расстройств не выявило. Выводы: При использовании разработанного оригинального способа комбинированного хирургического вмешательства у 20 больных с ректоцеле II и III степени неудовлетворительных результатов отмечено не было. Таким образом, полученные результаты показали, что применение разработанной методики лечения ректоцеле, позволяет: - получать стабильные функциональные результаты, - достичь купирования обструктивной дефекации, - снизить вероятность послеоперационных рецидивов. -



сократить сроки послеоперационного пребывания в стационаре за счет одномоментного проведения циркулярной слизисто-подслизистой резекции стенки нижеампулярного отдела прямой кишки и создания удерживающего фасциально-мышечного каркаса (путем выполнения модифицированной передней сфинктеро-леваторопластики).

### **33. Методы ранней диагностики колоректального рака с метастазами в печень.**

Грошилин В.С., Дмитриев А.В., Перескоков С.В., Султанмурадов М.И.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель исследования — определить алгоритм ранней диагностики колоректального рака с метастазами в печень, провести анализ ее метастатического поражения, выявить группы риска. Материал и методы. Проанализировано 535 клинических случаев больных колоректальным раком, оперированных в РостГМУ в период с 2005 по 2015 гг. У 171 пациента выявлены внутripеченочные метастазы на до- и интраоперационных этапах лечения. Пациенты распределены по группам, в зависимости от пола, возраста, стадии заболевания, локализации первичной опухоли, ее дифференцировки, местной распространенности и поражения регионарных лимфатических узлов. Метастазы печени диагностировали с помощью УЗ-исследования с доплеровским эффектом, КТ с внутривенным контрастированием, МРТ, а также определением уровня раково-эмбрионального антигена (РЭА). Результаты. В зависимости от стадии (TNM) пациенты с внутripеченочными метастазами распределились следующим образом: T1 — 2 (1,1%) пациента, T2 — 12 (7,0%), T3 — 76 (44,4%), T4 — 81 (47,3%). По возрастным группам: 41—50 лет 4 (2,3%) пациентов; 51—60 лет 65 (38%) пациентов; 61—70 года 68 (39,9%) пациент, 71 – 80 – 34 (19,8%) пациента. По локализации первичной опухоли преобладал рак прямой кишки – 92 (53,8%) пациента. Во всех случаях выявлена аденокарцинома (G2 – 92 больных, G3 - 79). У 12 пациентов (7%) обнаружены солитарные метастазы размерами до 4 см, у 42 (24,5%) пациентов диагностированы от 2 до 4 опухолевых узлов; множественные с поражением обеих долей и объемом пораженной паренхимы до 60 % – у 117 (68,4%) человек. При наличии одиночных метастазов, как правило, поражалась правая доля печени. Множественные опухолевые узлы в печени преобладали у лиц в возрасте от 51 до 70 лет, кроме этого у них же диагностирована регионарная лимфаденопатия. У 23 (13,4%) больных на дооперационном этапе метастазы обнаружены не были. Дуплексное сканирование позволяло уточнить характер опухоли, наличие в ней кровотока. Однако, у 115 пациентов кровотоков в метастазах не выявлен, что объяснялось некрозом, распадом и кальцификацией опухоли. КТ была применена нами у 120 человек (70,1%). Метастазы малых размеров (до 30 мм) часто гипervasкулярны во время артериальной фазы, тогда как очаги больших размеров имеют гипervasкулярный ободок и гиповаскулярный центр. Во всех случаях во время портальной фазы исследования опухоли были гиповаскулярны. МРТ позволяло выявлять метастазы диаметром менее 10 мм. В наших исследованиях опухоли выглядели гипоинтенсивными на T1-изображениях и гиперинтенсивными на T2-изображениях. Кроме этого, на диффузионно-взвешенной МРТ (DWI) mts были гиперинтенсивными. Выводы. 1. Всем пациентам в пред- и послеоперационном периодах должны выполняться УЗИ, КТ, МРТ. 2. Группа риска — пациенты 51—70 лет с колоректальным раком (T3-4N1) обоих полов с низко- и умеренно дифференцированной аденокарциномой. 3. Уровень РЭА является прогностическим фактором эффективности хирургического лечения, адьювантной химиотерапии и прогнозирования риска рецидива метастатического поражения печени.

### **34. Опыт применения нового способа хирургического лечения ректовагинальных свищей.**

Грошили В.С., Чернышова Е.В., Узунян Л.В.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Ректовагинальные свищи относятся к одной из трудных и до конца не решенных проблем колопроктологии, тазовой хирургии, гинекологии, составляют 59,1% в структуре всех генитальных свищей. Непроизвольное выделение кишечного содержимого, попадание его во влагалище, вызывает мацерацию и раздражение кожи перианальной области и слизистой влагалища. Данные патологические состояния сопровождаются развитием вагинитов, тяжело поддающихся лечению, а также воспалительными изменениями со стороны мочевыделительной системы. Заболевание отличается сложностью хирургического лечения и высоким риском развития послеоперационных рецидивов. Предложено более 100 модификаций операций. Несмотря на это, результаты лечения нельзя считать удовлетворительными, рецидив заболевания (по данным литературы) отмечается в 60-70% случаев. Сложившаяся ситуация побуждает к поиску более новых хирургических технологий и разработке алгоритмов лечения ректовагинальных свищей. Цель: улучшение результатов лечения больных с ректовагинальными свищами за счет разработки и комплексного обоснования способа оперативного лечения. Материал и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 25 пациенток с ректовагинальными свищами, находившихся на лечении в клинике РостГМУ с 2011 по 2015гг. Сроки послеоперационного мониторинга составляли не менее 6 месяцев. Среди причин возникновения ректовагинальных свищей, на первом месте (у 13 пациенток (52%)) были патологические роды, сопровождающиеся разрывами промежности в родах II-III степени массивным поражением тканей и рубцовыми повреждениями наружного сфинктера прямой кишки. У 7 больных (28%) причиной развития свищей явились осложнения оперативных пособий во время родовспоможения (осложнения после выполнения эпизиотомии). У троих пациенток (12%) появление ректовагинальных свищей вызвано самопроизвольным дренированием острого парапроктита в просвет влагалища. У двоих пациенток (8%) ректовагинальные свищи возникли вследствие травм после ДТП. Пациенткам выполнялся стандартный комплекс объективных исследований: пальцевое исследование прямой кишки, вагинальное и бимануальное исследование, осмотр в зеркалах (влагалища и прямой кишки), осмотр гинеколога (для исключения сопутствующей гинекологической патологии, а также коррекции микробиоценоза влагалища), влагалищное исследование для исключения сопутствующей органической патологии. Диагностический алгоритм инструментальных методов исследования включал в себя: ано- и ректоскопию, аноректальную комплексную манометрию и профилометрию, фистулографию, эндоректальное и вагинальное УЗИ. При исследовании сложных, рецидивных свищей и последствий тяжелых разрывов промежности дополнительно выполняли спиральную или магнитно-резонансную томографию, оценивая топографию свища, степень рубцовой деформации промежности и, при необходимости, исключая сопутствующую хирургическую или онкологическую патологию. В рамках дооперационного периода больным выполнен стандартный комплекс лабораторных обследований. В предоперационном периоде пациенткам проводилась санация влагалища, а при возможности, промывание свищевого хода растворами антисептиков. Нами применены две категории оперативных вмешательств. В первую группу (контрольная группа) включены 13 пациенток. Во вторую группу (основная группа) включены 12 пациенток с ректовагинальными свищами. Обязательным компонентом обеих групп являлось радикальное иссечение ректовагинальных свищей. В

контрольной группе 13 пациенткам проведено иссечение свищей с последующим послойным ушиванием операционной раны наглухо. Стенка влагалища ушита без формирования и перемещения несвободных лоскутов. Закрытие внутреннего отверстия в прямой кишке выполнено слизисто-подслизистым лоскутом. У 12 пациенток данная операция модифицирована за счет пластики стенки влагалища путем перемещения мобилизованного слизисто-подслизистого лоскута, сформированного с помощью дополнительного разреза по задней стенке влагалища с переходом на кожу большой половой губы, передней сфинктеролеваторопластики с ушиванием передних порций леваторов и, тем самым, созданием фасциально-мышечной прослойки в ректовагинальной перегородке в зоне иссеченного свища. Закрытие дефекта передней стенки прямой кишки выполнено за счет формирования и низведения П-образного слизисто-подслизистого лоскута стенки прямой кишки, с фиксацией его к краям раны (подана заявка на получение патента РФ, получена приоритетная справка). Результаты и обсуждение. Среди пациенток контрольной группы, которым выполнено иссечение свища с послойным ушиванием операционной раны наглухо, зарегистрировано 2 рецидива заболевания, возникших в сроки от 1 до 3 месяцев после операции. Сроки заживления ран составляли до 20 дней. Для профилактики гнойно-септических осложнений больным проводилась антибактериальная терапия, длительность которой у данной группы пациенток составила от 7 до 10 дней. Купирование послеоперационного умеренно выраженного болевого синдрома осуществлялось ненаркотическими анальгетиками, в течение 3-6 дней. В основной группе больных рецидивов заболевания не зарегистрировано. Однако, в двух наблюдениях отмечено инфильтративное воспаление в послеоперационной ране, в том числе, однократно – с прорезыванием швов, не повлекшее за собой развитие рецидивов заболевания, купированные консервативно в течение двух недель. Сроки заживления ран составили до 15 дней. Длительность антибактериальной терапии осуществлялась 5-7 дней. Купирование болевого синдрома проводилось до 6 суток. В сроки от 6 до 12 месяцев пациенткам, оперированным по разработанной методике, проведены контрольные ультразвуковые исследования, которые показали положительную динамику изменений – отсутствие диастаза между леваторами, разрешение воспалительного инфильтрата, соответствие толщины ректовагинальной перегородки нормальным показателям. Разобщение стенок ректовагинальной перегородки, создание между ними фасциально-мышечной прослойки за счет передней сфинктеролеваторопластики обеспечивает восстановление анатомических структур промежности и тазового дна, препятствуя распространению инфекционного процесса из просвета прямой кишки в ректовагинальную перегородку и во влагалище. Перемещаемый сформированный лоскут задней стенки влагалища и большой половой губы позволяет адекватно закрыть раневой дефект, также участвуя в восстановлении целостности ректовагинальной перегородки. Сохраненное кровоснабжение лоскута позволяет снизить вероятность некроза лоскута и, следовательно, рецидива заболевания и ранних осложнений. Выводы. Использование методики радикального иссечения ректовагинального свища, дополненной проктопластикой, передней сфинктеролеваторопластикой и пластикой стенки влагалища мобилизованным лоскутом является перспективным способом, позволяющим уменьшить число послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания. Предложенный способ способствует уменьшению болевого синдрома, восстановлению функциональных характеристик прямой кишки и ее запирающего аппарата, о чем свидетельствуют непосредственные и отдаленные результаты. Практическое внедрение способа позволит уменьшить продолжительность пребывания больных в стационаре за счет ранней реабилитации и уменьшения числа послеоперационных осложнений, что подчеркивает социальную и экономическую эффективность.

### **35. Дифференцированный подход в профилактике ранних послеоперационных осложнений при реконструктивно-восстановительных операциях после обструктивных резекций толстой кишки.**

Грошили В.С., Султанмурадов М.И., Цыганков П.В., Перепечаева А.В.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Современные тенденции в развитии колоректальной хирургии, внедрение методов профилактики гнойно-септических осложнений, электрохирургических технологий мобилизации кишки, совершенствование сшивающих аппаратов и инструментария позволяют в значительной мере снизить длительность и травматичность чрезбрюшинных вмешательств на дистальных отделах толстой кишки, а также повысить надежность колоректальных анастомозов. Тем не менее, удельный вес осложнений, связанных с недостаточностью толстокишечных анастомозов остается значительным. Известно, что восстановление непрерывности кишечника после операции типа Гартмана относится к травматичным и сложным операциям, что связано с массивным спаечным процессом и техническими трудностями выделения культи толстой кишки (особенно, при короткой, менее 10 см культе) из окружающих тканей. В рассматриваемом контексте, сохраняющаяся стабильно высокой частота ранних послеоперационных осложнений требует разработки обоснованных методов их профилактики. Цели и задачи. Цель исследования - улучшить результаты восстановительного оперативного лечения стомированных пациентов перенесших обструктивные резекции дистальных отделов толстой кишки (операции типа Гартмана), а также выявить ведущие причины послеоперационных осложнений и определить пути их комплексной профилактики. Материал и методы. Выполнен комплексный мультифакторный анализ непосредственных и отдаленных результатов реконструктивного хирургического и послеоперационного восстановительного лечения 60 пациентов. Больные исследуемой группы проходили обследование и лечение в отделениях хирургического профиля клиники РостГМУ в 2008-2016гг., всем пациентам были выполнены реконструктивные операции, направленные на восстановление непрерывности кишечной трубки после предшествующих обструктивных резекций дистальных отделов толстой кишки (операций типа Гартмана). Возраст больных составлял от 25 до 72 лет (в среднем - 48,9 лет), соотношение мужчин и женщин – 1,31/1. Сроки, прошедшие после выполнения первичной операции (обструктивной резекции) варьировали в пределах от 1,5 до 6 месяцев (в среднем – 3,6 месяца). При первичном обследовании и осуществлении послеоперационного мониторинга пациентов использованы традиционные лабораторные методики (с обязательной количественной оценкой электролитных показателей, определением уровня белковых фракций крови, анализом гематологических индексов – лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), индекса адаптации (СПНР) в динамике), микробиологические (анализ микрофлоры приводящей и отключенной кишки), ультрасонографические, эндоскопические исследования. Эндоскопическое исследование включало осмотр как постколостомической культи. Так и приводящей кишки (через колостому) вне зависимости от нозологии, ставшей первопричиной обструктивной резекции. При длине культи менее 10 см выполнялась комплексная аноректальная манометрия и электромиография. Помимо общепринятых методик, проведены предоперационные полифокальные биопсии слизистой оболочки постколостомической культи, а также микробиологические анализы – посевы для определения количественного и качественного состава микрофлоры (включая анаэробы) из стомированного отрезка и купола заглушенной культи. При восстановительных операциях нами использовалось наложение механических анастомозов «конец в бок» (циркулярными сшивающими аппаратами

размерами от 29 до 33). Превентивная проксимальная колостома в описываемых исследованиях не накладывалась. Выбор схемы послеоперационного ведения осуществляли строго индивидуально на основании разработанного алгоритма определения вероятности осложнений и послеоперационного прогноза. Результаты и обсуждение. Предоперационное эндоскопическое обследование постколостомической культи толстой кишки с прицельной мультифокальной биопсией слизистой оболочки показало, что в 57 наблюдениях (90%) констатированы морфологически подтвержденные признаки наличия диверсионного проктита и проктосигмоидита. Степень выраженности диверсионного проктита широко варьировала в зависимости от длины культи, сроков, прошедших с момента выполнения обструктивной резекции, а также от наличия в анамнезе антибиотикотерапии и антибиотикопрофилактики. Приведенные данные полностью соответствуют полученным результатам микробиологических исследований, обнаруживших в отключенной культе кишки значимые количественные и качественные изменения состава микробной флоры. Отклонения в составе микрофлоры отключенной культи у обследованных пациентов носили сходный характер, трактуются нами как типовые и представляются закономерными. Более того, выраженность дисбиотических изменений в отключенной кишке была прямопропорциональна срокам, прошедшим после выполнения обструктивной резекции. Выявленные изменения, в совокупности с объективной клинической и инструментальной оценкой функционального состояния ободочной кишки и общесоматического статуса пациентов, дали нам основания индивидуально варьировать предоперационную подготовку и методы интра- и послеоперационной профилактики недостаточности анастомоза, а также гнойно-септических осложнений, в целом. При этом, у 53 пациентов анализируемой группы, у которых имелись умеренно и резко выраженные эндоскопические и морфологические признаки диверсионного колита, были применены методы трансанальной декомпрессии анастомоза и внутрипросветной санации зоны анастомоза. Внутрипросветная трансанальная декомпрессия кишки и санация межкишечного соустья антисептиками осуществлялись по оригинальной методике с использованием разработанного технического устройства, обеспечивающего дозированную таргетную подачу кишечного антисептика и адекватный его отток (заявка на изобретение, получена приоритетная справка) Выбор антибактериального препарата для внутрипросветной санации осуществляли с учетом результатов микробиологического исследования. Полученные данные о функциональном состоянии и структурных изменениях постколостомической культи были положены в основу алгоритма выбора лечебной тактики при операциях по восстановлению непрерывности толстой кишки после обструктивной резекции его дистальных отделов (операций типа Гартмана). Ведущими критериями, определяющими оптимальные сроки проведения восстановительных операций и выбор способа профилактики несостоятельности колоректального анастомоза, стали длина отключенной культи, наличие и выраженность диверсионного колита, характер дисбиотических изменений в постколостомической культе. Применение разработанного лечебно-диагностического алгоритма и методик послеоперационной профилактики гнойно-септических осложнений позволило избежать развития ранней несостоятельности толстокишечных анастомозов в исследуемой группе больных. Однако, в одном наблюдении (3,3%) отмечено формирование наружного свища зоны анастомоза, вследствие его негерметичности. Трубочатый свищ удалось «закрыть» консервативными мерами, достигнуто выздоровление пациента. Кроме того, однократно спустя 4 месяца выявлено рубцовое сужение анастомоза с ограничением просвета до 4-5мм, потребовавшее выполнения повторной операции. У 58 пациентов (93,3%), при отсутствии послеоперационных осложнений, в отдаленные сроки констатированы хорошие функциональные результаты при нормализации частоты и ритма дефекаций (при мониторинге не менее 6 месяцев). Длительность послеоперационного пребывания больных в стационаре при неосложненном течении послеоперационного периода составила от 7 до 9 дней (в среднем - 7,43 суток). Установлено, что тщательный отбор пациентов для восстановительной операции; полноценное обследование, точное

определение анатомо-топографических соотношений колостомы, постколостомической культи, приводящего участка толстой кишки, планирование на дооперационном этапе хирургической тактики восстановления непрерывности толстой кишки позволяют улучшить непосредственные результаты восстановления непрерывности толстой кишки после операции Гартмана. Данные результаты достигнуты за счет варьирования сроков восстановительной операции, метода наложения анастомоза и способов профилактики его несостоятельности, в зависимости от выраженности воспалительных изменений в стенке нефункционирующей кишки и возможности программируемой коррекции нарушений состава микрофлоры в постколостомической культе. Заключение. При определении оптимальных сроков и способа выполнения операций по восстановлению непрерывности толстой кишки после обструктивной резекции, ведущее значение имеют данные о функциональном состоянии культи толстой кишки, ее протяженности, характера изменений микрофлоры постколостомической культи и функции запирающего аппарата прямой кишки. Полученные результаты (93,3% благоприятных исходов при отсутствии жалоб и клинически выраженной дисфункции кишки) позволяют рекомендовать предложенный алгоритм в лечебную практику при восстановлении непрерывности толстой кишки после обструктивных резекций. Полученные сведения по распространенности и выраженности диверсионного проктита и проктосигмоидита, указывают на необходимость комплексной предоперационной подготовки культи толстой кишки. Применение способов трансанальной декомпрессии и внутрисветовой санации зоны анастомозов (в том числе, с использованием разработанного и внедренного нами способа) является эффективным методом профилактики их несостоятельности, однако, показания и техника выполнения декомпрессии нуждаются в доработке и индивидуальном обосновании.

### **36. Новая методология применения латексного лигирования в лечении хронического геморроя.**

Эктов В.Н., Сомов К.А., Куркин А.В., Музальков В.А.

Воронеж

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель исследования. Совершенствование методологических подходов в использовании технологии латексного лигирования в лечении различных клинических форм хронического внутреннего геморроя. Материал и методы. Представлен опыт лечения 432 больных с хроническим геморроем с использованием различных вариантов латексного лигирования. Средний возраст пациентов составил  $42,1 \pm 7,3$  лет, у 293 (67,8%) больных отмечена третья или четвертая стадия заболевания. Все операции выполнялись под эпидуральной анестезией. Разработана и предложена для практического применения новая методика латексного лигирования – лигирование слизистой и подслизистой оболочек нижеампулярного отдела прямой кишки, которая одновременно обеспечивает лигирование геморроидальных сосудов и лифтинг тканей геморроидального комплекса. При третьей и четвертой стадии заболевания применялось одномоментное комбинированное лигирование слизистой нижеампулярного отдела прямой кишки и лигирование внутренних геморроидальных узлов, а также различные варианты лигирования в сочетании с иссечением одного геморроидального узла. Результаты. В раннем послеоперационном периоде у 5 пациентов развились осложнения, для лечения которых не потребовалось повторных вмешательств. В отдаленном периоде после различных вариантов лигирования хорошие результаты лечения получены у 87,3% больных. Заключение. Эпидуральная анестезия обеспечивает хороший визуальный контроль за точностью и полнотой лигирования, позволяет выполнить процедуру

одноэтапно, способствует снижению числа послеоперационных осложнений и уменьшению аноректального дискомфорта. Предложенные новые варианты латексного лигирования в лечении хронического геморроя сохраняют важные преимущества данной процедуры – миниинвазивность, относительную простоту и широкую доступность, низкую стоимость. Предлагаемая тактика применения латексного лигирования расширяет диапазон использования данной методики и повышает ее результативность в лечении различных стадий и клинических форм хронического геморроя, способствует рациональному выбору индивидуальной тактики лечения каждого конкретного пациента.

### **37. Эндоваскулярная дезартеризация внутренних геморроидальных узлов при геморроидальной болезни.**

Захарченко А.А.(1), Винник Ю.С.(1), Путилин А.В.(2), Полевец К.О.(1), Маркелова Н.М.(1), Кузнецов М.Н.(1)

Красноярск

1) ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ФГБУЗ «Сибирский клинический центр» ФМБА России

Цель исследования. Оценить непосредственные и отдаленные результаты эндоваскулярной дезартеризации (ЭДЗА/Emboorrhoid Technique) внутренних геморроидальных узлов (ВГУ) при I-III стадии геморроидальной болезни. Пациенты и методы. Анализированы результаты эндоваскулярного лечения 272 пациентов с I-III стадиями хронического геморроя (ХГ). ЭДЗА ВГУ выполнили: 56 (20,6%) пациентам с I стадией, 192 (70,6%) – со II стадией, 24 (8,8%) – с III стадией. Доминирующий симптом – систематические геморроидальные кровотечения различной интенсивности. Методы исследования: морфология и морфометрия слизистой дистального отдела ПК, сфинктерометрия и электрическая активность мышц жома, морфологическая картина каверной ткани ВГУ, микроциркуляция в ВГУ и междуузловом пространстве, динамика изменения размеров ВГУ (ретрофлекссионная проктоскопия), сроки купирования симптомов геморроя (кровотечение, выпадение), клиническая оценка результатов лечения. Операционный доступ – трансфemorальный по Сельдингеру. Анестезия – местная, в месте пункции бедренной артерии. Контрасты – Ультравист / Омнипак. Микрокатетры – TERUMO, 4F. Эмболы – гемостатическая губка / спирали Гиантурко. Клинические результаты оценены в сроки от 1 года до 15 лет у 241 (88,6%) больных. Результаты Морфометрические и морфологические результаты: толщина слизистой –  $0,68 \pm 0,1$  мм, диаметр просвета крипты -  $0,031 \pm 0,001$  мм, диаметр бокаловидных клеток –  $26,1 \pm 0,8$  мкм, количество крипт на 1 мм –  $11,0 \pm 0,5$ . Эпителий на всем протяжении сохранен, крипты расположены правильно, цилиндрической формы, ядра эпителия крипт расположены базально. Воспалительных, дистрофических / атрофических изменений не выявлено. Функциональные результаты (сфинктерный аппарат ПК): при I-III стадии – степень дисфункции внутреннего сфинктера зависела от степени гипертрофии узлов – стадии заболевания. ЭДЗА приводила к нормализации тонического напряжения внутреннего сфинктера, не оказывала отрицательного влияния на фоновую и произвольную электрическую активность наружного жома, его сократительную способность. Микроциркуляция в ВГУ и междуузловом пространстве: после ЭДЗА скорость внутритканевого кровотока в кавернозной ткани уменьшалась почти в 2 раза (с  $109,5 \pm 9,5$  до  $60,2 \pm 4,4$  мл/мин/100 г) и не отличалась от показателей в междуузловом пространстве ( $58,4 \pm 4,1$  –  $59,1 \pm 4,3$  мл/мин/100 г). Явлений ишемии слизистой не зарегистрировано. Морфология ВГУ: в течение 1,5-2 месяцев развивался (морфологически подтвержденный) постэмболизационный склероз – купировались симптомы заболевания. Динамика уменьшения размеров ВГУ: через 1 месяц после ЭДЗА узлы уменьшались в размерах (в

среднем на 43 %), больше при I и II стадиях (в 1,8 и в 1,75 раза соответственно), чем при III (в 1,6 раза). Сроки купирования симптомов: у всех пациентов с I-II стадией в сроки до 2 месяцев симптомы заболевания купированы полностью (отличный результат – 100%). При III стадии кровотечения прекратились у всех больных, а выпадение ВГУ полностью купировано – у 16 (66,7 %) (хороший результат – 83,3 %). У 8 (33,3 %) пациентов с III стадией – эпизодические выпадения ВГУ (удовлетворительный результат). Негативные явления со стороны заднего прохода после ЭДЗА, в принципе, невозможны – отсутствие трансанальной инвазии. Длительность госпитализации –  $1,6 \pm 0,4$  дня. Сроки нетрудоспособности –  $5,3 \pm 0,7$ . Отдаленный благоприятный результат – 230/241 (95,4%). Возврат заболевания – 11/241 (4,6%). Вид дополнительного лечения: консервативная терапия – 2/11 (18,2%), HAL-RAR – 5/11 (45,4%), геморроидэктомия – 4/11 (36,4%). Субъективное удовлетворение процедурой – 236/241 (97,9%). Осложнения: критическая ишемия ректосигмоидного отдела ОК у 1/272 (0,4%) пациента (на стадии разработки метода). У 3/272 (1,1%) больных – подкожная гематома в месте пункции бедренной артерии (клинически незначимая). Летальных исходов не было. Заключение. ЭДЗА (Emborrhoid technique) – современный патогенетически обоснованный, достаточно эффективный и безопасный метод лечения геморроидальной болезни на ранних стадиях (I-II) при доминирующем симптоме – систематические геморроидальные кровотечения различной интенсивности. При III стадии – возможность использования ЭДЗА регламентирована мотивацией пациентов (боязнь негативных последствий любых трансанальных вмешательств) и отсутствием систематического выпадения ВГУ. Метод не является панацеей. Эффективность и безопасность метода зависит от обоснованности показаний (определяет колопроктолог), квалификации рентгенохирурга, наличия современного ангиографического оборудования и расходных материалов (контрастов, эмболов и микрокатетеров).

### **38. Предоперационная масляная химиоэмболизация ректальных артерий в комбинированного лечения рака прямой кишки.**

Захарченко А.А.(1), Винник Ю.С.(1), Путилин А.В.(2), Маркелова Н.М.(1), Попов А.В.(1)

Красноярск

1) ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ФГБУЗ «Сибирский клинический центр» ФМБА России

Цель исследования. Оценить непосредственные и отдаленные результаты комбинированного лечения рака прямой кишки (РПК) при использовании в предоперационном периоде масляной химиоэмболизации ректальных артерий (МХЭ РА-процедура RACHEL). Пациенты и методы. Анализированы результаты комбинированного метода лечения у 40 больных резектабельным РПК II и III стадии. В предоперационном периоде выполняли МХЭ РА 5-фторурацилом (5-ФУ, 1000-2000 мг) на липидоле (8-10 мл). Операционный доступ – трансфemorальный по Сельдингеру. Анестезия – местная, в месте пункции бедренной артерии. Контрасты – Ультравист / Омнипак. Микрокатетры – TERUMO, 4F. Эмболы – гемостатическая губка / спирали Гиантурко. Химиоэмболизацию проводили в бассейне верхней ректальной артерии (ВРА) – при локализации опухоли в верхней ампуле. При локализации в средней и нижней ампуле – одновременно в бассейне ВРА и внутренних подвздошных артерий (ВПА). Оперировали пациентов через 72 часа после эндоваскулярной процедуры. До операции оценивали течение постэмболизационного периода. Изучали интраоперационную микроскопическую диссеминацию раковых комплексов, результаты лечебного патоморфоза в аденокарциномах. Факт присутствия 5-ФУ в ткани опухоли, его концентрацию и скорость элиминации определяли методом флуоресцентной микроскопии и спектрофотометрии.



Исследовали степень апоптоза и экспрессии пролиферации (иммуногистохимия), частоту послеоперационной гнойной хирургической инфекции (ГХИ), показатели летальности. Сфинктеро-сохраняющие операции (ВБР ПК / БАР ПК) выполнены у 31/40 (77,5%) пациента. Функционально-сохраняющие вмешательства – БПЭ ПК / интерсфинктерная БАР ПК с формированием неоректум, неосфинктера, промежностного неануса – у 9/40 (22,5%) больных. Все операции – по технологии ТМЕ. Отдаленные результаты прослежены у всех больных (100%) – частота местных рецидивов (в течение 3-х лет), общая и безрецидивная 5-летняя выживаемость. Группа клинического сравнения (ГКС) – хирургическое лечение. Результаты. Постэмболизационный период: системных осложнений и реакций при МХЭ РА не зарегистрировано. Выраженные явления постэмболизационного болевого синдрома отсутствовали. Местных осложнений (некроз ПК, парапроктит, перитонит, перфорация артерии, аневризма) не было. Гематома в месте пункции бедренной артерии – 1/40 случаев (2,5%). Флюоресцентная микроскопия и спектрофотометрия: средняя концентрация 5-ФУ в ткани опухоли через 72 часа составила 218,7 мкг/г. При визуализации клеточной фракции опухоли выявлено активное включение 5-ФУ как в цитоплазме, так и в структурах ядра и ДНК – признак разрушения ее структуры и летального или сублетального повреждения клеток опухоли. Быстрой элиминации химиопрепарата препятствовала окклюзия локального артериального кровотока и липидол. Микроскопическая диссеминация и морфология опухоли: частота интраоперационной микроскопической диссеминации составила 15,0% (в ГКС – 27,5%,  $p < 0,05$ ). При этом клетки свободных раковых комплексов были с сублетальными и летальными повреждениями. Лекарственный патоморфоз опухолей III степени выявлен в 33/40 (82,5%) случаях, II степени – в 7/40 (17,5%). Иммуногистохимия: показатель апоптоза (ИМ TdT) составил  $7,0 \pm 0,2$  (в ГКС –  $0,78 \pm 0,12$ ), пролиферации (ИМ PCNA) –  $39,15 \pm 0,27$  (ГКС –  $82,08 \pm 0,28$ ). МХЭ РА привела к усилению апоптоза в 9 раз, а угнетение пролиферации было эффективнее в 2,1 раза ( $p < 0,01$ ). Клинические результаты: ГХИ при использовании МХЭ РА составила 4/40 (10,0%) случаев (в ГКС – 7,5%,  $p > 0,05$ ). Послеоперационная летальность – 1/40 (2,5%) случаев (в ГКС – 2,5%,  $p > 0,05$ ). Частота местного рецидивирования (в течение 3-х лет) – у 1/40 (2,5%) пациента (в ГКС – 13,2%,  $p < 0,01$ ). Общая и безрецидивная 5-летняя выживаемость (вне зависимости от стадии), соответственно – 36/39 (92,3%) и 34/39 (87,2%). В ГКС, соответственно – 75,7% и 70,2% (Log-Rank Test,  $p = 0,003$ ). Заключение. Предоперационная МХЭ РА (процедура RACHEL) в комбинированном лечении больных РПК обладает достаточно высокой туморицидной эффективностью, относительно безопасна, позволяет выполнять сфинктеро- и функционально-сохраняющие вмешательства, не увеличивает риск развития послеоперационной ГХИ и летальности. В сочетании с технологией ТМЕ обеспечивает значительную абластичность хирургического вмешательства, достаточно низкую частоту местного рецидивирования и высокую 5-летнюю общую и безрецидивную выживаемость и может конкурировать с известными методами предоперационной лучевой терапии в комбинированном лечении рака прямой кишки.

### 39. Радиочастотные резекции печени в комплексном лечении больных с метастазами колоректального рака.

Захарченко А.А.(1), Винник Ю.С.(1), Маркелова Н.М.(1), Кузнецов М.Н.(1), Путилин А.В.(2)

Красноярск

1) ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ФГБУЗ «Сибирский клинический центр» ФМБА России

Цель исследования. Оценить результаты комплексного лечения больных с метастазами колоректального рака в печень (мКРР) при использовании радиочастотных (РЧ) резекций печени в сочетании с региональной и системной химиотерапией (ХТ). Пациенты и методы. Анализированы результаты комплексного лечения 85 пациентов с мКРР в печень. Общее состояние по шкале ECOG – 0-II. Стадии мКРР по Gennari – H2-H3. Синхронное поражение печени – у 47/85 (55,3%) больных, метакронное – у 38/85 (44,7%). Билобарное – у 54 (63,5%), унилобарное – 31 (36,5%). Наиболее частый вариант по количеству МТС: от 2 до 4 – 65,9%. Размеры МТС: от 0,5 до 5,0 см в диаметре. РЧ вмешательства выполнены у 58/85 (68,2%) пациентов: РЧ аблации МТС – у 19/58 (32,8%), РЧ резекции печени – у 39/58 (67,2%). РЧ резекции печени: сегментарная – 6 (15,4%) случаев, бисегментарная – 11 (28,2%), трисегментарная – 10 (25,6%), резекция печени+аблация МТС – 12 (30,8%). При синхронных мКРР, унилобарном поражении,  $V \leq 50\%$ : удаление первичной опухоли+РЧ резекция печени – у 12/39 (30,8%) больных. При билобарном поражении ( $V \leq 50\%$ ) – удаление первичной опухоли+РЧ резекция МТС – у 9/39 (23,1%). При метакронных мКРР, унилобарное поражение,  $V \leq 50\%$ : неоадьювантная химиоэмболизация (региональная ХТ) печеночных артерий (ХЭМ ПА, 5-ФУ, 2000 мг)+системная ХТ (Кселода, 2000 мг/м<sup>2</sup>, 2 цикла)+РЧ резекция печени – у 18/39 (46,1%) пациентов. У всех больных (39) после РЧ резекции печени – адьювантная системная ХТ в режиме XELOX (до 8 циклов). РЧ резекции печени (генератор “Cool-tip® RF Ablation System”) – атипичная, по методике Milicevic. Непосредственные и отдаленные результаты (3-летние) изучены у всех 39 пациентов после РЧ резекций печени. Результаты. Среднее время удаления первичной опухоли ТК составило 135 мин (90-180), время резекции печени – 115 мин (50-200), лигирование сегментарных сосудов – 0 случаев, лигирование долевых сосудов – 1, временное пережатие ГДС (в воротах печени) – 0, холецистэктомия – 11/39 (28,2%), объем кровопотери – 74,5±23,4 мл. Ранние послеоперационные осложнения после РЧ резекции печени зарегистрированы у 4/39 (10,3%) пациентов. При синхронных МТС осложнения развились в 3/21 случаях (14,3%): поддиафрагмальный абсцесс после резекции доли (2), профузное кровотечение из пострезекционной поверхности (1). В последнем случае – летальный исход. При метакронных МТС с проведением неоадьювантной ХЭМ ПА 5-ФУ и последующей системной ХТ кселодой+атипичной РЧ резекцией печени – эмпиема плевральной полости 1/18 (5,6%). Летальных исходов не было. Общая трехлетняя выживаемость составила 47,2%. При синхронных мКРР (без проведения неоадьювантной ХТ) – трехлетний рубеж пережили 8/21 больных (38,1%), при метакронных мКРР (неоадьювантная регионарная+системная ХТ) – 9/18 пациентов (50,0%). Заключение. Резекция печени – решающий метод лечения мКРР. Атипичные РЧ резекции печени – относительно безопасные оперативные вмешательства, при синхронных МТС позволяют совмещать их с одномоментным удалением первичной опухоли ТК. Комплексное лечение с проведением неоадьювантной регионарной и системной ХТ способствует увеличению абластичности РЧ резекции печени. Использование современных цитостатиков и режимов ХТ в комплексном лечении мКРР увеличивает эффективность резекции печени, способствует увеличению продолжительности жизни пациентов и улучшает ее качество.

#### **40. Стимуляция репаративных процессов при хирургическом лечении эпителиального копчикового хода.**

Черкасов М.Ф.(1), Галашокян К.М.(1), Старцев Ю.М.(1), Черкасов Д.М.(1), Меликова С.Г.(1), Хихловская Е.П.(2)

Ростов-на-Дону

1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) МБУЗ КДУ «Здоровье»

Актуальность. Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) имеет довольно широкое распространение и встречается у 5-7% взрослого населения и составляет 1-2% от количества всех хирургических заболеваний. Пик заболеваемости приходится в возрасте от 15 до 30 лет с преобладанием мужского пола над женским в 2-4 раза. Радикальным способом лечения ЭКХ является только хирургический – удаление всех элементов хода. Однако, по данным литературы срок заживления ран крестцово-копчиковой области может составлять от 8 до 22 недель. Для стимуляции репарации ран при лечении ЭКХ, используются различные физические факторы воздействия: СО<sub>2</sub>-лазер, инфракрасный лазер, ультразвук, ультрафиолет, электростимуляция. В настоящее время все чаще для лечения ран промежности и крестцово-копчиковой области применяется метод вакуум-терапии (NPWT, VAC, CNPT). Целью исследования является улучшение результатов лечения больных ЭКХ путем разработки эффективного способа лечения с применением вакуум-терапии, который позволяет стимулировать репаративные процессы в послеоперационных ранах при открытом способе лечения ЭКХ. Материалы и методы исследования. Настоящее исследование основано на анализе результатов лечения 54 пациентов с ЭКХ, которым в период с января 2013 по январь 2017 года в отделении хирургическом клиники ФГБОУ ВО РостГМУ выполнялась радикальная операция – иссечение эпителиального копчикового хода и патологически измененных тканей. Мужчин было 45 (83,3%), женщин – 9 (16,7%). Больные были распределены на основную и контрольную группы: у 29 пациентов (средний возраст 32,4±5,6, Me=22) для лечения открытой раны использовалась вакуум-терапия (Патент РФ на изобретение № 2559936/20.07.2015. Бюл. №23. Черкасов М.Ф., Старцев Ю.М., Глушников В.А., Галашокян К.М.). В контрольной группе клинических наблюдений 25 больным (средний возраст 24,8±3,8, Me=21) выполнено радикальное иссечение ЭКХ с оставлением раны открытой и последующим лечением мазевыми повязками. Морфологические (цитологические) методы исследования включали себя взятие мазков-отпечатков с поверхности раны на 1, 4, 8, 12 и 16 дни лечения. Планиметрическая оценка проводилась в сравнении с начальной площадью раны на 4, 8, 12, 16 и 31 дни после операции, а для определения площади ран использовалась методика А.Н. Поповой. Результаты. При анализе мазков отпечатков основной группы, уже на 4 день после вакуум-терапии преобладал воспалительно-регенераторный вид цитограмм, а на 8 день и далее – регенераторный тип с наиболее полным формированием грануляционной ткани и краевой эпителизацией. На 14 день после начала вакуум-терапии отмечалось значительное уменьшение площади раны до 34±2,3 см<sup>2</sup> с коэффициентом уменьшения площади – 0,4. Длительность госпитализации составила 8,35±4,27 койко-дней (от 5 до 20 дней, Me=8), время полного заживления раны – 31,1±2,7 дней (от 15 до 39, Me=31,0). В группе исследования осложнений в ближайшем послеоперационном периоде не отмечено, рецидив заболевания отмечен в 1 (3,4%) случае. В контрольной группе, впервые 12 дней преобладал воспалительно-регенераторный тип цитограмм, начиная с 16 дня отмечено появление краевой эпителизации и регенераторного типа цитограмм. На 14 день после начала вакуум-терапии отмечено уменьшение площади раны до 56±5,1 см<sup>2</sup> с коэффициентом уменьшения 0,8. Длительность пребывания больных в стационаре составила 13,7±2,6 койко-дней (от 3 до 25, Me=15), время полного заживления раны –

74±5,7 дней (от 35 до 112, Me=57,0). В данной группе исследования осложнения в ближайшем послеоперационном периоде возникли у 4 (16%) пациентов в виде нагноения раны. Рецидив заболевания отмечен у 3 (12%) пациентов. У пациентов основной группы клинических наблюдений период восстановления трудоспособности был статистически достоверно меньше (21,3±5,51) по сравнению с контрольной группой без вакуум-терапии (29,5±10, p>0,05). Выводы. Результаты клинических и цитологических методов исследования подтверждают, что стимуляция репаративных процессов в послеоперационных ранах при открытом способе лечения ЭКХ с помощью вакуум-терапии способствует более активному течению фаз раневого процесса, что позволяет улучшить результаты лечения больных по сравнению со стандартным ведением ран с использованием мажевых повязок. Таким образом, разработанный способ стимуляции раневого процесса позволяет сократить длительность лечения, сроки полного заживления раны крестцово-копчиковой области, количество рецидивов заболевания, сроки временной нетрудоспособности больных, а также способствует более раннему восстановлению ежедневной активности.

#### **41. Способ снижения раневых инфекционных осложнений после хирургического лечения ректовагинальных свищей.**

Щерба С.Н.(1), Половинкин В.В.(2), Бенсман В.М.(1), Савченко Ю.П.(1)

Краснодар

1) ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ГБУЗ НИИ-ККБ №1

Введение. Оперативное лечение ректовагинальных свищей, как правило, осуществляется через трансперинеальный доступ. Подобные хирургические вмешательства относятся к категории “загрязнённых”. Несмотря на строгое соблюдение правил асептики, применение антибиотикопрофилактики и антибиоткотерапии, в 5 - 20% случаев, в раннем послеоперационном периоде, в микробно-контаминированных промежностных ранах нередко возникают нагноения. В результате увеличивается время пребывания пациентов в стационаре, растут финансовые затраты на лечение инфекционных осложнений, на коже промежности формируется рубец с косметическим дефектом. Цель – изучить эффективность двойного перекрёстного проточно-аспирационного дренирования промежностных ран в профилактике их нагноений после хирургического лечения ректовагинальных свищей. Материалы и методы. Исследование проспективное, сравнительное. В электронную базу данных заносились сведения обо всех пациентах, оперированных в колопроктологическом отделении НИИ-ККБ №1 г. Краснодара в 2010-2015 годах, из трансперинеального доступа по поводу ректовагинальных свищей. За указанный период накопились сведения о 52 больных. Согласно критерию включения (ушивание послеоперационных промежностных ран без дренирования или с оставлением в ране двух перекрёстно-расположенных дренажей) в исследовании участвовали 48 больных. Из наблюдения исключены четыре пациентки, у которых кожа промежностной раны не ушивалась. Все больные женщины. Они разделены на две репрезентативные группы основную и контрольную. Основная группа – 26 человек, контрольная – 22. Средний возраст в основной группе составил 47,2 года; в контрольной - 51,4 года. Достоверных различий по сопутствующей патологии между больными обеих групп не выявлено. После стандартного дообследования и предоперационной подготовки пациенткам обеих групп, в плановом порядке, через трансперинеальный доступ производилось разъединение ректовагинальной перегородки, иссечение свища, ушивание дефектов в кишке и во влагалище, передняя леваторопластика. Далее промежностная рана санировалась антисептиками, после чего, больным основной группы в промежностные раны перекрёстно устанавливали два сквозных перфорированных проточных дренажа –

один в пельвиоректальное пространство, другой в подкожную клетчатку, с последующим промыванием через них послеоперационных ран по оригинальной методике, разработанной в нашей клинике (Патент на изобретение № 2531541; выдан 26.08.14; Бюллетень № 29 от 20.10.2014). Промежностные раны больных контрольной группы ушивались традиционно, без дренирования. В раннем послеоперационном периоде, при мониторинге заживления промежностных ран фиксировали факт клинически появляющегося нагноения, требующего снятия кожных швов, с последующей хирургической обработкой ран и повторным их ушиванием, либо заживлением вторичным натяжением. Результаты. В раннем послеоперационном периоде, нагноения промежностных ран возникли в обеих группах. В основной группе у одной пациентки (3,8%) инфекционный очаг располагался в подкожной клетчатке. Среди больных контрольной группы нагноения ран произошли у пяти человек (22,7%). У трёх из них нагноения были поверхностными, у двух – глубокими, очаги воспаления располагались проксимальнее “m.m. levator ani” в пельвиоректальном пространстве. Различия по количеству раневых инфекционных осложнений оказались статистически значимыми ( $t=2$ ;  $p<0,05$ ). Всем больным, с возникшими нагноениями ран, выполнены стандартные консервативные мероприятия, направленные на купирование инфекционных процессов, но они оказались безуспешными. После снятия кожных швов, промежностные раны у этих пациенток были разведены и санированы. Заживление ран в дальнейшем проходило вторичным натяжением под мазовыми повязками. Вывод. Оригинальный способ двойного перекрёстного пролонгированного проточно-аспирационного дренирования, позволяет до минимума снизить число послеоперационных нагноений микробно-контаминированных промежностных ран, улучшая ближайшие результаты хирургического лечения ректовагинальных свищей.

#### **42. Лазерная подслизистая деструкция геморроя (лазерная геморроидопластика, ЛНР).**

Андреев А.Л.

Санкт-Петербург

ООО «АВА-ПЕТЕР», клиника «Скандинавия»

Цель исследования. Улучшение результатов лечения хронического геморроя. Материал и методы. Лазерная Геморроидопластика (ЛНР) применена у 120 пациентов (2014-2016 гг.) Геморрой 3 стадии — 115 (Сегментарный – 112, циркулярный – 3), 4 стадии — 5. Сопутствующие проктологические заболевания: Анальные бахромки — 9, хроническая анальная трещина — 6, параректальный свищ — 5, анальный полип — 5. Операции выполнялись с помощью светодиодного лазера Cerelas с длиной волны 1470 nm и одноразового инструментария (стекловолокна, проктоскопа и канюли). Общая характеристика стекловолокна: остроконечный (копьевидный), прочный наконечник из оксида кремния, для легкого введения в подслизистый слой, радиальное распределение лазерного излучения, однородное (гомогенное) излучение на строго ограниченной (дозированной) области ткани, без «горячих точек» и карбонизации. В основном операцию выполняли под общей внутривенной анестезией, и только у двух под местной. Продолжительность операции составляла от 15 до 30 мин (в среднем  $20\pm 3,21$  мин). Интраоперационных осложнений не было. Среднее время нахождения в клинике составило 18 часов. Болевой послеоперационный синдром был умеренный, не требующий назначения наркотических анальгетиков. Пациенты возвращались к трудовой деятельности через 3—6 дней. При обследовании через 6 мес. после операции у 4 пациентов выявлен внутренний геморрой 1-2 степени, который устранен лигированием геморроидальных узлов латексными кольцами. Заключение. Лазерная методика лечения геморроя (ЛНР) имеет ряд неоспоримых преимуществ: малотравматичность, проведение

операции в подслизистом слое без наложения швов, минимизирует болезненные ощущения в послеоперационном периоде, отсутствие кровотечений во время и после операции, заживление без воспалительных явлений в области воздействия лазера, применение одноразового стекловолокна и лазерной энергии гарантированно исключает развитие воспалительных осложнений после операции, короткое время оперативного вмешательства, сокращение сроков выздоровления, нет послеоперационных рубцов, минимальное число рецидивов, сочетание лазерной деструкции геморроя с мукопексией (элементами RAR) дает возможность применять малоинвазивные методики при 3-4 стадии заболевания и с выпадением слизистой анального канала, лазером одновременно можно устранить геморрой, а также анальные трещины, полипы, свищи, бахромки и кондиломы.

#### **43. Новый способ радикального оперативного лечения пациентов с эпителиальной копчиковой кистой.**

Личман Л.А., Каторкин С.Е., Андреев П.С.

Самара

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Эпителиальная копчиковая киста (ЭКК) - ложная киста, выстланная гранулематозной тканью, располагающаяся в подкожно-жировой клетчатке межягодичной складки. Наружные свищевые ходы служат местом сообщения полости кисты с внешней средой и являются входными воротами для инфекции. Данное заболевание встречается чаще у мужчин молодого трудоспособного возраста. Из всех гнойно-воспалительных заболеваний области заднего прохода 15% занимает воспаление эпителиальной копчиковой кисты. Самым распространенным методом лечения эпителиального копчикового хода в настоящее время является марсупиализация (иссечение полости ЭКК с подшиванием краев раны ко дну), предложенный L. Vuie в 1937 году. Цель исследования. Провести анализ результатов хирургического лечения пациентов с эпителиальной копчиковой кистой путем закрытия раны непрерывным швом с подхватом дна раны. Материалы и методы. Проведен анализ непосредственных результатов лечения пациентов с эпителиальной копчиковой кистой путем иссечения и ушивания раны швами по Мошковичу (метод марсупиализации) и иссечения ЭКК с закрытием послеоперационной раны непрерывным швом с подхватом дна раны. Проведен сравнительный анализ применяемых нами 2-х методов оперативного лечения эпителиальной копчиковой кисты. Все пациенты (n=82) методом случайной выборки разделены на 2 группы. Основную группу (группа I) составили 30 пациентов (36,6%), которым выполнена модификация операции - иссечение ЭКК с закрытием послеоперационной раны непрерывным швом с подхватом дна раны. Контрольную группу (группу II) составили 52 пациента (63,4%), которым выполнено иссечение ЭКК со швами по Мошковичу. Всем пациентам основной группы после обработки операционного поля и прокрашивания свищевого хода красителем, производились два окаймляющих разреза с иссечением ЭКК, с помощью электрокоагулятора. Полость эпителиальной копчиковой кисты вместе с окружающей подкожной клетчаткой иссекалась в пределах здоровых тканей до позвоночно-крестцовой фасции. Края послеоперационной раны фиксировались непрерывным швом с подхватом дна раны. Швы на коже имели параллельное направление к основной ране. Фиксация кожного лоскута к крестцово-позвоночной фасции осуществлялось швами под углом 45° относительно основной раны. В качестве шовного материала использовалась монофиламентная нить с длительным сроком рассасывания. В послеоперационном периоде осуществлялась ранняя активация пациента. Выписка пациентов из стационара осуществлялась в среднем на 8-9 сутки. Снятие шва в среднем на 20 сутки. Результаты и обсуждение. Статистически значимых различий между

группами пациентов по полу ( $\chi^2 = 0,3$ ;  $p = 0,05$ ) не зафиксировали. Средняя длительность операции иссечения эпителиального копчикового хода с закрытием послеоперационной раны непрерывным швом с подхватом дна раны составило  $23,5 \pm 8,7$  мин., иссечение эпителиального копчикового хода со швами по Мошковичу (метод марсупиализации) –  $39,2 \pm 5,6$  мин. Уровень болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале не превышал 3 – 4 баллов и снижался к 5 суткам до 0 – 1 балла и составил  $1,6 \pm 0,6$  балла. У пациентов контрольной группы болевой синдром был более выражен и до 4-5 суток составил 5-6 баллов по визуально-аналоговой шкале. Средний срок послеоперационного пребывания больных основной группы составил в отделении составил  $9,3 \pm 3,3$  койко-дня, контрольной группы  $14,5 \pm 2,3$ . Сроки заживления операционной раны перианальной области у пациентов основной группы составили  $19,2 \pm 2,0$  дня, у больных контрольной группы  $28,2 \pm 2,4$  дня. Сроки реабилитации больных основной группы составили  $24 \pm 3,5$  дней, контрольной группы  $30 \pm 3,5$  дней. В основной группе пациентов первичное заживление раны отмечено у 29 (96,7%) пациентов. В контрольной группе у 14 (26,9%) пациентов наблюдалось несостоятельность кожных швов и нагноение послеоперационной раны. Швы были сняты и рана велась «открытым» путем. Операция, выполненная пациентам основной группы, с нашей точки зрения обладает преимуществами: - меньший риск инфицирования раны; - использование меньшего количества шовного материала; - сокращение длительности операции в среднем на 10-15 минут; - достижение косметического эффекта, за счет более точного сопоставления слоев кожных лоскутов. В свою же очередь операция выполненная пациентам контрольной группы несет в себе ряд недостатков: - постоянное инфицирование раневой поверхности; - достаточно большое количество несостоятельности кожных швов; - плохой косметический эффект (послеоперационный рубец принимает вид «рыбьего остова»); Заключение. Иссечение ЭКХ с закрытием послеоперационной раны непрерывным швом с подхватом дна раны позволяет улучшить результаты лечения пациентов с данной патологией за счет: - снижения интенсивности болевого синдрома в послеоперационном периоде; - значительно меньшего количества ранних послеоперационных осложнений; - снижения сроков реабилитации.

#### **44. Трудности и перспективы внедрения протокола ускоренного восстановления при раке ободочной кишки.**

Маскин С.С.(1), Карсанов А.М.(2,3), Слепушкин В.Д.(2), Карсанова З.О.(2)

1) Волгоград, 2) Владикавказ, 3) Владикавказ

1) ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 3) НУЗ УБ на ст. Владикавказ ОАО «РЖД»

Цель исследования. Изучить возможность внедрения различных компонентов протокола ускоренного восстановления (ПУВ) при хирургическом лечении рака ободочной кишки (РОК). Материалы и методы. В основу работы положены результаты планового хирургического лечения 260 больных с РОК, оперированных открытым способом на клинических базах кафедры госпитальной хирургии Волгоградского ГМУ и Северо-Осетинской ГМА с 2007 по 2013 гг. В основной группе (115 больных) периоперационный комплекс лечебных мероприятий реализовывался на основе адаптированного варианта протокола ускоренного восстановления (ПУВ). В контрольной группе (145 больных) использовали традиционную методику ведения больных. В различных сочетаниях значимые сопутствующие заболевания имели место у 58,5% пациентов основной и у 62,7% контрольной групп. Результаты. В зависимости от частоты воспроизводимости в конкретном исследовании, компоненты ПУВ были нами отнесены к трем уровням.

Уровень воспроизводимости (УВ) "А" включал мероприятия, воспроизведенные нами с частотой 81-100%; УВ "В" – 61-80%, УВ "С" – ≤ 60% от всех пациентов основной группы. На дооперационном этапе УВ "А" соответствовали: информирование и наставления (100,0%), введение низкомолекулярного гепарина (НМГ) эноксапарина по 40 мг за 12 часов до операции - 100%, внутривенное введение разовой дозы цефалоспоринов II-III поколения без антисинегнойной активности за 30 минут до разреза (100%), отказ от очистительных клизм и использование слабительных на основе многоатомных спиртов, пробиотиков, дюфалака (98%). На операционном этапе УВ "А" соответствовали: выполнение операции путем срединной лапаротомии (100%) (в контрольной группе 20,6% оперированы параректальным доступом), ограничение режима интраоперационно инфузируемой жидкости в виде инфузии по 5 мл/кг/ч (100%) (в контрольной группе все больные получали по 10 мл/кг/ч), недопущение интраоперационной гипотермии путем инфузии подогретых растворов и применение согревающих одеял (100%), комплекс профилактики ИОХВ с включением после герметизации апоневроза последовательного лаважа 3% раствором перекиси водорода и водным раствором хлоргексидина, полнослойной герметизации покровных тканей I-II уровней шовными материалами с нулевой сорбционной активностью (100%), удаление назогастрального зонда перед экстубацией (82,7%). К мероприятию в соответствии с УВ "С" относилась протекция операционной раны силиконовым полотном (45,2%). Среди послеоперационных мероприятий к высокому УВ "А" относились: ограничение режима послеоперационного введения жидкости в виде инфузии по 5 мл/кг/ч (100%), бесповязочное ведение послеоперационной раны со 2-х суток (96,5%), ограничение показаний к трансфузии препаратов крови уровнем гематокрита менее 25% (91%), подача насыщенного кислорода в течение 2-х часов после операции для поддержания SpO<sub>2</sub> > 95% (88%), дискретная коррекция висцерального кровотока путем внутрибрюшинного введения анестетика и антисептика с 1-х суток (85,7%), удаление центрального венозного и уретрального катетеров в течение 48 часов (85%), инфузионная терапия на основе применения сбалансированных многокомпонентных электролитных растворов, рассчитанных для одновременной коррекции водно-электролитных и кислотно-щелочных параметров (84%). Выводы. В основной группе предоперационный этап включал 10, а операционный – 8 компонентов ПУВ. При исследовании ЧВ и числа компонентов ПУВ на всех этапах лечения выявлено, что на дооперационном этапе высокий УВ – "А" имели 4 компонента, со средней ЧВ – 99,5%; средний УВ оказался так же у 4-х компонентов ПУВ, со средней ЧВ – 69,9%; низкий УВ был выявлен у 2 элементов программы, со средней ЧВ – 30,4%. Одинаково важными являются все этапы хирургического лечения пациентов с РОК; с возрастанием числа компонентов программы на каждом этапе достоверно снижается ЧВ отдельных ее составляющих; избранные границы диапазонов, особенно высоко- и средне-воспроизводимых компонентов ПУВ, продемонстрировали близкие по значению средние величины ЧВ.

#### **45. Возможности повышения периоперационной безопасности пациентов при раке ободочной кишки.**

Карсанов А.М.(1,3), Маскин С.С.(2); 1) СОГМА, 2) ВолгГМУ, 3) НУЗ УБ на ст. Владикавказ ОАО "РЖД"

1) Владикавказ, 2) Волгоград 3) Владикавказ

1) ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 3) НУЗ УБ на ст. Владикавказ ОАО «РЖД»



Цель исследования. Апробация целостной концепции периоперационной безопасности пациентов при раке ободочной кишки (РОК), основными элементами которой являлась комплексная профилактика инфекций области хирургического вмешательства (ИОХВ) и эскалация мер профилактики венозных тромбозных осложнений (ВТЭО). Материалы и методы. Представлен опыт хирургического лечения 260 пациентов, оперированных по поводу РОК. Основная группа (115 больных) характеризовалась тем, что периоперационный комплекс лечебных мероприятий реализовывался на основе адаптированного варианта протокола ускоренного восстановления (ПУВ). В контрольной группе (145 больных) использовали традиционную методику ведения больных. По полу, возрасту, степени тяжести по ASA, стадиям рака, медиане индекса массы тела, степени тяжести анемии, потребности в трансфузиях препаратов крови, характера и продолжительности операции группы были сопоставимы. Для общей оценки ПО (в течение 30 суток после операции), была использована классификация Dindo-Clavien, а для ИОХВ – интегральная шкала ASEPSIS начиная с 3-х и через каждые 2-е суток послеоперационного периода, при этом фиксировали наихудший показатель за неделю. Результаты. При анализе в группах сравнения были получены статистически достоверные отличия, в первую очередь за счет хирургических осложнений. Внутригрупповые особенности проявились тем, что в основной группе преобладали общие осложнения, в том числе преходящее нарушение мозгового кровообращения – 1; дисэлектролитные нарушения сердечного ритма – 4; тахикардия и сердечная недостаточность, потребовавшая назначения бета-блокаторов – 4, обострение хронического пиелонефрита – 2, дистальный тромбоз глубоких вен (ТГВ) голени – 1, локальный варикотромбофлебит голени (ВТФ) – 1. В 5 случаях потребовалась повторная кратковременная катетеризация мочевого пузыря. Небезупречное заживление послеоперационной раны было в 4-х случаях (3,5%), из них 2 серомы (1,7%) и 2 случая (1,7%) кожной гиперемии менее 20% площади раны, купированных без применения антибиотиков. В контрольной группе наблюдался абсолютный рост частоты хирургических осложнений (11,7%), по сравнению с основной (3,5%) и возросла доля хирургических ПО в общей структуре осложнений по сравнению (с 23,5% в основной, до 43,6%). К осложнениям класса III по Dindo-Clavien относились такие, как несостоятельность толстокишечных анастомозов (2), абсцесс брюшной полости и повторная эвентрация у того же больного (1), послеоперационная механическая непроходимость (1), глубокая инцизионная ИОХВ (2, одна из которых при повторной госпитализации), так же, как и случай с восстановительной операцией (1). Кроме того, имели место три случая динамической кишечной непроходимости. Среди значимых экстраабдоминальных осложнений были: острая кардиореспираторная недостаточность (2), нозокомиальная бронхо-пневмония (2), острые язвы ЖКТ (2). Единственный летальный исход был обусловлен ТЭЛА. Число ВТЭО в контрольной группе двукратно превосходило таковые (3,4%) по сравнению с основной группой (1,7%). Анализ эффективности эскалационной профилактики ВТЭО по сравнению с общепринятой, дифференцированной по исходной степени риска, продемонстрировал преимущества активной переоценки клинической ситуации в виде снижения числа проксимальных тромбозов и ТЭЛА. Отражением безопасности обсуждаемой программы периоперационного ведения больных с РОК является сокращение продолжительности послеоперационного периода (8,9 против 13,1 дней), достоверное снижение частоты и тяжести послеоперационных осложнений (14,8% против 26,9%), главным образом за счет хирургических (3,5% против 11,7%). Выводы. Одним из условий обеспечения периоперационной безопасности пациентов с РКТ является внедрение структурированного по видам осложнений протокола профилактики наиболее клинически значимых ПО. Целесообразность применения технологии быстрого восстановления аргументирована достоверным снижением частоты и тяжести ИОХВ и ВТЭО. Интегральный принцип оценки заживления раны у больных РОК на основе шкалы ASEPSIS демонстрирует большую вариабельность и динамизм анализируемых параметров и хроно-морфологических нюансов репаративного процесса. Использование

тактики активной переоценки и эскалации мер профилактики ВТЭО в основной группе позволило добиться двукратного снижения частоты осложнений.

#### **46. Результаты интранодальной лазерной коагуляции у больных хроническим геморроем III степени с предоперационной подготовкой микроинвазированной очищенной флаваноидной фракцией.**

Хитарьян А.Г., Алибеков А.З., Ковалев С.А., Ромодан Н.А., Бурдаков И.Ю.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Хронический геморрой является одним из наиболее распространенных заболеваний. В структуре всех колопроктологических заболеваний хронический геморрой составляет 34-41%. В доступной литературе количество сообщений, об использовании малоинвазивных методов лечения, в т.ч. интранодальной лазерной коагуляции (ИНЛК) при хроническом внутреннем геморрое в последнее десятилетие увеличилось. Однако следует согласиться, что к настоящему времени объем и техника оперативного вмешательства, применение комплекса мероприятий по профилактике осложнений в зоне вмешательства после малоинвазивных методов лечения является предметом дискуссии и далек от окончательного разрешения. Цель работы: улучшение результатов ИНЛК геморроидальных узлов у больных хроническим геморроем III степени. Материалы и методы. В исследование было включено 86 пациентов с хроническим геморроем 3 степени, находившихся на лечении в центре амбулаторной проктологии НУЗ «Дорожная клиническая больница» на ст.Ростов-Гл. ОАО «РЖД». Все больные были разделены на 2 группы сопоставимые по полу, возрасту, сопутствующей патологии, а также по стадиям заболевания. Так, I группу составили 44 пациента лечение которых проводили без предоперационной подготовки, тогда как II группу составили 42 пациента у которых за 3 недели до оперативного вмешательства проводилась подготовка препаратом Детралекс в дозировке 500 мг 2 раза день, а также проводилось трансректальное УЗИ (ТРУЗИ) с доплеровским картированием для определения характера кровенаполнения геморроидальных узлов. Непосредственно перед выполнением ИНЛК, больным обеих групп также проводилось ТРУЗИ. ИНЛК геморроидальных узлов выполняли отечественным лазером «Полис» с длиной волны 980нм, мощностью 6 Вт и, сразу выше зубчатой линии вводили 2-3 мл раствора анестетика, после чего, трансмукозно над зубчатой линией во внутренний геморроидальный узел вводили радиальный лазерный световод Radial Elves Painless (Biolitek AG, Германия), в режиме лазерного воздействия таким образом, чтоб установить всю радиальную рабочую часть световода в просвет геморроидального узла. Затем осуществляли лазерную коагуляцию энергией 80-140 Дж, по данным индикатора лазера в зависимости от объема и консистенции геморроидального узла. Критерием достаточности воздействия считали появления клинических признаков карбонизации - повышения задымленности в месте стояния световода, нарастание звука выпаривания тканей, появление первых неприятных тепловых ощущений у пациента. Хорошим результатом считалось полное исчезновение основных симптомов заболевания – выпадения узлов и кровотечений. Удовлетворительным – значительное уменьшение выраженности основных симптомов, т. е. существенное снижение частоты и интенсивности кровотечений, уменьшение степени выпадения геморроидальных узлов. При сохранении выраженности любого из основных симптомов геморроя на прежнем уровне результат лечения считался неудовлетворительным. Результаты. Из 42 пациентов II группы за 3 недели до выполнения ИНЛК геморроидальных узлов, анализ результатов ТРУЗИ с доплеровским картированием выявил сниженное кровенаполнение геморроидальных узлов с признаками развития соединительнотканых элементов у 37

(88,1%) больных, тогда как у оставшихся 5 (11,9%) пациентов кровенаполнение геморроидальных узлов было нормальным. Все больные II группы принимали препарат Детралекс 500 мг 2 раза в день в течение 3-х недель. Непосредственно перед ИНЛК геморроидальных узлов всем больным I группы выполнено ТРУЗИ, которое выявило сниженное кровенаполнение у 38 (86,4%) больных, тогда как нормальное кровенаполнение геморроидальных узлов - у 6 (13,6%) пациентов. Указанные данные статистически не отличались от показателей кровенаполнения во II группе до начала приема препарата Детралекс. Пациентам II группы спустя 3 недели, перед оперативным вмешательством было выполнено повторное ТРУЗИ, при котором сниженное кровенаполнение выявлено у 20 (47,6%) больных (что на 40,5% меньше чем перед приемом препарата Детралекс), тогда как нормальное кровенаполнение выявлено у 22 (52,4%). Данные послеоперационного обследования через 1 месяц у пациентов I группы выявили наличие хороших и удовлетворительных результатов в 29 (65,9%) случаях, тогда как у пациентов II группы - в 39 (92,8%) случаях. Выводы. Таким образом, проведенные исследования показали, что применение у больных хроническим геморроем III стадии микронизированной очищенной флаваноидной фракции (препарат Детралекс) в суточной дозировке 1000 мг, позволяет достоверно увеличить степень кровенаполнения геморроидальных узлов, что достоверно увеличивает процент хороших и удовлетворительных результатов ИНЛК геморроидальных узлов.

#### **47. Дифференцированный подход к методам диагностики при лечении ректоцеле.**

Хитарьян А.Г.(1,2), Дульеров К.А.(1,2), Завгородняя Р.Н.(1), Ковалев С.А.(1,2), Воронова О.В.(1)

Ростов-на-Дону

1) НУЗ "Дорожная клиническая больница" ст. Ростов-Главный ОАО "РЖД", г. Ростов-на-Дону, 2) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность работы. ректоцеле является проявлением системного нарушения функции связочно-мышечного аппарата таза. Укрепление мышц тазового дна является одной из задач лечебных программ при ректоцеле. Цель работы: улучшить результаты хирургического лечения ректоцеле. Материалы и методы. Работа заключалась в клинико-морфологическом исследовании дефектов ректовагинальной перегородки, формирование клинической группы из 150 пациенток с ректоцеле 2-3 степени. Обследование больных: клинический осмотр, проктодефектография, стадирование по системе POP-Q, эндоректального УЗИ. В 1 группе (n=72) пациентки оперированы без дифференцированного подхода. Во 2 группе (n=78) были применены дифференцированного выбора хирургической тактики. Проводили сравнительный анализ баллов на основе опросников по подкатегориям CARDI-7 и POPQ-7 вопросника PFIQ-7, а также POPDI-6 и CARDI-8 опросника PFDI-20. Результаты. В 1 и 2 группах 2 степень ректоцеле встречались в 43% и 43,6%, а 3 степень ректоцеле - в 57% и 56,4%. В 1 группе дефект ректовагинальной перегородки площадью 8-16 см<sup>2</sup> и более 16 см<sup>2</sup>. Во 2 группе по итогам эндоректального УЗИ дефект ректовагинальной перегородки до 8 см<sup>2</sup> встречался у 31 (39,7%), от 8 до 16 см<sup>2</sup> - у 39 (50%) и более 16 см<sup>2</sup> - у 8 (10,3%). У больных при повышении степени ректоцеле от 2 к 3 высота тазового дна снижалась с 11,8±0,3 мм до 8,5±0,4 на 28%. При повышении степени ректоцеле от 2 к 3 частота умеренной недостаточности мышц тазового дна снижалась с 86,2% до 14,1%. В отдаленный послеоперационный период эрозия влагалища в 1 группе в 5,6% случаев, а во 2 группе - в 1,3%, диспареуния - в 1 группе наблюдалась в 5,6%, а во 2 группе - в 2,6%. Рецидив ректоцеле по результатам дефектографии был выявлен в 1 группе у 5 (6,9%) пациенток, а во 2 группе - у 4 (5,1%) больных. В 1 группе баллы по шкале Векснера после операции

снизились на 70,8%. Во 2 группе на 84,6%. В результате в двух группах было выявлено значительное улучшение в отношении ректальной и промежностной дисфункции с достоверным снижением параметров по подкатегориям POPDI-6, CARDI-8, CRADI-7. Выводы. 1. Выраженность дегенеративно-дистрофических изменений тканей промежности практически отсутствуют при дефектах до 8 см<sup>2</sup>, отмечаются в 100% случаев при дефектах от 8 см<sup>2</sup> до 16 см<sup>2</sup>. 2. Дифференцированный подход к выбору пластики ректоцеле позволяет снизить показания к операциям с использованием сетчатых протезов 3. В отдаленном послеоперационном периоде дифференцированный подход к хирургическому лечению ректоцеле позволяет добиться низкого числа рецидивов, эффективной ликвидации признаков обструктивной де-фекации, высокого качества жизни пациенток по шкалам опросников.

#### **48. Использование модифицированной FiLaC технологии в лечении транс- и экстрасфинктерных свищей прямой кишки.**

Хитарьян А.Г., Ковалев С.А., Ромодан Н.А., Алибеков А.З.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Хирургическое лечение осложнённых трансфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки остаётся одним из сложных вопросов проктологии и сопровождается высоким уровнем рецидивов заболевания, выраженностью болевого синдрома в ранние послеоперационные сроки, длительной утратой трудоспособности, высокой частотой анального недержания в отдаленные послеоперационные сроки. Цель исследования: проведение сравнительного исследования ближайших и отдалённых результатов лечения трансфинктерных и экстрасфинктерных свищей III-IV степени сложности с использованием модифицированной FiLaC технологии и стандартной фистулоэктомии с иссечением внутреннего отверстия свища в просвет анального канала. Материалы и методы исследования Проанализированы стационарные истории болезни и амбулаторные карты послеоперационного наблюдения 83 больных с осложненными трансфинктерными и экстрасфинктерными свищами III-IV степени сложности. Больные были разделены на две группы. В основной группе (n=40) для лечения свищей использовали модифицированную технологию FiLaC, в контрольной группе (n=43) применяли стандартную фистулоэктомию с иссечением внутреннего отверстия свища в просвет анального канала и иссечением рубцовых и гнойно-воспалительных тканей промежности. Обсуждение результатов Анализ ближайших и отдалённых результатов лечения анальных свищей в основной группе показал, что метод позволяет избежать послеоперационных ректальных кровотечений, не сопровождается анальной инконтиненцией 3 степени и на 42% (p<0,05) ускоряет сроки заживления свищей по сравнению с контрольной группой, где была использована традиционная операционная техника. Об адекватности методики свидетельствует сниженная частота рецидивов заболевания в основной группе – 17,5% против 37,2% в контрольной группе (p<0,05). Вывод Исследование ближайших и отдалённых результатов лечения осложненных трансфинктерных и экстрасфинктерных свищей III-IV степени сложности с использованием модифицированной FiLaC технологии по сравнению со стандартной фистулоэктомией с иссечением внутреннего отверстия свища в просвет анального канала позволяет ускорить сроки заживления свища на 42% (p<0,05), уменьшить число рецидивов с 37,2% до 17,5% (p<0,05), не влияет на состоятельность анального сфинктера и не ухудшает анальную континенцию.

#### **49. Выбор метода хирургического лечения ректоцеле ii-iii степени с учетом морфофункционального состояния тазового дна.**

Хитарьян А.Г.(1,2), Дульеров К.А.(1,2), Ковалёв С.А.(1,2), Алибеков А.З.(1,2), Завгородняя Р.Н.(2), Воронова О.В.(2)

Ростов-на-Дону

1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-главный

По данным различных авторов, при обследовании женщин в проктологическом кабинете, явления заднего тазового пролапса и ректоцеле встречаются до 35,5% случаев, что соответственно может вносить коррективы в тактику лечения проктологических заболеваний и создает актуальность данной проблеме. Цель работы. Улучшить результаты хирургического лечения ректоцеле. Материалы и методы. Мы обследовали 2374 пациентки страдающей различной проктологической патологией, из них у 522 (21,98%) диагностирован задний тазовый пролапс и ректоцеле. Хирургическое лечение ректоцеле за период с декабря 2010 г. по октябрь 2014 г. выполнено 79 пациенткам со II-III степенью заболевания, II степень наблюдалась у 15 пациенток, III степень – у 64 пациенток. Возраст больных колебался от 40 до 67 лет, в среднем составив  $58,3 \pm 1,9$  лет. Длительность заболевания в среднем была  $28,3 \pm 1,5$  лет. Всем больным проводили обследование, включающее: клинический осмотр, определение стадии пролапса по системе POP-Q, эвакуаторную рентгеновскую проктодефекографию, дополнительно проводили тоноперинеометрию, ультразвуковое исследование тазового дна в области *centrum tendineum perinei* с функциональной пробой при натуживании, УЗИ органов брюшной полости, колоноскопию. При эвакуаторной рентгеновской проктодефекографии уточняли наличие и степень ректоцеле. При эхография органов малого таза оценивали состояние тазового дна в области сухожильного центра промежности путем определения его эхоплотности и измерения высоты. Ультразвуковыми критериями недостаточности тазового дна считали уменьшение высоты тазового дна в области сухожильного центра промежности менее 10 мм. При перинеометрии оценку силы сокращения мышц промежности проводили по величине прироста давления при напряжении мышц тазовой диафрагмы с помощью влагалищного датчика перинеометра Peritron 9600 (Австралия). При недостаточности тонического усилия мышц промежности уточняли его степень: значения градиента давления 5-20 мм.вод.ст. (в среднем  $12,6 \pm 2,7$  мм вод.ст.) отражает умеренную недостаточность; волевое сжатие мышц промежности, при котором давление повышалось на 5 мм вод.ст. и менее (в среднем  $2,6 \pm 0,7$  мм вод.ст.), расценивалось как выраженная недостаточность тазового дна. В норме прирост давления на 20-50 мм вод.ст. и выше (в среднем  $37,2 \pm 5,3$  мм вод.ст.) свидетельствовал об отсутствии недостаточности тазового дна. Данные проведенного клинико-инструментального обследования учитывали при выборе метода пластики тазового дна. В зависимости от результатов клинического и инструментального обследования определяли выраженность морфофункциональной недостаточности тазового дна и, исходя из этого, принимали решение о выполнении либо трансвагинальной пластики тазового дна сеткой без натяжения с установкой системы Prolift - 7 пациенток, либо сакроспинальную кольпопексию с задней кольпорафией дополненной трансректальной «11 часовой» мукопексией – 72 пациентки. Результаты. У больных интраоперационных осложнений не наблюдалось. Кровопотеря не превышала 150 мл. В раннем послеоперационном периоде у 2 пациенток отмечалось формирование гематом промежности, в позднем послеоперационном периоде у 4 женщин возникли явления диспареунии, в 2 случаях сформировались лигатурные свищи послеоперационного рубца, которые зажили вторичным натяжением после удаления лигатур и у 2 больных возникли эрозии слизистой задней стенки влагалища. Заключение.

При выборе метода хирургического лечения ректоцеле целесообразно учитывать морфофункциональное состояние тазового дна, что позволило использовать технику Tension-free transvaginal mesh только у 9% больных.

## **50. 10-летний опыт хирургического лечения пациентов при местнораспространенном колоректальном раке.**

Коробка В.Л., Балин Н.И., Дударев С.И., Толохян А.А., Воскобойников А.В.

Ростов-на-Дону

ГБУ РО Ростовская областная клиническая больница;

Актуальность: по мере развития медицинской аппаратуры, возможностей анестезиологического пособия и интенсивной терапии значительно расширились возможности выполнения расширенных и комбинированных операций при раке ободочной и прямой кишки, в том числе, при наличии отдаленных метастазов. В настоящее время значительно расширяются и показания к удалению, всех опухолевых очагов, в том числе отдаленных метастазов, с целью оптимальной циторедукции и создания благоприятного фона для последующей дополнительной терапии. Цель. Оценить результаты хирургического лечения больных с местнораспространенным колоректальным раком, а также в группе больных с отдаленным метастатическим поражением. Материал и методы: В Ростовской областной клинической больнице в 2006 году образован Центр функциональной гастроэнтерологии и реконструктивно-пластической хирургии (с 2017 года – «Центр хирургии и координации донорства»), включающий гастроэнтерологов, колопроктологов, абдоминальных хирургов, онкологов, урологов, гепатологов. На базе хирургического центра с 2006 по 2016 годы прооперировано 1634 пациента с колоректальным раком, из них с местнораспространенными формами – 1147 (70,2%), 1041 из которых выполнены радикальные, а 106 – паллиативные оперативные вмешательства. Средний возраст составил  $66,2 \pm 4,3$  года. Мужчин – 781 (47,8%), женщин – 853 (52,2%). У 491 (30,0%) пациентов первичная локализация опухоли выявлена в прямой кишке, у 403 (24,7%) – в сигмовидной, 277 (16,9%) - в слепой и восходящей ободочной кишке, в 463 (28,4%) случаях - в остальных отделах ободочной кишки. В 99% случаях выявлена аденокарцинома различной степени дифференцировки, в 0,3% - плоскоклеточный рак, в 0,4% - перстневидно-клеточный рак, 0,3% - недифференцированный рак, в 2,8% - лимфосаркома. В структуре пациентов преобладали 3 и 4 стадии онкологического заболевания (1 и 2 стадия – 43,6%, 3 стадия - 48,2%, 4 стадия – 8,2%). Пациентам, оперированным в плановом порядке, выполнялся стандартный объем хирургического вмешательства с расширенной лимфаденэктомией (тотальной мезоректумэктомией). С 2013 года широко применяются лапароскопические хирургические операции преимущественно у больных с 1-2 стадией онкологического заболевания (30 пациентов – 1,8%). У больных с острой obturационной толстокишечной непроходимостью (ОКН) на фоне злокачественных новообразований правой и поперечной части ободочной кишки, в отсутствие тяжелой сопутствующей патологии осуществлялась правосторонняя или расширенная правосторонняя гемиколэктомия (125 пациентов – 7,6%). При ОКН с локализацией опухоли в левых отделах ободочной кишки накладывались разгрузочные колостомы на минимальном отдалении проксимальнее опухоли, или обструктивная резекция в качестве первого этапа радикального хирургического лечения (234 пациента – 14,3%). Среди 1147 пациентов с местнораспространенным колоректальным раком в 1011 случаях была выполнено радикальное хирургическое вмешательство. У 603 пациентов осуществлялась сочетанная операция с резекцией смежных органов. 98 пациенту наряду с удалением первичного очага производился один из видов резекций печени. Результаты. Осложнения в раннем послеоперационном периоде выявлены у 158 больных (9,6%). Среди них преобладали: нагноение послеоперационных ран – 26 (1,6%); тромбоз эмболия

легочной артерии 21 (1,3%); острые гастродуоденальные кровотечения – 23 (1,4%); частичная или полная несостоятельность колоректального анастомоза – 31 (1,9%). В 23 случаях, данное осложнение не потребовало повторного хирургического вмешательства. 30-дневная летальность отмечена в 51 наблюдениях (3,1%). У 23 пациентов причиной смерти являлась ТЭЛА (39,2%). Отдаленные результаты лечения прослежены у части пациентов (38%). 3-летняя выживаемость у пациентов составила 63,2%. Заключение. Несмотря на тяжелый контингент пациентов, проходивших лечение в хирургическом центре ГБУ РО РОКБ, нередко с запущенными формами колоректального рака, за 10 лет работы были получены хорошие результаты хирургического лечения данной группы больных, что подтверждается низким процентом послеоперационных осложнений (9,6%) и невысокой 30-дневной летальностью (3,1%). Данный факт позволяет судить об эффективной работе хирургического центра и рекомендовать наши методики для широкого применения в клинической практике.

### **51. Субтотальная колэктомия - операция выбора при лечении пациентов при хронических запорах.**

Шамин А.В., Каторкин С.Е., Исаев В.Р., Журавлев А.В., Чернов А.А., Разин А.Н.

Самара

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы Идиопатический медленно-транзитный запор неизвестной этиологии (русский синоним – хронический толстокишечный стаз), представляет собой отдельное заболевание, отличающееся от синдрома раздраженного кишечника, симптоматических, проктогенных и других вариантов запора. Функциональным считают запор, если отсутствует его связь с известными генетическими, структурными или иными изменениями кишечника. Хронический колостаз характерен в основном для женщин (70–80 %), начинается в раннем детском или подростковом возрасте, продолжается всю жизнь и очень плохо отвечает на любые попытки медикаментозной коррекции. В западных странах хронический запор широко распространен – им страдают от 2% до 27% населения. Запор отмечается у примерно 12% населения мира, при этом жители Америки и стран Юго-Восточной Азии страдают им в 2 раза чаще, чем европейцы (17,3 и 8,75% соответственно). В нашей работе мы рассматриваем не только органические запоры но и функциональные запоры (которые являются компетенцией терапевтов и гастроэнтерологов), при неэффективности консервативной терапии которых они переходят в компетенцию хирургов. При рассмотрении характера запора мы пользовались международными критериями (Римские критерии III, 2006).. Проблема хирургического лечения медленно транзитных запоров в настоящее время остается одной из актуальнейших в колопроктологии, так как по данным различных авторов, количество неудовлетворительных результатов достигает от 27 до 46%, пролеченных пациентов. Цель работы Улучшить результаты хирургического лечения пациентов с резистентными формами хронического запора. Материалы и методы В настоящее время общепринятой считается программа обследования пациентов, страдающих хроническим толстокишечным стазом, включающая в себя ирригографию, пассаж по желудочно-кишечному тракту, физиологические исследования, дефекографию, колоноскопию, радиологические и гистохимические исследования, биопсию прямой кишки. Данная схема обследования позволяет с большей степенью достоверности выявить эвакуаторные нарушения, дисфункцию мышц тазового дна. С 2010 по 2017 год в колопроктологическом отделении клиники госпитальной хирургии проходило лечение 68 пациентов с хроническим медленно транзитным запором. Хирургическое лечение проведено 38 пациентам (57,6%). Женщин 36 (94,6%), мужчин 2 (5,4%). Средний возраст - 40,2 лет. По

объему резекции выполнены следующие виды оперативных вмешательств: передняя резекция прямой кишки – 2; резекция сигмовидной кишки – 2; расширенная левосторонняя гемиколэктомия – 12; субтотальная колэктомия – 22. Виды сформированных анастомозов: трансверзо-ректальный – 10, цеко-ректальный 2, сигмо-ректальный – 4, илео-сигмоидный – 22. Результаты и обсуждение Из 38 прооперированных нами пациентов отдаленные результаты лечения прослежены у 34 пациентов (89,5%). Хорошие результаты лечения отмечены у 22 (57,9%) прооперированных больных. У всех пациентов отмечался самостоятельный стул, исчезли боли в животе, ощущения тяжести и вздутия. У 8 (21,0%) человек, перенесших операции, результаты лечения оценены нами, как удовлетворительные. Больные отмечали улучшение общего самочувствия после перенесенной операции, однако у них сохранялись невыраженные запоры, которые купировались приемом растительных слабительных препаратов. У 4-х (10,5%) оперированных пациентов выполненное хирургическое вмешательство не принесло ожидаемого эффекта, по-прежнему самостоятельный стул отсутствовал, сохранялся болевой синдром. Эти пациенты были повторно оперированы. Им выполнена резекция зоны анастомоза и оставшихся отделов ободочной кишки с формированием илео-ректального анастомоза. Наблюдались следующие осложнения: кровотечение из линии анастомоза – у двух пациентов (кровотечение остановлено консервативными методами); рубцовые стриктуры анастомоза – у пяти пациентов стриктуры возникли в первые 6 месяцев после лечения, в связи с чем этим больным выполнялось эндоскопическое рассечение стриктуры с хорошими результатами. Выводы Основной причиной неудач в хирургии хронического толстокишечного стаза является неадекватный выбор объема резекции и выраженные нарушения эвакуаторной функции прямой кишки. Субтотальная колэктомия с формированием илеоректального анастомоза приносит наиболее благоприятные отдаленные функциональные результаты в лечении медленно-транзитных запоров.

## **52. Нейроэндокринные опухоли прямой кишки в структуре колоректального рака по данным клиники РостГМУ.**

Помазков А.А., Черкасов М.Ф., Хиндикайнен А.Ю., Федорова К.Ю., Кушнарера О.Э.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. С каждым годом значительно возрастает уровень выявляемости опухолей желудочно-кишечного тракта нейроэндокринной природы (НЭО). Большой процент среди данной патологии составляют НЭО прямой кишки. Данная тенденция может быть объяснена совершенствованием подходов к верификации НЭО. Для повышения качества диагностики НЭО прямой кишки необходимо определить особенности клинической картины данной патологии и ее место в структуре колоректального рака. Цель работы. Определить особенности клинической картины и место НЭО прямой кишки в структуре колоректального рака. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных историй болезни 605 пациентов с колоректальным раком, которые находились на лечении в хирургическом отделении клиники РостГМУ с 2005 по 2016 годы. Из них 240 пациентов страдали злокачественными новообразованиями прямой кишки (39,7%, средний возраст  $57,0 \pm 4,6$  лет), у 18 больных выявлен нейроэндокринный компонент опухолей прямой кишки (3%, средний возраст  $59,5 \pm 11,1$  лет). Данные были проанализированы с помощью программы Statistica 6.0, а также с помощью прикладных статистических модулей Microsoft Excel. Результаты и обсуждение. Группа больных с нейроэндокринным компонентом рака прямой кишки



включила в себя 18 пациентов. Половая и возрастная структура пациентов: мужчины – 9 (50%), женщины – 9 (50%), средний возраст –  $59 \pm 11,1$  лет, (33-82 года), причем наибольший процент больных (39%) вошли в диапазон от 63 до 73 лет, 33% – от 53 до 63 лет. Значимых гендерных отличий выявлено не было. У 94% пациентов (n=17) диагностирована степень дифференцировки Grade II, у 6% – Grade II-III. Распределение по TNM следующее: T4N0M0 – 59%, T4N1M0 – 23%, T3N0M0 – 18%. Основными клиническими проявлениями НЭО прямой кишки были боль в гипогастрии, усиливающаяся при дефекации (92%); задержка стула и газов (80%); кровянистые и/или слизистые выделения из прямой кишки во время акта дефекации (90%); снижение массы тела до 10 кг в месяц (40%); диспепсия (20%); общая слабость (45%). Значимых различий по гендерному признаку в исследуемых показателях не было выявлено. Выводы. Анализ результатов исследования показал, что НЭО прямой кишки чаще всего выявляются у пациентов в возрасте от 63 до 73 лет. У большинства больных (94%) степень дифференцировки опухоли была Grade II, а характеристики опухолевого процесса по системе TNM: T4N0M0 (в 59% случаев). Клиника, наблюдаемая у пациентов с НЭО прямой кишки, включала в себя боли, усиливающиеся при дефекации, задержку стула и газов, кровянистые и/или слизистые выделения из прямой кишки, снижение массы тела (с высоким коэффициентом 10кг/мес), диспепсию и общую слабость. Вышеперечисленные признаки не являются специфичными для НЭО и мало отличаются от симптомов опухолевого процесса другой этиологии, что говорит о необходимости более полного изучения картины заболевания.

### **53. Результаты применения одноразовых циркулярных степлеров в хирургии толстой кишки.**

Каторкин С.Е., Чернов А.А., Журавлев А.В.

Самара

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. С развитием новых технологий все большее распространение в хирургии органов брюшной полости получают сшивающие аппараты для формирования линейных или циркулярных анастомозов. Высокая частота несостоятельности при резекции ободочной и особенно прямой кишки, достигающая 10–30%, заставляет хирургов изучать способы формирования и защиты толстокишечных соустьев. Совершенствуются как ручные способы формирования толстокишечного анастомоза с применением однорядного прецизионного шва, так и аппаратные методы с использованием циркулярных сшивающих аппаратов. Применение циркулярных степлеров в хирургии рака прямой кишки при низкой локализации опухоли позволяет выполнить сфинктеросохраняющие операции у 70% больных с хорошими функциональными результатами. Постоянное усовершенствование сшивающих аппаратов, развитие лапароскопических технологий привело к переходу многих лечебных учреждений на использование циркулярных степлеров. Использование аппаратного шва позволяет стандартизировать этап формирования межкишечного анастомоза и сократить время операции. Цель работы. Изучить результаты применения циркулярных степлеров для формирования межкишечных анастомозов при различных заболеваниях толстой кишки. Материалы и методы. С 2013 по 2016 гг. в отделении колопроктологии выполнена 131 операция с формированием циркулярного механического анастомоза с использованием одноразовых циркулярных степлеров различных фирм производителей. По поводу колоректального рака оперировано 59(45%) больных, доброкачественного новообразования толстой кишки - 9(6,9%), дивертикулярной болезни толстой кишки -15(11,5%), хронического колостазы - 13(9,9%). Для восстановления целостности толстой кишки циркулярные степлеры

использованы у 35(26,7%) больных. При применении циркулярных степлеров соблюдались принципы формирования межкишечных анастомозов (тщательная подготовка анастомозируемых отделов кишки с оценкой адекватности кровоснабжения, отсутствие натяжения тканей по линии анастомоза, проведение пробы на герметичность). При формировании анастомоза чаще использовалась стандартная методика с наложением кيسетного шва на приводящий и отводящий отделы толстой кишки с помощью многоразового инструмента EH 40 (Ethicon Endo-surgery) и шовного материала Prolen 2/0 с прямой иглой или одноразового устройства для наложения кисетного шва Purstring (AutoSuture). После завязывания кисетных швов на съемной головке аппарата (наковальне), введенной в приводящий отдел кишки, и на корпусе сшивающего аппарата, введенного через анальный канал, производится соединение частей аппарата и сведение их до появления зеленой метки на корпусе степлера. После экспозиции в 15 сек выполняется прошивание тканей с формированием двухрядного скрепочного анастомоза. Методика двойного прошивания (double-stapling technique) с формированием анастомоза через культю прямой кишки, прошитую линейным степлером, была применена при низких передних резекциях у 7 больных. После прошивания тщательно осматривали иссеченные циркулярные участки толстой кишки, извлеченные из сшивающего аппарата. При нарушении целостности иссеченных колец или положительной воздушной пробы линию анастомоза дополнительно укрепляли серо-серозными швами. При выполнении низких передних резекций прямой кишки превентивную колостому не формировали. У всех больных применяли трансанальную интубацию прямой кишки силиконовым дренажом диаметром 1,2–1,5 см на 8–10 суток. Для формирования толстокишечных анастомозов у 86(65,6%) пациентов использовались одноразовые сшивающие аппараты CDH (Ethicon Endo-surgery), у 37(28,3%) - СЕЕА (Covidien), у 8(6,1%) - KYGW (China). Результаты и обсуждение. При изучении ближайших и отдаленных результатов лечения больных с применением методов формирования аппаратного анастомоза при различных заболеваниях толстой кишки осложнения выявлены у 10(7,6%) больных. Несостоятельность анастомоза была у 3(2,3%) пациентов, кровотечение в просвет прямой кишки из линии анастомоза - у 1(0,8%) больного, анастомозит диагностирован у 3(2,3%) человек. У 3(2,3%) пациентов с дивертикулярной болезнью и хроническим колостазом в течение года сформировались рубцовые стриктуры в области аппаратного анастомоза. Эти больные были оперированы повторно с иссечением суженного участка толстой кишки. Послеоперационная летальность составила 1,5% (умерло 2 пациента). Причинами летальных исходов у двух больных явились несостоятельность анастомоза и кровотечение из язвы ДПК на фоне приема глюкокортикоидов. При использовании степлеров различных производителей отмечено более четкое прошивание тканей аппаратом CDH и более удобное извлечение аппарата из зоны анастомоза аппарата СЕЕА за счет откидывающейся головки (система Tilt Top). Выводы. Применение сшивающих аппаратов одноразового применения позволяет стандартизировать этап формирования межкишечного анастомоза, снизить послеоперационную несостоятельность анастомоза до 2,3%, увеличить число сфинктеросохраняющих операций за счет применения низких передних резекций прямой кишки.

#### 54. Опыт применения резервуарных технологий в хирургическом лечении больных тяжелыми формами язвенного колита.

Чернов А.А., Журавлев А.В., Каоркин С.Е.

Самара

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. В развитых странах отмечается неуклонный рост больных язвенным колитом (ЯК). Несмотря на успехи современной медикаментозной терапии, включая биологическую терапию, около 20% больных нуждаются в хирургическом лечении. Более 40% оперативных вмешательств по поводу ЯК выполняются на фоне развившихся осложнений и завершаются выведением одноствольной илеостомы. Послеоперационная летальность при этом достигает 30%. Операции с созданием резервуара из тонкой кишки с формированием илеоректального анастомоза позволяет провести, полную медицинскую и социальную реабилитацию больных с ЯК. Совершенствование методов хирургического лечения больных с тяжелыми формами ЯК с сохранением транзита кишечного содержимого и естественной дефекации является актуальной задачей современной колопроктологии. Цель. Улучшить результаты хирургического лечения больных ЯК после колпроктэктомии путем создания тонкокишечного тазового резервуара и сохранения анальной дефекации. Материалы и методы. В отделении колопроктологии СамГМУ за 2012 - 2016 гг. выполнено 12 колпроктэктомий с формированием первичного J-образного резервуара из подвздошной кишки и формированием илеоректального анастомоза пациентам с тяжелыми формами ЯК. Мужчин - 5. Женщин - 7. Средний возраст больных -  $35 \pm 2,3$  лет. Показанием к реконструктивной колпроктэктомии являлась неэффективность комплексной консервативной терапии у больных с тяжелыми формами тотального ЯК. Гормонорезистентность выявлена у 7 пациентов, гормонозависимость диагностирована у 3 больных. Неэффективность биологической терапии Инфликсимабом в дозе 10 мг/кг с «ускользанием» лечебного эффекта и тяжелой атакой язвенного колита отмечена у 2 больных. Все больные оперированы в плановом порядке после полного обследования. Противопоказания к первичной реконструктивной колпроктэктомии с созданием тазового резервуара из подвздошной кишки: выраженные воспалительные изменения слизистой оболочки анального канала и прямой кишки, не поддающиеся консервативной терапии, дисплазия слизистой оболочки, подозрение на болезнь Крона, тяжелое соматическое состояние больных (снижение общего белка ниже 50 г/л, альбумина ниже 20 г/л). С применением лапароскопического доступа выполнено 3 операции. Выделение прямой кишки проводилось интрафасциально до мышечной диафрагмы тазового дна. Прямая кишка пересекалась на 1,5 – 2,0 см выше края внутреннего анального сфинктера аппаратом TA 60. Для формирования резервуара из подвздошной кишки длиной 16 см применялись последовательно линейно-режущие аппараты GIA 100 и Endo GIA 60. В обязательном порядке производилась внутриспросветная ревизия созданного тонкокишечного резервуара. В двух наблюдениях отмечалось выраженное артериальное кровотечение из линии степлерного шва, потребовавшее тщательного гемостаза путем прошивания атрауматичным шовным материалом (ПГА 2/0). Для формирования илеоректального резервуарного анастомоза во всех случаях использовались одноразовые циркулярные степлеры диаметром 28 – 29 мм. Во всех случаях операция заканчивалась формированием двуствольной илеостомы по Торнболу и интубацией анального канала силиконовой трубкой. К настоящему времени восстановление целостности тонкой кишки (внутрибрюшинное ушивание илеостомы) проведено 8 больным. Результаты. Время операции составило  $260 \pm 34$  мин. Общая кровопотеря не превышала  $250 \pm 35$  мл. Умерших больных не было. Послеоперационные осложнения отмечены у 4 (30%)

оперированных больных. Ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость - 1 (релапаротомия, формирование лапаростомы). Несостоятельность илеоректального анастомоза - 2 (формирование абсцесса малого таза - 1 вскрытие, дренирование, развитие перитонита - 1), множественные программированные релапаротомии, формирование лапаростомы, отключение J-образного резервуара путем пересечения тонкой кишки выше резервуара и формирования одностольной илеостомы. Ректо-вагинальный свищ в зоне илеоректального анастомоза -1 (закрылся самостоятельно после консервативной терапии) Функция тазового тонкокишечного резервуара изучена у 6 больных. Выполнена резервуарография, эндоскопическое исследование резервуара, изучение объема резервуара. Воспаление тонкокишечного резервуара по данным эндоскопического исследования отмечено у одного больного. Частота дефекации составила  $6,3 \pm 1,2$  в сутки. Ночная дефекация отмечена у всех оперированных больных. Явления частичного недержания жидкого кишечного компонента отмечено у 2 больных. Выводы. 1. Выполнение колпроктэктомии с формированием J-образного резервуара из подвздошной кишки и илеоректального анастомоза является методом выбора хирургического лечения тотального ЯК так как позволяет достичь удовлетворительных функциональных результатов и провести медико-социальную реабилитацию больных. 2. Совершенствование техники оперативного вмешательства с использованием современных технологий и сшивающих аппаратов позволяет стандартизировать выполнение операции, снизить количество послеоперационных осложнений.

## **55. Возможности лучевых методов диагностики метастатического поражения печени при колоректальном раке.**

Дмитриев А.В., Черкасов М.Ф., Грошили В.С., Перескоков С.В.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. За последние два десятилетия лучевые методы исследования совершили настоящий прорыв в диагностике очаговых образований печени. Лечение таких пациентов в настоящее время стало немыслимым без выполнения УЗИ, КТ или МРТ органов брюшной полости. В то же время дискуссии на предмет, какой метод предпочтительнее в использовании с целью установления диагноза, не утихают в среде специалистов и по сей день. Наибольшую сложность представляет собой проведение дифференциальной диагностики метастатического поражения печени на фоне колоректального рака. Отсутствие единого мнения в данном вопросе связано с рядом объективных и субъективных причин, что требует дальнейшего внимания и изучения. Цель исследования — определить алгоритм ранней диагностики метастатического поражения печени при колоректальном раке, определить частоту встречаемости в разных возрастных группах и выявить группы риска. Материал и методы. Проанализировано 605 клинических случаев больных колоректальным раком, оперированных в РостГМУ в период с 2005 по 2016 гг. У 189 (31,2%) пациентов выявлены внутривенные метастазы на до- и интраоперационных этапах лечения. Пациенты распределены по группам, в зависимости от пола, возраста, стадии заболевания, локализации первичной опухоли, ее дифференцировки, местной распространенности и поражения регионарных лимфатических узлов. Метастазы печени диагностировали с помощью УЗ-исследования с доплеровским эффектом, КТ с внутривенным контрастированием, МРТ, а также определением уровня раково-эмбрионального антигена (РЭА). Результаты. В зависимости от стадии (TNM) пациенты с внутривенными метастазами распределились следующим образом: T1 — 2 (1,0%) пациента, T2 — 23 (12,1%), T3 — 80 (42,3%), T4 — 84 (44,6%). По возрастным группам: 41—50 лет 7 (3,7%) пациентов; 51—60 лет 72 (38,1%)

пациентов; 61—70 года 70 (37,0%) пациент, 71 – 80 – 40 (21,1%) пациента. По локализации первичной опухоли преобладал рак прямой кишки – 104 (52,5%) пациента. Во всех случаях выявлена аденокарцинома различной степени дифференцировки. У 25 пациентов (13,2%) обнаружены солитарные метастазы размерами до 4 см, у 48 (25,3%) пациентов диагностированы от 2 до 4 опухолевых узлов; множественные с поражением обеих долей и объемом пораженной паренхимы до 60 % (КТ-вольтометрия) – у 125 (66,1%) человек. При наличии одиночных метастазов, как правило, поражалась правая доля печени (17 человек). Множественные опухолевые узлы в печени преобладали у лиц в возрасте от 51 до 70 лет, кроме этого у них же выявлены поражение лимфатических узлов гепатодуоденальной связки. Важным критерием метастатического поражения печени считаем снижение плотности очагового поражения в венозную фазу во время выполнения СКТ печени с внутривенным контрастированием. У 115 пациентов кровотоков в метастазах не выявлен, что объяснялось некрозом, распадом либо кальцификацией опухоли. КТ была применена нами у 156 человек (82,5%). Метастазы малых размеров (до 30 мм) часто гиперваскулярны во время артериальной фазы, тогда как очаги больших размеров имеют гиповаскулярный ободок и гиповаскулярный центр. Во всех случаях во время портальной фазы исследования опухоли были гиповаскулярны. МРТ позволяло выявлять метастазы диаметром менее 10 мм. В наших исследованиях опухоли выглядели гипоинтенсивными на T1-изображениях и гиперинтенсивными на T2-изображениях. Кроме этого, на диффузионно-взвешенной МРТ (DWI) mts были гиперинтенсивными. У 13 (8,3%) больных при КТ диагностики на дооперационном этапе метастазы обнаружены не были. Размеры метастазов при этом были менее 15 мм. Дуплексное интраоперационное сканирование позволяло выявить опухоли в печени, уточнить ее характер, наличие в ней кровотока. Выводы. 1. Всем пациентам в пред- и послеоперационном периодах должны выполняться УЗИ, КТ, МРТ. 2. Перед проведением оперативного вмешательства на пораженной паренхиме печени необходимо выполнить интраоперационное УЗИ и при необходимости срочную биопсию. 2. Группа риска — пациенты 51—70 лет с колоректальным раком (T3-4N1) обоих полов с низко- и умеренно дифференцированной аденокарциномой. 3. При наличии факторов риска и отсутствия поражения печени при использовании методов лучевой диагностики на дооперационном этапе показано выполнение интраоперационного УЗИ с целью исключения ложноотрицательных результатов.

## **56. Сравнительная оценка результатов радиочастотной термоабляции и резекционной хирургии в лечении метастазов печени при колоректальном раке.**

Черкасов М.Ф., Дмитриев А.В., Groшин В.С., Перескоков С.В., Помазков А.А.; Султанмурадов М.И.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. За последние 20 лет получены обнадеживающие результаты в хирургическом лечении колоректального рака с внутривенными метастазами. Однако, несмотря на совершенствование методов лучевой диагностики, расширяющийся радикализм хирургических вмешательств, применение специальной техники для диссекции ткани печени, локальной деструкции метастатических узлов, отдаленные результаты лечения нередко остаются неудовлетворительными. Цель. Оценка результатов хирургического лечения метастазов печени у больных колоректальным раком. Материал и методы. В исследование включено 57 больных с метастатическим колоректальным раком, которым была выполнена одноэтапная комбинированная хирургическая программа. В первую группу (n=24) вошли пациенты, которым помимо удаления первичной опухоли

выполнялись резекционные вмешательства на печени, во вторую (n=33) – пациенты, которым выполнена локальная термодеструкция метастазов (РЧТА). Возраст пациентов составил от 41 до 78 лет. Размеры метастатических узлов в первой группе составили от 35 мм до 62 мм в максимальном диаметре (Me=44 mm; Q1=37,2, Q2=44, Q3=57,8). Операции по поводу солитарных метастазов в этой группе предприняты в 22 наблюдениях, соответственно в 2 случаях – выполнялись резекции от 2 до 4 метастатических узлов, при чем у двух пациентов выполнялись экономные резекции обеих долей печени в границах R0. Во II группе больных нами выполнена РЧТА опухолевых очагов. Размеры метастатических узлов в этой группе составили от 14 мм до 40 мм в максимальном диаметре (Me=24 mm; Q1=17,1, Q2=24, Q3=37,3). Общее количество узлов, подвергнутых аппликациям РЧ-электродом, составило 56. У 15 человек – отмечены солитарные метастазы правой доли печени, у 7 – левой; еще у 7 пациентов выявлены от 2 до 4 узлов в правой доле печени, в 4 наблюдениях поражены обе доли печени с общим количеством узлов не более четырех. Результаты. Осложнения после операций выявлены у 2 больных I группы (8,3%) и у 4 (12,1%) во второй. Объем резекции в I группе пациентов был от атипичной в границах R0 до сегментэктомий и гемигепатэктомии. Средняя интраоперационная кровопотеря на печеночном этапе составила 1545,9±174,5 мл в связи с этим выполнялись гемо- и плазмотрансфузии. Длительность операции зависела от локализации первичной опухоли, метастатических узлов и их размеров и составляла от 156 до 360 мин (243,4±45,6); корреляционной зависимости между продолжительностью операции и удельным весом интра- и послеоперационных осложнений не выявлено, роста числа осложнений удлинении времени операции достоверно не получено (p>0,05). Безрецидивный период у больных I группы составил 14,4±3,2 мес. 3-летняя выживаемость составила 37,5%, при медиане жизни в 32,5 месяцев. Основная причина летальных исходов связана с рецидивом и прогрессированием метастатического поражения печени в отдаленном послеоперационном периоде и наличием неблагоприятных факторов. У пациентов II группы 3-летняя выживаемости составила 27,2%. В нашем исследовании отмечено, что рецидивы метастазов выявлены у всех больных обеих групп с пораженными лимфатическими узлами гепато-дуоденальной связки, несмотря на выполненную лимфаденэктомию. В нашем исследовании достоверной выживаемости в группах не отмечено (p>0,05). Объясняем это малой выборкой пациентов в группах. Заключение. В нашем исследовании процент 3-летней выживаемости в I группе выше, однако, не получено достоверной разницы по этому показателю. Объясняем это малой выборкой больных. Использование кавитационного ультразвукового деструктора аспиратора при резекциях печени сопровождается меньшим количеством осложнений, нежели использование РЧ-электрода Habib 4х. У больных с пораженными лимфоузлами гепатодуоденальной связки во всех случаях диагностирован рецидив метастазов в печени спустя 6-12 месяцев после резекции либо РЧТА, и продолжительность жизни достоверно не отличалась от группы пациентов с циторедуктивными операциями. В подобных случаях выполнять радикальные вмешательства на печеночной ткани не целесообразно.

## **57. Профилактика послеоперационных осложнений при хирургическом лечении рака прямой кишки.**

Черкасов М.Ф., Дмитриев А.В., Groshilin B.C., Помазков А.А.; Султанмурадов М.И.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Проблема хирургического лечения рака приобретает все большее социальное значение. Многочисленные публикации авторов касательно данного заболевания подтверждает актуальность проблемы. Несмотря на развитие колоректальной

хирургии, послеоперационная летальность пациентов остается достаточно на высоком уровне и составляет около 4%. Определяющим фактором в выборе объема оперативного пособия наряду с местным распространенностью процесса является локализация опухоли, ее гистологическая структура, а также наличие отдаленных метастазов. На подобные вопросы отсутствует однозначный ответ, что диктует необходимость дальнейшего изучения и совершенствование хирургической техники. Цель. Анализ эффективности профилактических мер в предотвращении ранних послеоперационных осложнений у пациентов раком прямой кишки, используемых в хирургической клинике Ростовского государственного медицинского университета. Материал и методы. В исследование включены 240 пациентов, страдающие злокачественными новообразованиями прямой кишки. Возраст больных был от 33 до 84 лет ( $57,0 \pm 4,6$ ). В исследуемой группе преобладали женщины, количество которых было 144 (60%). В 123 случаях выполнялся анастомоз. У 117 пациентов (95,1%) наложены аппаратные анастомозы. В остальных случаях (6 пациентов, 4,9%) выполнялось ручное толсто-толстокишечное соустье. Последний вариант анастомоза формировали у пациентов с локализацией опухоли в области ректо-сигмоидного соединения. У 8 больных (6,5%) наложены превентивные стомы, при чем у 6 человек илеостомы, у 2 – колостомы. У 66 пациентов (34,0%) выявлены синхронные внутривнутрипеченочные метастазы. Размеры метастатических узлов составили от 35 мм до 56 мм в максимальном диаметре. В 36 случаях выполнялись комбинированные одноэтапные операции: удаление первичной опухоли с одномоментным восстановлением непрерывности кишечной трубки, затем радиочастотная термоабляция (РЧТА) и/или резекция пораженной паренхимы печени. Результаты. Нагноение послеоперационных ран отмечено у 10 человек (4,1%). Из 117 аппаратных анастомозов несостоятельность развилась у 6 человек (5,1%) в сроках от 3 до 7 дней послеоперационного периода. В подобных случаях выполнялась релапаротомия, дезанастомозирование с последующим наложением одноствольной колостомы. У 8 пациентов (6,8%), наложенный механический шов оказывался не герметичным. Указанным больным выполнены низкие передние резекции прямой кишки, при этом дистальный участок кишки составлял не более 7 см. После наложения дополнительных ручных швов на область дефекта анастомоза выводились превентивные илеостомы у 6 человек, и у 2 - колостомы, которые в сроках от 2 до 3 месяцев были ликвидированы. Послеоперационная летальность отмечена в 6 случаях (2,5%). В сроках от 6 месяцев до 1,5 лет у 3 больных (2,5%) развилась стриктура зоны анастомоза. Рецидив рака прямой кишки диагностирован у 2 человек после передней резекции прямой кишки в сроках от 1 года до 3 лет. Общая кумулятивная 5-летняя выживаемость составила 40%. У лиц с метастатическим раком после комбинированных операций 3-летняя выживаемость отмечена в 32% наблюдений, при медиане жизни в 27,5 месяцев. Заключение. Объем операций при колоректальном раке должен основываться на оценке первичной опухоли, состояния регионарных лимфоузлов, лимфоузлов гепато-дуоденальной связки, количества метастазов в печени и объем поражения, расстояния от края опухоли до линии резекции не менее 1 см. Лечение больных с КРР необходимо выполнять только в специализированных хирургических центрах. Благодаря отработанному алгоритму ведения больных в пред- и послеоперационном периодах, а также оптимальному выбору метода хирургического пособия, удалось минимизировать риск несостоятельности анастомозов до 5,1%, снизить послеоперационную летальность до 2,5%. Улучшение результатов лечения больных со злокачественными опухолями прямой кишки свидетельствует о высокой эффективности проводимых профилактических мер в нашей клинике.

## 58. Миниинвазивная хирургия колоректального рака у больных старше 75 лет.

Черниковский И.Л., Гельфонд В.М., Загрядских А.С., Савчук С.А., Гаврилюков А.В.

Санкт-Петербург

ГБУЗ «Клинический Научно-практический Центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)»

Актуальность: Возраст является одним из основных факторов риска смерти от колоректального рака. В Санкт-Петербурге в 2013 году среди 2981 больного с впервые выявленным колоректальным раком 1178 - оказались старше 75 лет, что составило 39,5%. Средняя продолжительность жизни во всех развитых странах неуклонно растет, и сегодня достигает 76–80 лет. Имея в виду тот факт, что основным методом лечения больных КРР остается хирургический, практически врачам приходится сталкиваться с проблемой адекватного выбора объема и типа хирургического вмешательства у таких пациентов. Известно, что у пациента старше 75 лет имеется в среднем 5 сопутствующих хронических заболеваний на момент диагностики КРР. Наиболее значимыми из них являются сердечно-сосудистая и легочная патология, особенно на фоне анемии и снижении функции печени или почек, что, как правило, бывает у пожилых пациентов. Кроме того, у таких больных часто встречаются неврологические, психологические расстройства и полипрагмазия. Поэтому в связи с высоким риском осложнений и фактором коморбидности нередко принято отказываться от соответствующего онкологическим принципам объема резекции, формирования межкишечных анастомозов, а иногда и вообще от радикальной операции. Следование современным принципам мультимодальной комбинированной анестезии позволяет существенно снизить риски указанных выше патологических состояний, однако следует учитывать и наличие хирургических возможностей для уменьшения неблагоприятного воздействия лапароскопии. К таковым относят карбоксиперитонеум низкого давления (8–12 мм рт. ст.), использование специальных систем эндолифтинга, а также уменьшение длительности лапароскопического этапа и самой операции (использование порта ручной ассистенции, формирование экстракорпоральных анастомозов, использование степлеров и т. д.). Помимо анестезиологических особенностей, частой причиной отказа от лапароскопии является высокий процент запущенных местнораспространенных и осложненных форм заболевания у пожилого контингента больных, при том, что эффективность и безопасность лапароскопических резекций в лечении T4 опухолей кишечного тракта все еще являются предметом дискуссий. Однако отказ от миниинвазивных хирургических технологий при местнораспространенном КРР, по мнению ряда авторов, является необоснованным. Место лапароскопических радикальных вмешательств у больных КРР старческого возраста до сих пор изучается. Есть основания полагать, что эндовидеохирургические резекции прямой и ободочной кишки при КРР могут стать оптимальной опцией для лиц преклонного возраста. Цель: Оценить собственный опыт хирургического лечения больных КРР старческого возраста, выявить преимущества и недостатки лапароскопического доступа у данного возрастного контингента. Материалы и методы: Представлены результаты резекций прямой и ободочной кишки, которым подверглись 106 больных колоректальным раком, старше 75 лет, прооперированных в КНпЦСВМП(о) с 2013 – 2015 г. Пациенты были разделены на 2 группы: 66 больных, перенесших открытую хирургическую операцию лапаротомным доступом и 40 - эндовидеохирургическое вмешательство. Группы были сопоставимы по шкалам ASA, CR-POSSUM, индексу массы тела и возрасту. Распределение больных по стадии заболевания и виду хирургического вмешательства не имело статистически значимых различий. Результаты: Достоверно меньшей оказалась средняя продолжительность операции в лапароскопической группе – 127 мин., при 146 мин. среди прооперированных открыто. Интраперационная кровопотеря оказалась несколько выше при лапаротомии, и составила



167 против 109, однако различия были не достоверны ( $p=0,36$ ). По качеству лимфодиссекции и адекватному объему резекции группы не отличались. Средний койко-день в лапароскопической группе оказался несущественно меньшим ( $p=0,43$ ). Осложнения встречались в обеих группах примерно с одинаковой частотой (13,6% против 15,0%), которая не превышала среднего показателя в других возрастных группах. Медиана наблюдения за больными составила 16 месяцев (6 – 30 мес). Среди пациентов, прооперированных открытым способом умерло в 2 раза больше больных. Тем не менее, различия не достигли статистической достоверности. Выводы: Частота послеоперационных осложнений и послеоперационная летальность среди больных КРР старческого возраста не превышает средние показатели и не зависит от возраста. По объему интраоперационной кровопотери, радикальности вмешательства, качеству лимфодиссекции обе группы сопоставимы. Достоверно меньшая продолжительность лапароскопических операций объясняется более быстрым оперативным доступом и окончанием операции, что, однако, не дает преимуществ в сокращении среднего койко-дня и снижении числа осложнений в лапароскопической группе. Выбор оперативного доступа не влияет на качество жизни больных после выписки. Отмечена тенденция к увеличению доли смертей в отдаленном периоде от не связанных с КРР причин и, как следствие, снижению общей выживаемости среди пациентов старческого возраста, прооперированных открытым способом.

#### **59. Хирургическое лечение местнораспространенных форм колоректального рака: есть ли место лапароскопической хирургии?**

Черниковский И.Л., Алиев И.И., Саванович Н.В., Гаврилюков А.В., Моисеенко В.М.

Санкт-Петербург.

ГБУЗ «Клинический Научно-практический Центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)»

Актуальность На современном этапе развития хирургии лапароскопические технологии с каждым днем становятся все популярнее и доступнее. Одним из самых перспективных направлений в развитии малоинвазивных технологий является колоректальная хирургия, в частности, хирургия колоректального рака (КРР). Существует множество исследований, показывающих, что лапароскопическая хирургия КРР не уступает открытой по радикальности и, при этом, имеет ряд преимуществ. Однако вопрос о месте лапароскопической хирургии в лечении местнораспространенных форм рака толстой кишки остается открытым. При анализе систематического обзора статей, посвященных мультивисцеральным резекциям (МВР) местнораспространенного КРР, Mohan et al, можно увидеть, что главным критерием качества и главным прогностическим фактором таких операций является резекция в пределах R0. В рекомендациях NCCN от 02.2016 сказано, что лапароскопические операции при КРР не следует проводить при наличии местного распространения опухоли вследствие высокого риска положительных краев резекции. Американским обществом гастроинтестинальных и эндоскопических хирургов (Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons) рекомендуется выполнять МВР открытым способом, если лапароскопическая операция не может быть выполнена в пределах R0. Из всего вышеперечисленного можно сделать вывод о том, что главным критерием качества МВР являются негативные края резекции. Целью нашего исследования стало выяснить, являются ли лапароскопические мультивисцеральные резекции при местнораспространенном колоректальном раке оправданными с онкологической точки зрения. Прежде всего, мы хотели проанализировать частоту выполненных R0 резекций. Также анализу подлежали такие параметры как: среднее количество лимфоузлов в препарате, интраоперационная кровопотеря, продолжительность операции, послеоперационный койко-день, частота

послеоперационных осложнений. Целью нашего исследования стало выяснить, являются ли лапароскопические мультивисцеральные резекции при местнораспространенном колоректальном раке оправданными с онкологической точки зрения. Материалы и методы В ретроспективное исследование был включен 61 пациент с колоректальным раком cT4bN0-2M0, прооперированный в СПб «КНПЦ СВМП (о)» в период с 2013 по 2016 гг. Всем пациентам были выполнены ЛС-МВР. Пациенты, у которых вовлеченные структуры были мобилизованы через промежностный доступ в исследование не включались. Результаты Наиболее часто были представлены ЛС-резекции, комбинированные со следующими вмешательствами: с пангистерэктомией (задняя экзентерация малого таза) в 16 случаях; с аднексэктомией в 9 случаях; с резекцией передней брюшной стенки в 9 случаях; с резекцией мочевого пузыря и тонкой кишки в 6 случаях каждая. Менее часто встречались вмешательства, комбинированные с резекцией мочеточника, семенных пузырьков, паранефрия, печени, желудка, почки и селезенки. Четырем пациентам была выполнена ЛС-тотальная экзентерация органов малого таза. R0-резекции были представлены в 90% случаев. Среднее количество удаленных лимфоузлов в препарате – 14. Средняя кровопотеря – 190 мл. Среднее время операций – 226 мин. Среднее количество койко-дней до выписки из стационара составило 11 дней. Послеоперационные осложнения развились у 13 пациентов (21,3%), повторных хирургических вмешательств потребовали 3 из них. Послеоперационная летальность в группе отсутствует. Истинная инвазия (pT4b) по данным патоморфологического исследования обнаружена в 54% случаев. Наиболее оптимальными для миниинвазивного вмешательства стали опухоли, инвазирующие в матку с придатками, мочевой пузырь, тонкий кишечник и переднюю брюшную стенку. Конверсии были представлены в 7 случаях (11,4%). Выводы У отобранных пациентов с местно-распространенными опухолями толстой и прямой кишки может быть достигнут оптимальный уровень R0-резекций с помощью миниинвазивной хирургии.

## **60. Применение NOSE-технологий в хирургическом лечении колоректального рака.**

Черниковский И.Л., Смирнов А.А., Саванович Н.В., Гаврилюков А.В., Моисеенко В.М.

Санкт-Петербург

ГБУЗ «Клинический Научно-практический Центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)»

Актуальность. В последние годы лапароскопические (ЛС) технологии стали повседневной опцией для лечения больных колоректальным раком различных стадий. Миниинвазивные вмешательства способствуют быстрому восстановлению пациента и сокращают пребывание в стационаре. Дальнейшее уменьшение операционной травмы может способствовать реабилитации больных после обширных хирургических операций. Одним из путей такого развития миниинвазивных доступов является ЛС-хирургия с экстракцией удаленного препарата через естественные отверстия организма (NOSE). Целью нашего исследования было проанализировать собственный опыт таких оперативных вмешательств. Материалы и методы. В исследование были включены 42 пациента с колоректальным раком cT2-T4b, прооперированных в 2015-2016 гг. Пациенты были разделены на 2 группы: получившие ЛС хирургическое лечение с применением методики NOSE (21 человек) и прошедшие через ЛС-операцию со стандартным извлечением препарата через минилапаротомный доступ (21 человек). Обе группы были сопоставимы по основным параметрам. Средний возраст составил 59 vs 56 лет, ИМТ – 25,7 vs 27,4, ASA – по 2,7, абдоминальные операции в анамнезе имели 10 и 12 человек соответственно. Результаты. В NOSE группе было выполнено 9 передних резекций прямой кишки, 2 резекции сигмовидной кишки, 6 брюшно-анальных резекций и 4 задние экзентерации малого таза. У 13 больных препарат был извлечен трансанально, у 8 трансвагинально. В

контрольной группе было проведено 16 передних резекций прямой кишки, 2 резекции сигмовидной кишки, 1 левосторонняя гемиколэктомия и 2 задние экзентерации малого таза. Средняя кровопотеря во время операции составила 120 vs 110 мл ( $p>0,05$ ), средняя продолжительность вмешательства – 160 vs 170 мин ( $p>0,05$ ), среднее количество л/у в препарате – 12 vs 11 ( $p>0,05$ ), все резекции в обеих группах были выполнены в пределах R0. Средний послеоперационный койко-день составил 10 в первой группе 11 во второй ( $p>0,05$ ). Осложнения в послеоперационном периоде в обеих группах следующие: в NOSE группе у 1 пациента абсцесс в малом тазу, у 1 – дизурические явления, у 1 некроз колостомы; в контрольной группе – у 1 пациента возникла несостоятельность низкого анастомоза, у 1 произошло нагноение минилапаротомной раны. Не потребовалось введения наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде – 2 больным в NOSE группе и 3 в контрольной ( $p>0,05$ ), однократно введение осуществилось 14 и 13 больным ( $p>0,05$ ), двукратное – по 4 в обеих группах ( $p>0,05$ ), трёхкратное – по 1 в обеих группах ( $p>0,05$ ). Выводы. ЛС-хирургия колоректального рака с использованием методики NOSE не имеет явных преимуществ перед ЛС-операциями с традиционным способом извлечения препаратов, кроме более выгодного косметического эффекта.

#### **61. Является ли наличие абдоминальных операций в анамнезе у пациента противопоказанием к лапароскопической колоректальной хирургии.**

Черниковский И.Л., Смирнов А.А., Саванович Н.В., Гаврилюков А.В., Моисеенко В.М.

Санкт-Петербург

ГБУЗ «Клинический Научно-практический Центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)»

Актуальность. На современном этапе развития хирургии миниинвазивные оперативные вмешательства являются рутинными процедурами для лечения многих заболеваний, в том числе колоректального рака. Однако наличие у пациента в анамнезе операций на органах брюшной полости для многих хирургов является относительным противопоказанием к выполнению лапароскопической (ЛС) манипуляции. Цели Целью данного исследования было сравнить непосредственные результаты ЛС лечения больных имеющих в анамнезе абдоминальные операции и не имеющих таковых, а также изучить особенности спаечного процесса после лапаротомий, степень его выраженности, степень влияния на возможность последующей ЛС, особенности ЛС операций при спаечном процессе. Материалы и методы. В ретроспективное исследование были включены пациенты после ЛС-колоректальных резекций по поводу новообразований толстой и прямой кишки, прооперированные с 2015 по 2016 гг. в колопроктологическом отделении ГБУЗ СПб «КНПЦСВМП(о)». Результаты. Всего 521 пациент были разделены на 3 группы: не имеющие в анамнезе операций на органах брюшной полости (291 пациент), имеющие в анамнезе широкие лапаротомии (101 пациент) и имеющие в анамнезе ЛС и вмешательства с небольшими доступами (129 пациентов.) Все группы были сопоставимы по основным параметрам. Средняя кровопотеря составила 114 мл для первой группы, 138 мл для второй и 112 мл для третьей, что не составило статистически значимой разницы ( $p>0,05$  для всех параметров). Продолжительность операции достоверно не отличались (170 мин, 172 мин, 185 мин соответственно,  $p>0,05$ ). Так же как и послеоперационный койко-день (11 дней для всех групп,  $p>0,05$ ). Однако, частота конверсий составила соответственно 8 (2%), 11 (11%) и 2 (1,5%) и показала статистически достоверную разницу ( $p<0,05$ ). Выводы. Удалось показать, что широкая лапаротомия в анамнезе влияет на частоту конверсий. Тем не менее, эта частота остаётся не столь существенной, чтобы отказываться от ЛС доступа у таких больных. Ни в одном случае наличие лапаротомии в анамнезе не привело к осложнениям, связанным с ЛС доступом. У всех пациентов с лапаротомией в анамнезе можно начинать операцию с лапароскопии. При наличии не срединных доступов в

анамнезе и срединных лапаротомий, которые носили плановый характер, следует начинать операцию с установки 1 троакара в области пупка по Хассону. При наличии срединной лапаротомии, выполненной по поводу разлитого перитонита и кровотечения в брюшную полость или при наличии келлоидного рубца следует начинать операцию с установки 1 троакара по типу Хассона в подвздошных областях или подреберьях в зависимости от планируемой операции. Тотальное и субтотальное вовлечение тонкой кишки в спаечный процесс является показанием к конверсии доступа.

## **62. Новые хирургические технологии в лечении болезни Гиршпрунга.**

Бабич И. И., Новиков К. А

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение. До 2008 года в нашей клинике у детей с болезнью Гиршпрунга применяли операцию Дюамеля, после предварительного наложения колостомы. Однако с развитием эндовидеохирургии в лечении болезни Гиршпрунга появились новые технологии, позволяющие минимизировать операционную травму. Цель исследования. Улучшить и оптимизировать результаты хирургического лечения детей с болезнью Гиршпрунга, по средствам применения лапароскопически-ассистированной резекции аганглионарной зоны толстой кишки. Материалы и методы. С 2008 по настоящее время нами было прооперировано 12 детей с ректосигмоидной формой болезни Гиршпрунга в возрасте от 2-х до 10 лет. На этапе предоперационной подготовки все дети проходили комплексное обследование. Техническая сторона операции основана на 2 этапах: I этап — лапароскопический. Проводили открытую лапароскопию с введением трех троакаров. При лапароскопической ревизии осматривали левую половину толстой кишки, выявляли суженный участок, идентифицировали переходную зону, оценивали предполагаемый объем резекции толстой кишки. Мобилизовывали суженный участок кишки, переходную зону и наиболее измененный участок вышележащей кишки. Мобилизацию выполняли с применением осторожной биполярной и монополярной коагуляции. Вскрывали переходную складку брюшины и мобилизовывали циркулярно прямую кишку вглубь малого таза до уровня примерно 3 см от зубчатой линии. Производилась очень осторожная диссекция строго по серозному покрову кишки. Далее проводили пробную тракцию мобилизованной толстой кишки в сторону анального отверстия с оценкой достаточности мобилизации и степени натяжения брыжейки. II этап — промежностный. Анальное отверстие осторожно расширяли пальцами, вокруг ануса накладывали швы-держалки. Начиная от уровня 0,5 см от зубчатой линии, проводили диссекцию и мобилизацию слизистой анального канала и прямой кишки циркулярно на протяжении 5—6 см. После этого кишку пересекали и низводили через демукозирванный канал на промежность. Этот этап проводили под контролем лапароскопии, во время которой визуализировалось правильное положение брыжейки низводимой кишки, отсутствие выраженного ее натяжения. Низведенную без натяжения на промежность кишку отсекали и затем производили наложение колоанального анастомоза отдельными рассасывающимися швами. В заключении операции производили лапароскопическую ревизию и санацию малого таза, восстановление переходной складки брюшины, ликвидировали «окно» в брыжейке толстой кишки. Раны передней брюшной стенки послойно ушивали внутрикожными швами. Длительность операции варьировала от 120 до 240 мин. Интраоперационных осложнений не было, кровопотеря во время вмешательства не превышала 50 мл и не требовала возмещения. Результаты. Послеоперационный период у всех 12 пациентов протекал без осложнений. Все пациенты были выписаны на 7—10-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Стул при выписке у всех детей

самостоятельный, регулярный. В отдаленный период у 1 пациента мы столкнулись с осложнением в виде стеноза зоны колоанального анастомоза, но данное осложнение удалось разрешить консервативным путем, по средствам бужирования. Выводы. Данная методика сочетает в себе радикальность и преимущества классической операции с минимальной травматичностью в виду применения лапароскопической мобилизации толстой кишки. Ее клиническое внедрение способствует значительному сокращению сроков госпитализации больных, раннему восстановлению их физической активности, достижению отличных функциональных и косметических результатов.

# **МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ**

## **1. Наш опыт применения эндоскопических операций на селе.**

Мовчан С.П., Шапошников Н.А., Кешян С.К., Лопатько И.В.,

ст. Боковская (1), Пролетарск (2), ст. Тацинская (3)

Боковская ЦРБ (1), Пролетарская ЦРБ (2), Тацинская ЦРБ (3)

Цель исследования – провести анализ выполнения эндоскопических операций в условиях сельского здравоохранения Ростовской области. Актуальность темы. С каждым годом внедрение малоинвазивных технологий в хирургии приобретает повсеместное распространение. Первые эндоскопические операции начали выполняться в г. Ростове-на-Дону в 80-е годы XX века. Первая эндоскопическая операция на селе была выполнена в Верхнедонском районе (главный врач Кочуев С.С.) в 1996 году после приобретения эндохирургической стойки за счёт спонсоров. В дальнейшем благодаря администрации Ростовской области эндохирургические стойки были приобретены для большинства территорий области и в настоящее время более чем в 90% Центральных районных больниц выполняются малоинвазивные хирургические вмешательства. Материал и методы. В течение 2012-2016 гг. в Боковской, Тацинской и Пролетарской Центральных районных больницах выполнено 495 эндохирургических операций. Их них, по поводу хронического калькулёзного холецистита выполнено 369 операций, по поводу острого холецистита – 82 операции, по поводу острого аппендицита - 44 операции. Возраст больных составил от 21 года до 82 лет, среди них до 30 лет – 44 (8,9%) больных, от 30 до 40 лет – 102(20,6%), от 40 до 50 лет – 154 (33,5%), от 50 до 60 лет – 123(24,8%), старше 60 лет- 72(14,5%). Перед операцией все больные подвергались тщательному клиническому, инструментальному и лабораторному исследованиям, проводили ультразвуковое исследование (УЗИ) гепатобилиарной зоны, рентгенологическое обследование, ЭКГ. При поступлении пациентам проводилась предоперационная подготовка, направленная на коррекцию гемодинамических, водно-электролитных нарушений. В 13 случаях, пришлось отказаться от продолжения эндохирургической операции и перейти к завершению операции открытым способом (конверсии). Переход на открытый способ операции был обусловлен во всех случаях с техническими сложностями, обусловленными выраженными воспалительно-инфильтративными изменениями в зоне расположения жизненно важных структур. В двух случаях эндохирургические операции осложнились повреждением общего жёлчного протока, выявленными в после-операционном периоде. В обоих случаях выполнено наложение холедохоэюноанстомоза по Ру. Исход благоприятный. Наш опыт показывает, что при эндоскопических вмешательствах пациенты в послеоперационном периоде испытывают меньше болевых ощущений и требуют меньше обезболивающих препаратов, втрое сокращаются сроки пребывания в стационаре, отмечается хороший косметический эффект по сравнению с открытыми операциями, имеется меньшая вероятность возникновения спаечного процесса в брюшной полости после операции. Важным аспектом является и то, что данные операции лучше переносят люди пожилого и старческого возраста. Заключение. Внедрение эндоскопических операций для лечения плановых и экстренных больных повышает качество оказания хирургической помощи жителям сельской местности.

## **2. Лечение малоинвазивными методами острого калькулезного холецистита и холедохолитиаза у лиц пожилого и старческого возраста.**

Кульчиев А.А., Морозов А.А., Хестанов А.К., Тигиев С.В., Дзбоев Д.М.

Владикавказ

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель исследования: Улучшить результаты хирургического лечения пациентов пожилого и старческого возраста с ЖКБ, острым калькулезным холециститом и холецистохоледохолитиазом  
Задачи исследования: 1. Провести анализ непосредственных результатов холецистэктомии из мини доступа, лапароскопической и традиционной методик, выполненных в экстренном порядке у пациентов пожилого и старческого возраста. 2. Оценить преимущества и недостатки различных методов: холецистэктомии из мини-доступа, лапароскопической и традиционной по ближайшим результатам лечения больных пожилого и старческого возраста с осложненными формами ЖКБ. 3. Разработать показания и противопоказания к холедохолитоэкстракции из мини-доступа. 4. Оптимизировать методику холецистэктомий, холедохолитоэкстракции из мини-доступа. 5. Рассчитать экономическую эффективность различных методов холецистэктомии у больных пожилого и старческого возраста при ЖКБ  
Материал и методы исследования: В работе использованы и обобщены результаты хирургического лечения 1644 больных пожилого и старческого возраста с острым калькулезным холециститом и холедохолитиазом с использованием различных методик холецистэктомии в общехирургическом отделении Узловой больницы №2 на ст. Владикавказ ОАО РЖД с июня 2002 г. по декабрь 2013г. В нашу клинику с июня 2002 по декабрь 2013 год обратилось 3265 пациентов пожилого и старческого возраста. Из них в плановом порядке госпитализировано 933 больных (28,6%), в неотложном порядке - 2332(71,4%). Произведено всего 2577 холецистэктомий: плановых - 933, по экстренным, срочным и отсроченным показаниям - 1644. В клинике применяются три метода хирургического лечения ЖКБ, острого холецистита и холедохолитиаза: холецистэктомия мини-доступом, которая выполнена за указанный срок 967 (58,8%) больным, лапароскопическая холецистэктомия 483(29,4%) больным и традиционная холецистэктомия 194(11,8%). Холедохолитотомия мини-доступом-73; ретроградная эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией (ЛХЭ) – 85 пациентам двухэтапно; традиционная холедохолитотомия -58. Выводы: 1. Холецистэктомия из мини-доступа является наименее травматичной из всех существующих методов холецистэктомии. 2. У больных с холецистохоледохолитиазом, без стеноза большого дуоденального сосочка, одноэтапное лечение из мини-доступа эффективно. 3. Холецистэктомия, выполняемая из минилапаротомного доступа, позволяет статистически достоверно сократить время операции, послеоперационные осложнения и длительность госпитализации пациентов. 4. Противопоказаниями к холецистэктомии из мини-доступа являются распространенный перитонит и необходимость проведения широкой ревизии брюшной полости.

### **3. Способ интраоперационной превентивной санации брюшной полости при лапароскопической аппендэктомии.**

Мрыхин Г.А., Groшилин В.С., Черкасов М.Ф., Черкасов Д.М.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель работы: определить эффективность применения оригинальной методики профилактики гнойно-септических осложнений, проводимой интраоперационно при лапароскопической аппендэктомии. Материалы и методы: На клинических базах кафедры хирургических болезней №2, в отделении хирургическом клиники РостГМУ и хирургическом отделении ГБ №6 г. Ростова-на-Дону нами произведено оперативное лечение 225 больных с острым деструктивным аппендицитом. Профилактика гнойно-септических осложнений по стандартной, общепринятой методике, заключающейся в предоперационном введении антибактериального препарата и санации брюшной полости раствором водорастворимого хлорсодержащего антисептика, проводилась у 117 больных I группы клинических наблюдений. У 108 больных, составивших II клиническую группу, применена оригинальная методика профилактики гнойно-септических осложнений (патента РФ на изобретение № 2468739). Обе группы больных были сопоставимы по возрасту, полу и характеру дооперационных осложнений. Результаты: После проведенного лечения, при ретроспективном анализе установлено, что длительность периода, прошедшего от появления первых симптомов заболевания до госпитализации в хирургическое отделение, составила от 6-х до 48 часов, в среднем, около 13,8 часов. В ходе диагностической лапароскопии в обеих группах выявлено: у 191 пациентов (84,9%) - флегмонозный аппендицит, у 12 пациентов (5,3%) - гангренозный аппендицит, у 7 (3,1%) пациентов гангренозно-перфоративный аппендицит. Осложнения в виде местного отграниченного перитонита отмечалось в 27 клинических наблюдениях (12%), рыхлого инфильтрата - в 49 наблюдениях (21,8%). В группе пациентов, оперированных с использованием предложенной методики профилактики гнойно-септических осложнений, средний койко-день составил 6,1, при этом, нормализация температуры тела, снижение уровня лейкоцитов крови отмечалась у 85 больных (78,7%) в течение первых суток после операции, дальнейший послеоперационный период протекал без особенностей. Гнойно-септические осложнения в виде инфильтрата в правой подвздошной области в данной группе больных отмечались у 2-х пациентов (1,85%). Сроки нормализации воспалительных изменений в анализах крови соответствовали стандартному течению послеоперационного периода у 21 больного (19,4%), т.е. в послеоперационном периоде после снижения уровня лейкоцитов и нормализации температуры тела отмечались однократные эпизоды гипертермии до 38,0 С на 2-3 сутки послеоперационного периода, развития нагноительных осложнений как в брюшной полости, так и со стороны послеоперационных ран - не наблюдалось. Выводы: Применение оригинального способа профилактики гнойно-септических осложнений показало свою эффективность при операциях по поводу острого аппендицита. Считаем, что применение данного способа позволит улучшить результаты лечения больных с деструктивными формами заболевания, снизить вероятность развития гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде, а также расширить показания для видеоэндохирургического лечения острого аппендицита.



#### **4. Перкутанное пункционное дренирование рецидивных эхинококковых кист печени, под УЗ-навигацией.**

Меджидов Р.Т., Хабибулаева З.Р., Абдурашидов Г.А., Меджидов Ш.Р., Меджидова Д.Р.

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение В последние годы активно обсуждаются вопросы лечения эхинококкоза печени в миниинвазивном варианте. Широкому внедрению данного способа лечения эхинококкоза препятствовал тот факт, что при этом высока вероятность обсеменения зародышевыми элементами паразита брюшной полости. Технические разработки последних лет позволили значительно снизить вышеуказанные осложнения миниинвазивных вмешательств, но они полностью не исключают возможность попадания зародышевых элементов в свободную брюшную полость. Однако при рецидивном эхинококкозе имеются благоприятные условия для проведения перкутанного дренирования кист под УЗ-навигацией, за счет наличия адгезивного процесса вокруг печени. Цель исследования Оценка эффективности перкутанного дренирования рецидивных эхинококковых кист печени под УЗ-навигацией. Материалы и методы Изучены результаты перкутанной пункции и дренирования рецидивных кист печени под УЗ-навигацией у 54 пациентов. Возраст пациентов составил от 27 до 83 лет. Рецидив в правой доле отмечен в 26(48,1 %) наблюдениях, в левой – 22(40,7 %), в обеих долях печени – в 6 (11,2%) случаях. Размеры кист колебались от 6,0 до 13,0 см. Всем пациентам проводили комплекс клинических и инструментальных исследований. Все перкутанные вмешательства выполняли в условиях операционной под местной анестезией. При пункции и дренировании кисты обязательными условиями были: обход крупнотрубчатых структур печени, аспирация гидатидной жидкости, обработка полости гипертоническим раствором хлорида натрия, удаление хитиновой оболочки, контроль полноты удаления хитиновой оболочки, оставление в остаточной полости дренажа. Для пункции, удаления хитиновой оболочки и дренирования использовали комплекс игла-катетер и расширители пункционного канала 12—14 F. В послеоперационном периоде проводились промывания полости гипертоническим раствором хлорида натрия и химиотерапия альбендозолом. Результаты и обсуждение Техническая реализация способа достигнута у 93,1 % пациентов. В 3-х наблюдениях на этапе удаления хитиновой оболочки возникли технические сложности и зародышевые элементы паразита были удалены из мини доступа. Нагноения остаточной полости отмечены в 2,3 % наблюдений. Они излечены дренированием под УЗ-навигацией. Остаточная полость после перкутанной пункции и дренирования определялась в 34,9% наблюдений. В отдаленном периоде остаточную полость наблюдали в 3,5 % наблюдений. Повторный рецидив эхинококковой болезни не отмечен. Заключение Перкутанная пункция и дренирование кист при рецидивном эхинококкозе не уступает по эффективности традиционным методам лечения. При данной форме эхинококкоза печени указанная методика является абсолютно безопасной.

## 5. Особенности клинико-рентгенологической диагностики острой спаечной кишечной непроходимости.

Гринцов А.Г., Антонюк С.М., Ахrameев В.Б., Андриенко И.Б., Луценко Ю.Г.

Донецк, ДНР

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Диагностика острой спаечной непроходимости кишечника (ОСНК) не представляет трудностей, поскольку заболевание имеет четкий патогенез и морфологический субстрат: прекращение пассажа содержимого по кишечнику, которое выявляет клинически и (наиболее объективно) рентгенологически. Однако нередко хирурги допускают диагностические и тактические ошибки. Летальность при ОСНК высока, при ранней спаечной непроходимости – 25-55%. В связи с этим нами проанализированы результаты клинико-рентгенологической диагностики ОСНК. В клинике лечилось 226 больных с ОСНК. В возрасте до 60 лет было 152 (67,1%) больных, старше 60 лет – 74 (32,9%); мужчин – 161, женщин – 65. ОСНК возникла после аппендэктомии у 84 (37,1%) больных, операций по поводу травмы органов брюшной полости – у 53 (23,4%), акушерско-гинекологических операций – у 34 (15%), операций по поводу язвенной болезни (в том числе перфоративной язвы) – у 26 (11,5%), непроходимости кишечника – у 20 (8,9%), грыжи – у 9 (4,1%). ОСНК возникла один раз у 143 (63,3%) больных, два раза – у 62 (27,4%), три – у 19 (8,4%), более трех раз – у 2 (0,9%). Таким образом, 83 (36,8%) больных страдали спаечной болезнью. В сроки от 6 ч. от начала заболевания госпитализированы 79 (34,9%) больных, до 24 ч. – 94 (41,6%), позже 24 ч. – 53 (23,5%). Следовательно, более 24 ч. заболевание длилось почти у 25% больных, причем 68% из них были пожилого и старческого возраста. В диагностике заболевания учитывались клинические признаки и данные рентгенологические исследования. У всех больных выявлены признаки острой непроходимости кишечника различной степени выраженности: схваткообразная боль в животе, тошнота, рвота, задержка стула и газов, хотя трактовали эти данные по-разному. Наиболее достоверными симптомами заболевания считали: задержку стула и газов, асимметрию живота (симптом Валя), шум плеска и выраженный застой в желудке, выявляемый при его зондировании. Указанные симптомы явились основанием для установления диагноза полной непроходимости кишечника уже во время госпитализации у 43 (19,1%) больных. У 104 (46%) больных эти симптомы были менее выражены, у 79 (34,9%) – слабо выражены, что позволило предположить частичную непроходимость кишечника. Для подтверждения предварительного диагноза всем больным проведено рентгенологическое исследование, которое начали с обзорной рентгенографии брюшной полости. Полное соответствие клинических проявлений и рентгенологических признаков ОСНК отмечено у 149 (65,9%) больных. Из 43 больных, у которых диагноз заболевания был установлен при поступлении их в клинику, у 40 при рентгенографии выявлены множественные чаши Клойбера и тонкокишечные «арки». Из 104 больных с менее выраженными клиническими признаками заболевания у 54 обнаружены достоверные рентгенологические симптомы – крупные единичные либо средних размеров чаши Клойбера и «арки»; у 50 – данные рентгенологического исследования были менее информативными: чаши и «арки» отсутствовали у 10 больных, единичные «арки» обнаружены у 18, мелкие чаши Клойбера – у 14, единичные мелкие чаши и «арки» – у 8. Из 79 больных со стертой клинической картиной ОСНК четкие рентгенологические признаки ее отмечены у 52, признаки непроходимости отсутствовали у 4, единичные мелкие чаши выявлены у 10, единичные «арки» – у 9, единичные «арки» и мелкие чаши – у 4. Таким образом, у 77 (43,1%) больных рентгенологические симптомы либо отсутствовали, либо были мало выражены. Рентгеноконтрастное исследование с использованием бариевой взвеси проведено у 166 (74,3%) больных. Основными показаниями к изучению пассажа бариевой взвеси по кишечнику являются слабо

выраженные клинические признаки, небольшая длительность заболевания (до 6 ч.), необходимость обследования больных, ранее неоднократно оперированных по поводу ОСНК, у которых даже при наличии выраженных клинических симптомов повторное оперативное вмешательство выполняют только при абсолютной уверенности в полной непроходимости кишечника, о чем свидетельствуют лишь данные рентгенологического исследования. При наличии даже незначительной проходимости кишечника возможно воздержаться от повторной, как правило чрезвычайно сложной операции, эффективность которой у многих таких больных невысока. Использование описанной тактики позволило избежать операции у 6 больных, несмотря на наличие явных клинических показаний к ней. Еще у 28 (12,4%) больных процесс разрешился самостоятельно, что свидетельствовало о частичной непроходимости кишечника. Это же подтверждено при рентгенологическом исследовании: замедление пассажа бариевой взвеси, неравномерное заполнение петель тонкой кишки, поступление контрастной взвеси в ободочную кишку с последующим опорожнением ее у всех этих больных. Оперированы 192 (84,9%) больных. Препятствие пассажу содержимого локализовалось в дуоденальном переходе у 2 (1,1%) больных, в начальной части тощей кишки (на расстоянии до 1 м от связки Трейтца) – у 12 (6,2%), в средней части кишки (1,5-2 м. от связки Трейтца) – у 27 (14,1%), в средней части подвздошной кишки – у 62 (32,2%), в дистальной части подвздошной кишки (0,5-1 м от илеоцекального клапана) – 89 (46,4%). Следовательно, у 79,6% больных наблюдалась «низкая» ОСНК. Результаты обзорной рентгенографии брюшной полости у 34,1% больных при отсутствии незначительной выраженности признаков ОСНК трудно оценить однозначно. При наличии препятствия в области дуоденоюнального перехода отсутствие рентгенологических признаков непроходимости кишечника может быть объяснено тем, что основная часть тонкой кишки находится дистальнее препятствия, а так же другими причинами. Наши данные не согласуются с мнением некоторых авторов, полагающих, что классические рентгенологические симптомы непроходимости тонкой кишки отсутствуют у пациентов пожилого и старческого возраста; в наших наблюдениях это было характерно преимущественно для больных молодого и среднего возраста. Возможно, у некоторых больных непроходимость кишечника вначале была частичной, с опорожнением тонкой кишки, в последующем при отказе от приема пищи, обусловленном началом заболевания, кишечник не переполнялся жидкостью и газом. Также возможно, что рентгенологические признаки зависели от режима питания больных накануне заболевания (голодание, умеренный, обильный прием пищи), а также состава ее, что способствовало развитию бродильных процессов и газообразованию. Все перечисленные факторы необходимо учитывать при опросе больных. Малое число наблюдений не позволяет сделать окончательные выводы. Однако следует указать, что при наличии даже незначительно выраженных признаков ОСНК отсутствие подтверждения ее во время обзорной рентгенографии брюшной полости не должно успокаивать хирурга. **ВЫВОДЫ:** 1. При ОСНК у 6,4% больных на обзорной рентгенограмме брюшной полости ее признаки не выявляются. 2. Изучение пассажа бариевой взвеси по тонкой кишке проводится при отсутствии выраженных клинических проявлений и небольшой продолжительности (до 6 ч.) заболевания в целях установления степени непроходимости (полная или частичная).

## **6. Малоинвазивные технологии в лечении прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки**

Володченко Н.П., Новолодский Е.Г., Роговченко А.В.

Благовещенск

ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ГАУЗ АО «Благовещенская ГКБ»

Актуальность проблемы. Язвенная болезнь является во всём мире широко распространённым заболеванием. Одним из тяжелейших осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки является перфорация язвы. Перфорация язвы может возникнуть в любом возрасте, но, в основном, у больных от 20 до 40 лет. Основная часть больных — лица трудоспособного возраста с преобладанием лиц мужского пола. Операция ушивания перфоративной язвы, в том числе с использованием малоинвазивных методик (лапароскопической, минидоступа), является наиболее распространённой в хирургических стационарах Российской Федерации и выполняется в 50-97% наблюдений и направлена на спасение жизни больного. Цель работы оценить результаты хирургического лечения больных с язвенной болезнью, осложнённых перфорацией с использованием малоинвазивных технологий. Материалы и методы Исследование содержит анализ историй болезни 75 пациентов, поступивших в экстренном порядке в клинику кафедры хирургии с курсом урологии АГМА на базе «МУЗ ГКБ» г. Благовещенска в период за период 2012-2014гг. Основную группу 59 (78,6 %) составляли люди трудоспособного возраста. Среди общего количество больных мужчин было 61 (81,3%), женщин 14 (18,7 %). Возраст пациентов колебался от 19-87 лет, средний возраст составил 46,8 года. Время от момента перфорации до поступления в стационар составляло от 2 часов до 1-2 суток. К сожалению, 18 (24%) больных поступили в отделение поздно, спустя 24 и более часов от момента заболевания с клиникой перитонита. У 46 (61,3 %) больных при поступлении в стационар имелась типичная клиническая картина перфорации полого органа, у 6 (8%) больных перфорация язвы была первым признаком язвенной болезни. Язвенная болезнь желудка выявлена у 32 (42,6%), двенадцатиперстной кишки - у 43 (57, 4%) больных. Диагностический алгоритм включал, помимо клинических, биохимических анализов крови, мочи, ЭКГ, осмотр специалистов, рентгенологическое исследование органов брюшной полости и грудной клетки, позволившее выявить свободный газ в брюшной полости у 59 (78,6%), что явилось достоверным признаком перфорации полого органа и показанием к экстренному хирургическому вмешательству. В отсутствие свободного газа в брюшной полости и при сомнительной клинической картине следующим этапом в диагностической программе – выполнение ФГДС, что дало возможность выявить локализацию язвенного дефекта, признаки перфорации у 9 (12%) больных, для уточнения диагноза 7 (9,3%) больным проведена диагностическая лапароскопия. Результаты исследования. Все пациенты были разделены на две группы. В первую группу больных вошли 33 (44%) пациента, которым применили малоинвазивные технологии устранения перфорации путём ушивания дефекта: лапароскопически - у 21 (63,6%) и из минидоступас помощью специального комплекта инструментов «Мини-Ассистент» - 12 (39,4%) больных. Вторую группу больных составили 42 (56%) больных, которым были выполнены традиционные методы хирургического лечения перфоративной язвы. Они включали: обычное ушивание дефекта или подкреплением его сальником у 28 (66,7%) больных, тампонада язвы сальником по Опелю-Поликарпову - у 5 (11,9%), иссечение язвы с пилоропластикой по Микуличу – у 7 (16,6%), резекция желудка по Бильрот - 2 в модификации Гофмейстера – Финстерера - 2 (4,7%). Конечно, результаты хирургического лечения сравнивать напрямую нельзя, так как для видеохирургического вмешательства и операций из мини доступа проводился тщательный отбор больных, и, как правило, это были более лёгкие больные с клиникой типичной перфорации язвы,

поступившие в первые часы от момента перфорации. Все оперативные вмешательства заканчивали назогастральным дренированием с последующей постоянной аспирацией желудочного содержимого до разрешения пареза кишечника. Сразу после оперативного вмешательства начинали проводить современное противоязвенное лечение и рекомендовали его продолжение в амбулаторных условиях. Использование малоинвазивных технологий при лечении перфоративных язв отразилось на результатах лечения этой группы больных. Послеоперационные осложнения в первой группе отмечены у 2 (6,1%) летальных исходов не было. Для сравнения в группе больных, которым операции выполнялись из лапаротомного доступа (ушивание или иссечение перфорации, резекции желудка), аналогичные показатели составили – 9 (21,4%) и 6(14,3%) соответственно. Летальные исходы наступили у 6 из 18 больных, поступивших в хирургическое отделение спустя сутки и более от момента заболевания, с клиникой перитонита, все лица были старше 60 лет, с наличием сопутствующих заболеваний. Основными осложнениями являлись гнойные раневые осложнения, бронхопневмонии, инфаркт миокарда, ТЭЛА. При применении малоинвазивных технологий отмечено более лёгкое течение послеоперационного периода, менее выражен был болевой синдром. Послеоперационный койко-день при традиционных методах лечения составил 12,8, при использовании малоинвазивных технологий – 6,5. Выводы 1.Исходы оперативного лечения больных язвенной болезнью, осложнённой перфорацией, зависят от сроков поступления пациентов в стационар, возраста и сопутствующей патологией и метода оперативного вмешательства. 2. Использование малоинвазивных технологий в лечении больных язвенной болезнью, осложнённой перфорацией, значительно улучшает результаты лечения этой группы больных, позволяет сократить количество послеоперационных осложнений, а также ускорить социально - трудовую реабилитацию больных. 3. После выписки из стационара больные должны продолжать лечение в амбулаторных условиях под наблюдением гастроэнтеролога. .

## **7. Методика стабилизации флотирующего переднего реберного клапана**

Котов И.И. (1,2)

Омск

1) ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) МУЗ «ГК БСМП №1»

Актуальность. Среди пациентов с флотирующим переломом ребер наиболее тяжелые нарушения вентиляции и кровообращения наряду с центральным клапаном возникают у больных с левым флотирующим передним реберным клапаном (ФПРК). Как правило, при этом отмечаются двойные или тройные переломы переднебоковых отрезков средних и нижних ребер, включая реберные хрящи и в некоторых случаях реберную дугу, а так же ушиб легких и сердца. Флотация реберного клапана создает парадоксальное дыхание в легком, нарушает присасывающее действие грудной клетки. Ушиб легких и сердца усугубляет гемодинамические и дыхательные расстройства. Нарушение целостности нижней апертуры гемиторакса усиливает нестабильность реберного каркаса в целом. Пневматическая стабилизация (ПС) в течение даже двух недель не обеспечивает сращения хрящевых отделов и дает большое количество респираторных осложнений. По существу, ПС не обеспечивает иммобилизацию костных отломков из-за их постоянной респираторной подвижности. А стабилизация реберными пластинами сломанных реберных хрящей неэффективна, а в проекции сердца небезопасна и в целом травматична. По данным литературы имеются серьезные трудности в лечении таких переломов. Это связано с техническими проблемами и тяжелым состоянием пострадавших. Цель – разработать малоинвазивную, эффективную и простую в исполнении методику стабилизации ФПРК. Метериал и методы. На базе травматологического отделения МУЗ

"ГК БСМП №1" г. Омска разработана выше названная методика. Которая заключается в экстраторакальной стабилизации силиконовой шиной армированной трехжильным медным кабелем ВВГ 3x4 в двойной ПВХ и силиконовой оболочке по аналогии с предложенной нами ранее методикой «Способ лечения множественных нестабильных и флотирующих переломов ребер» (патент на изобретение №2569716). С разницей в том, что фиксация передней части шины осуществляется непосредственно за грудину двумя двойными лигатурами в четырех точках как при центральном клапане. Ветви шины уходят к СПЛ и ЗПЛ или ЛЛ ниже лопатки и фиксируются к задним отрезкам ребер связанным с позвоночником. Все сломанные ребра по ходу шины фиксируют к ней в нескольких точках. При переломе реберной дуги и нижней апертуры груди (дуга и или 10 ребро нижняя ветвь шины идет от грудины вдоль дуги или 6 -7-8-9 ребер). С фиксацией к грудины, всем сломанным ребрам и заднему отрезку 9 или 10 ребра фиксированному к позвоночнику. Верхняя ветвь идет выше на 1-2 ребра и к ней фиксируются выше сломанные ребра. Методика применена на трех пациентах с ФПРК. Кроме того, у всех имелись множественные двусторонние переломы ребер, осложненные гемопневмотораксом, ушибом легких и в одном случае ушибом сердца. Из сопутствующих повреждений имелись переломы обеих лопаток и множественные переломы костей таза в одном случае, еще в одном - тяжелая черепно-мозговая травма с двусторонней субдуральной гематомой, и еще в одном - разрыв нижней доли левого легкого с разрывом селезенки. По поводу указанных повреждений вначале были выполнены полостные операции, а спустя 2-3 суток стабилизация груди. Результаты. У всех троих пациентов пролеченных по данной методике удалось стабилизировать грудную клетку, устранить подвижность ФПРК, двоих в течение трех суток перевести на спонтанное дыхание. Фиксирующие шины у них были сняты через 2,5-3 недели, при этом отмечено формирование фиброзно-хрящевых мозолей мест переломов хрящей и консолидация переломов костных отделов ребер, отсутствие патологической подвижности реберного клапана. Один пациент погиб от отека и вклинения головного мозга. Обсуждение. После перевода на спонтанное дыхание у больных значительно уменьшалась боль при дыхании и движении, появлялась возможность эффективно кашель. Шина не ограничивает физическую активность, не мешает нормально принимать пищу и спать. Снимать шину очень просто, при этом в теле пациента не остается инородных тел. Выводы: предложенная методика малоинвазивна, доступна как по материалу для изготовления шины, так и в техническом исполнении, может быть эффективно применена в любом хирургическом отделении по оказанию неотложной помощи у больных с ПФРК и политравмой.

## **8. Мини-холецистэктомия у больных острым холециститом старше 80 лет**

Капшитарь А.В.

Запорожье, Украина

Запорожский государственный медицинский университет

Продолжающееся старение населения, рост заболеваемости острым холециститом и особенно деструктивных и осложнённых форм, сопровождающееся высокой частотой осложнений и летальности, возрастающих с каждым последующим десятилетием жизни, обуславливает актуальность проблемы и стимул к поиску путей её решения. Цель работы: улучшить результаты лечения острого холецистита у лиц старше 80 лет путём использования мини-холецистэктомии. Материал и методы: На кафедре хирургии и анестезиологии ФПО, расположенной в 1-м хирургическом отделении КП „Городской клинической больницы № 2”, с 2001 по 2016 годы неотложная мини-холецистэктомия (МХЭ) выполнена у 569 пациентов различных возрастных групп с острым холециститом. Среди всех больных пациенты старше 80 лет составили небольшую группу - 19 (3,3%)

больных. Превалировали женщины 13 (68,4%) против мужчин – 6 (31,6%). Возрастные колебания составили от 81 до 88 лет. До 6 часов от начала заболевания госпитализировали 5 (26,3%) пациентов, в течение 6-12 часов – 1 (5,3%), 12-24 часов – 2 (10,5%), 1-3 суток – 5 (26,3%) и 4-6 суток – 6 (31,6%). Большинство больных поступили спустя 1 сутки – 11 (57,9%). Давность желчнокаменной болезни от 5 до 30 лет была у 17 (89,5%) пациентов, которые ранее безуспешно лечились. Лишь 2 (10,5%) больных поступили с первым приступом острого холецистита. Сопутствующие заболевания в количестве от 2 до 7 диагностированы у всех 19 пациентов. Превалировали болезни сердечно-сосудистой системы у 10 (52,6%) больных, дыхательной – у 4 (21,1%), реже эндокринной - у 3 (15,8%) и злокачественных заболеваний желудка и кожи III клинической группы – у 2 (10,5%). Из них острый инфаркт миокарда перенесли 3 (15,8%) пациентов, инсульт – 2 (10,5%), а 4 (21,1%) – страдали аритмиями. Ранее оперированы 9 (47,4%) больных (аппендэктомия-3, гастрэктомия-1, иссечение перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с пилоропластикой по Джадду-Хорсли+СПВ+фундопликация по Ниссену-1, экстирпация матки с придатками-1, ампутация конечности-1, иссечение рака кожи-1). Диагностику острого холецистита выполняли на основании клинического обследования, данных лабораторно-биохимических исследований, рентгенологического, УЗИ, ЭФГДС, минилапароскопии. Результаты и обсуждение: Оперативный доступ к желчному пузырю осуществлён из правостороннего продольного трансректального мини-доступа. Катаральная форма острого холецистита диагностирована у 1 (5,3%) пациента, флегмонозная – у 7 (36,8%), гангренозная – у 8 (42,1%) и перфоративная – у 3 (15,8%). Следовательно, превалировали тяжёлые деструктивные формы. Высокая частота осложнённого течения заболевания – 16 (84,2%) больных (рыхлый околопузырный инфильтрат-7 и плотный-4, абсцесс-3, местный перитонит-2). Впервые у 3 (15,8%) пациентов во время операции выявлен цирроз печени и у 1 (5,3%) – киста S6 печени. МХЭ выполнена у 18 (94,7%) больных, МХЭ+атипичная резекция S6 печени с кистой – у 1 (5,3%). Расширение мини-доступа выполнили у 1 (0,5%) пациента для прошивания ложа желчного пузыря с целью гемостаза. После операции, на 5 сутки, у 1 (0,5%) больного возникло кровотечение из брюшной стенки у дренажа, остановлено прошиванием. Умерла 1 (0,5%) пациентка 82 лет с острым флегмонозным холециститом, инфильтратом и исходной тяжёлой кардиальной патологией от отёка лёгких. Оперированные нами больные старше 80 лет с выраженными инволютивными изменениями в органах и системах, находящимися на грани декомпенсации, множественные сопутствующие заболевания, особенно после перенесённого острого инфаркта миокарда, инсульта, аритмиями, циррозом печени, имели длительный анамнез желчнокаменной болезни, позднюю госпитализацию с острым холециститом, что привело к развитию тяжёлых деструктивных форм и тяжёлых локальных осложнений, являлись факторами высокого риска интра- и послеоперационных осложнений, летальности. Мини-доступ к желчному пузырю был малотравматичный, который минимизировал хирургическую агрессию, улучшил результаты хирургического лечения. Выводы: 1. Среди всех больных с острым холециститом, оперированных мини-доступом, лица старше 80 лет составили 3,3%. 2. Мини-доступ является малотравматичным, позволил выполнить холецистэктомию при осложнённом деструктивном холецистите. 3. Послеоперационный период характеризовался ранней активизацией (8-10 часов), что привело к быстрому восстановлению функций и систем организма, сокращению материальных затрат, госпитального лечения, уменьшению послеоперационных осложнений и летальности.

## **9. Диагностическая минилапароскопия в оптимизации выбора классической лапаротомии или малоинвазивной лечебной минилапароскопии в неотложной абдоминальной хирургии.**

Капшитарь А.В.

Запорожье, Украина

Запорожский государственный медицинский университет

Травматичность оперативного доступа в неотложной абдоминальной хирургии коррелирует с частотой послеоперационных осложнений и летальности. Диагностическая лапароскопия позволяет оптимизировать его выбор, максимально расширяя показания к малоинвазивной лечебной лапароскопии и сужая показания к классической травматичной лапаротомии. Это привело к улучшению результатов лечения. Минимизировать травматичность лапароскопии позволяет минилапароскопия. Цель исследования: оценить возможности диагностической минилапароскопии в выборе классической травматичной лапаротомии или малоинвазивной лечебной минилапароскопии в неотложной абдоминальной хирургии. Материал и методы исследования. В хирургическом отделении КП „Городской клинической больницы № 2“, базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, с 2012 по 2016 годы диагностическая минилапароскопия (ДМЛС) выполнена у 51 больного с подозрением на острые хирургические заболевания и травматические повреждения органов брюшной полости с последующим определением дальнейшей лечебной тактики: классическая лапаротомия или малоинвазивная лечебная минилапароскопия (ЛМЛС). Мужчин - 31 (60,8%), женщин - 20 (39,2%). Возраст 19-93 года. Сопутствующая патология была у 47 (92,2%) пациентов. Ранее были оперированы 14 (27,5%) больных. ДМЛС выполнена набором инструментов, центральной частью которых являлась оптическая трубка диаметром 5 мм с углом оптики 30° производства фирмы „ЭлеПС“ г. Казань (Россия), троакар диаметром 5 мм с автоматическим клапаном и гладкой канюлей фирмы ООО НПФ „КРЫЛО“ г. Воронеж (Россия) и полый манипулятор собственной конструкции. Использована однопрокольная методика О.С. Кочнева (1988). Выполняли панорамный и прицельный полипозиционный осмотр пациентов на операционном столе. После клинического обследования больных определены показатели лабораторно-биохимических исследований, рентгенологических, УЗИ, ФЭГДС, оказавшиеся неинформативны. Считаем довольно опасным динамическое наблюдение за пациентами с целью установления диагноза. Поэтому, окончательным этапом диагностики и выбора дальнейшей лечебной тактики: классическая лапаротомия или малоинвазивная ЛМЛС считали выполнение ДМЛС. Показанием к ДМЛС у 34 (66,6%) больных была невозможность проведения дифференциальной диагностики между острыми хирургическими заболеваниями с различными лечебными тактическими подходами, у 9 (17,7%) – установлен асептический панкреонекроз, распространённый перитонит и у 8 (15,7%) – закрытая травма живота, подозрение на повреждения абдоминальных органов. Результаты исследований. На основании прямых, достоверных и косвенных минилапароскопических признаков установлены разнообразные диагнозы и сформированы 3 группы пациентов. Группу А составили 35 (68,6%) больных с острыми хирургическими абдоминальными заболеваниями (асептический панкреонекроз - 12, прикрытая прободная язва двенадцатиперстной кишки - 7, острое нарушение мезентериального кровообращения - 5, деструктивный аппендицит - 4, флегмонозный калькулёзный холецистит - 3 и калькулёзный холецистит - 1, спаечная тонкокишечная непроходимость - 1, межпетельный абсцесс мезогастральной области - 1, разлитой гнойный-фибринозный перитонит - 1). В группу В включили 6 (11,8%) пациентов с закрытой травмой живота (чрескапсульный разрыв печени - 2 и селезёнки - 1, внебрюшинный разрыв двенадцатиперстной кишки, брыжейки - 1, внутрибрюшинной части мочевого пузыря - 1, напряжённая забрюшинная гематома, вскрывшаяся в



брюшную полость - 1). Группа С - 10 (19,6%) больных, где исключена неотложная патология. На основании диагнозов, установленных во время ДМЛС, оптимизирована дальнейшая лечебная тактика. Малотравматичная ЛМЛС выполнена у 12 (23,5%) пациентов (аспирация перитонеального экссудата, блокада круглой связки печени разработанным способом, холецистостомия, дренирование брюшной полости и малого таза) при асептическом панкреонекрозе, осложнённом перитонитом. После дополненной консервативной терапии все выздоровели. Классическая лапаротомия с коррекцией неотложной абдоминальной хирургической патологии осуществлена у 27 (52,9%) больных с 6 (22,2%) летальными исходами (абдоминальный сепсис-2, острый инфаркт миокарда+инфаркт мозга-2, инфаркты ствола мозга и полушария-1, тромбоэмболия лёгочной артерии-1). Лишь дренирование полости малого таза осуществлено у 2 (3,9%) пациентов с острым нарушением мезентериального кровообращения в стадии разлитого гнойно-фибринозного перитонита. В группе, где была исключена неотложная абдоминальная патология, умерли 2 (20%) больных с циррозом печени, стадии С по CHILD-PUGH (печёчно-почечная недостаточность-1, острый инфаркт миокарда-1). Выводы: 1. ДМЛС позволила у 68,6% пациентов установить диагноз острых хирургических абдоминальных заболеваний, у 11,8% - травматических повреждений, а у 19,6% - исключить неотложную абдоминальную хирургическую патологию. 2. Оптимизирована лечебная тактика. Сокращены лечебные классические лапаротомии до 49%, напрасные – до 3,9%. ЛМЛС выполнена у 23,5% больных. 3. Летальные исходы имели место после лапаротомии – 22,2% и в группе больных, не имевших неотложной абдоминальной хирургической патологии – 20%.

#### **10. Лапароскопическая блокада круглой связки печени с тиотриазолином – элемент лечебной лапароскопии стерильного панкреонекроза с перитонитом.**

Капшитарь А.В.

Запорожье, Украина

Запорожский государственный медицинский университет

Острый панкреатит (ОП) относится к наиболее тяжёлым неотложным заболеваниям органов брюшной полости. Он устойчиво занимает 2-место по обращаемости, а в отдельных регионах – 1-е место. Его тяжёлое течение отмечается у 15-20%. Общая летальность колеблется от 4 до 15%, при панкреонекрозе – 24-60%, послеоперационная летальность достигает 70%. В методических рекомендациях «Удосконалені алгоритми діагностики та лікування гострого панкреатиту» (2012, Киев) отмечается, что малоинвазивными лечебными лапароскопическими методиками среднего или тяжёлого течения ОП является удаление экссудата и дренирование брюшной полости, декомпрессия забрюшинной клетчатки, холецистостомия, а при сочетании ОП с деструктивным холециститом – холецистэктомия с наружным дренированием холедоха. Вместе с тем, исследования некоторых авторов и наши многочисленные исследования, показывают выраженный лечебный эффект и лапароскопической блокады круглой связки печени (ЛБ КСП) при стерильном панкреонекрозе (СП) с перитонитом. Цель работы: улучшить результаты лечения стерильного панкреонекроза с перитонитом путём внедрения лапароскопической блокады круглой связки печени. Материал и методы. В хирургическом отделении КП „Городской клинической больницы № 2”, базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, ЛБ КСП с тиотриазолином выполнена у 46 больных СП с перитонитом. Мужчин было 21 (45,7%), женщин – 25 (54,3%). Возраст 21 – 82 года. Сопутствующими заболеваниями страдали 36 (78,3%) пациентов. При поступлении проведено клиническое обследование, лабораторно-биохимическое, рентгенологическое, УЗИ, ФЭГДС, ЭКГ, по показаниям: КТ. Консервативное лечение осуществлено 30 (65,2%) больным. Показанием к лапароскопии был СП с перитонитом или невозможность

исключить другие острые хирургические абдоминальные заболевания. Лапароскопия выполнена у 34 (73,9%) пациентов аппаратом фирмы Karl Storz (Germany) стандартными инструментами диаметром 10 мм по усовершенствованной методике Kelling. Для мини-лапароскопии у 12 (26,1%) больных использовали набор инструментов, центральной частью которых были оптическая трубка диаметром 5 мм с углом оптики 30 градусов производства фирмы „ЭлеПС" г. Казань (Россия), троакар диаметром 5 мм с автоматическим клапаном и гладкой канюлей фирмы ООО НПФ „КРЫЛО" г. Воронеж (Россия). Под местной анестезией осуществляли панорамный и прицельный полипозиционный осмотр пациентов на операционном столе, широко пользуясь сконструированным нами полым манипулятором. Результаты и обсуждение. Лапароскопическая семиотика СП слагалась из достоверных и вероятных признаков. После аспирации экссудата из брюшной полости выполняли ЛБ КСП: шприцем струйно вводили лекарственные препараты по разработанной прописи. Вначале ввели 400 мл 0,25% раствора новокаина, через 3 минуты – 2 мл 2,5% раствора тиотриазолина., спустя 5 минут последовательно - 5 мл фторурацила, 2 мл но-шпы, 20 000ед. контрикала, 2 г канамицина (Патент Украины № 28854 А). Брюшную полость и малый таз дренировали полихлорвиниловыми дренажами. Всех больных лечили в отделении анестезиологии и реанимации согласно принятым стандартам лечения. Болевой синдром у 34 (73,9%) пациентов купирован в конце блокады, у 12 (26,1%) – значительно уменьшился и ликвидирован в течение 1 – 2 суток. Клинические симптомы регрессировали. Восстановлена функция желудочно-кишечного тракта. Прекратилось отделяемое из брюшной полости по дренажам спустя 1-2 суток. Диастаза экссудата из брюшной полости уменьшилась с 512 г/ч до 12 г/ч, амилаза крови - с 176 до 32 г/ч, диастаза мочи – с 4096 до 64 ед. и нормализовалась к 4-5 суткам. Достаточно быстро пришли к норме основные показатели крови (Hb, Eг, L, лейкоцитарная формула и др.). Быстро нормализовались биохимические показатели крови – на 3-5 сутки. СП у 43 (93,5%) больных принял abortивное развитие, подтверждённое клиническим течением, данными лабораторно-биохимических исследований, УЗИ. Дренажи из брюшной полости удалены на 3 - 4 сутки. Швы сняты на 5 - 6 сутки. Однако, у 3 (6,5%) пациентов прогрессировал СП с образованием крупных секвестров, инфицированием, образованием абсцесса сальниковой сумки и флегмоны забрюшинного пространства, выполнена лапаротомия, секвестрэктомия, вскрыты абсцессы сальниковой сумки, забрюшинная флегмона слева после люмботомии. Осложнений и летальных исходов не было. Выводы: 1. Внедрение ЛБ КСП с тиотриазолином в комплексном лечении СП с перитонитом выявилось достаточно эффективным. 2. ЛБ КСП с тиотриазолином позволила у 93,5% больных придать СП и перитониту abortивное течение и лишь у 6,5% - осуществить лечебную лапаротомию при развитии инфицированного панкреонекроза и осложнений. 3. Рекомендуем ЛБ КСП с тиотриазолином в лечении СП с перитонитом.

## **11. Сравнительная оценка результатов хирургического лечения перфоративной язвы желудка и 12-перстной кишки.**

Шор Э.М.

Кишинев, Республика Молдова

Государственный Университет Медицины и Фармации им «Н. Тестемицану», Институт Ургентной Медицины

Актуальность. На сегодняшний день перфорация остается одним из наиболее частых и грозных осложнений язвенной болезни. Высокая заболеваемость, хронический и рецидивирующий характер течения, необходимость длительного послеоперационного лечения и мониторинга, а, главное, трудоспособный возраст пациентов обуславливает социальную значимость данной проблемы. Вопрос выбора оптимального метода и

техники оперативного вмешательства продолжают обсуждаться среди специалистов. Цель исследования: произвести анализ результатов хирургического лечения в зависимости от типа доступа и объема оперативного вмешательства с точки зрения оценки качества жизни. Материалы и методы: в данном исследовании участвовали пациенты, госпитализированные и прооперированные в срочном порядке и с положительным исходом по поводу перфоративной язвы желудка и 12 перстной кишки на базе хирургической клиники Кафедры хирургии №1 им «Николая Анестиади» Государственного Университета Медицины и Фармации им. «Николая Тестемицану» и Института Ургентой Медицины. Противоязвенная терапия проводилась пациентам с первых суток после оперативного вмешательства. Оценку качества жизни проводили при помощи опросника GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale). Результаты и обсуждение: В качестве клинических критериев, позволяющих оценить результаты хирургического лечения перфоративной гастродуоденальной язвы были использовали следующие критерии: безопасность (число осложнений и их характеристика), радикальность операции (количество рецидивов), функциональность (скорость восстановления и реабилитации в послеоперационном периоде), в том числе была проанализирована оценка качества жизни. Результаты хирургического лечения были отслежены в срок от 1 года до 12 лет. При оценке качества жизни по шкале GSRS отмечается преобладание положительных результатов в группе органосохраняющих операций по сравнению с радикальными, при этом они соответствуют показателям качества жизни здоровых людей. Выводы: До настоящего времени вопрос выбора объема хирургического вмешательства остается актуальным. Радикальные операции при перфоративной язве сопровождаются значительным числом осложнений, как в раннем, так и позднем послеоперационном периоде и требуют длительной реабилитации и мониторинга. Широкое внедрение современного противоязвенного лечения в составе комплексной терапии позволяет отдать приоритетную роль органосохраняющим операциям, в особенности с миниинвазивным доступом.

## **12. Оценка возможностей неотложных малоинвазивных вмешательств при перфоративном холецистите.**

Бебуришвили А.Г., Панин С.И., Зюбина Е.Н., Савицкая А.В., Чамурлиева Г.О.

Волгоград

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель исследования. Получение новых данных о возможностях миниинвазивных методик оперирования в лечении перфоративного холецистита. Материалы и методы. За двадцатилетний период в клинике факультетской хирургии ВолгГМУ, произведено более десяти тысяч (n=10215) холецистэктомий. Из них в 2,8 % (n=292) наблюдений оперативные вмешательства были выполнены по поводу перфорации желчного пузыря. В когорте больных с перфоративным холециститом было 84 мужчин и 208 женщин, в возрасте от 26 до 97 лет (средний возраст составил 65,8 + 8,6 г.) Согласно общепризнанной, в мировом масштабе, классификации Неймера (Neimeier) перфорация желчного пузыря I типа была верифицирована в 22 % наблюдений (n=65), II тип прободения имел место в 66 % (n=193) и III тип - в 12 % случаев (n=34). Результаты исследования. Изучение структуры выполненных оперативных вмешательств показало, что при перфорации желчного пузыря были использованы как лапаротомные (72% (n=210)), так и малоинвазивные оперативные вмешательства (28% (n=82)). Оценка степени внедрения миниинвазивных технологий лечения перфоративного холецистита показала, что при первом типе перфорации, с наличием внутренних желчных свищей, доля миниинвазивных вмешательств составила 12 %. При втором типе (прикрытая

перфорация с исходом в перипузырный абсцесс) миниинвазивные методики были применены в 37 % случаев. При третьем типе, перфорация в свободную брюшную полость, сопровождающуюся распространенным перитонитом, только 6% пациентов были прооперированы при помощи миниинвазивных технологий. Технические особенности малотравматичных операций при перфоративном холецистите обусловлены наличием деструкции желчного пузыря и трудностями верификации элементов гепатодуоденальной связки (при невозможности анатомической верификации в течение 1 часа целесообразно переходить на лапаротомию). Для обнаружения желчного пузыря основным ориентиром является край печени; при освобождении участка стенки пузыря дальнейшее выделение желчного пузыря необходимо продолжать строго по серозному покрову. Остановку кровотечения из прилежащих тканей следует производить немедленно, резание и коагуляцию тканей выполнять на удалении (1,5-2 см) от полых органов; клипировать пузырный проток и артерию нужно по возможности ближе к стенке пузыря. Кроме того, при свищевых формах перфоративного холецистита возникает необходимость использования хирургических политехнологий за счет сочетания видеолапароскопии и минидоступа для вмешательств на желудке и кишечнике. Сравнительный анализ показал, что у больных с перфорацией желчного пузыря послеоперационные осложнения имели место в 29,4 % и 50 % случаев соответственно ( $F = 2,496, p < 0,05$ ). В группах сравнения, после миниинвазивных вмешательств у пациентов с хроническим холециститом, осложнения в послеоперационном периоде отмечены в 2,6 % наблюдений, лапаротомных - в 3,3 % ( $F = 8,018, p < 0,05$ ). При различных формах острого воспаления желчного пузыря осложнения после миниинвазивных операций зарегистрированы в 6,6 % случаев, после лапаротомных - в 35 % ( $F = 6,828, p < 0,05$ ). Более высокая частота развития осложнений при перфоративном холецистите обусловлена характером воспаления желчного пузыря, развитием периорганальных осложнений. Необходимо отметить, что по мере внедрения миниинвазивных технологий оперирования происходит достоверное снижение летальности. При перфоративном холецистите по мере внедрения малотравматичных методик оперирования летальность снизилась с 24 % до 16 % ( $F = 1,74, p < 0,05$ ). Таким образом, несмотря на широкое использование видеоэндохирургии в лечении больных с острым холециститом, возможности неотложных миниинвазивных вмешательств при перфорации желчного пузыря несколько ограничены, и они могут быть использованы у трети пациентов. Применение малоинвазивных вмешательств позволяет снизить общую летальность у больных с перфоративным холециститом.

### **13. Анализ эффективности использования лечебно-диагностической видеоторакоскопии при проникающих ранениях груди.**

Саркисян В.А., Чубарян К.А., Андреев Е.В., Саркисян А.В.

Ростов-на-Дону

МБУЗ «ГБСМП г. Ростова-на-Дону»

Актуальность проблемы. В последние годы за счет роста криминогенных происшествий отмечается увеличение числа пострадавших с травмой груди. Лечение пострадавших с травмой груди отличается длительностью, гнойно-септическими осложнениями, летальностью. Цель работы. Клинический анализ эффективности применения видеоторакоскопии при проникающих ранениях груди. Материал и методы: Изучены результаты видеоторакоскопии при лечении 92 больных с проникающими ранениями груди пролеченных в травматологическом отделении №2 МБУЗ ГБСМП г.Ростова-на-Дону с 2014 года по 2016. Из них мужчин – 65%, женщин – 35%. Одиночные проникающие ранениями груди были у 63,0% пациентов, множественные у 37,0%, из них двухсторонние у 9%. При поступлении шок I степени установлен у 17% пациентов, II степени – у 50% пациентов, III степени – у 20% пациентов. Результаты работы и

обсуждения. По частоте встречаемости повреждения, выявленные при видеоторакоскопии распределились следующим образом: наиболее часто встречались гемоторакс и внутривнутриплевральное кровотечение, реже субплевральные кровоизлияния и гематомы; эмфизема мягких тканей грудной стенки; открытые переломы ребер; раны легкого раны и гематомы средостения; раны диафрагмы, раны перикарда и гемоперикард. У 44% пациентов с локализацией раны в «сердечной зоне» объективных признаков повреждения сердца не было. В ходе торакоскопии ранение перикарда установлено в 9% случаев, ранение сердца не проникающее в камеры в 2%. Ранение в «торакоабдоминальной зоне», стало показанием к торакоскопии у 26% пациентов. У 22% раненых выявлены раны диафрагмы, у 17% пострадавших раны проникали в брюшную полость. Раны правого и левого куполов диафрагмы были выявлены в одинаковом количестве случаев. При ранах правого купола диафрагмы размерами до 2 см, выполнена видеолапароскопия, в ходе которой выявлены ранения печени, гемостаз достигнут электрокоагуляцией. Гемоторакс выявлен у всех пострадавших с проникающими ранениями груди, объем варьировал от 250 мл до 2,5 л. Свернувшийся гемоторакс при видеоторакоскопии выявлен у 13,0% пациентов. Структура оперативных вмешательств 84 (91,3%) - удаление гемоторакса, 84 (91,3%) - санация, дренирование плевральной полости, 36 (39,1%) - остановка ВПК из мышечных сосудов, 16 (17,4%) - остановка ВПК из паренхимы легкого, 14 (15,2%) - остановка ВПК из межреберных сосудов, 14 (15,2%) - ушивание ран легкого (миниторакотомии), 12 (13,0%) - лапаротомия при ТАР (ушивание диафрагмы), 10 (10,9%) - интракорпоральный шов ран легкого, 8 (8,7%) - остановка ВПК из внутренней грудной артерии, 6 (6,5%) - торакотомия, ревизия перикарда, 6 (6,5%) – пневмолиз, 4 (4,3%) - интракорпоральный шов ран диафрагмы, 4 (4,3%) - ЛС при торакоабдоминальном ранении, 2 (2,2%) - торакотомия, ревизия перикарда, шов сердца, 2 (2,2%) - ВТС ревизия перикарда, 2 (2,2%) - торакотомия, ушивание раны легкого. У большинства пациентов послеоперационный период протекал гладко. Средняя длительность искусственной вентиляции легких составила 1,8 часа. В большинстве случаев плевральные дренажи удаляли на 3 суток. Средние сроки стационарного лечения составили 11 суток. Выводы. Использование видеоторакоскопии у пострадавших с проникающими ранениями груди позволяет оценивать тяжесть внутригрудных повреждений, планировать хирургическую тактику, выполнять экстренные торакотомии по абсолютным показаниям, избежать «эксплоративных» торакотомий. Обоснованной конверсия при проникающем ранении груди при ранении легкого является в 5,0%, ранении перикарда - в 80,0%, при торакоабдоминальных ранениях - в 25% случаев.

#### **14. Видеоторакоскопические технологии в лечении посттравматического свернувшегося гемоторакса**

Чубарян К.А., Саркисян В.А., Хатламаджиян А.Г.

Ростов-на-Дону

МБУЗ «ГБСМП г. Ростова-на-Дону»

Актуальность проблемы. Частота возникновения свернувшегося гемоторакса при закрытых травмах и проникающих ранениях грудной клетки по данным литературы может достигать 10-25 %. При этом до сих пор проблема своевременной диагностики и оказания помощи пострадавшим со свернувшимся гемотораксом не до конца решена. Цель работы: Показать эффективность применения видеоторакоскопии при лечении свернувшегося гемоторакса, тем самым улучшить оказание медицинской помощи пострадавшим с травмами грудной клетки. Материал и методы: В травматологическом отделении №2 МБУЗ ГБСМП г.Ростова-на-Дону в период с 2014 по 2016гг. нами пролечено 34 пострадавших с травмами грудной клетки, осложненными развитием свернувшегося гемоторакса. Всем им была выполнена лечебная видеоторакоскопия. В

исследование не были включены пострадавшие со свернувшимся гемотораксом, которым по жизненным показаниям выполнена первичная торакотомия. В исследуемой группе у 12 (35,3%) пострадавших свернувшийся гемоторакс явился следствием проникающих ранений грудной клетки, у 22 (64,7%) пострадавших – закрытой травмы. Среди них лиц мужского пола - 28 (82,4%), женского – 6 человек (17,6%), 29 человек (85,3%) – лица трудоспособного возраста. 13 человек (38,2%) обратились в стационар в первые 6 часов, 9 человек (26,5%) в первые 6-24 часа и 12 человек (35,3%) в сроки более 1 суток с момента травмы. Всем пострадавшим выполнен комплекс обязательных для травмоцентра 1 уровня первичных диагностических мероприятий, включающих в себя первичный осмотр врача хирурга, лабораторные исследования, ЭКГ, пульсоксиметрию, УЗИ брюшной и плевральных полостей, рентгенографии грудной клетки. «Золотым стандартом» диагностики (при условии стабильной гемодинамики пострадавшего) является СКТ грудной клетки. По данным СКТ свернувшийся гемоторакс можно классифицировать (по Абакумову) на локальный - был отмечен у 15 (44,1%) пострадавших, плащевидный - у 14 (41,2%), тотальный у 2 (5,9%) и фрагментарный у 3 (8,8%) пострадавших. Результаты работы и обсуждения. Всем 34 пострадавшим выполнена лечебная видеоторакоскопия, удаление свернувшегося гемоторакса, с обязательным разделением всех плевральных спаек и швартов, для обеспечения максимального расправления легкого. Оперативное вмешательство выполнено под общим наркозом, в условиях одноклеточной ИВЛ и напряженного карбоксоторакса, в положении больного на здоровом боку (при отсутствии противопоказаний). В сроки до 5 суток, т.е. в стадии формирования (по Ковальчуку) прооперировано 17 (50%) пострадавших. Сгустки крови фрагментированы при помощи наконечника отсоса, путем промывания под давлением растворами антисептиков, удалены при помощи электроотсоса или эндоскопических зажимов. Спайки разделены тупым путем, освобождены междолевые борозды. Остановка продолжающегося кровотечения из межреберных сосудов или ткани легкого выполнена в 8 (23,5%) случаях. Обязательно выполнена электрокоагуляция источника состоявшегося внутриплеврального кровотечения, а также краев ран в случае проникающего ранения. У 2 (5,9%) больных произведена конверсия, по причине невозможности обеспечения полноценного гемостаза в ходе торакоскопии. В стадии организации (с 5 по 30 сутки) было прооперировано 14 (41,2%) больных. Плевральные спайки разделены тупым и острым путем, сгустки крови фрагментированы с помощью зажимов и биопсийных щипцов. Удалены при помощи электроотсоса, введенного в плевральную полость корнцанга, иногда с использованием марлевой салфетки. У 6 (17,6%) пострадавших произведена частичная декорткация нижней доли легкого. В стадии нагноения и развития эмпиемы плевры (срок от 15 до 60 суток) прооперировано 2 (5,9%) пострадавших с локальной формой свернувшегося гемоторакса, выполнен адгезиолизис, фрагментация и удаление нагноившихся сгустков крови, фибринозных наложений, декорткация нижней доли, частичная плеврэктомия, налажена промывная система с активной аспирацией. В стадии фиброторакса (по прошествии более 60 суток) прооперирован 1 (2,9%) пострадавший со стойким ателектазом легкого. Произведен адгезиолизис, частичная декорткация легкого, удаление организованного плотного сгустка крови. У 33 пациентов (97,1%) послеоперационный период протекал гладко. По данным контрольной рентгенографии ОГК легкие полностью расправились. В большинстве случаев (91,2%) плевральные дренажи удалены на 3-5 сутки. Средние сроки стационарного лечения составили 13 суток. Летальный исход отмечен у 1 (2,9%) пациента пожилого возраста с двухсторонними флотирующими переломами ребер, повреждением обоих легких прооперированного в стадии нагноения. Выводы. Применение лечебной видеоторакоскопии на всех стадиях развития свернувшегося гемоторакса, является обоснованным на практике и позволяет обеспечить полноценную санацию плевральной полости и расправление легкого. Малотравматичность метода играет важную роль у пострадавших с сочетанной травмой, позволяет избежать выполнения напрасных торакотомий, усугубляющих синдром взаимного отягощения повреждений, а значит, и улучшить прогноз выздоровления.

## **15. Функциональное состояние печени в раннем послеоперационном периоде после эндоскопической холецистэктомии.**

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

1) Георгиевск 2) Саранск

1) ГБУЗ СК «ГЦГБ» 2) ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева»

Актуальность. Известно, что при холецистите нарушается функциональное состояние печени. Это обусловлено не только топографо-анатомическими особенностями, но и функциональной взаимообусловленностью печени и желчного пузыря. Цель работы. Изучить в раннем послеоперационном периоде функциональное состояние печени у больных хроническим холециститом, перенесших лапароскопическую холецистэктомию. Материалы и методы. Исследование активности ферментов печени проведено у 60 пациентов с хроническим калькулезным холециститом, у которых в плановом порядке была произведена эндоскопическая холецистэктомия. В эту группу были включены лица, у которых не было в анамнезе указаний на перенесенную механическую желтуху, вирусный гепатит. При ультразвуковом исследовании не выявлено явлений холангита, расширения общего желчного протока, обострения хронического панкреатита и т.д. При эндоскопическом исследовании не было отмечено патологических изменений большого дуоденального сосочка и не выполнялась ретроградная панкреатохолангиография. У 53 лиц, не страдающих заболеваниями печени, изучено функциональное состояние печени в норме. Результаты. На основании изучения динамики активности ферментов, выделено два периода состояния печени после оперативных вмешательств- посттравматический и стадию наступления микронекроза печеночной ткани. Посттравматический период начинается с повышения активности ферментов в момент операции, а также в раннем послеоперационном периоде (1-2-е сутки). Наступление стадии некробиотических процессов в ткани печени определяют лишь органоспецифичные ферменты (локализующиеся непосредственно в печеночных клетках) и манифестирует она на 5-6-е сутки после операции. Это повреждение, по-видимому, связано не только с применением лазерного излучения или электрокоагуляции, но и с механической травмой во время выделения желчного пузыря. Дополнительным подтверждением этого могут являться изменения коэффициента Де Ритиса, который на вторые сутки после эндоскопической холецистэктомии составил 2,2, и смещение активности трансфераз в сторону АЛТ. Выявлена прямая взаимосвязь степени травматичности оперативного вмешательства и активности ферментов в послеоперационном периоде. Применение лазеров и ультразвуковых скальпелей для обработки ложа желчного пузыря уменьшает операционную травму и повышает надежность выполнения оперативных вмешательств по поводу желчнокаменной болезни, что в целом снижает степень повреждения печеночной ткани. Однако наличие изменений функции печени даже после такой малотравматичной операции как эндоскопическая холецистэктомия, вынуждает пересмотр тактики ведения больных в раннем послеоперационном периоде.

## 16. Лапароскопическая ушивания при перфоративных дуоденальных язвах

Эрметов А.Т., Исхаков Б. Р., Исманов А.А., Исхаков Н.Б., Пулатов Х.Н., Норбаев А.Ю., Долимов Л.М.

Наманган, Республика Узбекистан

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Наманганский филиал

Материалы и методы: За период с 2000 по 2016 гг. в Наманганском филиале РНЦЭМП были прооперированы 1298 больных с прободными гастродуоденальными язвами в возрасте от 12 до 60 лет. Традиционное лапаротомное ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы проведено у 1078 (83.0%) больных, лапароскопический способ применен у - 220 (16,9%). Из 220 больных оперированных лапароскопическим способом мужчин было 200 (91%), женщин – 20 (9%). Сроки с момента перфорации до операции составило от 3 до 12 часов. Перфоративная язва локализовалась в луковице двенадцатиперстной кишки у 216, в желудке - 4 больных. У всех больных перфоративное отверстие локализовалось на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки либо в области привратника. Размеры дефекта в пределах от 4 до 7 мм. с язвенно-инфильтративным валом вокруг до 10-15 мм. У поступивших больных в сроки от 6 до 12 часов выявлены: местный перитонит у 38, неограниченный местный - 56, диффузный - 25. Характер перитонеального экссудата был фибринозным, фибринозно-желчным в количестве от 300 до 1200 мл. У 14 больных прикрытое круглой связкой печени, желчным пузырем перфорация дуоденальных язв поступивших в сроке более 12 часов, (с отрицательными рентгенологическими признаками свободного газа и отсутствием свободной жидкости в брюшной полости при УЗИ) диагноз установлен при диагностической лапароскопии. Нами была использована лапароскопическая стойка фирмы “Karl Storz”. Ушивание перфоративного отверстия выполнялось атравматической иглой, расправляя её так, чтобы она могла пройти через адаптер 10/5мм. Использовали в основном капрон 3/0. Для достижения герметичности у 21 больных потребовалось, наложит 2 узловых шва. В 13 случаях для ушивания дефекта язвы нами применена спиралевидная игла Малкова. В остальных наблюдениях накладывали один ряд узловых швов с тампонадой прядью большого сальника. Узел формировали интракорпорально. Продолжительность операции составило от 30 минут до 60. Санация брюшной полости производился с применением ирригоаспиратора. Трубочатый контрольный дренаж в подпеченочное пространство оставляли на 1–3 суток, малый таз дренировали только при диффузных перитонитах через 10 мм. троакар слева. Консервативная противовоспалительная терапия, включающая, антисекреторные и антихеликобактерные препараты начиналась в раннем послеоперационном периоде. Назогастральный зонд удаляли и начинали принимать жидкую пищу с 3 сутки. Конверсионная лапаротомия выполнена у 22 (10%) пациентов прикрытыми перфоративными дуоденальными язвами поступивших в сроке более 12 часов с сопутствующими патологиями (сахарный диабет, перфорация распадающего рака желудка, преклонный возраст). Релапароскопия проведены у 4 больных в 3 и 7 сутки после операции с продолжающимся перитонитом и ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимостью. Релапароскопия была завершена у 3 пациентов лапароскопической санацией брюшной полости с повторным дренированием соответствующих областей брюшной полости и рассечением спаек, восстановлением проходимости кишечника. С несостоятельности швов ушитой язвы двенадцатиперстной кишки распространенным гнойным перитонитом у одного пациента была выполнена конверсионная лапаротомия. Послеоперационные осложнения в группе больных предпринятой к лапароскопическому ушиванию наблюдалось у 7 (3,2%) пациентов, в группе оперированных традиционным способом у 56 (5,1%). Умерли после лапароскопических операций 3 (1,3%) больных, после традиционных операций 52 (4,8%).



Причиной летальности больных: продолжающаяся перитонит, трансмуральный инфаркт миокарда осложненной левожелудочковой недостаточностью, полиорганная недостаточность на фоне сахарного диабета и инсульт. Средний койко-день после лапароскопического ушивание гастродуоденальных язв составил 4,4, тогда как при лапаротомном ушивании – 7,6. Заключение: Таким образом, видеолапароскопическая техника способствует своевременной диагностике прикрытых и атипично протекающих прободных гастродуоденальных язв и может занять основное место в лечении неосложненных перфоративных пилородуоденальных язв.

## **17. Диагностическая лапароскопия при травмах селезенки у детей**

Исхаков Б.Р., Жабборов Б., Исманов А.А., Исхаков Н.Б.

Наманган, Республика Узбекистан

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Наманганский филиал

Цель исследования: улучшить диагностику повреждения селезенки при закрытой травме живота у детей и определить возможности применения органосохраняющих операций с применением видеолапароскопической техники. Материал и методы. С момента функционирования Наманганского филиала РНЦЭМП (2000–2016гг.) находились на стационарном лечении 141 детей с подозрением на закрытые повреждения селезенки. Мальчиков было 96 (68,1%), девочек – 45 (31,9%) в возрасте от 3 до 18 лет. В основном страдали дети подросткового возраста от 14 до 17 лет (92 –65,2%). В первые часы от полученной травмы поступило 85 (60,2%) детей, до 3 часов – 44 (31,2%), до 6 часов и более –12 (8,6%). Всем больным проведены клинико-лабораторные, рентгенологические и ультразвуковые исследования брюшной полости по стандарту. Результаты и ее обсуждения. При изучении характера травмы преобладали травмы, полученные, при дорожно-транспортном происшествии – 77 (54,9%), при падении с высоты – 42 (29,7%) и в результате удара тупым предметом – 22 (15,6%). В связи признаками внутрибрюшного кровотечения и нестабильной гемодинамикой у 27 (19,2%) детей была выполнена лапаротомия. У 114 (80,8%) ребенка со стертой клинической картиной травмы органов брюшной полости, с неопределённой ультразвуковой картиной и подозрением на повреждение внутренних органов была выполнена диагностическая лапароскопия. У 16 (14,0%) пострадавших во время диагностической лапароскопии обнаружены разрыв селезенки, гемоперионеумом более 500мл, потребовавшие перехода на лапаротомию. У 22 (18,9%) детей при лапароскопии отмечена забрюшинная гематома с сохранением целостности брюшины, и гематома брыжейки тонкой кишки. У 35 (31,0%) больных с внутрибрюшным кровотечением до 300мл выявлены надрывы капсулы и разрывы селезенки от 0,6x1,5см до 1,0x3,0см, глубиной до 0,5-1,0см., фиксированными сгустками крови без продолжающегося кровотечения. С капиллярным кровотечением из капсулы селезенки, гемостаз, достигнут биполярной диатермокоагуляцией у 25 (21,9%) больных. Во всех случаях видеолапароскопия была завершена удалением сгустков крови, орошением поврежденного участка селезенки холодным физиологическим раствором, ирриго-аспирацией промывных вод брюшной полости и дренированием левого поддиафрагмального пространства, полости малого таза. У 16 (14,2%) больных повреждения органов брюшной полости исключены. В послеоперационном периоде больным проведена гемостатическая терапия и ультразвуковой скрининг. Рецидив кровотечения наблюдался у одного ребенка, и была выполнена традиционная спленэктомия. Умер один ребенок сочетанной черепно-мозговой травмой, от мозговой комы. Заключение. Таким образом, у большинства больных диагностическая лапароскопия позволила избежать лапаротомии, ограничились лапароскопической санацией и дренированием брюшной полости. Видеолапароскопия при закрытой травме

селезенки у детей позволяет повысить качество диагностики, уменьшить количество напрасных лапаротомий и послеоперационных осложнений.

## **18. Малоинвазивные методы в диагностике и лечении при острых гинекологических патологиях**

Исхаков Б.Р., Рахманова Р.С., Абдуллаева Р.Т., Исхаков Н.Б., Эрметов А.Т

Наманган, Республика Узбекистан

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Наманганский филиал

Цель исследования. Улучшить диагностику при острых гинекологических заболеваниях у женщин и определить возможности применения органосохраняющих операций с применением видеолапароскопической техники. Материалы и методы: Нами в течении 2010-2016 гг в отделении экстренной гинекологии Наманганского филиала РНЦЭМП были выполнены 4129 лечебно-диагностические лапароскопии. Возраст пациентов колебалось от 14 до 50 лет. По поводу осложненной кисты лапароскопические вмешательства выполняли у 1250 (30,3%) больных. При разрыве кисты осложненной гемоперитонеумом – лапароскопическая кистэктомия была выполнена у 935 (74,8%) больных. При многокамерных кистах яичников осложненных, разрывом 105-(8,4%;) и нагноением дермоидных кист 36 (2,9%) выполняли кистовариоэктомию. Двухсторонняя кистэктомия была выполнена - у 45 (3,6%) пациенток. При перекруте ножки придатков матки с некрозом последних 51 (4,1%) пациентам выполнена лапароскопическая аднексэктомия. Симультанная лапароскопическая кистэктомия яичников с со стерилизацией маточных труб выполнена у 78 (6,2%) больных. Острые воспалительные заболевания придатков матки диагностировали – у 999 (24,2%) пациенток, у 82 из них - выполнены аднексэктомия, у 91 - вскрытие абсцесса, у 59 - при пиосальпинксе - двухсторонняя тубэктомия, у 21 - двухсторонняя туботомия с санацией брюшной полости. Гнойный пельвиоперитонит диагностирован у 526 (52,6%) больных, диффузный - у 226 (22,6%). При этом операция завершена видеолапароскопической санацией и дренированием соответствующих областей брюшной полости. Программируемые видеолапароскопические санации (2 или 3-х кратная) выполнены у 16 пациенток с разлитым гнойным перитонитом. Лапароскопическая тубэктомия при нарушенной трубной беременности была выполнена у 242 (5,9%) больных, туботомия с удалением плодного яйца из маточной трубы у 7, метод вакуум-аспирация - у 3. При апоплексии яичника биполярная диатермокоагуляция очага разрыва и аквапурация брюшной полости выполнены у 183 (4,4%) больных. У 50 больных выявлен рефлюкс менструальной крови в брюшную полость, и лапароскопия завершена санацией полости малого таза. У 41 пациенток с экспульсией внутриматочного средства (ВМС) в брюшную полость выявлен абсцесс малого таза, им выполнено вскрытие абсцесса, удаление ВМС, санация и дренирование малого таза. Лапароскопическая стерилизация маточных труб выполнена у 1809 женщин. В связи с массивным кровотечением и большого количества сгустков крови при разрыве трубной беременности, тубоовариальном абсцессе с прорывом в брюшную полость и обширной инфильтрацией окружающих органов у 173 (4,2%) пациенток операция завершена с переходом на лапаротомный способ. Из 8 пациенток с продолжающимся послеоперационным перитонитом, в двух случаях выполнена лапаротомия, у 6 – релапароскопическая санация и повторное дренирование брюшной полости. На диагностическом этапе лапароскопии выявлены: острый аппендицит у 52 больных, асцит на почве цирроза печени (8), мезентериальный лимфаденит (12), гематометра (1), гематома брыжейки тонкой кишки (2). Острые гинекологические и хирургические патологии были исключены у 33 (0,7%) больных. Среднее пребывание больных в стационаре составило 3,1 дней. Вывод: Таким образом, использование

эндовизуальных технологий в лечении острых гинекологических заболеваний позволяет адекватно корригировать имеющуюся патологию, способствует значительному снижению количества послеоперационных осложнений и уменьшение продолжительности временной нетрудоспособности.

## **19. Видеолапароскопическая санация брюшной полости у больных послеоперационным перитонитом**

Эрметов А.Т., Исхаков Б.Р., Жаббаров Б.Р., Алижанов А.А., Исхаков Н.Б.

Наманган, Республика Узбекистан

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Наманганский филиал

Материалы и методы: За последние 16 лет в Наманганском филиале РНЦЭМП программная видеолапароскопическая санация брюшной полости (ПВЛС) по поводу послеоперационного перитонита (ПОП) была выполнена 130 пациентам, в возрасте от 15 до 76 лет. У 16 пациентов на диагностическом этапе лапароскопии выявлен серозный, серозно-фибринозный экссудат в количестве от 100 до 500 мл. У этой категории больных был исключен диагноз, прогрессирующий ПОП и лапароскопия завершена аспирацией экссудата, дренированием соответствующих областей брюшной полости. Однократная видеолапароскопическая санация проводили 101 больным, двукратная – 20, трехкратно – 6, четырехкратно – 3. Продолжительность санационной лапароскопии варьировалась от 15 до 30 минут. Выбор метода анестезии и достижения её адекватности, осуществляли на основе оценки тяжести состояния больных по Майгеймскому перитонеальному индексу (МПИ). Всем больным была применена внутривенная калипсолюво–сибазоновая анестезия при спонтанном дыхании. Для премедикации использовали внутримышечным введением 0,01 мг/кг атропина, 0,3 мг/кг димедрола и 0,3 мг/кг промедола. Индукция в наркоз осуществлялась внутривенным введением сибазона (10мг) и калипсола (2 мг/кг). Поддержание общей анестезии достигнуто фракционным введением калипсола (1/2 первоначальной дозы) с интервалом 10-15 мин. Оценка адекватности общей анестезии осуществлялась на основании комплекса клинических и клинико-физиологических данных: систолического и диастолического артериального давления, частоты сердечных сокращений, центрального венозного давления, ЭКГ и контроль диуреза. После индукционных доз калипсола и сибазона отмечалось повышение систолического и диастолического артериального давления на 10-15 мм.рт.ст., которое удерживалось и на всем этапе санации. Частота сердечных сокращений после индукции возрастала на 8-10 ударов в минуту, и она оставалась стабильной, не превышая исходного уровня на всем этапе ПВЛС. Для адекватной санации брюшной полости переход на релапаротомию (лапаротомию после лапароскопических операций) осуществлен у 14 (10,2%) больных. Этим больным был применен интубационный наркоз с применением мышечных релаксантов. Выводы: Таким образом, полученные данные позволяют считать, что внутривенная калипсолюво-сибазоновая анестезия является управляемой и обеспечивает основные компоненты анестезиологической защиты при программных видеолапароскопических санациях брюшной полости.

## 20. Информативность инновационных и традиционных методов диагностики острого аппендицита во время беременности

Петрашенко И.И., Паникова Т.Н., Степаненко Р.Н.

Днепропетровск, Украина

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Актуальность. Необходимость поиска путей, направленных на более широкое использование вспомогательных методов диагностики острого аппендицита во время беременности обуславливает актуальность проблемы. Цель работы: изучение информативности различных методов диагностики острого аппендицита во время беременности, а также оценка их эффективности. Материал и методы. Обследовано 75 беременных с острым аппендицитом, которые были госпитализированы в областную клиническую больницу им. И.И. Мечникова г. Днепропетровска в период с 2012 по 2017 год. Сроки беременности определялись в пределах от 4-5 до 35-36 недель. Беременных в I триместре было 26 (34,7 %), во II триместре – 34 (45,3 %) и в III триместре – 15 (20,0 %) человек. Диагностика острого аппендицита базировалась на данных анамнеза, оценке клинических симптомов, результатах рутинных лабораторных методов, сонографии. Ультразвуковое исследование выполнялось на аппарате «Voluson E8» (General Electric, США). Видеолапароскопические вмешательства выполнялись с применением эндовидеохирургического комплекса «Olympus OTV-SC». Все операции проведены под внутривенным обезболиванием с искусственной вентиляцией легких эндотрахеальным путем. Давление углекислого газа в брюшной полости поддерживали на уровне 10 - 12 мм рт. ст. Информативность клинических симптомов, показателей лейкоцитоза, данных сонографии и лапароскопии изучали по следующим критериям: чувствительность, специфичность, точность и эффективность. Результаты и обсуждение. Результаты обследования показали, что из симптомов болезненности наиболее часто выявлялся симптом Кохера-Волковича – у 49 (65,3%) беременных. Симптомы Бартомье-Михельсона, Ситковского, Ровзинга выявлялись от 38,6% до 57,3% случаев. Исследования выявили симптом Кохера-Волковича, как симптом, который наиболее часто наблюдался у беременных женщин. В пяти случаях зафиксированы ложноположительные результаты, поэтому чувствительность метода составила – 70,6% специфичность определилась – 84,8%, точность клинической диагностики в целом была 75,0%, диагностическая эффективность – 77,7%. Определенное значение в диагностике острого аппендицита у беременных имеют показатели лабораторных исследований. Учитывая то обстоятельство, что у беременных увеличение количества лейкоцитов явление физиологическое, важным есть не сам лейкоцитоз, а его наблюдение в динамике. Количество лейкоцитов в периферической крови у 21 (28,0%) беременной не превышало  $9,0 \times 10^9/\text{л}$  и в среднем соответствовало  $8,5 \pm 1,2 \times 10^9/\text{л}$ . У 44 (58,7%) женщин количество лейкоцитов увеличивалось до  $15,0 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$ . У 10 (13,3%) беременных лейкоцитоз был  $17,0 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$ . Таким образом, в связи с выявлением шести ложноположительных результатов, чувствительность лабораторного метода составила – 72,0%, специфичность – 81,8%, точность – 75,0%, диагностическая эффективность – 76,9%. Следовательно, клиническая симптоматика и показатели лейкоцитоза выявились недостаточно информативными для диагностики острого аппендицита у беременных женщин, в связи с чем не являются основанием для постановки диагноза и принятия решения о хирургическом лечении без дополнительных методов исследования. В комплексной диагностике был использован аппаратный метод – ультразвуковое исследование. При выполнении ультразвукового исследования в семи случаях были зафиксированы ложноположительные результаты и специфичность метода в целом составила 78,8%, чувствительность – 57,3%, точность – 63,9%, диагностическая эффективность – 68,0%. Анализ полученных данных показал, что ультразвуковое исследование при остром

аппендиците у беременных не улучшало качество диагностики. Применение видеолапароскопии у 70 (93,3%) беременных выявило прямые и непрямые признаки острого аппендицита. У 5 (6,7%) обследованных диагноз острого аппендицита не подтвердился. Точность метода оказалась достаточно высокой и составила 90,7%, чувствительность – 93,3%, специфичность – 84,8%, диагностическая эффективность – 89,1%. Выводы. 1. Информативность основных клинически симптомов не была достаточно значимой. Их диагностическая эффективность колебалась от 54,1% до 77,7%. Чувствительность и точность ультразвукового метода составила 57,3% и 63,9%, наличие лейкоцитоза – 72,0% и 75,0% соответственно. 2. Наиболее информативным методом диагностики была видеолапароскопия. Ее чувствительность и диагностическая эффективность у беременных составила – 93,3% и 89,1%.

## **21. Клинические аспекты лечения больных с синдромом Мириizzi**

Коровин А.Я.(1), Маскин С.С.(2), Кулиш В.А.(1), Выступец В.В.(1), Фетисов Н.И.(2)

1) Краснодар , 2) Волгоград

1) ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель. Показать возможности эндохирургии в диагностике и лечении синдрома Мириizzi. Материал и методы. Пролечено 64 пациента у которых выявлен синдром Мириizzi (СМ). У больных отмечался длительный анамнез холецистолитиаза, механическая желтуха – у 63 больных, болевой синдром с температурой тела от субфебрильной до гектической. При ЭРХПГ–выявлялась причина обструкции, наличие фистулы и локализация конкрементов. При УЗИ выявлялись косвенные признаки СМ. Результаты. Первым этапом выполнялось ЭРХГ с ЭПТ. При наличии холедохолитиаза (у 56 больных) – выполнялась максимально возможная литоэкстракция. При наличии обструкции холедоха назобилиарное дренирование. В последующем выполнялась лапароскопическая операция. У больных с 1 типом СМ (40 пациентов) выполнена лапароскопическая холецистэктомия с отсечением пузыря на уровне шейки, извлечением из шейки конкремента и глухим швом культи. При 2 типе СМ (6 больных) произведена лапароскопическая холецистэктомия от дна с отсечением желчного пузыря вместе с конкрементом, выполнена пластика за счет оставшихся стенок желчного пузыря непрерывным глухим рассасывающимся швом. У пациентов с 3 типом СМ (18 больных), у 6 больных выполнена лапароскопическая холецистэктомия от дна с оставлением 10 мм участка шейки желчного пузыря на холедохе и извлечением конкрементов из холедоха через широкую фистулу. Проводилась ревизия холедохоскопом, операции закончены пластикой дефекта холедоха непрерывным швом на дренаже Кера. У 12 пациентов с выраженным инфильтратом, выполнена холецистотомия, холецистолитэкстракция, чрезпузырная холедохоскопическая ревизия жёлчных путей, широкая пузырно- холедохеальная фистула не разобщалась. Рана желчного пузыря ушита на дренаже. ЭРХПГ должна выполнять не только диагностическую функцию, но и подготовить наиболее благоприятные условия для лапароскопического этапа. При выполненной ЭПТ, и отсутствии сужения при пластике за счет оставленных стенок культи желчного пузыря, дренирование холедоха не обязательно (а также возможно на предварительно установленном назо-билиарном дренаже). Заключение. Миниинвазивная хирургия является приоритетной в диагностике и лечении больных СМ. При комплексном подходе обеспечивается высокая эффективность, малая травматичность и значительная экономичность, при удовлетворительных результатах лечения сопоставимых с таковыми при традиционных методах хирургической коррекции предоставленной патологии.

## **22. Комплексное лечение билиарного илеуса**

Коровин А.Я., Кулиш В.А., Нарсия В.В., Выступец В.В., Трифанов Н.А.

Краснодар

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение. Рост заболеваемости желчнокаменной болезнью (ЖКБ) приводит к росту ее серьезных осложнений. Билиарный илеус (БИ) встречается у 3% всех больных, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости (ОКН) или 0,2-0,6% от всех оперированных по поводу ЖКБ, является сложной хирургической проблемой. Цель. Оценить возможности миниинвазивного хирургического лечения БИ. Материал и методы. БИ встретился у 49 пациентов, поступивших в хирургические клиники КубГМУ в БСМП. Высокая ОКН диагностирована у 37 больных (77,1%): на уровне двенадцатиперстной кишки - у 3 пациентов (6,1%), с обтурацией в 50-150 см дистальнее двенадцатиперстнотощекишечного перехода выявлена у 34 пациентов (69,4%); низкая ОКН (на уровне терминального отдела подвздошной кишки) выявлена у 12 больных (24,5%). Диагностировать БИ до операции удалось только у 26 больных (53,1%); у всех остальных 23 пациентов обтурационная ОКН определена интраоперационно. Разобщение патологического билио-дигестивного соустья, дуоденорафия, холецистэктомия с ревизией желчных протоков, энтеролитотомия выполнены у 38 пациентов (77,6%). В четырех случаях потребовалась резекция тонкой кишки, а у пяти пациентов полный объем оперативного пособия выполнен эндохирургическим способом. В одном случае выполнена эндоскопическая дуоденолитэкстракция (2,1%). У 10 больных - операция ограничена энтеролитотомией. Результаты и обсуждение. В случае подтверждения билиодигестивного свища (что является вероятным при БИ) тактика должна определяться наличием технической возможности и готовностью операционной бригады для выполнения ЛХЭ с разобщением пузырно-кишечного свища и закрытием дуодено-, еюно-илеотомического отверстия, но, главное, - тяжестью состояния пациента. Энтерорафия после энтеролитэкстракции или резекция тонкой кишки с формированием тонко-тонкокишечного анастомоза, могут быть успешно выполнены через минидоступ. Летальность - 6,1%. Заключение. Опыт применения видеолапароскопии для диагностики и хирургической коррекции билио-дигестивных свищей на фоне развившегося острого БИ, показал возможность применения миниинвазивных технологий при этой сложной патологии. Миниинвазивные методы хирургического лечения желчнокаменной ОКН выполнимы как в двухэтапном, так и в одноэтапном вариантах, последнее более предпочтительно. Развитие диагностической, тактико-хирургической программы позволит улучшить результаты лечения избранной патологии, являющейся поздним осложнением острого холецистита.

## **23. Лечебно-диагностическая лапароскопия при различных формах острого панкреатита и панкреонекроза.**

Дегтярев О.Л., Давыденко А.В., Загреба И.В.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

С целью улучшения лечения больных с различными формами острого панкреатита проанализировано 100 наблюдений. Определено, что острый деструктивный панкреатит

носит однократный характер, отражающий сущность патологического процесса. Отработана концепция лечебно-диагностических мероприятий, значительно улучшающих процесс лечения. Анализ 100 наблюдений острого панкреатита (ОП) с различной степенью тяжести поступивших в отделение гнойно-септической хирургии МЛПУ ГБСМП № 2 выявил, что на протяжении последних лет результаты лечения ОП кардинально не улучшались. Колебания общей (3 – 6%) и послеоперационной (15 – 30%) летальности существенно не зависят от тактики лечения, а определяются удельным весом некротических форм, которые в среднем составляют 12 – 15%. При наиболее тяжелых формах ОП – тотально-субтотальном панкреонекрозе и сегодня летальность достигает 75%. Пути решения проблемы – деструктивных форм ОП сопряжены объективными трудностями, обусловленными целым рядом особенностей данного заболевания. К ним относятся: 1. Процесс деструкции в железе является необратимым и формируется в первые 15–36 часов от начала заболевания, терапевтическая управляемость которого максимальна именно в эти сроки. 2. Течение ОП обусловлено в каждом конкретном случае этиологическим фактором (алиментарный, алкогольный, гастрогенный, билиарный, травматический, послеоперационный и т.д.). В зависимости от причинно-следственного фактора ОП обладает различными патоморфологическими характеристиками и различной клинической картиной, требующей дифференцированной лечебной тактики. 3. Острый деструктивный панкреатит носит фазовый характер, отражающий сущность патологического процесса: Тканевая реакция (реактивный период), Некроз (ферментативный период), Гнойные осложнения (период секвестрации). При этом качественно меняются субстраты токсикоза, симптоматика и лечебная тактика. Основопологающим является фактор времени, при котором эффективность принятия тактического решения максимальна. Пути улучшения результатов лечения больных с деструктивными формами острого панкреатита мы связываем с разработкой концепции профилактики и активным внедрением лечебно-диагностической видеолaparоскопии, а также с возможностью широко использовать при асептических формах панкреатита и панкреонекроза малоинвазивные технологии. Эта концепция является актуальной на протяжении всего периода заболевания и включает в себя: а) профилактика ОП у больных, входящих в группу риска (ЖКБ, заболевания БДС, пенетрация язвы в ПЖ, травмы и операции на ПЖ) с ранним выявлением и коррекцией ведущих патологических синдромов (гиперсекреция, протоковая гипертензия, ишемия железы и др.); б) своевременное ограничение деструктивного процесса в раннем периоде заболевания, используя панкреотогенные препараты (ингибиторы протеаз, цитостатики, ингибиторы секреции); в) максимально эффективное, опережающее устранение токсикоза и полиорганной недостаточности в ферментативном периоде; г) профилактика нагноения и деструкции инфильтративных форм ОП; д) своевременная топическая диагностика с использованием эндовидеохирургии и полноценная хирургическая коррекция гнойных осложнений ОП. Таким образом, изложенный выше подход к деструктивным формам ОП позволяет: - раннее прогнозирование тяжести ОП с выявлением контингента, нуждающегося в срочной упреждающей терапии. - раннее лапароскопическое дренирование сальниковой сумки, а также дренирование параколональных затеков, абдоминализация железы в сочетании с лапароскопической холецистэктомией и дренированием внепеченочных желчных ходов при асептических формах ОП, лапароскопическое дренирование брюшной полости при перитоните в сочетании с лечебным плазмолферезом. - экстренное хирургическое лечение гнойно-некротического панкреатита и его осложнений после топической диагностики с помощью УЗИ и КТ.

## 24. Лапароскопия как метод лечения деструктивных форм острого аппендицита.

Дегтярев О.Л., Загреба И.В., Скнар В.В., Абашидзе И.Б.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Проведен ретроспективный анализ лапароскопического лечения 918 пациентов с острым деструктивным аппендицитом, осложненным аппендикулярным инфильтратом, абсцессом, перфорацией аппендикулярного отростка, местным и диффузным перитонитом для определения возможностей и эффективности лапароскопической аппендэктомии (ЛСАЭ) в лечении деструктивных форм острого аппендицита (ДОА). Хирургическое отделение МБУЗ ГБСМП г.Ростова-на-Дону обладает 20-летним опытом выполнения ЛСАЭ при различных формах ДОА. С 2010 по 2016 гг. произведено 3020 ЛСАЭ пациентам с острым деструктивным аппендицитом. Из них у 467 пациентов (51%) наблюдался рыхлый аппендикулярный инфильтрат, в 305 случаях (33%) – аппендикулярный абсцесс, у 247 больных (27%) – перфорация червеобразного отростка и у 320 пациентов (35%) – местный и диффузный перитонит. Все операции произведены под эндотрахеальным наркозом с использованием стандартного операционного набора. Точки введения троакаров: параумбиликально – 10 мм, в правой и левой подвздошных областях – 5 мм. Антеградная аппендэктомия выполнена в 83 %, ретроградная – в 17 % случаев. Брызжейку червеобразного отростка пересекали после биполярной коагуляции. Культю обрабатывали лигатурным методом петлей Редера. В обязательном порядке выполняли демукозацию культи коагуляцией слизистой оболочки. Отсеченный аппендикулярный отросток удаляли через контрапертуру, предварительно поместив его в пластиковый контейнер. При местном и диффузном перитоните осуществляли санацию брюшной полости растворами антисептиков. Дренирование малого таза и правого латерального канала выполняли через отдельную контрапертуру над крылом подвздошной кости среднеподмышечной линии. Показанием к конверсии считали отсутствие динамики хода операции, технические сложности в разделении инфильтрата и обработки культи отростка (тифлит, ампутация отростка, деструкция его основания). Конверсия составила 30 (3,2%) случаев. Время операции составило от 30 до 110 мин, в среднем – 47,2 мин. Продолжительность стационарного лечения – 10,4 суток. Летальных исходов не было. Осложнения встречались в 44 (4,8 %) случаях. Послеоперационные абсцессы правой подвздошной области наблюдались у 6 пациентов, потребовали повторной лапароскопии (в 4 наблюдениях), лапаротомии (у 2 больных), ревизии и дренирования. Инфильтраты области купола слепой кишки, разрешенные консервативно, выявлены в 18 наблюдениях, нагноения и абсцессы контрапертурной раны, потребовавшие дополнительного дренирования имелись у 9 больных. Толстокишечный свищ, закрывшийся консервативно, наблюдался у 3 пациентов. Ранняя спаечная послеоперационная кишечная непроходимость на фоне пареза кишечника выявлена у 5 больных (в 4 случаях разрешенна лапароскопически). Противопоказаниями к ЛСАЭ считаем плотный аппендикулярный инфильтрат, разлитой перитонит и необходимость ручной обработки культи червеобразного отростка. При разделении плотного конгломерата с использованием эндохирургического оборудования ведет к повреждению органов, а во втором случае требуется адекватная ревизия, санация и дренирование брюшной полости с декомпрессией желудочно-кишечного тракта. ЛСАЭ при лечении осложненного ДОА является выполнимым и относительно безопасным вмешательством.



## 25. Возможности видеолaparоскопии в диагностике и лечении острого аппендицита.

Меджидов Р.Т., Магомедова С.М., Султанова Р.С..

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Возможности видеолaparоскопии в диагностике и лечении острого аппендицита. Россия, г. Махачкала, Республика Дагестан. Введение. Лапароскопическая аппендэктомия важная технология в арсенале общего хирурга. Kurt Semm в 1980 г. произвел первую лапароскопическую аппендэктомию. В настоящее время малоинвазивные технологии получили широкое распространение в экстренной хирургии. Внедрение в ургентную хирургию видеоэндоскопических технологий даёт возможность широкой ревизии брюшной полости, позволяет диагностировать другие заболевания. Одной из наиболее важных проблем неотложной эндовидеохирургии является лапароскопическая аппендэктомия. Цель исследования. Определить эффективность лапароскопической аппендэктомии. Материал и методы. Нами накоплен опыт 130 лапароскопических вмешательств, выполненных при диагностике и лечении острого аппендицита в 2016г. в РКБ ЦСЭМП. Стандартные точки введения троакаров: параумбиликальная зона, левая подвздошная область, надлобковая область. Выявлены следующие варианты расположения червеобразного отростка: в правой подвздошной ямке - 87%, в ретроцекальное – в 3,7% случаях, тазовое – в 1,8% и ретроперитонеальное – в 1,8%, медиальное - 1,8 %, подпечёночное – 3,7%. Диагностическая лапароскопия производилась у всех пациентов с подозрением на острый аппендицит. У 109 (84%) больных диагностическая лапароскопия переведена в лечебную. Возраст оперированных больных составил от 15 до 58 лет. Для обработки брыжейки червеобразного отростка и достижения надёжного гемостаза нами использовалась монополярная и биполярная коагуляция. Лапароскопическая аппендэктомия выполнялась по стандартной методике, с наложением 2 петель Редера на культю червеобразного отростка. Результаты и их обсуждения. Морфологически подтверждены следующие формы аппендицита: катаральный 19 (17%), флегмонозный 60 (55 %), гангренозный 30 (28%). У 21 пациентов с неясными болями в животе, подозрением на острый аппендицит были диагностированы другие заболевания: в 8 (7,3%) случаях обнаружена острая гинекологическая патология, мезаденит в 3 (2,8) случаях, в 2(1,8%) случаях были удалены некротизированные жировые подвески ободочной кишки. Из 109 лапароскопических аппендэктомий 70 выполнено лигатурным способом, 31 с наложением кисетного шва. После удаления отростка, выполнялась санация брюшной полости. При отсутствии послеоперационных осложнений дренаж удаляли через 1-2 суток. Интраоперационное осложнение (кровотечение из артерии червеобразного отростка) было выявлено у одного больного, кровотечение остановлено электрокоагуляцией. Послеоперационный инфильтрат у 1 (0,9%) больного. Средняя продолжительность операции - 1 час. Длительность пребывания в стационаре составила 6-7 суток. Конверсия наблюдалась у 8 (7,3%) пациентов, при ретроперитонеальном расположении аппендицита, в плотном инфильтрате. Лапароскопическая аппендэктомия имеет ряд преимуществ по сравнению с традиционной операцией: избежание необоснованных аппендэктомий и лапаротомий; снижение количества осложнений; высокая диагностическая ценность метода; косметический эффект. Не было ни одного случая нагноения послеоперационной раны. Выводы: Считаем, что все оперативные вмешательства, выполняемые по поводу острого аппендицита должны начинаться с диагностической лапароскопии. Диагностическая лапароскопия, предшествующая аппендэктомии, позволяет осмотреть брюшную полость, и, при отсутствии изменений в аппендиксе, выявить другие заболевания органов брюшной полости.

## 26. Повреждения органов груди на фоне множественной сочетанной травмы.

Дегтярев О.Л., Лагеза А.Б., Хамченков А.Г., Абашидзе И.Б.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Неотложные состояния при повреждениях органов грудной полости отличаются особенностью поражения жизненно важных органов и систем. Скорость развития тяжелых функциональных расстройств и связанных с ними осложнений чаще всего обусловлены морфологическими изменениями поврежденных органов грудной полости, выявление которых нередко затруднено. Использование традиционных методов диагностики, как правило, не позволяет выявить характер, локализацию и объем повреждений. Вследствие чего, достаточно сложно избежать диагностических и лечебных ошибок. Недостаточная информативность морфологических изменений и связанных с ними функциональных нарушений при травматических повреждениях органов груди может повлечь за собой необоснованную хирургическую тактику и привести либо к избыточному радикализму, либо к излишнему консерватизму, что одинаково опасно для пострадавшего. Цели работы: Определить место лечебно-диагностической видеоторакоскопии у больных с повреждением груди на фоне МСТ. Материалы и методы: Нами с 2005 по 2016 гг. обследовано 839 пострадавших с различными повреждениями органов груди, в том числе и на фоне множественной сочетанной травмы (МСТ). Средний возраст пострадавших составляет 39,7 лет (от 17 до 83 лет). Мужчины - 64%, женщины - 36%. Открытые повреждения грудной стенки, сопровождающиеся травмой органов груди, имелись в 22-25% случаев, закрытые травмы грудной стенки с повреждением органов груди - 75-78%. Из них, на фоне МСТ, повреждения органов груди отмечались у 73% пациентов. Видеоторакоскопия (ВТС) при травме грудной клетки с повреждением органов груди выполнялась пострадавшим при условиях стабильной гемодинамики и дыхания. Противопоказанием для ВТС мы считаем геморрагический шок, гемоперикард и проффузное внутриплевральное кровотечение. При проникающих ранениях грудной полости у пострадавших в 47% случаев имели место: наличие пневмоторакса, гемоторакса и гемопневмоторакса. При ВТС у этой категории пострадавших с закрытой травмой груди на фоне множественной и сочетанной травмы диагностировано ранение легкого (51,3%), ранение межреберных сосудов (25,2%), ранение средостения (8,4%), ранение диафрагмы (9,8%). ВТС выполнялась у 82% пострадавших с закрытой травмой груди, если при традиционных диагностических мероприятиях выявлены внутриплевральные осложнения гемоторакс, пневмоторакс, гемопневмоторакс, а также при наличии флотирующих переломов грудной стенки. Во время ВТС у пострадавших было выявлено: ателектаз доли легкого (2,3%); перелом ребер, проникающих в плевральную полость (14,2%); повреждения межреберных сосудов (6,5%); раны легкого (18,5%); субплевральные и интрапульмональные гематомы (9,6%); контузия легкого (7,8%); свернувшийся гемоторакс (12,4%); гематомы и кровоизлияния средостения (3,1%); повреждения диафрагмы (17%); остроочаговая посттравматическая эмфизема легкого (8,6%). Результаты: Лечебные мероприятия при ВТС у пострадавших с повреждением органов груди проводились сразу после их диагностики, и заключались в остановке кровотечения клипированием сосудов или биполярной коагуляцией, пункцией и вскрытием интрапульмональных и субплевральных гематом, вскрытием и дренированием гематом средостения, ушивании ран легкого. В 32% случаев ВТС сочеталась с ассистированием миниторакотомии, что позволяло выполнить пневмодез, декортикацию, гемолиз, а также, в случае обширных ран легкого, для устранения гемостаза и пневмостаза, осуществить наложение S-образного шва и петли Редера на поврежденный участок легкого. Выводы: Лечебно-диагностическая торакоскопия показана большинству больных с повреждением

органов груди на фоне МСТ, так как позволяет выполнить объем неотложных мероприятий способствующих стабилизации состояния больного, а также уточнить диагноз и тактику хирургического лечения.

## **27. Осложненный эхинококкоз печени и брюшной полости: результаты лечения.**

Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Пулатов Х.Н., Исхаков Н.Б. Долимов Л.М., Эрметов А.Т.

Наманган, Республика Узбекистан

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Наманганский филиал

Цель исследования – улучшить результатов лечения больных с осложненными эхинококкозами печени и брюшной полости. Работа основана на опыте хирургического лечения 919 больных с осложненным эхинококкозом печени и органов брюшной полости в возрасте от 10 до 72 лет. Мужчин было 487 (53,0%), женщин – 432 (47,0%). Нагноения эхинококковой кисты печени, селезенки и брюшной полости встречались у 548 (59,6%) больных. Прорыв эхинококкоза печени в брюшную полость диагностирован у 86 (9,4%) пациентов, в билиарные протоки с образованием цистобилиарного свища у 207 (22,5%), механическая желтуха с холангитом у 47 (5,1%), цистобронхиоплевральный свищ – у 31 (3,4%). С аллергическими реакциями поступило 35 (3,8%) больных. Анафилактический шок у больных с прорывом эхинококковой кисты печени в свободную брюшную полость наблюдался - у 30 (3,3%). Одиночные кисты печени, селезенки и брюшной полости выявили у 623 (67,8%) больных, множественные – у 296 (32,2%). У 591 (64,4%) больных кисты располагались в правой доле печени и у 199 (21,7%) в левой. Эхинококкоз селезенки встречался у 27 (2,9%) больных, большого сальника у 28 (3,1%), брыжейки тонкой кишки у 15 (1,6%), забрюшинного пространства у 8 (0,8%) и малого таза – 51 (5,5%). Сочетания эхинококкоза печени, селезенки, легких, брыжейки тонкой кишки, органов малого таза и встречались у 259 (28,2%) больных. Рецидивный эхинококкоз печени был отмечен у 112 (12,2%) пациентов и резидуальный – у 14 (1,5%). Всем больным было выполнено ультразвуковое исследование печени, рентгеноскопия грудной клетки и по показанием МСКТ органов брюшной полости. Традиционный способ (лапаротомия) применен у 901 (98,0%) больных. Идеальная эхинококкэктомия выполнена у 182 (19,8%) больных, из них у 38 (4,1%) с краевой резекцией печени. Эхинококкэктомия печени с капитанажом остаточной полости была выполнена у 295 (32,1%) больных и у 149 (16,2%), операция завершена с дренированием остаточной полости. Эхинококкэктомия печени в сочетании с холецистэктомией была выполнена у 84 (9,1%) пациентов, ушивание цистобилиарного свища – у 212 (23,1%), наружное дренирование желчного протока – 29 (3,2%). При традиционном методе лечения отмечались осложнения у 112 (12,2%) больных, из них: послеоперационный перитонит у 17 (1,8%) внутрибрюшное кровотечение у 11 (1,2%), абсцесс остаточной полости у 55 (5,9%), наружный желчный свищ у 25 (2,7%), тромбоэмболия легочной артерии у 2 (0,2%), тромбоз мезентеральных сосудов - у 4 (0,4%). У 11 больных с послеоперационным перитонитом была выполнена видеолапароскопическая санация с оставлением дренажей в брюшной полости. Причиной релапаротомии у 11 (1,2%) больных явилось кровотечение в брюшную полость, перитонит. У 7 больных с прорывом эхинококковой кисты в билиарный тракт первым этапом лечения выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с удалением хитиновых оболочек паразита, которая позволила восстановить отток желчи в двенадцатиперстную кишку. Лапароскопическая эхинококкэктомия печени была предпринята 18 (1,9%) больным, из-за ограничения возможности ликвидации остаточной полости и риска генерализации дочерних пузырей паразита переход на лапаротомию (конверсия) осуществлена в 4 случаях. Остаточная полость была ликвидирована путем наложения эндошва, частичной перичистэктомией со сближением краев полости и

наружным дренированием. Чрескожное пункционное дренирование (ЧПД) абсцесса остаточной полости эхинококковой кисты печени под контролем УЗИ выполнено 57 больным. Повторное ЧПД абсцесса остаточной полости эхинококковой кисты печени выполнено 9 пациентам. При нагноившихся эхинококкозе селезенки у 5 больных сопутствующими патологиями первым этапом операции являлся ЧПД. Послеоперационный перитонит у 2 больных после ЧПД абсцесса селезенки явился показанием к спленэктомии традиционным способом. Рациональная хирургическая тактика с учетом характера и степени поражений желчных путей и мероприятия по профилактике развития послеоперационных осложнений позволили получить в целом благоприятные результаты. Применение малоинвазивной технологии в лечении осложненных эхинококковых кист печени снижает процент послеоперационных осложнений и сокращает сроки пребывания больного в стационаре.

## **28. Особенности симультанных операций при лапароскопической холецистэктомии.**

Эрметовт А.Т., Исхаков Б.Р., Алижанов А.А., Исхаков Н.Б., Масаидова Х.О., Долимов Л.М.

Наманган, Республика Узбекистан

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Наманганский филиал

В течение последних 16 лет работы нами было выполнено 4659 лапароскопических холецистэктомий. Мы обладаем опытом выполнения 518 (11,1%) симультанных оперативных вмешательств при сочетанной патологии органов брюшной полости и брюшной стенки. Наиболее распространенными сочетаниями лапароскопических операций являлись холецистэктомия и операции по поводу сопутствующей гинекологической патологии. У 99 (19,1%) пациентов второе лапароскопическое вмешательство выполнено по поводу кист яичников, которые были размером от 5 до 10 см. Стерилизация маточных труб выполнена у 296 (57,1%) больных, сальпингоовариолизис и сальпингостомия при гидросальпинксе - у 36 (6,9%). У 34 (6,5%) больных лапароскопическая холецистэктомия предшествовала герниопластикой пупочного кольца. При синдроме Кноха рассечение спаек выполнено - у 50 (9,6%). В 3 (0,5%) случаях лапароскопическая холецистэктомия сочеталась с кистэктомией (эхинококкэктомия, фенестрация солитарных кист печени) из печени. В первую очередь вмешательство производилось на наименее инфицированных органах. Для извлечения желчного пузыря и кисты яичника из брюшной полости мы использовали доступ в параумбиликальной точке. В ходе операции не было необходимости введения дополнительного троакара в брюшную полость. Осложнений со стороны брюшной полости не наблюдали. Послеоперационный период у всех больных протекал гладко. Сравнительный анализ результатов оперативного лечения групп больных, перенесших, симультанные лапароскопические вмешательства показал, что тяжесть течения послеоперационного периода, продолжительность пребывания больных в стационаре и сроки временной нетрудоспособности не претерпевали изменений. Более активное внедрение симультанных лапароскопических операций в хирургическую практику позволяет оказать больному квалифицированную помощь и уменьшит финансовые затраты не прибегая к повторной операции, особенно к лапаротомии.

## **29. Малоинвазивные вмешательства при остром осложнённом калькулезном холецистите у лиц пожилого и старческого возраста.**

Магомедов М.Г.(1), Меджидов Р.Т.(1), Мусаев З. М-С.(1), Маммаев М.К.(2), Магомедов Н.М.(1).

Махачкала

1) ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ГБУ МЗ РД Республиканский Медицинский Центр Госпиталь ветеранов

Актуальность проблем. Лечение острого калькулезного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста с использованием миниинвазивных хирургических технологий дает хорошие результаты и минимальную послеоперационную летальность. Однако, в отношении лечебной тактики у больных острым калькулезным холециститом, особенно его осложненных форм, нет единого мнения и является дискуссионным в вопросах выбора хирургического метода. Цель работы. Оценка видеолапароскопии и анализ результатов хирургического лечения больных с осложненными формами острого калькулезного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста. Материалы и методы. Анализу подвергнуты результаты оперативного лечения 86 больных с острым осложненным калькулезным холециститом в клинике общей хирургии Даггосмедуниверситета на базе РМЦ Госпиталя ветеранов за 1999 – 2016 гг. Из них женщин было 63 (73,3%), мужчин – 23 (26,7%), в возрасте: 60 - 69 лет – 52 (60,4%); 70 - 80 лет - 23 (26,7%) и старше 80 лет – 11 (12,9%). Диагностика больных включала в себя: клиническое обследование, лабораторные и специальные методы исследования (ультразвуковое исследование, лапароскопия, чрезкожно-чрезпеченочная холеграфия, ФГДС, рентген исследование желудка и 12 п/к., компьютерная томография). У 45 (52,3%) больных при поступлении имелась механическая желтуха. У 79 (91,9%) больных тяжесть состояния усугублялось наличием двух и более сопутствующих заболеваний. Результаты и обсуждение. Из 86 больных у 41 (47,7%) острый калькулезный холецистит протекал стерто, атипично, с преобладанием диспептических проявлений – у 24 (27,9%). Ведущими симптомами были тяжесть в подложечной области, изжога, метеоризм, неустойчивый стул. У остальных 18 (20,9%) больных острый калькулезный холецистит протекал в виде хронической болевой формы без выраженных острых приступов. Для уточнения диагноза и определения тактики лечения у этой категории больных в 45 (51,2%) случаях провели срочную лапароскопию в первые сутки пребывания больных в стационаре. Лапароскопическими признаками острого калькулезного холецистита были: увеличение и напряжение желчного пузыря, инфильтрация стенки с отложением фибрина, расширение сосудов серозы, наличие выпота с примесью желчи и перипроцесса (окутывания пузыря салниками, отек и инфильтрация окружающих тканей). Экстренные операции (ближайшие 3 - 4 часа) выполнены – у 27 (31,4%); срочные или неотложные (первые сутки) у 26 (30,2%); отсроченные (2 - 3 сутки) – у 25 (29,1%) и плановые (после трех недель) – у 8 (9,3%). В 46 (53,5%) случаев была выполнена холецистостомия: лапаратомическая с литотомией – у 8 (17,4%) и лапароскопическая катетеризационная – у 38 (82,6%). Из них в 7 случаях лапаратомическая холецистостомия с литотомией была окончательной операцией. Показаниями к холецистостомии были: тяжелое состояние больных, холедохолитиаз с длительной механической желтухой и высокой билирубинемией, необходимость, длительной предоперационной подготовки больных, высокий риск обезболивания и радикальной операции (III-IV степени) на фоне тяжелых конкурирующих сопутствующих заболеваний сердечно-легочной системы. В послеоперационном периоде умерли 4 (4,6%) больных (сердечно-легочная недостаточность - 3, тромбоэмболия легочных сосудов - 1). Выводы. Видеолапароскопические вмешательства на желчных путях при остром калькулезном

холецистите, особенно его осложненных формах, является малоинвазивными и оптимальными вмешательствами у больных пожилого и старческого возраста с высоким риском операций. Малоинвазивные хирургические технологии дают хорошие результаты с минимальной послеоперационной летальностью.

### **30. Малоинвазивная технология в тактике и лечении острого холецистита у гериатрических больных.**

Магомедов М.Г.(1), Меджидов Р.Т.(1), Мусаев З. М-С.(1), Маммаев М.К.(2), Магомедов Н.М.(1).

Махачкала

1) ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ГБУ МЗ РД Республиканский Медицинский Центр Госпиталь ветеранов

Актуальность проблем. Гериатрическая хирургия становится все более актуальной проблемой в связи со старением населения и увеличением в лечебных учреждениях числа пожилых и старых пациентов. Более того указанный раздел представляет собой один из немногих, где мнения отечественных и зарубежных хирургов были бы столь противоречивы в отношении тактики и сроков оперативного вмешательства. Взгляды на принципы лечения острого холецистита многократно менялись от преимущественно выжидательного до активного и наоборот. Цель работы. Улучшение результатов хирургического лечения больных с острым холециститом у лиц пожилого и старческого возраста путём применения малоинвазивной оперативной технологии. Материалы и методы. Анализированы результаты лечения 306 больных с острым холециститом оперированных за 1999-2016 гг. в клинике общей хирургии Даггосмед-университета. Из них женщин было 227 (74,2%), мужчин 79 (25,8%), в возрасте: 60 - 69 лет – 187 (61,1%); 70 - 80 лет – 80 (26,1%) и старше 80 лет – 39 (12,8%). Для диагностики применяли клинические, лабораторные и специальные методы исследования (УЗИ, лапароскопия, чрезкожно-чрезпеченочная холеграфия, ФГДС, рентген исследование желудка и 12 п/к, КТ). Результаты и обсуждение. У 160 (52,3%) больных при поступлении имелась механическая желтуха. Билирубинемия легкой степени до 35 ммоль/л имели 68 (42,5%); средней степени до 60 ммоль/л – 52 (32,5%), умеренную до 100 ммоль/л и выше - 40 (25%) больных. По данным обследования и субоперационным находкам желтуха была обусловлена холедохолитиазом у 52 (32,5%), холедохолитиазом в сочетании со стенозом терминального отдела холедоха – 23 (14,4%); чисто стенозом терминального отдела холедоха – 21 (13,1%), инфильтрацией печеночно-дуоденальной связки и перехоледохеальным лимфаденитом - 18 (11,3%), холангитом – 34 (21,3%), панкреатитом - 12 (7,4%). У 146 (91,3%) больных тяжесть состояния усугублялось наличием сопутствующих заболеваний, из них у 1/3 пациентов сопутствующая патология приобретала конкурирующий характер. Из 306 больных у 145 (47,4%) острый холецистит протекал стерто, атипично, с преобладанием диспептических проявлений. Ведущими симптомами у них были тяжесть подложечной области, изжога, метеоризм, неустойчивый стул. У остальных 19,6% больных острый холецистит протекал в виде хронической болевой формы без выраженных острых болевых приступов. Для уточнения диагноза и определения тактики лечения у этой категории больных в 46 (15%) случаях провели срочную лапароскопию в первые сутки пребывания больных в стационаре. Экстренные операции (ближайшие 3-4 часа) выполнены – у 70 (22,9%); срочные или неотложные (первые сутки) у 57 (18,6%); отсроченные (2-3 сутки) – у 56 (18,3%) и плановые (после трех недель) – у 123 (40,2%). В 75 (24,8%) случаях была выполнена холецистостомия: лапаротомическая с литотомией – у 13 (17,3%) и лапароскопическая катетеризационная – у 62 (82,7%). Из них в 7 случаях лапаротомическая холецистостомия с литотомией была

окончательной операцией. Эти больные из-за улучшения состояния отказались от радикальной холецистэктомии. Показаниями к холецистостомии были: тяжелое состояние больных, холедохолитиаз с длительной механической желтухой и высокой билирубинемией, необходимость длительной предоперационной подготовки больных, высокий риск обезболивания и радикальной операции (3-4 ст.) на фоне тяжелых сопутствующих заболеваний сердечно-легочной системы. Холецистэктомия в чистом виде без вмешательства на холедохе была применена у 70 (22,8%) больных. У 161 (52,6%) больных холецистэктомия дополнялась различными вмешательствами на холедохе: дренаж по Пиковскому - у 38 (23,6%), дренаж по Вишневскому - у 31 (19,3%), шов холедоха после холедохолитотомии - у 12 (7,5%); холедоходуоденостомия - у 75 (46,5%); холедохоеюностомия - у 5 (3,1%) больных. Следует отметить, что независимо от предполагаемого объема операции всем больным с целью предоперационной подготовки назначалась консервативная терапия. В послеоперационном периоде умерли 10 (5,4%) больных. Причинами летальности были: послеоперационный продолжающийся желчный перитонит, интоксикация - у 2, послеоперационная нарастающая сердечно-легочная недостаточность - у 3, тромбоэмболия легочных сосудов - 2, послеоперационный деструктивный панкреатит - у 1, инфаркт миокарда - у 1 и острая печеночная недостаточность - 1. Выводы: 1. Послеоперационная летальность тем меньше, чем раньше применяется операция. 2. Видеолапароскопические вмешательства на желчных путях являются малоинвазивными и оптимальными вмешательствами у больных группы высокого риска. 3. Декомпрессия желчных путей эффективна как первый этап перед выполнением радикальных операций.

### **31. Анализ результатов хирургического лечения пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью.**

Иманалиев М.Р., Нажмудинов З.З., Гусейнов А.Г.

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

По литературным данным спаечный процесс в брюшинной полости развивается у 55–90% пациентов, перенесших лапаротомию, а брюшинные спайки являются причиной кишечной непроходимости в 40-85% случаев. При этом хирургические вмешательства по поводу острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН) отличаются сложностью, опасностью повреждения полых органов, высокой частотой осложнений и летальных исходов. Цель исследования: анализ результатов оперативного лечения больных с ОСКН, определение рациональной диагностической и лечебной тактики при этом заболевании. Материалы и методы исследования. В отделении хирургии № 2 Республиканской клинической больницы Центра специализированной экстренной медицинской помощи г. Махачкалы за 2016 год были оперированы 29 пациентов с ОСКН в возрасте от 18 до 79 лет. Женщин было 19 (65,5%), мужчин – 10 (34,5%). До суток от начала острых болей в животе были доставлены 11 больных (37,9%), в более поздние сроки – 18 (62,1%). Наиболее частыми причинами ОСКН были перенесенные ранее аппендэктомия (7 пациентов, 20,3%) и гинекологические операции (10 пациенток, 34,5%). Алгоритм обследования соответствовал общепринятым стандартам – в течение первых 2-х часов после госпитализации производились лабораторные исследования крови и мочи, обзорная рентгенография груди и живота, ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости. Подтверждением диагноза были пневматизация кишечных петель и горизонтальные уровни жидкости в просвете кишечника, а также маятникообразные движения кишечного содержимого при УЗИ. Во всех случаях лечение начинали с консервативных мероприятий для разрешения непроходимости. Производили обезболивание ненаркотическими

анальгетиками, декомпрессию проксимальных отделов пищеварительного тракта, очистительные клизмы, стимуляцию моторной функции кишечника прокинетиками, проводили инфузионную терапию до адекватного восполнения объема циркулирующей крови. При улучшении состояния пациента, появлении признаков разрешения непроходимости проводили рентгенологический контроль пассажа контрастного вещества по пищеварительному тракту - после приема 150 мл бариевой взвеси рентгенологическое исследование производилось через 6 часов. По результатам исследования принималось решение о дальнейшей тактике – продолжение консервативной терапии или оперативное пособие. Результаты. Консервативное лечение было неэффективно или оказало временный эффект у всех пациентов. 15 из них (51,7%) были оперированы в период от 2 до 12 часов после госпитализации, остальные 14 (48,3%) – через 24-28 часов. Во время операции высокая непроходимость выявлена у 9 пациентов (31,0%), уровень препятствия у них был в начальном отделе тонкой кишки – до 100 см от связки Трейца. Эти пациенты оперированы в ближайшие часы после госпитализации из-за выраженного болевого синдрома, обильного поступления по зонду кишечного содержимого, неэффективности консервативных мероприятий. В 20 случаях (69,0%) нарушение проходимости выявлено на уровне подвздошной кишки. У этих пациентов операция выполнялась в более поздние сроки из-за временного улучшения состояния и неоднозначных результатов рентгенологического и ультразвукового исследований. Оперативное пособие начинали с лапароскопии. У 14 пациентов (47,1%) непроходимость была обусловлена шнуровидной спайкой, сдавливающей кишку, у 4 (14,0%) - фиксацией спайками перегиба кишки под острым углом и у 3 (10,3%) – образованием множественных «двустволок» тонкой кишки. У 2 (6,9%) пациентов были выявлены некрозы участков тонкой кишки в результате странгуляции, у 3 (10,3%) – плотные конгломераты с вовлечением протяженных отделов тонкой кишки. Лапароскопическое разрешение непроходимости путем рассечения спаек, энтеро-лиза выполнено 22 пациентам (75,9%). 7 пациентов (24,1%) оперированы через лапаротомный доступ, из них у 2 (6,9%) выполнена резекция сегмента кишки в связи с некрозом и у 3 (10,3%) – обширная резекция тонкой кишки с оставлением 80-130 см кишки в связи с образованием плотных неразделимых конгломератов. Во всех случаях накладывался анастомоз по типу конец в конец однорядным швом. Операции завершали введением в брюшную полость 150 мл препарата «Мезогель». Декомпрессия тонкой кишки назоинтестинальной интубацией применялась у 7 пациентов (24,1%), у которых была конверсия. Если операция выполнялась лапароскопическим доступом, декомпрессия заключалась в установлении желудочного зонда. Осложнений, летальных исходов в послеоперационном периоде не было. Заключение. Наш опыт свидетельствует о необходимости пересмотра традиционных алгоритмов обследования и лечения пациентов с ОСКН. Сроки консервативной терапии могут быть сокращены использованием информативных методов оценки его эффективности. Сохранение пневматизации тонкой кишки и горизонтальных уровней жидкости на обзорных рентгенограммах, маятникообразные движения жидкости при УЗИ после консервативной терапии достоверно свидетельствуют о необходимости срочной операции. Исследование пассажа контрастного вещества по кишечнику должно использоваться во всех случаях, когда консервативное лечение считается эффективным и предполагается воздержаться от оперативного вмешательства. Большинству больных ОСКН оперативное пособие может быть оказано использованием малоинвазивных методик, в частности, лапароскопическим энтеролизом и рас-правлением кишки. Наш опыт применения мезогеля считаем недостаточным для оценки его эффективности в подавлении спайкообразования в послеоперационном периоде.



### **32. Применение диагностической лапароскопии при ургентной хирургической патологии.**

Кузнецов Д.В., Гецин Г.П., Сухов А.В., Дегтярев С.Б., Иваненко А.С.

Каменоломни

МБУЗ ЦРБ Октябрьского района Ростовской области

В ургентной хирургии, у больных с абдоминальной патологией зачастую возникает ситуация, когда клиническая картина и лабораторные данные не дают полного представления о патологическом процессе. У таких больных диагностическая лапароскопия занимает очень важное место в диагностике и дифференциальной диагностике. Мы провели ретроспективный анализ историй болезней 542 пациентов с неясной клинической картиной, которым была выполнена диагностическая лапароскопия. Из них мужчин было 184 (33,9 %), женщин - 358 (66,1 %) в возрасте от 17 до 82 лет. Во всех случаях манипуляция проводилась под эндотрахеальным наркозом. Перед диагностической лапароскопией все пациенты в обязательном порядке осматривались анестезиологом-реаниматологом. Диагностическая лапароскопия позволила у 3,3 % пациентов с неясным диагнозом обнаружить признаки кишечной непроходимости, у 1,7 % - тромбоз мезентериальных сосудов, у 37,8 % — признаки острого аппендицита, у 13,3 % — патологию со стороны органов гениталий, у 6,3 % — острый холецистит, у 3% - острый панкреатит, у 0,6% - спаечную болезнь брюшной полости, у 1% - некроз жирового подвеса либо пряди сальника, также встречались по одному случаю прикрытая перфорация язвы ДПК, прикрытая перфорация дивертикула сигмовидной кишки, у 32 % — патология органов брюшной полости не была выявлена и лапароскопия была завершена дренированием брюшной полости. В подавляющем большинстве случаев после установления причины больные были прооперированы лапароскопически, лишь больным с кишечной непроходимостью потребовались открытые оперативные вмешательства. Выводы: 1) Диагностическая лапароскопия при наличии клиники «острого живота» позволяет более точно установить диагноз. 2) В значительной мере снижается травматизм оперативных вмешательств. 3) У 32 % пациентов удалось избежать напрасной лапаротомии. Дальнейшее обследование больных (УЗИ, ФГДС, ФКС, МРТ, СКТ) не выявило органической патологии, что говорит о функциональной причине болевого синдрома.

### **33. Оценка влияния малоинвазивных операций на исход сочетанной абдоминальной травмы.**

Габдулхаков Р.М., Хисамов В.Г., Рахимова Р.Ф., Плакс И.А.

Уфа

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ГБУЗ РБ ГКБ №21

Актуальность проблемы: проблема лечения тяжелых механических повреждений в последние десятилетия во многих странах заняла одно из ведущих мест. Она определяется гигантскими масштабами травматизма и тенденцией к постоянному его возрастанию. Задачи снижения летальности при тяжелой сочетанной травме является приоритетными в медицине. Цель работы: Изучить влияние малоинвазивных хирургических технологий на исход тяжелой сочетанной абдоминальной травмы. Материалы и методы исследования: Нами проведен анализ тактики хирургического лечения 179 пострадавших с сочетанной абдоминальной травмой, госпитализированных в реанимационно-анестезиологическое

отделение ГКБ №21 г.Уфы. Из них 108 выполнена лапароскопия, 71 лапаротомия. Среди пострадавших, которым выполнена лапароскопия, количество мужчин составило 72, женщин 36, средний возраст - 46,7±17 лет, ISS равнялся 26,1±10,3 балла, летальность в данной группе составляла 32,4%. Среди пострадавших, которым выполнена лапаротомия, количество мужчин составило 53, женщин 18, средний возраст – 43,9±19 лет, ISS равнялся 36,4±12,1 балла, летальность в данной группе составляла 59,6%. Оценка тяжести повреждений органов брюшной полости проводилась согласно классификации Американской ассоциации хирургии травмы – American Association for the Surgery of Trauma (AAST). Результаты исследования: Из 71 пострадавшего, которым выполнена лапаротомия у 42 (59,2%) носила диагностический (I и II степень по AAST) и только у 29 (40,8%) имела лечебный характер (III и IV степень по AAST). Тяжесть травмы по шкале ISS в группах диагностической и лечебной лапаротомии составили соответственно 29,4±9,3 и 40,1±12,7 баллов ( $p<0,05$ ), летальность 54,8 и 72,4% ( $p<0,05$ ), то есть существенно различались. Нами выявлено, что среди пострадавших с травмой живота только 29 (16,2%) нуждались в проведении оперативного вмешательства, тогда как у 150 (83,8%) операция носила лишь диагностический характер. Причем в группе, где проведена диагностическая лапаротомия летальность была на 22,4% выше ( $\chi^2=5,46$ ;  $p<0,05$ ; OR=2,53) в сравнение с пациентами, которым выполнена диагностическая лапароскопия, хотя по тяжести травмы группы не различались. Из данных расчетов мы можем предположить, что различия в летальности могли быть обусловлены дополнительной травмой – диагностической лапаротомией. Таким образом, выполнение диагностической лапароскопии, позволило осуществить адекватный контроль повреждений брюшной полости, избежать необоснованных лапаротомий, снизить летальность. Выводы: Применение малоинвазивных хирургических технологий позволяет обеспечить адекватный контроль состояния поврежденных органов брюшной полости, избежать необоснованных травматичных оперативных вмешательств, снизить летальность.

#### **34. Лапароскопический интракорпоральный ручной шов в создании анастомозов верхних отделов желудочно-кишечного тракта.**

Хитарьян А.Г.(1,2), Велиев К.С. (1,2), Завгородняя Р.Н.(2), Саркисян А.В.(1), Межунц А.В.(1)

Ростов-на-Дону

1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-главный»

Цель исследования – анализ применения ручного лапароскопического интракорпорального анастомоза верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Материалы и методы исследования. В отделении хирургии НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Главный» ОАО «РЖД» у 35 пациентов проанализировано использование ручного интракорпорального гастроэнтероанастомоза. Средний возраст пациентов составил 48,1±13,8 лет. В 5,7% (2 из 35) случаях выполнена проксимальная резекция желудка по поводу рака тела желудка T2-3N1M0 с лимфодиссекцией D2 и удалением лимфатических узлов № 8, 9, 10, 11, 12 с наложением гастроэзофагоанастомоза. Дистальная резекция 2/3 желудка по поводу осложнений язвенной болезни (3) и аденоматозного полипа антрального отдела желудка (1) с наложением гастроэнтероанастомоза выполнена у 11,4% (4 из 35) больных. У 54,3% (19 из 35) пациентов выполнено гастроеюношунтирование по поводу морбидного ожирения. В 28,6% (10 из 35) случаях проведена гастрэктомия, из них в 17,1% (6 из 35) случаях при онкологических заболеваниях T3-4N0-2M0, как радикальное вмешательство с лимфодиссекцией D2 и удалением лимфатических узлов № 1-10, 12, 14 с наложением

эзофагоэнтероанастомоза, у 11,4% (4 из 35) пациентов с раком желудка T3N1M1 выполнено циторедуктивное пособие. Результаты. Из 35 пациентов оперированных на органах брюшной полости, осложнений, связанных с использованием ручного интракорпорального анастомоза не выявлено. У 1 (2,9%) больного перенесшего дистальную резекцию желудка, в послеоперационном периоде отмечалось кровотечение, непосредственно не связанное с хирургическим пособием. Время оперативного вмешательства с использованием ручного интракорпорального шва составило  $53,5 \pm 9,9$  минут, средний койко-день  $11,2 \pm 4,5$ . Заключение. Применение ручного интракорпорального анастомоза связано с необходимостью специфического опыта у хирурга, а также увеличивает продолжительность оперативного пособия. Ручной шов уменьшает количество недостатков аппаратного метода сшивания (таких как несостоятельность анастомоза, кровотечение). Вывод. При лапароскопическом интракорпоральном ручном шве, увеличивается качество адаптации в анастомозе. Способ имеет преимущества при малой культе желудка, а так же в бариатрической хирургии.

### **35. Неотложные онкологические ситуации в абдоминальной хирургии.**

Кунафин М.С., Хунафин С.Н., Ахмеров Д.Р., Кунафин А.С.

Уфа

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации», МЗ РФ ГKB № 18 г..

Количество больных, страдающих злокачественными заболеваниями органов брюшной полости увеличивается. Многие из них поступают в дежурные хирургические отделения в экстренном порядке, когда возникают тяжелые осложнения: кровотечение, перфорация, непроходимость кишечника, большинство из них имеют тяжелые сопутствующие заболевания. В таких ситуациях организация оказания экстренной хирургической помощи сопряжена с возникновением трудностей в диагностике и лечении, профилактики осложнений в послеоперационном периоде. За 2000-2016 годы в клинике находились 986 больных с онкопатологией органов брюшной полости, которые составили 4,3% от общего количества пролеченных больных. Мужчин было 558 (56,5%), женщин – 428(43,5%), из них 409 (41,4%) были трудоспособного возраста и 577 (58,6%) имели возраст старше 60 лет. Из 986 больных 929 (94,3%) поступали в клинику в экстренном порядке с различными осложнениями онкозаболеваний органов брюшной полости и 57 (5,4%) – в плановом порядке. Следует отметить, что существующими нормативными документами запрещена плановая госпитализация их в хирургические отделения и страховые компании, финансирующие органы здравоохранения не оплачивают лечение онкобольных, расценивая нахождение их в хирургических отделениях как не профильное использование хирургических коек. Поэтому заведующие хирургическими отделениями вынуждены госпитализировать таких больных оформляя хирургические диагнозы. Эту группу, в основном, составляют знакомые, родственники медицинских работников больницы. Так создается ситуация, когда многие пациенты с онкопатологией не могут попасть в онкоучреждения, поскольку там всегда не хватает коек и количество больных с каждым годом увеличивается. На лечение в онкодиспансерах имеют шансы попасть больные лишь с начальными стадиями заболевания, поэтому больные с 3-4 степенями болезни попадают в экстренном порядке в общехирургические стационары. Несопоставимы результаты лечения таких больных в специализированных отделениях с исходом оказания экстренной хирургической помощи в общехирургических отделениях. Рак толстой кишки выявлен у 543 (55,6%) больных, желудка – у 243(24,6%), пищевода – у 40 (4%), печени и желчевыводящих путей – у 69 (6%), поджелудочной железы – у 49 (4,7%), органов гениталий – у 20 (2%), канцероматоз выявлен у 17 (1,8%) больных. Оперировано 480 больных. В 15,2% опухоль локализовалась в восходящем отделе ободочной кишки, в 8% -

поперечно-ободочной кишке. Левый фланг толстой кишки поражен раковой опухолью в 58,6% случаев и прямая кишка – в 9% случаев. Каждый второй пациент поступал на лечение по поводу обтурационной непроходимости толстой кишки, у остальных больных были перфорация опухоли и кровотечение. Резекцию пораженного отдела толстой кишки удалось выполнить у 360 больных. Операция Чартмена была выполнена в 342 случаях и межкишечный анастомоз наложен в 18 случаях. Паллиативные операции: обходные анастомозы, колоноскопия, ушивание кровоточащей опухоли, тампонирование, электрокоагуляция выполнены у 98 пациентов и в 32 случаях, когда был диагностирован канцероматоз и пациенты находились в крайне тяжелом состоянии больные получали синдромную терапию. При раковом поражении пищевода, когда имеет место нарушения глотания, операцией выбора является наложение гастростомы, которая выполнена у 23 больных и 17 – отказались от оперативных вмешательств. После стабилизации их состояния они направлялись на консультацию в Республиканский онкодиспансер. Весьма трагична судьба больных, страдающих раком желудка, печени и желчевыводящих путей, поджелудочной железы, когда в результате метастазирования опухоли в другие органы отсутствуют возможности выполнять радикальную операцию и хирурги вынуждены облегчить состояние больных наложением билеодигестивных анастомозов. Всего умерло 128 больных, общая летальность составила 12,9%, послеоперационная 24%. Таким образом проведенный нами анализ результатов оказания экстренной хирургической помощи больным с онкопатологией органов брюшной полости свидетельствует о том, что диагностика онкологических заболеваний в широкой сети здравоохранения нуждается в совершенствовании. Очевидно, что в этом должны участвовать врачи многих специальностей и первичного звена. Суждение о том, что этой работой должны заниматься только онкологи неправильно, ибо их так мало в стране.

### **36. Пункционная чрескожная гепатикостомия и холецистостомия под контролем УЗИ при механической желтухе различного генеза.**

Соболев Ю.А., Демин Д.Б., Авченко Е.М., Кондрашов Н.И.

Оренбург

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

В последнее время в ведущих хирургических клиниках стало широким применение пункционных методик дренирования желчных протоков (гепатикостомия) и желчного пузыря под УЗИ-навигацией у больных с холедохолитиазом осложненным механической желтухой как первичный этап разгрузки желтухи, и у курабельных и инкурабельных пациентов с опухолями ворот печени, поджелудочной железы осложненных механической желтухой. Данное направление стало активно развиваться хирургами хирургических отделений совместно с врачами ультразвуковой диагностики ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова» г. Оренбурга. Цель работы: оценить эффективность пункционной гепатикостомии и холецистостомии у больных с холедохолитиазом и холангитом, и у инкурабельных пациентов (либо у курабельных, как первичный этап разгрузки механической желтухи) при раке печени или поджелудочной железы, выполняемых под УЗИ-навигацией и выявить преимущества данного оперативного метода. Материал и методы: проведен анализ эффективности пункционной холецистостомии и холангиостомии под УЗИ-контролем у 19 пациентов, находившихся на лечении в ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова» с 2013 по 2016 гг. с клиникой механической желтухи за счет холедохолитиаза, рака ворот печени либо головки поджелудочной железы. Результаты исследования: в наблюдаемой группе было 7 мужчин и 12 женщин. Возраст пациентов составил от 55 до 87 лет. В 2013 г. был прооперирован 1 пациент, в 2014 г. – 4 пациентов, в 2015 г. – 7 больных, а за 5 месяцев 2016 г. – 7 пациентов. У 7 больных дренирован левый

печеночный проток (у 4-х пациентов по поводу заболевания ворот печени и у 3-х больных по поводу заболевания головки поджелудочной железы и нефункционирующем желчном пузыре), у 1 пациентки – холецистостомия по поводу холангита, у 3-х пожилых больных – холецистостомия по поводу холедохолитиаза, у 9 – холецистостомия по поводу заболевания головки поджелудочной железы+механическая желтуха. Все холецистостомии и 4 гепатикостомии были выполнены под местной анестезией, а 3 гепатикостомии – под наркозом с ИВЛ. Средняя длительность операций при дренировании печеночных протоков составила 15 минут, а при холецистостомии – 10 минут. Продолжительность послеоперационного периода в среднем составила 9,5 койко-дней. Гепатикостомии выполнялись прямыми дренажами 12 Fr по двухмоментной методике с помощью проводника, а холецистостомии дренажами типа «свиной хвост» 12 Fr по одномоментной методике. 5 вмешательств выполнены под УЗИ-контролем с помощью адаптера-направителя, а 14 операций методом «свободной руки». Осложнений во время операции не было. Данный метод позволил эффективно дренировать желчный пузырь, либо печеночный проток, что позволило купировать желтуху. Дренаж фиксировался к коже двумя швами капроном №4. Дебит желчи по холецисто- или холангиостоме составлял от 500 до 1500 мл в сутки. Результативность оперативного вмешательства во многом зависит от опыта и квалификации врача ультразвуковой диагностики. Пациенты с заболеванием печени или поджелудочной железы на 7-10 сутки выписывались для дальнейшего обследования в ООД и решения дальнейшей тактики ведения. При неоперабельности – данный метод был окончательным паллиативным методом лечения. Выводы: 1. У больных с опухолевым поражением гепатикохоледоха, ворот печени, головки поджелудочной железы пункционная холангиостомия является либо окончательным паллиативным методом у инкурабельных больных, либо промежуточным методом у курабельных пациентов с целью разгрузки желтухи и подготовке к плановой радикальной операции. 2. У больных с холедохолитиазом и выраженной желтухой – дренирование желчного пузыря или гепатикохоледоха является подготовительным этапом перед радикальным вмешательством. 3. Возможность выполнения практически всех вмешательств под местной анестезией. 4. Длительность операции минимальна по сравнению с открытыми методами. 5. Возможность ведения послеоперационного периода без анальгетиков. 6. Минимальное количество осложнений при соблюдении основных принципов пункционного дренирования под УЗИ-навигацией.

### **37. Значение интраоперационной холангиографии в выявлении холедохолитиаза у больных острым холециститом.**

Натрошвили И.Г.(1), Прудков М.И.(2)

1) Кисловодск, 2) Екатеринбург

1) ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Сочетание острого холецистита и холедохолитиаза, по данным литературы, составляет от 5 до 15%, некоторые авторы приводят и другие цифры – до 30% и более. Из всех методов диагностики холедохолитиаза, обладающих высокой чувствительностью и специфичностью, наиболее доступна интраоперационная холангиография (ИОХГ). В настоящее время нет единого мнения о показаниях к её выполнению у больных острым холециститом. Материалы и методы. В ходе выполнения мультицентрового ретроспективного исследования в 8 стационарах четырех городов Российской Федерации (г. Москва, г. Екатеринбург, г. Волгоград и г. Кисловодск) были проанализированы истории болезни 754 пациентов, оперированных по поводу острого холецистита

различной тяжести. Больные были разделены по риску наличия холедохолитиаза (использованы критерии, рекомендованные Американским обществом гастроинтестинальной эндоскопии). Результаты. В ходе предоперационного обследования уровень билирубина крови был определен у 714 (94,7%) больных, трансабдоминальное УЗИ гепатопанкреатобилиарной зоны выполнено 671 (89,0%) пациенту, эндоскопическая ультрасонография — 7. ИОХГ выполнили 195 больным (25,9%). Низкий риск холедохолитиаза был у 58 (7,7%) пациентов, умеренный — у 622 (82,5%), высокий — у 74 (9,8%). Всего холедохолитиаз диагностирован у 92 (12,2%) больных, частота его выявления варьировала от 1,6 до 20,9% в различных стационарах. Холедохолитиаз диагностирован у 2 (3,6%) пациентов с низким риском его наличия, у 35 (5,6%) больных с умеренным и 55 (74,3%) с высоким риском холедохолитиаза. С целью уточнения влияния выполнения ИОХГ на частоту выявления холедохолитиаза пациентов с умеренным риском холедохолитиаза разделили на две группы: 151 (24,3%) больному была выполнена ИОХГ, а 471 (75,7%) — нет. Значимых различий среднего возраста пациентов, длительности желчнокаменного анамнеза, среднего уровня общего билирубина выявлено не было. Холедохолитиаз в первой группе был выявлен у 23 (15,2%) больных, во второй — у 12 (2,5%) ( $p < 0,001$ ). Выводы. Ввиду отсутствия повсеместной возможности использования неинвазивной дооперационной диагностики холедохолитиаза (МРХПГ, эндоскопической ультрасонографии), целесообразно шире применять интраоперационную холангиографию. Выполнение ИОХГ больным острым холециститом, имеющим средний риск холедохолитиаза, позволяет значимо улучшить его выявление.

### **38. Использование ультразвука для пункционного дренирования ограниченных жидкостных образований брюшной полости и забрюшинного пространства.**

Соболев Ю.А., Демин Д.Б., Савин Д.В., Авченко Е.М., Солодов Ю.А., Кондрашов Н.И.

Оренбург

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

В последние годы все более широкое распространение приобретает чрескожное пункционное дренирование различных ограниченных жидкостных образований брюшной полости и забрюшинного пространства (острых жидкостных скоплений, гематом, абсцессов) под интраоперационным ультразвуковым сканированием. Данный метод оперативного лечения стал активно развиваться в ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова» г. Оренбурга с 2012 года. Цель работы: оценить результаты пункционно-дренирующих методов лечения больных с ограниченными жидкостными скоплениями брюшной полости и забрюшинного пространства, выполняемых под ультразвуковой навигацией и выявить преимущества данного оперативного метода. Материал и методы: проведен анализ хирургического лечения 28 пациентов, находившихся на лечении в ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова» с 2012 по 2016 гг. Всем им на различных этапах лечения выполнялось пункционное дренирование ограниченных жидкостных образований под интраоперационным ультразвуковым контролем. Результаты исследования: в наблюдаемой группе было 16 мужчин и 12 женщин. Возраст пациентов составил от 27 до 88 лет. У 4-х больных дренированы абсцессы печени, у 3-х — абсцессы поддиафрагмального пространства слева (осложнение после ранее перенесенной спленэктомии), у 10 — киста поджелудочной железы (после ранее перенесенного острого панкреатита), у 7 — парапанкреатические жидкостные скопления (на фоне деструктивного панкреатита), у 1 — острое жидкостное скопление левого поддиафрагмального пространства (результат послеоперационного панкреатита после лапароскопической дистальной резекции поджелудочной железы), у 2-х — абсцесс парапанкреатической клетчатки (за счет деструктивного панкреатита), у 1-го пациента — нагноившаяся

посттравматическая гематома забрюшинной клетчатки слева. 10 операций были выполнены под наркозом с ИВЛ, 18 – под местной анестезией. Средняя длительность операций составила 15 минут. Продолжительность послеоперационного периода в среднем составила 15,7 койко-дней. Послеоперационные осложнения в виде панкреатического свища наблюдались в 1 случае. Необходимость повторных вмешательств возникла у 5 пациентов: у 2-х потребовалась повторное пункционное дренирование в результате миграции дренажа, у 3-х по причине массивных секвестров в гнойной полости – дренирование абсцессов из малоинвазивного доступа под ультразвуковым контролем. В одном случае из-за густого гноя с массивными секвестрами была конверсия на минилапаротомию под УЗИ-контролем для адекватной санации и дренирования полости. Летальность составила 0%. Во всех случаях устанавливали либо прямые дренажи, либо типа «pigtail» дренажи калибром 12 Fr по одно- или двухмоментной методике. Для безболезненного проведения вмешательства, необходима адекватная премедикация пациента и местное обезболивание под ультразвуковым контролем всей предстоящей траектории движения устройства практически до очага-мишени. Выводы: 1. Пункционное дренирование является менее травматичным, чем открытое. 2. Возможность постоянного интраоперационного ультразвукового контроля всего оперативного вмешательства в реальном режиме времени. 3. Возможность выполнения вмешательств под местной анестезией. 4. Длительность операции минимальна по сравнению с открытыми методами. 5. Минимизация числа послеоперационных осложнений. 6. Малотравматичность метода. 7. Результативность оперативного вмешательства во многом зависит от опыта и квалификации врача ультразвуковой диагностики.

### **39. Применение чрескожной пункционной холецистостомии под УЗИ-контролем при остром холецистите у больных пожилого возраста и пациентов с тяжелой сопутствующей патологией.**

Соболев Ю.А., Демин Д.Б., Авченко Е.М., Солодов Ю.Ю., Файзулина Р.Р., Фуныгин М.С.

Оренбург

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

В настоящее время стало широким применение пункционных методик дренирования желчного пузыря под УЗИ-навигацией у больных с острым холециститом пожилого возраста и у пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Данное направление стало активно развиваться в хирургических отделениях ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова» г. Оренбурга. Цель работы: оценить эффективность пункционно-дренирующих методов лечения пожилых больных с острым холециститом и пациентов других возрастных групп в совокупности с тяжелой сопутствующей патологией, выполняемых под УЗИ-навигацией и выявить преимущества данного оперативного метода. Материал и методы: проведен анализ эффективности пункционной холецистостомии под УЗИ-контролем у 40 пациентов, находившихся на лечении в ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова» с 2013 по 2016 гг. с клиникой острого калькулезного и бескаменного холецистита. Результаты исследования: в наблюдаемой группе было 12 мужчин и 28 женщины. Из них было 10 пациентов с некалькулезным холециститом и 30 больных с клиникой калькулезного холецистита. Возраст пациентов составил от 53 до 92 лет. В 2013 г. было прооперировано 2 пациента, в 2014 г. – 7 пациентов, в 2015 г. – 15 больных, в 2016 г. – 16 пациентов. Больных оперировали в течении первых 2-х суток с момента поступления при неэффективности консервативного лечения и сохранении клиники острого холецистита и выявляемых при ультразвуковом контроле признаков деструкции желчного пузыря. Все холецистостомии были выполнены под местной анестезией. Средняя длительность операции составила 10

минут. Обязательным условием при проведении оперативного пособия было четкая визуализация пункционной иглы под УЗИ-контролем и проведение ее чреспеченочно для установки дренажа в желчный пузырь через его внебрюшинную часть по одномоментной методике. Устанавливали дренаж типа «свиной хвост», что в большинстве случаев предотвращало от его дислокации. Продолжительность послеоперационного периода в среднем составила 6,5 койко-дней. Интраоперационные осложнения в виде подтекания желчи в брюшную полость наблюдались в двух случаях (пункционная холецистостомия осложнилась сквозным ранением противоположной стенки желчного пузыря из-за неадекватного поведения больного, что позволило выявить распространение боли в правом подреберье во время вмешательства. Операция закончена холецистостомией из малоинвазивного доступа). В двух случаях холецистостомия осложнилась гемотампонадой желчного пузыря в связи с чем выполнена холецистэктомия из минидоступа. Повторных вмешательств в остальных случаях не было. Данный метод позволил эффективно дренировать желчный пузырь и разрешить клинику острого холецистита. Следует отметить, что боль в правом подреберье при остром калькулезном и бескаменном холецистите практически полностью купировалась мгновенно при выполнении пункции желчного пузыря и эвакуации части содержимого. У 14 пациентов наблюдалась эмпиема желчного пузыря и поэтому проводилась адекватная санация его антисептиками с внутривезикулярным введением цефалоспоринов II, III поколений. Пациенты на 5-7 сутки выписывались домой с рекомендациями о необходимости явиться через 3 недели для удаления холецистостомы. Перед удалением дренажа-холецистостомы в условиях малой операционной приемного покоя проводился УЗИ-контроль желчного пузыря. Показанием к удалению холецистостомы было удовлетворительное состояние пациента, нормальная температура, отсутствие жалоб на боли в животе и сокращенный желчный пузырь при УЗИ-контроле. Для пациентов пожилого возраста и больных младшей возрастной группы с тяжелой сопутствующей патологией, данный метод был окончательным лечением. Остальным пациентам после коррекции сопутствующей патологии рекомендована холецистэктомия в плановом порядке. Выводы: 1. Чрескожное пункционное дренирование желчного пузыря под УЗИ-навигацией является методом выбора у больных пожилого возраста с острым холециститом. 2. Возможность выполнения вмешательств под местной анестезией. 4. Длительность операции минимальна по сравнению с открытыми методами. 5. Возможность ведения послеоперационного периода без анальгетиков. 6. Выраженный положительный эффект через короткий промежуток времени после вмешательства. 7. Минимальное количество осложнений при соблюдении основных принципов пункционного дренирования под УЗИ-навигацией. 8. Ежегодное увеличение числа операций по данной методике говорит о высокой ее эффективности.

#### **40. Опыт лапароскопических операций при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки.**

Фуныгин М.С.(1), Демин Д.Б.(1), Савин Д.В.(2), Солосин В.В.(1), Федоров К.С.(2), Бородкин И.Н.(2), Адам Д.В.(2), Солодов Ю.Ю.(1), Соболев Ю.А.(1), Кондрашов Н.И.(1)

Оренбург

1) ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ГАУЗ ГКБ им. Н.И.Пирогова г. Оренбурга

Одним из тяжелейших осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, приводящих к развитию перитонита является перфоративная язва. Количество операций на протяжении последних десятилетий держится на уровне 7,5 - 13,0 на 100000 человек. Одной из задач современной хирургической гастроэнтерологии является не только обеспечение хороших непосредственных результатов, но и создание условий для быстрой реабилитации пациентов в раннем послеоперационном периоде и



предотвращение рецидивов язвенной болезни. Решению этой задачи в полной мере соответствует лапароскопическое ушивание перфоративной язвы с назначением в послеоперационном периоде современных противоязвенных фармакологических препаратов (антисекреторные, антихеликобактерные средства, прокинетики). В нашей клинике за 2013-2017 гг. выполнено 13 лапароскопических ушиваний перфоративной язвы. Все пациенты оперированы до 12 часов от момента перфорации, перфоративное отверстие было до 0,5 см в диаметре и располагалось на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, что наиболее удобно для наложения интракорпорального шва. Перфорация во всех случаях была осложнена разлитым серозным перитонитом, брюшная полость после ушивания была санирована и осушена. В послеоперационном периоде с первых суток после операции пациенты активизировались, получали пищу в жидком виде, а также противоязвенную терапию. В послеоперационном периоде осложнений не было, все пациенты выписаны на 7-8-ые сутки после операции. Стоит отметить, что любая эндохирургическая операция начинается с осмотра органов брюшной полости. В ряде случаев лапароскопия позволила нам диагностировать у пациентов панкреонекроз, протекающий под маской перфорации, что в свою очередь позволило избежать напрасной лапаротомии при стерильном панкреонекрозе, а значит значительно повысило шансы этой категории больных избежать инфицирования. Однако данное оперативное вмешательство требует от хирурга хорошего владения техникой интракорпорального шва, что достигается длительными тренировками. Таким образом, лапароскопическое ушивание перфоративной язвы полностью соответствует принципам малоинвазивной хирургии, применение лапароскопии при подозрении на перфорацию в ранние сроки позволяет избежать напрасных лапаротомий при другой острой хирургической патологии, что позволяет достичь лучших клинических результатов.

#### **41. Результаты лапароскопической аппендэктомии.**

Фуныгин М.С.(1), Демин Д.Б.(1), Савин Д.В.(2), Солосин В.В.(1), Федоров К.С.(2), Бородкин И.Н.(2), Адам Д.В.(2), Гусев Н.С.(1), Солодов Ю.Ю.(1)

Оренбург

1) ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ГАУЗ "ГКБ им. Н.И. Пирогова" г. Оренбурга

Острый аппендицит является самым распространенным острым хирургическим заболеванием. Заболеваемость составляет около 4-5 случаев на 1000 человек в год. В последнее время все большее внимание уделяется лапароскопическим вмешательствам при острой хирургической патологии, в том числе и при остром аппендиците. За 2013-2016 гг. по поводу острого аппендицита выполнено 115 лапароскопических операций. В 103 случаях на операции выявлен острый флегмонозный аппендицит, в 10 острый гангренозный аппендицит и в 2 случаях операция выполнена по поводу острого катарального аппендицита. В основном лапароскопическим вмешательствам подвергались пациенты с трудными диагностическими случаями, а также женщины репродуктивного возраста, у которых клинически сложно провести дифференциальную диагностику между острым аппендицитом и острой гинекологической патологией. Большинству пациентов выполнена лапароскопическая аппендэктомия экстракорпоральным способом. С 2016 года нами более широко внедряется интракорпоральная лапароскопическая аппендэктомия. Прооперировано 11 пациентов по поводу острого флегмонозного аппендицита, у 8 больных аппендицит был осложнен местным серозным перитонитом. Использовался стандартный хирургический набор инструментов для лапароскопической хирургии. Брыжейка червеобразного отростка обрабатывалась поэтапно диссектором с монополярной коагуляцией. На червеобразный отросток накладывались 3 эндоскопических петли (endoloop ligature (Ethicon)), после отсечения отростка слизистая

культи дополнительно коагулировалось. Суммарная длина послеоперационных ран составила 2,5 см. У всех прооперированных пациентов послеоперационный период протекал благоприятно. С первых суток пациенты активизировались и получали пищу в жидком виде. Осложнений не было. Все прооперированные больные выписаны на 7 сутки после операции. Выводы. Таким образом, лапароскопически-ассистированная аппендэктомия и интракорпоральная лапароскопическая аппендэктомия позволяют снизить травматичность операции, уменьшить длительность госпитального периода. В большей мере интракорпоральная аппендэктомия позволяет минимизировать операционную травму, что значительно снижает болевой синдром после операции, осложнения со стороны раны, а значит и затраты на лекарственные препараты, что позволяет считать эту операцию оправданной и с экономической точки зрения. Также лапароскопическая аппендэктомия в полной мере соответствует современной концепции «fast-track surgery», позволяющей достичь лучших клинических результатов с максимальным экономическим эффектом.

#### **42. Лечение экстрагенитальной хирургической патологии у беременных.**

Турбин М.В., Бондаренко В.А., Устименко И.В., Колесниченко А.А.

Ростов-на-Дону

МБУЗ «ГБСМП г. Ростова-на-Дону»

С целью обобщения опыта в диагностике и лечении беременных с острой хирургической патологией выполнен ретроспективный анализ историй болезни пациенток, находившихся на стационарном лечении с 2010 по 2016 гг. в хирургическом отделении МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону 54 пациенток с клиникой острой абдоминальной хирургической патологии в сочетании с беременностью. Срок беременности составлял от 7 до 32 недель. Видеолапароскопия выполнена 34 пациенткам со сроком беременности от 7 до 25 недель и клиникой острого аппендицита. У 27 больных во время диагностической лапароскопии подтвержден диагноз острого аппендицита и выполнена лапароскопическая аппендэктомия. У одной пациентки со сроком беременности 30 недель выполнена лапаротомия по Волковичу-Дьяконову, аппендэктомия. Катаральная форма острого аппендицита выявлена у 2 больных (7,1%), флегмонозная - у 21 (75%), гангренозная - у 4 (14,3%), гангренозно-перфоративная - у 1 пациентки (3,6%). Расположение червеобразного отростка - типичное в 43% наблюдений (12 пациенток), тазовое у 5 пациенток (18%), подпечёночное у 7% (2 больных), забрюшинное у 4 беременных (14%), ретроцекальное расположение - у 5 пациенток (18%). Местный перитонит наблюдали у двух больных. Все пациентки после операции наблюдались совместно с гинекологом, медикаментозная терапия проводилась в соответствии со сроком беременности. Послеоперационных осложнений не наблюдали. Средний срок пребывания в стационаре при остром аппендиците составил 6 койко-дней. У 6 пациенток во время видеолапароскопии хирургическая патология не выявлена, установлен диагноз – кишечная колика. После назначения в послеоперационном периоде спазмолитической терапии боли купировались. У двоих больных выявлен перекрут жирового подвеса толстой кишки, выполнена его видеолапароскопическая резекция, пациентки были выписаны на 3 и 4 сутки. В сроке беременности от 14 до 32 недель наблюдали 16 пациенток с острым холециститом в сочетании с беременностью, двоих беременных пациенток - с острым панкреатитом. У 14 больных проводимая консервативная терапия принесла улучшение и пациентки выписаны на амбулаторное лечение. Холецистэктомия была выполнена двоим беременным. Пациентке в сроке беременности 20 недель была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Больной в сроке беременности 28 недель выполнена лапаротомия по Федорову, холецистэктомия. Послеоперационный период протекал без осложнений, срок стационарного лечения составил 7 и 10 койко-дней

соответственно. Своевременная диагностика и лечение острой хирургической патологии у беременных представляет сложную задачу, требующую участия не только хирургов, но и гинекологов, урологов. Большинство наблюдений острого аппендицита (23 пациентки - 86%) пришлось на первую половину беременности, тогда как наблюдения острого холецистита в большинстве случаев приходились на вторую половину беременности. Использование видеолапароскопии позволяет своевременно верифицировать хирургическую патологию, избежать диагностических ошибок, что ведет к снижению продолжительности стационарного лечения и сроков реабилитации, уменьшению частоты осложнений, что важно для жизнедеятельности матери и плода.

#### **43. Опыт применения малоинвазивных технологий в неотложной хирургии.**

Черкасов М.Ф. (2), Турбин М.В. (1), Бондаренко В.А (1), Устименко И.В. (1)  
Ростов-на-Дону

1) МБУЗ «ГБСМП г. Ростова-на-Дону», 2) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность Лапароскопия является обязательным диагностическим методом при неясном клиническом диагнозе, подозрении на острую хирургическую патологию органов брюшной полости. Цель работы. Выполнен ретроспективный анализ 8064 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону с 2012 по 2016 гг., которым выполнялись лапароскопические операции по экстренным показаниям. Материалы и методы. Лапароскопическая аппендэктомия была выполнена 2693 пациентам (33,4%). Противопоказаниями к выполнению лапароскопической аппендэктомии считаем наличие плотного инфильтрата в правой подвздошной области, разлитой перитонит, а также общие противопоказания для любых лапароскопических вмешательств. Конверсия при остром аппендиците выполнена у 12 больных (0,4%). Развитие осложнений отмечено у 11 человек (0,4%). Летальных исходов не было. За указанный период времени произведено 3460 лапароскопических холецистэктомий (ЛСХЭ) по поводу острого холецистита (42,9% от общего числа больных). Деструктивные формы острого холецистита наблюдались у 72,8% больных. Переход на открытую холецистэктомию был выполнен 33 больным (0,9%). Абсолютным противопоказанием к ЛСХЭ считаем плотный подпеченочный инфильтрат, разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Спаечный процесс в верхнем этаже брюшной полости и рыхлый подпеченочный инфильтрат не являются противопоказаниями к ЛСХЭ. В послеоперационном периоде наблюдали осложнения у 14 (0,4%) пациентов. Умерло 12 пациентов (0,3 %). Причина смерти острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне выраженной кардиальной патологии. При остром панкреатите видеолапароскопия использована у 199 больных из 905 находившихся на лечении по поводу острого панкреатита. Лапароскопическая диагностика применялась для уточнения характера изменений в железе, распространенности патологического процесса в брюшной полости, а также для оценки состояния желчевыводящих путей. Показаниями к эндовидеохирургическим операциям при остром панкреонекрозе считаем наличие некротических изменений в железе, выраженного воспалительного процесса в парапанкреатической клетчатке с развитием параколлональных затеков, нарастающая механическая желтуха. Противопоказаниями к лапароскопическому лечению острого панкреонекроза являются наличие гнойно-септического воспаления в забрюшинном пространстве. По поводу острой кишечной непроходимости лапароскопические вмешательства применены у 26 больных. Основной формой непроходимости являлась спаечная - в 88,5% случаев, на втором месте по частоте – заворот тонкой кишки – 11,5%. Осложнений, летальных исходов не наблюдали. В 34 случаях при выявлении на лапароскопии прободной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки операция была выполнена видеолапароскопически – ушивание язвы с перитонизацией прядью большого

сальника, санация, дренирование брюшной полости. Осложнений при видеолaparоскопическом ушивании прободных язв не было. В остальных случаях при ревизии органов брюшной полости выявлены: острый мезаденит у 392 пациентов (4,86% от общего числа больных), перфорация кишечника рыбьей костью - 12 пациентов (0,15%), воспаление дивертикула Меккеля - 10 (0,12%), киста яичника (с разрывом, кровоизлиянием) - 140 (1,73%), овуляторный синдром - 189 (2,34%), острый сальпингит - 188 (2,33%), перекут жировых подвесков толстой кишки - 79 (0,97%), мезентериальный тромбоз - у 44 (0,54%), перфорация опухоли толстого кишечника - 19 (0,23%), патологии не было выявлено - 473 пациентов (5,87%). Выводы: В настоящее время лапароскопические операции являются высокоэффективным методом диагностики и лечения в неотложной хирургии.

#### **44. Опыт "рутинного" дренирования холедоха при лапароскопической холецистэктомии.**

Авторы: Турбин М.В.(1), Бондаренко В.А.(1), Дегтярев О.Л., Красенков Ю.В.(2), Устименко И.В.(1)

Ростов-на-Дону

1) МБУЗ «ГБСМП г. Ростова-на-Дону», 2) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Выполнен анализ историй болезни 255 больных, которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛСХЭ) по поводу острого калькулезного холецистита в хирургическом отделении МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону в 2015-2016 гг. Все больные были распределены на 2 сопоставимые группы. В первую группу (контрольную) вошли 125 пациентов, которым было выполнено наружное дренирование холедоха во время ЛСХЭ. Во вторую группу вошли 130 пациентов, которым не выполнялось дренирование холедоха. Возраст пациентов от 22 до 68 лет, в исследования приняли участие 171 женщина, 84 мужчины. У пациентов обеих групп выявлены «сомнительные» признаки нарушения желчеоттока (наличие в анамнезе опоясывающих болей в анамнезе, расширение пузырного протока более 3 мм, конкременты менее 5 мм в просвете желчного пузыря, наличие конкремента в пузырном протоке) при нормальных показателях билирубина и амилазы крови, отсутствии по данным ультразвукового исследования (УЗИ) холедохолитиаза и расширения холедоха, отсутствие желтух механического характера в анамнезе. До операции в обеих группах проводилось общеклиническое (анамнез заболевания, физикальное обследование и др.), и инструментальное обследование, включая УЗИ органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопию с осмотром дуоденального соска, обзорные рентгенограммы органов грудной клетки, и брюшной полости, при необходимости компьютерное исследование. Дренирование холедоха проводилось соответственно Патенту RU 2218949 – «Способ наружного дренирования желчных путей при лапароскопической операции» мочеточниковым катетером. Интраоперационно выполнялась холангиография. Наблюдения за пациентами контрольной группы принесли позитивные данные. Этот метод получил название «рутинного дренирования холедоха». Во время наблюдения у пациентов с установленным дренажем холедоха отмечалась положительная динамика в стабилизации лабораторных (биохимических) показателей состояния гепатобилиарной зоны, нормализация температуры тела проходила в наиболее сжатые сроки после дренирования, достигая нормы к 2-3 суткам. Состояние пациентов становилось удовлетворительным в среднем на 2-3 дня раньше, чем в основной группе, что сокращало срок пребывания пациентов в стационаре. У 1 пациента из второй группы течение послеоперационного периода осложнилось развитием механической желтухи, в связи с чем выполнено ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ), эндоскопическая

папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) - диагностирован холедохолитиаз. У двух пациентов без дренирования холедоха отмечено желчеистечение в раннем послеоперационном периоде, в связи с чем выполнено ЭРХПГ, ЭПСТ, диагностирован стеноз большого дуоденального сосочка (БДС). После выполнения ЭПСТ у этих пациентов отмечено закрытие свищей на 4-5 сутки. В контрольной группе был выявлен в 8,8% случаев холедохолитиаз, либо стеноз БДС, ввиду чего производилась ЭПСТ, литоэкстракция. Так же, в контрольной группе отмечается быстрая нормализация показателей биохимии крови, а именно билирубин, амилаза; показателей общего анализа крови – лейкоцитов; нормальные показатели температуры тела. Таким образом, «рутинное» наружное дренирование холедоха при остром холецистите зарекомендовало себя с положительной стороны. Метод прост в выполнении (необходимое время для дренирования 3-5 минут), обеспечивает надежность фиксации и герметичность дренажа, позволяет быстро нормализовать лабораторные показатели крови, позволяет выполнить холангиографию, что позволяет избежать осложнений при ЛСХЭ.

#### **45. Одномоментное комбинированное оперативное лечение механической желтухи и острого холангита при желчекаменной болезни.**

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

Санкт-Петербург

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

Актуальность: По данным 24 Всемирного конгресса гастроэнтерологов (2014) - 10% взрослого населения страдает желчекаменной болезнью (ЖКБ) и при сохранении современных темпов роста к 2050 году ЖКБ будет страдать 20% населения планеты. Проблема тактического подхода к лечению ЖКБ также не теряет свою актуальность ввиду того, что, на сегодняшний день, не смотря на наличие «золотых стандартов» в тактике лечения калькулёзного холециста и холедохолитиаза как изолированных заболеваний, не существует алгоритмов по ведению пациентов с сочетанным холецистохоледохолитиазом, сопровождающегося механической желтухой и холангитом. Современные стандарты лечения пациентов с холецистохоледохолитиазом должны формироваться при участии врачей различных специальностей, включая хирургов, эндоскопистов, анестезиологов-реаниматологов, врачей функциональной и рентгенологической диагностики. Цель: Улучшить результаты лечения больных с механической желтухой и острым холангитом на фоне холецистохоледохолитиаза. Материалы и методы: С 2013 по 2017 год в клинике НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им.акад.И.П.Павлова было пролечено 112 пациентов с холецистохоледохолитиазом. Средний возраст больных составил 64,9 лет, среди них было 83 (64,8%) женщины и 45 (35,2%) мужчин. Все больные были обследованы в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи. При обследовании использовались такие методы диагностики как, УЗИ брюшной полости, МР-холангиография, эндоскопическая ультрасонография, фиброгастродуоденоскопия. На основании результатов обследования пациенты были разделены на группы: механическая желтуха - 69 (61,6%) больных и острый холангит - 43 (38,4%). Все больные были оперированы, выполнялись следующие оперативные вмешательства: одномоментная комбинированная лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) и эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) - 52 (46,4%), одномоментная комбинированная ЛХЭ и лапароскопическая холедохолитотомия (ЛХЛТ) - 60 (53,6%). При анализе результатов лечения были оценены следующие параметры: частота послеоперационных осложнений, общее время оперативного вмешательства, тотальность литоэкстракции, частота и причина интраоперационных конверсий, длительность анестезиологического пособия, летальность, длительность послеоперационного койко-дня, экономические затраты.

Результаты: При проведении проспективного анализа полученных в ходе исследования данных было установлено: у 56 (43,7%) пациентов был диагностирован острый холецистит, хронический у 72 (56,3%). Летальность в группе больных с механической желтухой составила 2,9%, с холангитом - 11,6%. Всем пациентам с механической желтухой и холангитом на фоне холецистохоледохолитиаза, независимо от того, воспален желчный пузырь или нет, выполнялись одномоментные комбинированные оперативные вмешательства. 2 (2,8%) пациентам с хроническим холециститом, ввиду наличия синдрома Mirizzi, и 3 (5,4%) пациентам с острым холециститом, ввиду выраженных инфильтративных изменений, была выполнена интраоперационная конверсия. При проспективном сравнении одноэтапных методик в группах было установлено, что одномоментная ЛХЭ+ЛХЛТ, по сравнению с одномоментной ЛХЭ+ЭПСТ, статистически достоверно имеет меньшее время оперативного вмешательства (106,4 vs 137,5;  $p < 0,01$ ), значительно меньшее время анестезиологического пособия (147,6 vs 223,1;  $p < 0,01$ ), меньший послеоперационный койко-день (6,7 vs 8,8;  $p < 0,01$ ) и более высокую экономическую эффективность (72 828,26 vs 86 864,6;  $p < 0,01$ ); не было статистически достоверной разницы в тотальности литоэкстракции и в частоте послеоперационных осложнений. Выводы: 1. При механической желтухе и остром холангите на фоне холецистохоледохолитиаза, независимо воспален желчный пузырь или нет, показано выполнение одномоментного комбинированного оперативного лечения. 2. Предпочтение среди одномоментных вмешательств, вне зависимости от того, воспален желчный пузырь или нет, следует отдавать одномоментной ЛХЭ+ЛХЛТ.

#### **46. Возможности малоинвазивных технологий при лечении прободных язв желудка и 12-перстной кишки.**

Черкасов М.Ф.(2), Турбин М.В.(1), Бондаренко В.А.(1), Устименко И.В.(1), Погребняк И.В.(1)

1) МБУЗ «ГБСМП г. Ростова-на-Дону», 2) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

В хирургическом отделении МБУЗ ГБСМП за период с 2005 по 2016гг. пролечено 492 пациентов в прободными язвами желудка и 12-перстной кишки. Прободная язва выходного отдела желудка встретилась у 157 (35%) больных, двенадцатиперстной кишки - у 335 (65%) больных. Соотношение частоты перфорации язвы у мужчин и женщин составило 10:1. Эндовидеохирургическая техника ушивания перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки с 2005 г. по 2014 г. в хирургическом отделении МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону была применена у 96 пациентов, что составило 20%. Диагностику перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки проводим, используя общепринятые диагностические методы – оценку жалоб, анамнеза, объективного статуса пациента, лабораторных методов - результатов анализа общего анализа крови, мочи, биохимии крови. В большинстве случаев клиника перфорации гастродуоденальной язвы не представляет особых затруднений. Наиболее типичными признаками наступления перфорации являются: внезапное начало в виде острой «кинжальной» боли в области желудка с быстрым последующим распространением на весь живот, «доскообразное» напряжение мышц передней брюшной стенки. Из специальных методов исследования, кроме обзорной рентгенографии брюшной полости, ультразвукового исследования брюшной полости, применяем фиброгастродуоденоскопию. ФГДС выполняем на этапах диагностики или интраоперационно. При ФГДС определяем локализацию и размеры язвенного дефекта, характер язвенного поражения, наличие сочетанных осложнений, количество язв. Показаниями для выполнения лапароскопического ушивания перфорации считаем: 1) локализация язвы в доступном для ушивания месте, 2) давность перфорации не более 12 ч с развитием местного неотграниченного или диффузного серозно-фибринозного перитонита; 3) непродолжительный язвенный анамнез или его отсутствие

(«немые» язвы); 4) размер перфорационного отверстия не более 5 мм в двенадцатиперстной кишке и 10 мм в желудке; 5) отсутствие других осложнений язвенной болезни. Противопоказаниями к видеолапароскопическому ушиванию прободных язв считаем: 1) сочетание перфорации с кровотечением 2) перитонит, требующий интубации тонкого кишечника 3) рубцово-язвенный стеноз 4) повторные перфорации 5) подозрение на малигнизацию язвы. Перфоративное отверстие ушиваем отдельными узловыми интракорпоральными швами в поперечном направлении, место ушивания перитонизируем прядью большого сальника. При ушивании язвы вкол и выкол иглы выполняем через все слои желудочной (кишечной) стенки, отступая от края перфорации не менее 5 мм. Количество швов определяется диаметром перфорационного отверстия. При размерах перфорации более 5 мм ушивание выполняем в 2 ряда. Брюшную полость дренируем ПВХ-трубками и перчаточной резиной в малый таз и к месту ушивания перфорации. Количество и расположение дренажей определяется распространенностью перитонита. Декомпрессия желудка с помощью назогастрального зонда проводится в течение двух – трех суток после операции. В послеоперационном периоде пациенты получают инфузионную, антибактериальную, противоязвенную терапию. Больных активизируем на вторые - третьи сутки после операции. При язве желудка биопсию желудка берем как при ФГДС, так и во время операции. В удовлетворительном состоянии пациенты выписываются на 5-8 сутки после операции. Осложнения в виде несостоятельности швов наблюдали у 1 пациента при освоении методики, что составило 1,13%. Этому больному выполнена лапаротомия, повторное ушивание перфоративного отверстия. Летальности при лапароскопическом ушивании перфоративных язв не наблюдали, общая летальность при перфоративных язвах составила 3,3% (14 человек), летальность при открытых вмешательствах 3,7%. Выводы. Видеолапароскопическое ушивание перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки позволяет выполнить операцию без лапаротомного разреза, выявить сопутствующую патологию, избежать осложнений связанных с лапаротомией и сократить сроки пребывания пациентов в стационаре.

#### **47. Возможности эндоскопической коррекции желчеоттока у больных с дивертикулами 12 перстной кишки.**

Бондаренко В.А., Турбин М.В., Кулешов О.И., Устименко И.В., Асеев С.А.

Ростов-на-Дону

МБУЗ «ГБСМП г. Ростова-на-Дону»

Трудности выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) и осложнения после её выполнения являются одним из актуальных вопросов хирургии. В отделении хирургии МБУЗ ГБСМП города Ростова на Дону в 2013 - 2016г.г. выполнено 140 ЭПСТ, при которых нарушения желчеоттока сочетались с дивертикулами области большого дуоденального соска (БДС). Все пациенты были с выполненной лапароскопической холецистэктомией, установленным дренажом холедоха, произведенной фистулография с подтверждением нарушения желчеоттока. Нарушения желчеоттока распределялись следующим образом: стеноз БДС – у 40 (28%) больных, холедохолитиаз – у 100 (72%). У 98 (70%) больных БДС располагался в полости дивертикула, в нижнем крае, в дне. Множественные дивертикулы выявлены у 18 (25%). Мужчин 35 человек (25%), женщин 105 человек (75%), в возрасте от 19 до 91 года. Всем больным с дивертикулами области БДС выполнялась ЭПСТ с применением метода искусственной билиарной гипертензии (ИБГ), устройство для создания которой запатентовано (патент на полезную модель № 43174 от 10.01.2005г.). Показатель успешной канюляции при выполнении ЭПСТ у больных с дивертикулами составил 78% (109 пациентов), им выполнена ЭПСТ типичным способом с применением папиллотомы Демлинга. Трудности канюляции холедоха боковым папиллотомом Демлинга отмечены у 31 больных (22%). Им выполнена неканюляционная

папиллотомия торцевым папиллотомом с последующим «дорассечением» ампулы БДС боковым папиллотомом Демлинга. После выполнения ЭПСТ конкременты под воздействием стерильного физиологического раствора самостоятельно мигрировали в просвет 12-перстной кишки у 47 больных (47%). У 11 больных (11%) выполнена литоэкстракция конкрементов корзиной Дормиа. У 4 больных (4%) произведена механическая литотрипсия конкрементов с последующим удалением фрагментов конкрементов корзиной Дормиа. После ЭПСТ в течение 1-2 суток проводится консервативное лечение, направленное на профилактику острого панкреатита, кровотечения, со взятием контрольных анализов. Оно включает в себя антиферментную, спазмолитическую, антибактериальную, гемостатическую терапию. Осложнения после ЭПСТ у 20 больных (14,3% от общего количества больных): реактивный панкреатит у 13 (11%), кровотечение у 4 пациентов (2,9%), ретродуоденальная перфорация - 3 пациента (2,1%). Пациенты с ретродуоденальной перфорацией были прооперированы в первые сутки после ЭПСТ – двоим выполнена лапароскопия, дренирование забрюшинного пространства, одному лапаротомия, ушивание ретродуоденальной перфорации двенадцатиперстной кишки. Умер один пациент (0,7%) с ретродуоденальной перфорацией двенадцатиперстной кишки. По нашему мнению, метод искусственной билиарной гипертензии при выполнении ЭПСТ при наличии дивертикулов области БДС является технически простым, атравматичным способом, позволяющим в большинстве случаев даже при технических трудностях и нарушениях анатомии выполнить ЭПСТ типичным канюляционным способом, избежать тяжелых послеоперационных осложнений.

#### **48. Результаты внедрения неоперативного (NOM/T) метода лечения пострадавших с закрытой травмой живота, сопровождающейся повреждением селезенки в травмоцентре 1-го уровня**

Самохвалов И. М., Суворов В. В., Маркевич В. Ю., Гончаров А. В., Пичугин А. А., Петухов К. В., Халаф Ж. М., Карев Е. А., Казначеев М. В., Мясников Н. И.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ

Актуальность проблемы: несмотря на развитие современной медицины, возможность применения неоперативного метода лечения пострадавших с травмами живота, сопровождающимися повреждением селезенки продолжает оставаться одним из актуальных вопросов современной хирургии повреждений. По данным литературных источников, до 25% пациентов доставляемых в стационар с травмой живота, имеют повреждение селезенки той или иной степени. Уровень летальности при подобных травмах может достигать 40%. До недавнего времени, единственно правильной тактикой лечения данной категории пострадавших считалось выполнение неотложного оперативного вмешательства (лапаротомии) с последующей спленэктомией. Необходимо отметить, что в зарубежных травмоцентрах, до 80% пациентов с травмами селезенки проводится неоперативная тактика лечения (NOM/T), показатель летальности при которой не превышает 4%. Однако в 40%, по тем или иным причинам, применение первоначальной неоперативной тактики ведения, в конечном итоге, приводит к спленэктомии. Уровень летальности при этом может достигать 16,5%. Показатель летальности при изначальном применении активной хирургической тактики (спленэктомия при поступлении) достигает 26%. Одним из основных условий для применения неоперативного метода лечения пострадавших с травмой селезенки является достаточная материальная оснащенность стационара, возможность выполнения полноценного динамического наблюдения и наличие дежурной хирургической бригады соответствующего уровня подготовки. Цель работы Оценка результатов внедрения неоперативного (NOM/T) метода лечения пострадавших с закрытой травмой живота,



сопровождается повреждением селезенки в травмоцентре 1-го уровня. Материалы и методы Проведен анализ результатов лечения 36 пострадавших с закрытой травмой живота, сопровождающейся повреждением селезенки, госпитализированных в клинику военно-полевой хирургии в период с 2011 по 2016 гг (группа №1). В качестве контрольной группы, в ходе проведения ретроспективного анализа истории болезни, были выделены 28 пациентов, доставленных в клинику в период с 2000 по 2006 год, которым при поступлении в клинику была выполнена неотложная лапаротомия со спленэктомией. Все пострадавшие находились в возрасте от 18 до 71 года. 72% составили мужчины. Наиболее частым механизмом получения травмы являлось ДТП (54,3%) и катотравма (31,6%). Большинство пострадавших (73%) было доставлено в клинику в течение 2 часов от момента получения травмы. Сочетанный характер повреждения наблюдался в 84,6% случаев. Для диагностики и лечения пациентов с травмами живота в клинике военно-полевой хирургии разработан и успешно применяется в течение ряда лет дифференцированный лечебно-диагностический алгоритм, основными критериями которого являются показатели центральной гемодинамики и характер выявленных повреждений при физикальном обследовании в совокупности с данными лабораторно-инструментальных методов исследования. Наличие нестабильных показателей центральной гемодинамики и выявленного при FAST-УЗИ живота гемоперитонеума у пострадавших 1-ой группы служило показанием к проведению неотложной лапаротомии. Пациентам со стабильной гемодинамикой выполнялось КТ живота с 4-х фазным контрастированием и последующей оценкой степени повреждения селезенки по классификации E. Margem 2007 года. Пострадавшие с 1-ой степенью повреждения селезенки составили 19%, 2-ой степенью - 36%, 3-ей степенью - 30%, При выявлении 4-ой степени повреждения селезенки, составившей 15% и наличии значимого гемоперитонеума, выявляемого при КТ, пострадавшим выполнялась ангиография. При экстравазации контраста внутрь паренхимы селезенки или в свободную брюшную полость выполнялась селективная ангиоэмболизация селезеночной артерии. Результаты и обсуждение 6 (18%) пациентам первой группы была выполнена лапаротомия, спленэктомия при поступлении. 2 (6%) пострадавшим с первоначально реализованной тактикой неоперативного лечения была выполнена отсроченная лапаротомия. Причиной изменения первоначальной тактики стало снижение уровня гемоглобина, развитие нестабильного характера центральной гемодинамики, увеличение объема гемоперитонеума на УЗИ в период проведения полноценного динамического наблюдения, неудавшаяся попытка селективной эмболизации селезеночной артерии. Показатель летальности в данной группе составил 5% (2). Непосредственной причиной летального исхода явилась тяжелая сочетанная травма с повреждениями таза и т. д. Таким образом, метод неоперативного ведения был полностью реализован у 28 (76%) пострадавших. При ретроспективной оценке степени повреждений селезенки по AAST у пострадавших контрольной группы установлено следующее: 1-ая степень повреждения органа была установлена у 20% (6) пострадавших, 2-ая степень выявлена в 33% (9), 3-я – в 29% (8), 4-ая степень диагностирована в 15% (4) случаях, 5-ая степень 3% (1) случаях. Уровень летальности в контрольной группе составил 17% (6). Непосредственной причиной смерти явилась острая необратимая кровопотеря 7% (2), тяжелая сочетанная травма с ведущими повреждениями головы, груди, таза 9% (3), развитие генерализованных инфекционных осложнений в послеоперационном периоде 3% (1). Время нахождения в стационаре у пострадавших первой группы составило  $7 \pm 2$  суток, у пострадавших контрольной группы  $12 \pm 3$ . Выводы Использование неоперативного метода лечения (NOM/T) пострадавших с травмой живота, сопровождающейся повреждением селезенки, как элемента дифференцированного лечебно-диагностического алгоритма, обусловило значимое снижение показателя летальности, позволило избежать «напрасных» лапаротомий, снизить количество койко-дней и, в конечном итоге, «сохранить» селезенку, что представляется особенно важным при оценке последующей категории годности военнослужащих к военной службе.

## 49. Дифференцированная тактика лечения больных с синдромом Мириizzi

Эгамбердиев А.А., Хидиров З.Э., Насимов А.М., Суярова З.С.

Самарканд, Республика Узбекистан

Самаркандский государственный медицинский институт

Введение. С неуклонным развитием техники миниинвазивной хирургии и приобретением коллективного опыта наблюдается необратимый процесс сужения противопоказаний и расширения возможностей миниинвазивных оперативных вмешательств. До недавнего времени синдром Мириizzi считался одним из противопоказаний для выполнения лапароскопической холецистэктомии. Материал и методы. Нами было пролечено 4037 пациентов с различными формами желчнокаменной болезни. Синдром Мириizzi диагностировали у 56 больных, что составило 1,38%. Женщин было 47 (84%), мужчин - 9 (16%). Возраст больных составил от 27 до 80 лет. Распределение больных в зависимости от формы воспаления желчного пузыря было следующим: хронический холецистит - 32 больных, острый холецистит - 24. Больные с синдромом Мириizzi разделены на 2 группы. В контрольную группу вошли 19 больных, которым произведена лапаротомная холецистэктомия. Основную группу составили 37 пациентов, у которых холецистэктомия произведена миниинвазивным способом. Все больные подвергались общеклиническому обследованию, проводилось эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта. УЗИ брюшной полости, при котором оценивали состояние желчного пузыря (объем, толщина и четкость контура стенок), внутри- и внепеченочных желчных протоков, печени и её ворот, поджелудочной железы. В анамнезе у 28 пациентов с синдромом Мириizzi были эпизоды механической желтухи. Следует отметить, что в результате возникшего воспаления в желчном пузыре происходит сдавление и нарушение проходимости общего печеночного или общего желчного протоков. Всем больным с механической желтухой в анамнезе была произведена ЭРХПГ. У 7 пациентов ЭРХПГ оказалась неинформативной для установления окончательного диагноза. Поэтому в клинике была принята тактика с обязательным выполнением ИОХГ у пациентов с механической желтухой при поступлении или в анамнезе, расширении общего желчного протока по данным УЗИ свыше 10 мм, повышении уровня общего билирубина и его фракций, повышенных показателях АСТ, АЛТ и ЩФ. Лапароскопическую холецистэктомию выполняли по общепринятой методике в условиях пневмоперитонеума из 4-х троакарных точек. Диагноз синдрома Мириizzi устанавливали интраоперационно при ревизии шейки желчного пузыря, элементов треугольника Кало, гепатодуоденальной связки и её элементов. Также диагноз верифицировали по результатам ИОХГ, которая выполнялась через надсеченный пузырный проток до проведения холецистэктомии. Основываясь на данных УЗИ и ЭРХПГ, полученных до операции, а также интраоперационных данных, определяли дальнейшую тактику лечения. Результаты и их обсуждение. Оценка результатов УЗИ, которое было выполнено до операции, позволила установить диагноз синдрома Мириizzi у 37 (67,4%) пациентов. При оценке эхограмм нами выявлены признаки, позволившие заподозрить синдром Мириizzi до операции. К ним относятся камень пузырного протока с незначительным расширением общего печеночного протока (ОПП); расширенный пузырный проток с конкрементом; расширенный пузырный проток с низким его впадением; сморщенный желчный пузырь + расширение внутрипеченочных протоков + нерасширенный общий желчный проток (ОЖП); вклиненный камень шейки желчного пузыря + расширение желчных протоков + холедохолитиаз; сморщенный желчный пузырь + расширение желчных протоков + холедохолитиаз; сморщенный желчный пузырь + расширение желчных протоков + холедохолитиаз + сужение в области ОПП. При оценке результатов ЭРХПГ патогномичным для синдрома Мириizzi считали характерное сдавление извне общего желчного протока, либо наличие холецистохоледохеального свища, что было установлено

у 32 (58,3%) больных. Нами выделено два типа синдром Мириizzi. синдром Мириizzi I типа - камень, вклиненный в пузырный проток и в шейку желчного пузыря вызывает сдавление общего печеночного или общего желчного протоков был диагностирован у 42 (75 %) пациентов. Синдром Мириizzi II типа был представлен сформированным холецистохоледохоэальным свищом у 14 (25%) больных. Окончательный диагноз был подтвержден интраоперационно, причем окончательным методом диагностики мы считали ИОХГ, эффективность которой в нашем исследовании достигала 100%. При синдроме Мириizzi I типа мы выполняли лапароскопическую холецистэктомию. При этом имелись значительные морфологические изменения тканей в зоне оперативного вмешательства, однако при хорошем знании топографо-анатомических вариантов строения образований в зоне гепатодуоденальной связки и тщательных, бережных манипуляциях, лапароскопическая холецистэктомия оказалась успешной у 25 (67,5%) больных с синдромом Мириizzi. У 3 (8,1%) пациентов после лапароскопической ревизии подпеченочного пространства выполнение лапароскопической холецистэктомии было признано рискованным без попыток выделения пузырного протока и пузырной артерии (плотный инфильтрат, обширный спаечный процесс в зоне треугольника Кало). У этих больных была осуществлена конверсия к минилапаротомной холецистэктомии. В 9 (24,3%) случаях сформированного холецистохоледохоэального свища (II тип синдрома Мириizzi) выполнялась минилапаротомная холецистэктомия с интраоперационной холангиографией и санацией холедоха растворами антисептиков. Оперативное вмешательство завершали пластикой холедоха на Т-образном дренаже при наличии дефекта не более чем на 1/3 окружности общего желчного протока (4 случаев). В 5 случаях выявления дефекта холедоха более чем на 1/3 окружности, производили конверсию на лапаротомию путем расширения минилапаротомной раны. В 2 случаях было произведено наложение холедоходуоденоанастомоза по Юрашу-Виноградову и 3 больным произвели гепатикоюностомию на выключенной петле тонкой кишки по Ру. Следует отметить, что при оценке отдаленных результатов выполненных оперативных вмешательств наилучшие результаты были получены у пациентов, которым производилось выполнение гепатикоюностомии с анастомозом по Ру. У пациентов, которым выполнялась лапароскопическая и минилапаротомная холецистэктомия, не отмечалось послеоперационных осложнений. В случае выполнения оперативного вмешательства из лапаротомного доступа у 2 пациентов отмечалось нагноение операционной раны и у 3 - послеоперационная пневмония. Летальных исходов не было. Дальнейшая разработка алгоритмов диагностических и лечебных мероприятий при выявлении синдрома Мириizzi позволит избежать большого числа травм желчных путей и других жизненно важных анатомических структур, уменьшить частоту конверсий при осложненных формах холецистита и исключить осложнения, связанные с нарушениями желчеоттока. Перспективным направлением дальнейших исследований является широкое внедрение полностью лапароскопических методик для лечения данной патологии.

Выводы. 1. Наличие в анамнезе механической желтухи, расширения общего желчного протока по данным УЗИ свыше 10 мм, повышения уровня общего билирубина и его фракций, повышенных показателях АСТ, АЛТ и ЩФ у пациентов с ЖКБ является показанием к проведению углубленного обследования для установления синдрома Мириizzi. 2. Наибольшей ценностью при диагностике синдром Мириizzi обладают, по нашим данным, УЗИ (67,4%) и ЭРХПГ (58,3%). 3. При подозрении на синдром Мириizzi всем пациентам показано выполнение ИОХГ, при этом диагностическая ценность данного метода приближается к 100%. 4. Операцией выбора у больных при синдроме Мириizzi I типа является лапароскопическая холецистэктомия. При наличии воспалительного инфильтрата и невозможности лапароскопического оперативного вмешательства необходима конверсия на минилапаротомную холецистэктомию. При подозрении на синдром Мириizzi II типа холецистэктомию рекомендуется начинать из минилапаротомного доступа. В случае выявления дефекта холедоха более чем на 1/3 окружности рекомендуется переход на лапаротомию путем расширения

минилапаротомной раны и предпочтение следует отдавать холецистктомии с дренированием холедоха либо гепатикоюноанастомозу по Ру.

## 50. Результаты хирургического лечения повреждений желчных протоков

Курбаниязов З.Б., Зайниев А.Ф., Суярова З.С.

Самарканд, Республика Узбекистан

Самаркандский государственный медицинский институт.

Проведен факторный анализ результатов хирургического лечения 103 больных повреждениями желчных протоков. 78 больных оперированы по поводу пересечения (9), иссечения (38) и иссечения с лигированием проксимальной культи гепатикохоледоха (ГХ) (31). 11 пациентов по поводу пристеночного краевого ранения, 14 – по поводу клипирования или лигирования без пересечения протока. Локализация повреждения: общий желчный проток – у 14 больных, общий печеночный проток (ОПП) – у 48, ОПП и область бифуркации – у 31, ОПП с разрушением конfluence – у 10. У 28 (27,2%) больных повреждения желчных протоков выявлены интраоперационно, у - 75 (72,8%) повреждение выявлено в раннем послеоперационном периоде. Реконструктивные операции выполнены 57 (55,3%) больным, восстановительные операции 42 (40,8%) больным, у 4 (3,9%) больных ограничилось наружным дренированием проксимальной культи ГХ. При полном пересечении и иссечении желчных протоков 19 больным было выполнено наложение билиобилиарного анастомоза, у 17 (89,5%) из них в отдаленном послеоперационном периоде развилась стриктура ГХ. 55 больным было выполнено реконструктивные операции: 45 больным ГепЕА и 10 больным ГепДА. В отдаленном послеоперационном периоде у 9 (90%) больных после ГепДА и у 4 (8,9%) больных после ГепЕА наблюдали стриктуру билиодигестивного анастомоза. Из 14 больных с лигированием ГХ без пересечения 12 было выполнено снятие лигатуры и 2 был наложен ГепЕА, из них у 5 в отдаленном периоде наблюдали стриктуру ГХ. 11 больным с краевым повреждением выполнено ушивание протока на дренаже Кера с удовлетворительным результатом в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах. Проанализированы следующие факторы, которые повлияли на результат операции: характер повреждения, уровень повреждения, сроки выявления повреждения и вид оперативного вмешательства. Характер повреждения – это один из важных факторов, влияющих на результаты хирургического лечения больных повреждениями желчных протоков. В отличие от краевого ранения при полном пересечении и иссечении ГХ нарушается аксиллярное кровоснабжение желчного протока. В ближайшем послеоперационном периоде осложнения развились у 24 (23,3%) больных, в отдаленном периоде неудовлетворительный результат (развитие стеноза) наблюдали у 35 (36,4%) больных. Локализация повреждения играет большую роль в определении методики реконструктивной операции, что и является основным фактором, который влияет на результаты хирургического лечения повреждений желчных протоков. При повреждении на уровне «+1» осложнения наблюдали у 9 (21,4%) и 15 (38,5%) больных, соответственно в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах. При высоких повреждениях на уровне «0, -1, -2» в ближайшем послеоперационном периоде осложнения выявлено у 12 (32,4%) больных и у 13 (39,4%) больных в отдаленном послеоперационном периоде. Лучшие результаты получены у больных, где операции выполняли при интраоперационном обнаружении травм желчных протоков МЖП (у 84,3% пациентов). После восстановительных операций наблюдали осложнения в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах, соответственно у 2 (6,5%) и 22 (75,9%) больных. После реконструктивных операций у 16 (28,1%) больных выявлены осложнения в ближайшем послеоперационном периоде и у 13 (23,2%) в отдаленном послеоперационном периоде.

## **51. Лапароскопическая аппендэктомия при остром аппендиците, осложненном распространенным перитонитом: факторы риска послеоперационных осложнений.**

Сажин А.В., Тягунов А.Е., Ивахов Г.Б., Мирзоян А.Т., Ермаков И.В., Королева Ю.И

Москва

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность: острый аппендицит (ОА) по-прежнему занимает первое место среди острых заболеваний органов брюшной полости и имеет безальтернативный метод лечения - операцию. Лапароскопическая аппендэктомия (ЛАЭ) является золотым стандартом лечения ОА. Не смотря на достигнутые результаты в лечении ОА, проблема продолжает быть актуальной и на сегодняшний день. Наиболее нерешенной проблемой на наш взгляд в настоящее время является острый аппендицит, осложненный распространенными формами аппендикулярного перитонита. Аппендикулярный перитонит в большинстве опубликованных работ является противопоказанием к выполнению лапароскопической аппендэктомии в связи с ростом в послеоперационном периоде интраабдоминальных абсцессов (ИАА). В мировой литературе накоплен достаточный опыт применения лапароскопических технологий при осложненном аппендиците. Однако нет исследований, которые бы в полной мере оценивали возможности лапароскопического подхода в лечении распространенных форм аппендикулярного перитонита. Отсутствие единого мнения связано с противоречивыми и недостаточными литературными данными. Цель исследования: определить факторы риска развития интраабдоминальных осложнений в послеоперационном периоде у пациентов с ОА, осложненным аппендикулярным перитонитом при использовании лапароскопических технологий. Материалы и методы: на базе факультетской хирургии №1 лечебного факультета проведен ретроспективный анализ 1489 пациентов, которые находились на стационарном лечении в хирургическом отделении ГКБ №4 за период с января 2011 по декабрь 2016 года. В общей сложности у 1406 (94,1) больных операция выполнена с применением лапароскопических технологий (ЛАЭ). Все пациенты были старше 16 лет. В 504 случаях ЛАЭ выполнена при различных формах аппендикулярного перитонита, при этом, местный перитонит отмечен у 368 пациентов. Лапароскопически операция завершена в 98,1% случаев местного перитонита. Распространенные формы аппендикулярного перитонита выявлены в 136 случаях, т.е. больше чем в каждом третьем случае аппендикулярного перитонита. Лапароскопически, при распространенном перитоните, операция завершена в 89,7 % случаях, у 25 пациентов выполнена конверсия доступа, операция продолжена из срединного лапаротомного доступа. Из наиболее частых причин конверсий отмечены: распространенность аппендикулярного перитонита, выраженный парез кишечника, некроз слепой кишки, гипертрофия большого сальника, неустановленный источник перитонит, ретроцекальное расположения червеобразного отростка с развитием забрюшинной флегмоны. В представленной работе детальному анализу подвергнуты только пациенты с распространенными формами аппендикулярного перитонита. Критерии включения: в исследование были включены пациенты с интраоперационно установленным диффузным и разлитым аппендикулярным перитонитом. Критерии исключения из исследования: отказ пациента от ЛАЭ, местный перитонит, шок, беременность, пациенты младше 18 лет. Наличие гнойного экссудата, гиперемия брюшины соответствующих отделов брюшной полости рассматривалось нами, как перитонит. Перитонит расценен, как диффузный если экссудат располагался в 4-6 анатомических областях, при распространение гнойного экссудата более чем на 6 анатомических областей, ситуация нами расценивалась как разлитой перитонит. В послеоперационном периоде, при наличии показаний, пациенты находились в отделении реанимации и интенсивной терапии. Все пациенты за 30 минут до операции получали антибиотикопрофилактику, а в последующем антибактериальную

терапию с применением следующих комбинаций препаратов (циклокс 400 мг + метрогил 500 мг или цефтриаксон 2 гр + 500 мг метрогил). При получении посева, антибактериальные препараты назначались с учетом чувствительности. Средний возраст пациентов с распространённым перитонитом составил 46,26 лет. По половому признаку преобладали мужчины – 74 и 62 женщины. Основная часть пациентов госпитализирована в стационар от начала заболевания в сроки от 24 до 48 часов (57,4 %), до 13,4 % пациентов доставлены в сроки более 48 часов. При анализе медицинской документацией нами учитывались такие показатели, как уровень лейкоцитоза, наличие и отсутствие артериальной гипотензии, температура тела, уровень сознания, признаки почечной недостаточности, клинико-инструментальная картина кишечной непроходимости. Операционно-анестезиологический риск оценивался анестезиологами с использованием системы МНОАР, в редких случаях с использованием ASA. Средний предоперационный уровень лейкоцитов 18,57, средний предоперационный уровень билирубина 22,48. Среднее значение операционного риска по МНОАР составило 2.7 балла. Из 138 пациентов, которые ретроспективно проанализированы - 67 (48,5%) пациентов на момент поступления в клинику были доставлены уже с проявлениями сепсиса. Среди морфологических форм острого аппендицита гангренозный аппендицит встречался у 68 пациентов (50%), т.е. в каждом втором случае, при этом перфорация отростка отмечена у каждого четвёртого пациента. Среднее значение Мангеймского индекса перитонита (МИП) - 20,6, прогностического индекса релапаротомии (ПИР) – 7,8 и индекса брюшной полости (ИБП) – 12,4 соответственно. Продолжительность операции составило 92,5 мин, 65% операций выполнено в ночные часы. Средний койко-день был равен 9,8. Результаты: первичной отправной точкой нашего исследования было развитие любого хирургического осложнения, которое рассматривалось нами, как отклонение от нормального течения послеоперационного периода в течение 30 дней с момента операции и, конечно, с использованием классификации осложнений по Clavien Dindo. Такие осложнения как, ИАА, раневая инфекция, послеоперационный парез и ранняя спаечная кишечная непроходимости были нами проанализированы отдельно. Второй отправной точкой были продолжительность госпитализации, 30 дневная летальность и развитие поздних послеоперационных осложнений. В исследованной группе больных летальных исходов не было. Послеоперационные результаты были проанализированы по D. Dindo et al. (2004). В послеоперационном периоде осложнения отмечены у 34 пациентов и составили 21,9 %. Все осложнения разделены на малые (I-II группа), которые не требовали повторной операции. Последние отмечены у 27 (81,8%) пациентов (инфильтраты в области удаленной культы червеобразного отростка - 19, нагноение послеоперационной раны – 2, послеоперационный парез кишечника - 6). Большие осложнения (III a,b группа) наблюдались у 7 пациентов (абсцесс брюшной полости - 5, гематома правой подвздошной области - 1, прогрессирующий (третичный) перитонит – 1). Из послеоперационных осложнений в группе ЛАЭ наиболее часто отмечалось формирование воспалительного инфильтрата в правой подвздошной области. Во всех случаях пациенты пролечены консервативно. В 5 случаях (3,7%) отмечено формирование ИАА. В 2 случаях выполнено УЗИ дренирование абсцесса, в 1 случае пациент пролечен консервативно, а 2 пациентам выполнена релапароскопия. В группе пациентов, которые были оперированы с применением лапароскопических технологий осложнений 4 ст. по Clavien-Dindo не отмечено. Пациенты, которым выполнена конверсия доступа на лапаротомный имели 7 осложнений, у 3 пациентов рентгенологически и аскультативно выявлена пневмония, малый гидроторакс, что потребовало проведения пункции плевральной полости под контролем УЗИ и смены антибактериальной терапии (3 ст. по Clavien-Dindo). В 4 случаях отмечались осложнения 4 ст. по Clavien-Dindo. Пациенты потребовали перевода в отделение реанимации и проведения дополнительной терапии (в 1 случае отмечено желудочно-кишечное кровотечение из острых язв желудка, в 1 очаговый панкреонекроз, в 1 острое нарушение мозгового кровообращения и в последующем острый инфаркт миокарда у одного пациента). Все пациенты выписаны из стационара. В последующем пациенты с помощью телефонных разговоров опрошены в разные сроки от момента

выписки. Повторных госпитализаций и реопераций в исследованной группе не отмечено, следует отметить, что у 5 пациентов оперированных из лапаротомного доступа были выявлены поздние послеоперационные осложнения, такие как послеоперационная вентральная грыжа в 3 случаях и острая спаечная кишечная непроходимость у 2 пациентов, которые потребовали повторной госпитализации. Статистический анализ данных проведен с помощью многофакторного анализа, количественные данные сравнивались непараметрическим методом Манна-Уитни, качественные данные сравнивали с помощью критерий хи-квадрат Пирсона и критерия Фишера, выявление взаимосвязей осуществлялось с помощью корреляционного анализа по Спирману. При многофакторном анализе были выявлены факторы, которые статистически повлияли на риск развития в послеоперационном периоде хирургических осложнений. В группе пациентов, у которых в послеоперационном периоде отмечены осложнения, выявлены достоверные различия, которые коррелируются с уровнем билирубина, продолжительностью заболевания до госпитализации, по значениям МНОА, ПИР, ИБП. Статистически значимые различия также были получены у пациентов с деструктивными формами острого аппендицита, при наличии перфорации червеобразного отростка, которая встречалась в 77,6 % пациентов и у пациентов с проявлениями сепсиса на момент госпитализации в стационар и зависело от состояние купола слепой кишки. Вывод: лапароскопическая аппендэктомия при распространенном аппендикулярном перитонита не приводит к увеличению частоты конверсий, частота развития послеоперационных интраабдоминальных осложнений составляет 7,7 %. Повышение уровня билирубина свыше 24 мк/ммоль, продолжительность заболевания более 30 часов, значения ПИР, ИБП коррелируются с высоким риском развития послеоперационных осложнений и могут быть использованы в качестве факторов риска. Форма острого аппендицита ( $p < 0,035$ ), перфорация червеобразного отростка ( $p < 0,002$ ), наличие сепсиса ( $p < 0,008$ ), а также состояние купола слепой кишки ( $p < 0,001$ ) являются абсолютными факторами неблагоприятного течения послеоперационного периода и должны учитываться в послеоперационном периоде в качестве предикторов. Учитывая полученные результаты, ретроспективный характер исследования и ограниченность нашего исследования опытом одной клиники, представляется разумные проведение рандомизированных клинических исследований в последующем, поскольку в нашей работе не отмечено увеличения частоты развития ИАА. Применение лапароскопических технологий при лечении пациентов с распространенными формами аппендикулярного перитонита сопровождается всеми преимуществами малоинвазивного доступа, уменьшает количество раневой инфекции, при этом частота развития ИАА сопоставимо с открытым подходом.

## **52. Опыт лечения беременных с острым аппендицитом.**

Дурлештер В.М.(1), Бабенко Е.С.(2), Дидигов М.Т.(3), Авакимян С.В.(3), Антинян К.Д.(1)

Краснодар

1) ГБУЗ ККБ №2, 2) ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации 3) МБУЗ КГК БСМП

Актуальность. Острый аппендицит – наиболее распространенное острое хирургическое заболевание у беременных, требующее экстренного оперативного вмешательства. Частота острого аппендицита при беременности составляет 0,03-5,2%, а уровень летальности 0,1-0,5%. В связи с широким внедрением эндовидеохирургических технологий в хирургии, актуальным в настоящее время является расширение показаний к использованию их и у данной категории больных. Цель исследования: оценка результатов лечения беременных с острым аппендицитом с использованием эндовидеохирургических технологий и традиционного метода оперативного лечения на разных сроках гестации. Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ результатов лечения 52 беременных с острым аппендицитом, госпитализированных в МБУЗ КГК БСМП и ГБУЗ ККБ №2 г.

Краснодара в 2010-2016 гг. Средний возраст пациенток  $24,9 \pm 0,5$ , и колебался от 18 до 40 лет. Срок беременности был от 4 до 36 недель. Беременных в I триместре было 18 (34,6%), во II – 24 (46,2%) и в III – 10 (19,2%). Диагностика основывалась на анамнезе, клинических данных, лабораторных и инструментальных исследованиях. Ультразвуковое исследование выполнялось всем пациенткам, что существенно влияло на дальнейшую тактику и объём вмешательства (лапароскопическая аппендэктомия (ЛА) либо традиционная аппендэктомия (ТА)). При невозможности уточнить диагноз неинвазивными методами, выполнялась диагностическая видеолапароскопия. Результаты и обсуждение. В результате проведенного анализа лечения данной категории больных было установлено, что диагноз острого аппендицита был установлен у 47 больных (90,4%). Видеолапароскопия выполнена 37 (71,2%) больным, из них ЛА выполнена 32 (61,5%) пациенткам, у 5 (13,1%) выполнена конверсия на лапаротомный доступ по Волковичу-Дьяконову. Всего ТА выполнена у 19 (36,5%) пациенткам, а 1 (1,9%) беременной выполнено дренирование под УЗ-навигацией аппендикулярного абсцесса. По морфологическим формам острого аппендицита больные распределились следующим образом: у 6 (11,5%) – катаральная, у 34 (65,4%) – флегмонозная, у 12 (23,1%) – гангренозная. При оценке результатов в зависимости от сроков гестации отмечено, что деструктивные формы чаще выявлялись в III триместре и, прежде всего, это связано со сроком госпитализации в стационар. В I триместре ЛА выполнена у 16 из 19 (84,2%) и у 3 (15,8%) больных ТА после конверсии, в связи с ретроцекальным расположением отростка и явлениями тифлита. Во II триместре ЛА выполнена у 16 из 24 (66,7%) пациенток и у 8 (33,3%) – ТА (2 после конверсии). В III триместре выполнена 8 больным ТА и 1 пациентке дренирование аппендикулярного абсцесса под УЗ-навигацией. Осложнения после выполнения ЛА выявлены у 1 (3,1%) больной (кровотечение из *a.appendicularis*) и у 3 (15,8%) больных после выполнения ТА (инфильтрат, нагноение п/о раны (2)). Послеоперационный койко-день отличался в зависимости от вида пособия: после ЛА –  $4,2 \pm 1,07$ , после ТА –  $9,3 \pm 1,12$ . 51 (98,1%) пациентка выписана с прогрессирующей беременностью, 1 (1,9%) пациентка, поступившая в стационар на 36 неделе, которой выполнена ТА, переведена в родильный дом для родоразрешения. Летальных исходов не было. Выводы. Диагностика острого аппендицита у пациенток с беременностью вызывает определенные трудности. Это связано, прежде всего, с необходимостью дифференциального диагноза с осложненным течением беременности. Деструктивные формы аппендицита преобладают у пациенток в III триместре беременности, что чаще связано с поздней госпитализацией. УЗИ и диагностическая лапароскопия методы, позволяющие установить клинический диагноз и уменьшить количество «напрасных» аппендэктомий. Лапароскопическая аппендэктомия имеет преимущества и у данной категории больных, по сравнению с традиционной аппендэктомией, особенно в I и II триместрах беременности: меньший койко-день, более ранняя активизация, отсутствие гнойно-септических осложнений, и осложнений со стороны плода. Применение эндоскопических технологий в III триместре беременности крайне ограничено, что в настоящее время не позволяет отказаться от выполнения традиционной аппендэктомии.



## **НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ**

### **1. Первые результаты трансплантации в Ростовской областной клинической больнице.**

Коробка В.Л., Кострыкин М.Ю., Балин Н.И., Громыко Р.Е., Костюк К.С., Дашевский С.П.

Ростов-на-Дону

ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница»

Реализация программы трансплантации органов на базе ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница» (РОКБ) началась с февраля 2015 года, когда начал свою работу Областной центр по координации донорства органов и тканей человека. Целью создания центра явилось повышение доступности медицинской помощи взрослому населению Ростовской области, нуждающемуся в трансплантации органов. Нормативной базой, регламентирующей работу центра, стали Федеральные законы и приказы Министерства здравоохранения Ростовской области от 22.01.2015 №52 и №53 «Об организации органного донорства на территории Ростовской области», «Об организации трансплантации (пересадки) органов на территории Ростовской области». При организации центра по координации донорства органов и тканей человека работа велась по двум направлениям: обучение врачей-специалистов и формирование реестра пациентов («листов ожидания»). Все врачи-хирурги, участвующие в трансплантации, в период с 2015 по 2016 год прошли обучение в ФГБУ «Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова» Минздрава России (ФНЦТИО). Наряду с этим, в этот период в условиях ГБУ РО «РОКБ» специалистами ФНЦТИО был проведен цикл повышения квалификации «Основы трансплантологии и органного донорства» для врачей Ростовской области. К моменту начала работы центра были сформированы «листы ожидания» для трансплантации почки и печени, в которые вошли 75 пациентов (44 и 31 человек, соответственно). Подавляющее большинство больных (64,6%), вошедших в «лист ожидания» на трансплантацию почки, имели терминальные формы хронической почечной недостаточности, обусловленной хроническим гломерулонефритом. В «лист ожидания» так же вошли пациенты с врожденными аномалиями и поликистозом почек – 24,9%, обменными заболеваниями и гипертонической болезнью – 10,5%, повлекшими за собой развитие почечной недостаточности. В группе пациентов, нуждающихся в трансплантации печени, преобладали цирротические изменения печени, обусловленные гепатитами: вирусными – 25,8%, алкогольными – 22,6%, токсическими – 12,9%; а также аутоиммунными и наследственными заболеваниями – 25,8%, циррозами неясной этиологии и поликистозом печени – 13,0%. К концу 2016 года в РОКБ было выполнено 25 трансплантаций органов. Среди реципиентов подавляющее большинство были женщины – 64,0% (16 человек) в возрасте от 26 до 58 лет (средний показатель – 40,1±11,2). Доля мужчин составила 36,0% (9 человек), их возраст колебался от 21 года до 62 лет (средний показатель – 44,7±11,2). Основанием к трансплантации почки у 17 больных явилась терминальная стадия хронической почечной недостаточности. Ее причиной у 15 пациентов был фиброз почек на фоне хронического гломерулонефрита различной этиологии, у 2 больных – врожденная патология почек (аномалии развития). Следует отметить, что 94,1% из этих больных получали заместительную почечную терапию (гемодиализ) в течение 1-7 лет (средний показатель – 48,1±30,7 мес.). Показаниями к трансплантации печени у 8 больных были: первичный билиарный цирроз – 3 (12,0%) пациента, болезнь Вильсона-Коновалова – 2 (8,0%), алкогольный цирроз – 2 (8,0%), цирроз печени неуточненной этиологии – 1 (4,0%) больной. Донорами органов стали родственники реципиентов и пациенты со смертью мозга (5 и 8 человек, соответственно). Родственные пары распределились следующим

образом: «отец-дочь» – почка; «брат-брат», «дочь-отец» и две пары «сестра-сестра» – печень. У пациентов со смертью мозга для трансплантации были изъяты 16 почек и 4 печени. Операции по изъятию органов и их частей (в отношении живых доноров), а также этапы, сопряженные с консервацией донорского материала, были проведены по стандартным методикам. Нефрэктомия (в случае родственной пересадки) выполнили лапароскопической техникой с мануальной ассистенцией. Хирургических осложнений у живых доноров не было. Средний показатель времени, затраченного на изъятие органов у живого донора, составил для почки – 2 ч 15 мин, для печени – 7 ч 5 мин. Продолжительность посмертного изъятия органов при заборе 3-х органов составила в среднем 2 ч 45 мин, в случае изъятия почек – 1 ч 46 мин. Среднее значение показателя холодовой ишемии для печени составил 3 ч 43 мин, для почки – 5 ч 35 мин. Все этапы трансплантации органов реципиентам были произведены в штатном режиме без каких-либо осложнений. На трансплантацию печени в среднем затрачивалось 7 ч 20 мин, на пересадку почки – 3 ч 34 мин. Исходом трансплантации почки у 16 реципиентов стал функционирующий трансплантат, у 1 пациента отмечалась отсроченная функция пересаженной почки. В 7 случаях трансплантации печени функция трансплантата была удовлетворительной, в 1 наблюдении отмечалась его дисфункция, обусловленная тромбозом печеночных вен, что привело к смерти пациента на 3 сутки после операции. Всего из общего числа реципиентов ранние послеоперационные осложнения возникли у 4 больных: тромбоз печеночных вен с летальным исходом – 1, частичная несостоятельность билиарного анастомоза – 2, внутрибрюшное кровотечение, потребовавшее релапаротомии и остановки кровотечения из брюшины – 1, печеночная энцефалопатия – 1, илеофemorальный тромбоз – 1. Ранняя послеоперационная летальность составила 4%. Средняя длительность пребывания живых доноров в стационаре составила 24,6±9,4 дня, реципиенты находились в стационаре в среднем 26,9±8,6 суток. В послеоперационном периоде иммуносупрессия у реципиентов включала трехкомпонентную терапию (Адваграф/Програф, Майфортик, Метипред/Солу-Медрол) с постоянным контролем порога токсичности такролимуса и коррекцией целевых показателей. В настоящее время в РОКБ продолжается работа по формированию «листа ожидания» на трансплантацию почки и печени, сердца и поджелудочной железы, в котором уже состоят 85 пациентов: 41 человек на трансплантацию почки, 33 – печени, 7 – сердца, 4 пациента – поджелудочной железы. Наряду с этим осуществляется динамическое наблюдение за пациентами, которые уже перенесли трансплантацию органов.

## **2. Правовые основы оказания хирургической помощи.**

Возлюбленный С.И.

Омск

Министерство здравоохранения Омской области

Актуальность исследования. XXI век характеризуется возросшими требованиями как к качеству оказания медицинской помощи, так и повышению ответственности медицинских работников за свою профессиональную деятельность. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» реализовал право граждан на охрану здоровья и определил порядок взаимоотношения пациента и врача. В силу незнания или непонимания медицинскими работниками значения неукоснительного соблюдения положений Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» и других нормативных правовых актов в практической деятельности возникают конфликты, которые в конечном итоге приводят к привлечению медицинских работников к различным видам ответственности: от дисциплинарной до уголовной. В связи с этим очевидна необходимость рассмотрения на хирургических конференциях и съездах вопросов

правового обеспечения хирургической помощи населению Российской Федерации. Целью исследования явилось совершенствование правового обеспечения хирургической помощи населению на основе комплексного анализа причин возникновения правовых конфликтов и разработки мероприятий по их профилактике. Задачи исследования. Провести анализ причин возникновения правовых конфликтов. Установить полноту соблюдения правового обеспечения при оказании хирургической помощи. Разработать и внедрить мероприятия по соблюдению правового обеспечения. Оценить результаты по проведенному совершенствованию правового обеспечения хирургической помощи. Материал и методы исследования. Результаты и обсуждение. Проведен анализ результатов рассмотрения обращений граждан по возникшим правовым конфликтам при получении хирургической помощи за период с 2013 по 2016 годы. Установлено, что основной причиной возникновения правовых конфликтов при оказании хирургической помощи за период с 2013 по 2014 годы, явилось незнание или непонимание значения соблюдения положений Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» и других нормативных правовых актов. На втором месте по частоте возникших конфликтов явилось нарушение медицинскими работниками этических норм при оказании медицинской помощи при отсутствии должного документального оформления указанного факта. Недооценка тяжести состояния пациентов и возникшие осложнения в послеоперационном периоде с летальным исходом оказались на третьем месте по частоте возникших правовых конфликтов. На четвертом месте - несоблюдение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи. По результатам проведенного комплексного анализа разработаны и проведены мероприятия по соблюдению законодательства в сфере охраны здоровья граждан при оказании хирургической помощи в медицинских организациях на территории Омской области. Это позволило за период с 2015 – 2016 годы на 17 % снизить частоту правовых конфликтов при оказании хирургической помощи, значительно изменив их структуру. Выводы. Вопросы соблюдения законодательства в сфере правовой основы оказания хирургической помощи должны быть основополагающими в работе хирургических ассоциаций и рассматриваться на хирургических конференциях и съездах.

### **3. Хирургическое лечение рубцово-язвенного стеноза пилородуоденального канала.**

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

Владикавказ

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель исследования: выбор оптимального патогенетически обоснованного метода хирургического лечения рубцово – язвенного стеноза пилородуоденального канала. Материалы и методы: На первом этапе, до 1985г., по поводу различных форм язвенного стеноза ДПК оперировано – 86 больных – I группа Резекция по Г-Финстереру – 53; Резекция жел-ка по Ру – 21; Резекция по Бильрот – I – 12. На втором этапе с 1986 по 2015г. с диагнозом хроническая язвенная болезнь осложненная стенозом выполнено 126 операций – II группа Финнея, СПВ – 91; Гейнеке Микуличу, СПВ – 8; Дуоденопластика, СПВ – 21; Антрум эктомия, СТВ, РУ – 6. Процент ранних послеоперационных осложнений в группе с органосохраняющими операциями в два раза меньше по сравнению с резекционными, что подтверждает патогенетическую обоснованность объема выполненных операций. В I группе: гастростаз - 12,7%; несостоятельность швов - 4,6%; панкреатит – 7%; пневмония – 14%; нагноение раны – 12%; Летальность – 2,3%. Во II группе гастростаз - 4,7%; несостоятельность швов – нет; панкреатит – 2,3%; пневмония – 3,1%; диарея - 2,3; нагноение раны – 25%; Летальность – нет. Отдаленные результаты изучены в сроки от 3 до 30 лет после операций: В I группе из 84 выписанных после

резекций желудка в отдаленные сроки удалось обследовать 64 больных. Из них у 43 (67,2%) выявлены различные патологические состояния. В II группе перенесших органосохраняющие и органощадящие операции с ваготомией обследовано 83 пациента. У 18 (21,6%) из них выявлены различные патологические состояния. Качество жизни после резекционных операций у абсолютного большинства пациентов признано удовлетворительным и плохим (67 – 70 %). В группе больных с органосохраняющими с СПВ качество жизни в отдаленном периоде у 74,7% признано высоким и у 21,4% удовлетворительным и плохим у 3,6%. Заключение: На основании представленного выше материала можно предложить, что при стенозирующей язве пилородуоденального канала органосохраняющие операции с СПВ дают в абсолютном большинстве случаев хорошие непосредственные и отдаленные результаты. Резекционные операции, по сравнению с органосохраняющими, у этой категории больных в функциональном плане патогенетически менее выгодны и должны выполняться по строгим показаниям. Из дренирующих желудок операций, при стенозе пилородуоденального канала, предпочтительнее операция Финнея с СПВ. При постбульбарном стенозе ДПК дуоденопластика по В.И. Оноприеву с СПВ патогенетически наиболее обоснована.

#### **4. Оценка показателей эндотелиальной дисфункции при острой кишечной непроходимости.**

Магомедов М.М., Иманалиев М.Р., Дамадаев Д.М., Бациков Х.А., Абдуллаев У.М.

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Аннотация. Расстройства микроциркуляции на уровне сосудов кишечника, и эндотелиальная дисфункция являются важными патогенетическими факторами развития критического состояния при острой кишечной непроходимости. Это обуславливает нестабильность центральной гемодинамики как во время оперативных вмешательств, так и в раннем послеоперационном периоде. Быстротечность повреждения эндотелия объясняет быстроту развития синдрома «капиллярной утечки», что потенцирует прогрессирование гемодинамических расстройств уже в течение 20 – 30 мин после расправления инвагинатов, устранения странгуляционных спаек. Повреждение эпителия в подобных случаях во многом связано с активацией процессов свободно – радикального окисления (СРО), так как при реперфузии отмечается восстановление притока насыщенной кислородом крови к поврежденным на фоне ишемии и гипоксии клеткам стенки кишки, в результате чего происходит их дальнейшее и необратимое повреждение. Цель. Изучить показатели дисфункции эндотелия при острой кишечной непроходимости и оценить возможности их использования для дифференциальной диагностики обтурационной и странгуляционной кишечной непроходимости. Материалы и методы. Проведено проспективное исследование показателей эндотелиальной дисфункции – количества циркулирующих эндотелиальных клеток и концентрации стабильных продуктов дегградации монооксида азота в крови у 10 пациентов с ОКН. В качестве контроля использовали результаты исследования 5 здоровых доноров. Оценка чувствительности и специфичности методов прогнозирования и диагностики острой кишечной непроходимости проводилась при помощи ROC – анализа. Результаты. При обтурационной острой кишечной непроходимости статистически значимое увеличение количества циркулирующих эндотелиальных клеток и уровня нитратов/нитритов в крови 1,5 раза по сравнению с показателями здоровых лиц ( $p = 0,0050$ ;  $p = 0,0207$ ). У пациентов с странгуляционной кишечной непроходимости дисфункции носили более выраженный характер, однако при обтурационной кишечной непроходимости его течении в процессе лечения имели тенденцию к регрессу. В случае странгуляционной кишечной

непроходимости отрицательная динамика, характеризующаяся ростом количества циркулирующих эндотелиальных клеток в крови. Прогностическим критерием обтурационной кишечной непроходимости является уровень нитратов/нитритов в первую неделю госпитализации -  $> 39$  мкМ/л (чувствительность – 83,7%, специфичность – 69,5%, AUC = 0,8;  $p = 0,0324$ ). Диагностическим признаком странгуляционной кишечной непроходимости с некрозом кишечника является наличие в крови пациента более 100мкл циркулирующих эндотелиальных клеток (чувствительность – 89%, специфичность – 88%, AUC = 0,835;  $p = 0,001$ ). Заключение. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности исследования дисфункции эндотелия путем определения количества циркулирующих эндотелиальных клеток в крови у пациентов с ОКН, как метод ранней диагностики.

## 5. Новая классификация дефектов передней брюшной стенки при гастрошизисе.

Арутюнов А.В.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Существующая в настоящее время 3-степенная классификация величины дефектов передней брюшной стенки при гастрошизисе: до 5 см – малые, от 5 до 10 см – средние и свыше 10 см – большие размеры, несовершенна и зачастую не соответствует реалиям практической работы детских хирургов. Нередко дети с такими пороками развития рождаются недоношенными, с небольшой массой тела, с небольшими размерами всех частей тела, в том числе с уменьшенной площадью передней брюшной стенки. Если такой новорожденный имеет дефект в передней брюшной стенке средних размеров (от 5 до 10 см в диаметре), то у такого ребенка он может занимать почти половину ее площади. В такой ситуации должны быть применены хирургические приемы, характерные для дечения гастрошизиса с большими размерами дефекта. Вот почему в практической работе гораздо важнее знать относительные цифры величины дефекта, а не абсолютные их значения. Цель. Разработать новую классификацию гастрошизиса, основанную на относительной величине дефекта к площади половины передней брюшной стенки. Метериал и методы. Изучению подвергнуты 2 группы больных: с диагностикой гастрошизиса по новой классификации (основная группа, 24 ребенка) и диагностикой с использованием традиционной классификации (группа сравнения, 44 ребенка). В группу сравнения вошли новорожденные со средней величиной дефекта передней брюшной стенки (5 – 10 см в диаметре). По основным параметрам состояния дети обеих групп были сопоставимы, в связи с этим были получены объективные результаты статистического анализа. Результаты и обсуждение. Для разработки новой классификации потребовались следующие геометрические рсчеты. Половина площади передней брюшной стенки представлена ввиде центрального прямоугольника и 2 прямоугольных треугольников (рис. 1). Для вычерчивания этих фигур использованы: срединная линия от мечевидного отростка грудины до симфиза, латеральная вертикальная линия от нижней точки реберной дуги до *spina ileaca ant. sup.* и две перпендикулярные линии, опущенные на срединную линию из этих точек. Для вычерчивания треугольников соединяли нижнюю точку реберной дуги с мечевидным отростком грудины и *spina ileaca ant. sup.* с симфизом. Получали 2 приблизительно равных по величине прямоугольных треугольников, которые в сумме давали площадь, равную прямоугольнику со сторонами а и в. Таким образом, общая площадь половины передней брюшной стенки соответствует площади 2 прямоугольников со сторонами а и б, а и в. Формула площади половины передней брюшной стенки будет следующей:  $S_{общ.} = (a \times б) + (a \times в)$ . Площадь круга брюшного дефекта можно вычислить по формуле  $S_{деф.} = \pi r^2$ . Отношение площади дефекта к половине

площади половины передней брюшной стенки высчитывают так:  $K = S_{\text{деф.}} / S_{\text{общ.}} = \pi r^2 \times 100\% / (a \times b) + (a \times в)$ . Подставляя в формулу значения этих линейных отрезков в см, получаем искомую величину K в %. Мы в своей клинической практике использовали условные значения величины K : до 10% - малые, от 10 до 20% - средние и свыше 20% - большие размеры дефекта перед-ней брюшной стенки. У 24 новорожденных для уточненной диагностики была применена разработанная классификация гастрошизиса. Она позволила более реально соотнести ликвидацию дефекта брюшной стенки у больных с примененным способом ушивания брюшной стенки, учитывающим величину висцероабдоминальной диспропорции. У 13 больных удалось полнослойно сшить края брюшной стенки, ликвидировав ее дефект, у 11 больных была наложена превентивная илеостома, значительно сократившая объем проксимальных отделов кишечника, облегчившая погружение выпавших органов в брюшную полость и позволившая, таким образом, полнослойно ушить переднюю брюшную стенку. Выводы. Разработанная классификация гастрошизиса, основанная на процентном отношении площади дефекта к половине площади передней брюшной стенки, является наиболее перспективной, так как она в большей мере соответствует запросам практической хирургии, нежели традиционный вид классификации.

## **6. Анализ эффективности использования зонда Эббота-Миллера в абдоминальной хирургии.**

Земляной В.П.(1), Сигуа Б.В.(1), Петров С.В.(1,3), Вовк А.В.(3), Мавиди И.П.(2), Курков А.А.(1), Игнатенко В.А.(3)

Санкт-Петербург

1) ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 3) СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»

Назоинтестинальная интубация (НИИ) с использованием зонда Эббота-Миллера в настоящее время остается «золотым» стандартом при лечении пациентов с острой кишечной непроходимостью (ОКН) и перитонитом, что находит подтверждение в отечественной литературе. Однако в зарубежных литературных источниках данный метод лечения активно критикуется и не рекомендуется к использованию. В этой связи стоит обратить внимание на доводы отечественных и зарубежных авторов. Положительным фактором использования НИИ является снижение внутрибрюшного и внутрикишечного давления и улучшения кровоснабжения органов брюшной полости. При использовании НИИ происходит механическая эвакуация из просвета кишки токсического содержимого, благодаря чему уменьшается вклад кишечного фактора в формирование эндогенной интоксикации и предотвращается повреждающее действие на слизистую. Почему же, учитывая положительные стороны данной методики, в западных странах практически полностью отказались от ее применения, а мы продолжаем широко использовать довольно травматичную методику? Большинство зарубежных хирургов аргументируют отрицательное отношение к интубации тонкой кишки ее травматичностью, частыми послеоперационными осложнениями, частота которых достигает 38%, плохой переносимостью больными длительного пребывания зонда в носоглотке. Кроме того неминуемо возникают структурные нарушения во всех слоях стенки кишки при проведении и длительном пребывании зонда в просвете кишки. Также существует и опасность нарушения целостности стенок кишечника и, как следствие, инфицирования брюшной полости. Кроме того, при длительном пребывании зонда, происходит инфицирование пищевода и желудка кишечной микрофлорой, которое усугубляется

антисекреторной терапией. Дуоденогастральный и гастроэзофагеальный рефлюксы, развитие которых характерно при НИИ, способствует развитию эрозивно-язвенного гастродуоденита и эзофагита. Помимо этого переполнение желудка кишечным содержимым, особенно при смещении отверстий зонда, существенно увеличивает риск развития инфицирования трахеобронхиального дерева и приводит к увеличению легочных осложнений. Именно поэтому необходимо дополнительно устанавливать назогастральный зонд, что наряду с зондом Эббота-Миллера в носоглотке усугубляет дискомфорт пациента и еще больше затрудняют носовое дыхание. Длительное стояние зонда у пациентов с ишемической болезнью сердца может ухудшать кровоснабжение миокарда и способствовать прогрессированию хронической сердечной недостаточности. Местными осложнениями НИИ могут быть: обострения хронических ринитов, гайморитов, синуситов, носовые кровотечения, парез голосовых связок. Очевидно, что использование у больных с ОКН и перитонитом НИИ вызывает целый спектр сомнений у многих хирургов. Это подтверждается данными зарубежных авторов, которые на основании собственных исследований сделали вывод об отсутствии преимуществ НИИ перед другими способами декомпрессии, и как следствие, не рекомендуют ее применение. В 2007 году в рекомендациях EAST (Eastern Association for the Surgery of Trauma) по лечению острой тонкокишечной непроходимости указано, что при использовании желудочных и длинных кишечных зондов нет значимой разницы в достижении декомпрессии, успешности консервативного лечения и частоте осложнений. Желудочный зонд, проведенный в ДПК и начальный отдел тонкой кишки способен дренировать всю кишку, уменьшить избыточное внутрикишечное давление и застой до восстановления перистальтики и это обосновывается законами физики. Раздутая кишка представляет собой полость с газами и жидкостью, и если вставить в неё трубку малого диаметра с давлением на выходе меньшим, чем в полости, то содержимое потечёт в сторону выхода из этой трубки и таким образом дренирует всю полость. Болонский консенсус по лечению ОСКН указывает, что нет преимуществ декомпрессии с помощью длинных кишечных зондов перед обычной декомпрессией с помощью назогастрального зонда. А проведенное проспективное исследование, в котором сравнивали результаты зондовой декомпрессии и длинного кишечного зонда, не смогло продемонстрировать преимуществ одного метода перед другим у больных спаечной ОКН. В этой связи возникает вопрос: зачем использовать технически трудоемкий, приносящий выраженный дискомфорт пациенту, а также вызывающий в перспективе тяжелые осложнения метод, если можно ограничиться простым и эффективным методом назогастральной интубации? Особенно в современных условиях, когда методы интенсивной терапии стали более эффективными и достигли существенных результатов в лечении больных с эндотоксикозами и нарушениями гомеостаза. В зарубежной литературе на этот вопрос дается четкий ответ о том, что строгих показаний к выполнению НИИ нет, и эта методика должна быть оставлена в прошлом. Стоит обратить внимание и на то, что некоторые отечественные авторы начинают переосмысливать эффективность интубации тонкой кишки зондом Эббота-Миллера, также рекомендуя отказаться от данной методики. В качестве заключения, необходимо уточнить, что полный отказ от этой методики сейчас является несколько преждевременным, во всяком случае, в наших условиях. В то же время, мы считаем неприемлемым слепое и рутинное использование данной методики, которая в нашей стране используется неоправданно часто.

## **7. Наш опыт лечения неосложненного холедохолитиаза в сочетании с хроническим калькулезным холециститом.**

Тотиков В.З., Тобоев Д.В., Тотиков З.В.

Владикавказ

Северо-Осетинская ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель исследования: анализ ближайших и отдаленных результатов миниинвазивных методов хирургического лечения больных неосложненным холедохолитиазом, в сочетании с хроническим калькулезным холециститом. Материал и методы. Нами проведен сравнительный анализ результатов лечения между тремя группами больных не осложненным холедохолитиазом в сочетании с хроническим холециститом. В 1 группу были включены 346 (50,6%) больных, которые оперированы с помощью набора «Миниассистент». Во 2 группу вошли 148 (21,7%) больных, которым выполнены лапароскопические холецистэктомии, холедохолитотомия. В 3 группу были включены 189 (27,7%) больных, которым на первом этапе выполняли эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ), а на втором- производили лапароскопическую холецистэктомию. В первых двух группах дренирование завершалась по Керу или Холстеду. В раннем послеоперационном периоде результаты лечения отслежены у всех 683(100%) больных, до одного года у 482(70,6%) больных. От одного года до пяти лет прослежено 399 (58,4%) больных. Более пяти лет – 252 (36,8%) больных. Результаты. В 1 группе на 21 сутки после удаления дренажа Кера у 4 (1,2%) больных диагностировано желчеистечение в брюшную полость и у 9 (2,6%) пациентов - нагноение операционной раны. Еще у 7 (2,02%) больных развился отечный панкреатит. В сроки от 5 до 15 лет у 4 (1,2%) больных выявлен холедохолитиаз. У 2 (0,6%) больных через 19 и 27 месяцев выявлены грыжи в области операционных ран. Других осложнений, в том числе стриктур, не выявлено. Во 2 группе из-за интраоперационного повреждения внепеченочных желчных протоков у 2 (1,6%) больных осуществлен переход на лапаротомию. Еще у 2 (1,3%) пациентов переход на минилапаротомию выполнен из за сложностях лапароскопической литоэкстракции. У 3 (2,03%) больных после удаление дренажа Кера отмечено желчеистечение, еще у 1 (0,7%) больного через 8 месяцев развилась неполная ограниченная стриктура холедоха. В 3 группе после выполнения ЭПСТ у 10 (6,3%) больных развился отечный панкреатит, еще у 3 (1,6%) больных диагностирован панкреонекроз, в одном случае завершившийся летальным исходом. У 3 (1,6%) пациентов отмечено кровотечение из рассеченной папиллы. Кроме того у 11 (5,8%) больных выполнить ЭПСТ не удалось из-за больших размеров конкрементов. Еще у 3 (1,6%) пациентов попытка ЭПСТ оказалась неэффективной из-за парапапиллярного дивертикула. На этапе выполнения лапароскопической холецистэктомии осложнений не зарегистрировано. В отдаленном периоде у 10 (5,3%) больных выявлен рефлюкс-холангит, и у 4 (2,1%) больных стеноз БДС. Резидуальный холедохолитиаз отмечен в 2 (1,05%) случаях. При сравнении результатов лечения больных холедохолитиазом в сочетании с хроническим калькулезным холециститом, выявлено, что наибольшее количество осложнений отмечено в третьей группе ( $17,9 \pm 2,31\%$ ). Количество осложнений во второй группе ( $5,41 \pm 1,03\%$ ) оказалось несколько меньше, чем в первой ( $7,52 \pm 1,22\%$ ), однако это отличие не является статистически достоверным. Заключение. Анализ ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения показал, что лучшие результаты отмечены у больных, которым выполнено одноэтапное оперативное лечение без вмешательств на БСДПК. Лапароскопическая холедохолитотомия при наличии достаточного опыта является не менее эффективным методом разрешения холедохолитиаза по сравнению с другими существующими методиками. Эндоскопические ретроградные вмешательства у больных холедохолитиазом в сочетании с калькулезным



холециститом без желтухи более эффективны при стенозе БСДПК, наличии вколоченных конкрементов БСДПК, а также у больных, которые по каким-либо причинам не могут быть кандидатами для общей анестезии.

## **8. Диагностика уровня обструкции билиарного тракта при механической желтухе.**

Меджидов Р.Т., Хабибулаева З.Р., Караева А.К., Меджидова Д.Р.

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение. При механической желтухе определение уровня обструкции билиарного тракта (БТ) имеет важное значение в выборе хирургической тактики. В решении данной задачи исключительное значение имеют лучевые методы диагностики. Цель исследования. Оценить возможности методов лучевой диагностики в уточнении причин развития механической желтухи, уровня обструкции БТ и определении хирургической тактики при данной патологии. Материалы и методы В исследование согласно критериям отбора были включены 996 пациентов с механической желтухой .УЗИ выполнено всем пациентам,МРТ-783, МсКТ -215 больным. Результаты. По УЗИ данным проксимальная обструкция БТ была диагностирована в 136 (13,7%) наблюдениях, центральная обструкция БТ имела у 272 (27,3%), дистальная обструкция БТ отмечена у 588(59,1 %) пациентов. В 216 (21,7 %) наблюдениях имелся сопутствующий холецистолитиаз. При анализе МР томограмм проксимальная обструкция БТ была выявлена у 127 (12,8 %) пациентов. Из них у 23 (18,1%) пациентов доброкачественная стриктура желчных протоков , а у 104(81,9 %) –опухолевая обструкция БТ. Согласно классификации Bismuth –Corlette тип 1 опухоли выявлен у 14 (13,4%) пациентов, тип 2 –у 17(16,3%) больных ,тип 3-у 26(34,6%) больных и тип 4-у 37(35,7%) пациентов. В наблюдениях с рубцовой проксимальной обструкцией БТ вариант «+1» по Э.Г. Гальприну имелся у 9 (13,1%) пациентов, «0» - у 11(47,8 %), «-1»-у 3(13,1 %) больных . МсКТ в данной группе пациентов проведен в 32(25,0%) случаях. При этом инвазия сосудов глиссоновых ворот печени отмечена в 11(34,3 %) наблюдениях. Из 104 пациентов проксимальной опухолевой обструкцией БТ радикально оперирована 22 (21,2%) В остальных 82(78,8%) наблюдениях проведена ЧЧХС. Во всех случаях доброкачественной обструкции БТ проведены реконструктивно-восстановительные операции, направленные на внутреннее отведение желчи. Чувствительность УЗИ в определении проксимальной обструкции БТ составило 94,9 %, МРТ -98,7%. Полученные при МсКТ данные по инвазии сосудов совпали с интраоперационными данными в 86,0 % наблюдениях. Центральная обструкция БТ по данным лучевых методов диагностики отмечена в 272 наблюдениях. Доброкачественная структура БТ имела в 18(6,6 %). Показания к радикальной операции были определены в 16,2% наблюдениях. В 103(44,7%) случаях проведено чрескожное чреспеченочное наружное дренирование БТ, в 92 (40,3 %) -наружно-внутреннее ,а 15% пациентов выписаны как инкурабельных больных на симптоматическое лечение. Дистальная обструкция БТ была определена в 588 (59,1%) наблюдениях. Из них стриктура доброкачественного генеза имела в 92 (15,6%) случаях ,в 496 (84,4%) наблюдениях имелись периапулярные опухоли. Резектабельность периапулярной опухоли была определена в 137(27,4%) случаях. При доброкачественной обструкции БТ выполнены билиодигистивные анастомозы, в 136 наблюдениях опухолевой обструкции БТ – ПДР, в 319 - паллиативные оперативные вмешательства, направленные на внутреннее отведение желчи, в 9 - ЧЧХС, в 28 наблюдениях –холецистостомия. Чувствительность лучевых методов диагностики для определения уровня и характера окклюзий и степени распространенности опухолевого процесса в группе с дистальной обструкцией БТ составила 97,6%. Заключение. Наиболее информативными методами диагностики уровня

окклюзий БТ являются лучевые методы диагностики. Из них наиболее чувствительным и точным является МРТ.

## **9. Сравнительный анализ использования резекционных технологий в хирургии печени.**

Алиев М.А., Меджидов Р.Т., Султанова Р.С., Абдурашидов Г.А.

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение. В последние годы широко проводятся резекции и трансплантация печени при очаговых ее поражениях. Данные вмешательства возможны при наличии подготовленных хирургов-гепатологов, обеспечении операционной высокими резекционными технологиями и организации адекватной интенсивной терапии. В хирургической гепатологии уже апробируются такие резекционные технологии, как: ультразвуковые диссекторы и деструкторы-аспираторы, система микроволновой абляции Valleylab, система гемостаза LigaSure, плазменный и лазерный скальпели и др. Цель исследования. Дать сравнительный анализ результата использования различных резекционных технологий при проведении радикальных оперативных вмешательств на печени по поводу ее очаговых поражений. Материалы и методы. За последние 5 лет нами выполнено 99 резекций печени по поводу очаговых ее поражений. Опухолевый процесс имелся в 49(50,5%) наблюдениях. Из них гепатоцеллюлярная карцинома отмечена в 6 (12,3 %) случаях, холангиоцеллюлярная карцинома хиллярной локализаций - в 4 (8,1%), кавернозная гемангиома - в 12 (24,5 %), метастатический рак печени - в 27 (55,1%) наблюдениях. В остальных 49(49,5 %) случаях имелся эхинококкоз печени. Правосторонняя гемигепатэктомия выполнена в 3 (2,3%) наблюдениях, левосторонняя - в 32 (31,4 %), атипичные резекции - в 60 (62,9 %), щадящая хиатальная резекция печени - в 4 (3,4%). В зависимости от использованной резекционной технологии все пациенты распределены на две группы. Основная группа (55 пациента), где при резекции печени были использованы электрохирургический нож (для рассечения глиссоновой капсулы), ультразвуковой деструктор-аспиратор (для воаризации паренхимы печени) и ультразвуковой диссектор (для пересечения интрапаренхиматозных трубчатых структур). Контрольная группа (44 пациента), где при резекции были применены электрохирургический нож, механическое разрушение паренхимы печени по линии резекции и LigaSure. Для оценки послеоперационных осложнений применялась классификация по Dindo-Clavien. Осложнения оценивали в течение 60 дней после операции. Результаты и обсуждение. В основной группе больных медиана кровопотери составила 125 (100:150) мл, в контрольной 200 (150:250) мл ( $p < 0,05$ ). Уменьшение кровопотери при использовании ультразвуковой резекционной технологии существенное, чем при применении других технологий. Послеоперационные осложнения развились у 38,3% пациентов. Осложнения 1-й и 2-й степени наблюдались в 59% наблюдений: в основной группе - в 7 случаях, в контрольной - в 12. Желчный свищ отмечен у 2 пациентов контрольной группы. Осложнения 3-й и 4-й степени наблюдались у 6 пациентов : в основной - у 2, в контрольной - у 4 больных. Летальных исходов в анализируемой выборке не было. Медиана послеоперационного койко-дня в основной группе составила 14,3 (11:17) дней, в контрольной - 16,6 (13:21). Представленные результаты демонстрируют преимущества применения ультразвуковой резекционной технологии при резекции печени. Заключение. Последовательное использование таких резекционных технологий как: электрохирургический нож для рассечения капсулы печени, ультразвуковой деструктор-аспиратор для воаризации паренхимы печени и

ультразвуковой диссектор для пресечения мелких трубчатых структур является оптимальной при резекции печени.

## **10. Опыт применения лапароскопического лечение эхинококковых кист печени у детей крупных размеров.**

Минаев С.В., Машенко А.Н., Герасименко И.Н., Быков Н.И.

Ставрополь

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Эхинококкоз человека относится к тяжелым паразитарным заболеваниям, поражающий как разные слои населения, так и разные возрастные группы. Развитое в Ставропольском крае животноводство, сухой и жаркий климат с наличием частых ветров, большого количества сторожевых собак не могли не способствовать распространению эхинококковой болезни среди детского населения в регионе. Несмотря на имеющиеся успехи в диагностике лечения эхинококкоза печени у детей, остается достаточно большое количество нерешенных проблем, начиная от своевременной постановки диагноза до выбора оптимального способа оперативного вмешательства. На данный момент, в хирургическую практику, широко внедрился лапароскопический метод хирургического вмешательства, но так же необходимо учитывать размер паразитарных кист, так как при недопустимо больших размерах кист усложняется этап эвакуирования. Целью данного исследования был анализ результатов лечения эхинококковых кист печени у детей больших и гигантских размеров. Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 15 пациентов в возрасте 5-17 лет с эхинококковыми кистами больших и гигантских размеров в печени. Объем визуализированных кист при ультразвуковом и КТ исследовании составлял от 425 до 2600 мл. Доминирующей локализацией кист была правая доля печени (73,3%) с типичным поражением 6-8 сегментов. Всем пациентам выполнялась лапароскопическая эхинококкэктомия печени с использованием одноразовых лапароскопических портов. После установки 3-х портов выполнялось вскрытие фиброзной оболочки с помощью ультразвукового скальпеля «Гармоник» и биполярной коагуляции Enseal. После извлечения хитиновой оболочки стенки кисты обрабатывали аргон-плазменной коагуляцией, что позволило максимально провести не только коагуляцию остаточной полости, но и добиться ликвидации остаточных эхинококковых сколексов. Результаты: Интраоперационные осложнения в наших наблюдениях не отмечались. В послеоперационном периоде были отмечены желчные свищи у 2-х (13,3%) пациентов, которые самостоятельно закрылись в течении 2-х месяцев. Ранний послеоперационный период протекал легче. Через  $8,3 \pm 1,7$  часов пациенты начинали ходить. Болевой синдром купировался через  $16,2 \pm 3,1$  часов после операции. Рецидивов заболевания, по итогам обследования через 6 месяцев, не отмечали. Вывод: Таким образом, лапароскопическая эхинококкэктомия с обработкой остаточной полости аргон-плазменной коагуляцией является эффективной операцией выбора при эхинококкозе печени при киста больших и гигантских размеров у детей.

## **11. 3-D моделирование спленэктомии как способ применения предоперационной диагностики у больных гематологического профиля.**

Назаров Р.М., Каторкин С.Е., Быстров С.А., Зельтер П.М.

Самара

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Одной из актуальной проблемы в разделе хирургии брюшной полости является лечение пациентов гематологического профиля, которым при неэффективности консервативной терапии показана спленэктомия. Однако традиционная спленэктомия сопровождается длительным пребыванием больных в стационаре, высоким процентом интраоперационных и послеоперационных осложнений, неудовлетворительными косметическими результатами. Наиболее частыми хирургическими осложнениями спленэктомии являются внутрибрюшное кровотечение, поддиафрагмальный абсцесс, острый панкреатит. Одной из причин такого высокого процента развития осложнений является – отсутствие метода предоперационного 3-D моделирования органа, артерий, вен, патологических образований и добавочной селезенки, способствующей смоделировать возможную операцию, выявить тип васкуляризации селезенки, взаимосвязь с хвостом поджелудочной железы и тем самым избежать потенциальные осложнения. Цель. Изучить эффективность предоперационного 3-D моделирования на основе анализа данных мультиспиральной компьютерной томографии при выполнении лапароскопической спленэктомии по поводу первичной иммунной тромбоцитопении. Материал и методы. Пациентка С., 60 лет с диагнозом идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, рецидивирующее течение. В течение 15 лет она наблюдалась и проходила неоднократные курсы консервативного лечения, принимала ежедневно до 60 мг преднизолона. Уровень тромбоцитов крови снижался ниже  $25 \times 10^9/\text{л}$ . В связи с неэффективностью консервативного лечения была показана спленэктомия. Выполнена мультиспиральная компьютерная томография с болюсным контрастированием. На основе полученных данных в системе «Автоплан» была построена цветная 3-D модель области оперативного вмешательства. Система по планированию оперативного вмешательства объединяет медицинское оборудование, внутриведомственную сеть архивирования и обмена данными с рабочими станциями врачей с возможностью использования на компьютерах и мобильных устройствах непосредственно в операционной. Пациентке выполнена лапароскопическая гибридная спленэктомия. Результаты. Согласно 3-D модели, у пациентки выявлен магистральный тип васкуляризации селезенки. Дистальная часть хвоста поджелудочной железы не доходила до ворот селезенки на 1,5 см. Добавочные селезенки и перипроцесс отсутствовали. Данные модели 3-D подтвердились интраоперационно и позволили выполнить лапароскопическую гибридную спленэктомию без технических трудностей прецизионно с минимальной кровопотерей. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана на 5 сутки в удовлетворительном состоянии. Показатели уровня тромбоцитов достигли референтных значений ( $356 \times 10^9/\text{л}$ ). Заключение. Предоперационное 3-D моделирование позволяет хирургу заранее планировать оперативное вмешательство с учетом знания индивидуальных топографо-анатомических особенностей области предстоящей операции. Знание индивидуальных особенностей васкуляризации селезенки и топографии поджелудочной железы в ее воротах позволяет прецизионно выделять и лигировать сосуды, что повышает качество гемостаза, а также уменьшает вероятность травмы поджелудочной железы. Дооперационная визуализация добавочных селезенки повышает радикальность операции.

## 12. Минимально инвазивные видео-ассистированные операции на щитовидной и околощитовидных железах.

Курганов И.А. (1), Емельянов С.И. (1), Богданов Д.Ю. (1), Матвеев Н.Л. (1), Лукьянченко Д.В. (2), Агафонов О.А. (2), Мамиствалов М.Ш. (1)

Москва

1) ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) Больница Центросоюза Российской Федерации,

Актуальность: Применение малоинвазивных оперативных методик при операциях на щитовидной и околощитовидных железах характеризуется рядом преимуществ - малая травматичность и высокий уровень косметичности хирургического вмешательства, возможность осмотра операционного поля под увеличением и с разных углов зрения, сокращение продолжительности стационарного лечения и сроков нетрудоспособности. Наибольшее распространение среди всех малоинвазивных методов оперирования на эндокринных органах шеи получила методика минимально инвазивной видео-ассистированной тиреоидэктомии, разработанная Р. Miccoli. Однако до сих пор дискуссионными остаются вопросы радикализма и безопасности данных оперативных вмешательств. Цель исследования: Изучить уровень выполнимости, эффективности и безопасности минимально инвазивных видео-ассистированных операций, выполняемых при патологии щитовидной и околощитовидных желез. Материалы и методы: Нами были изучены результаты выполнения операций из минимально инвазивного видео-ассистированного доступа: 63 вмешательства (65,6%) при патологии щитовидной железы и 33 операции (34,4%) в объеме паратиреоидэктомии при первичном гиперпаратиреозе. Гемитиреоидэктомия была выполнена при подтвержденных по данным тонкоигольной биопсии доброкачественных новообразованиях (48 случаев - 76,2%); субтотальная резекция щитовидной железы - при подозрительном на малигнизацию узле, размер которого не превышал 10 мм (5 случаев - 7,9%); тиреоидэктомия - при подозрении на папиллярный рак щитовидной железы и размере узла от 10 до 20 мм (10 случаев - 15,9%). Противопоказаниями к проведению видео-ассистированных вмешательств на щитовидной железе считали: доброкачественные узловые образования размером более 35 мм; злокачественные образования щитовидной железы более 20 мм в диаметре; наличие признаков инвазии капсулы узла; объем щитовидной железы более 35 мл; наличие тиреоидита, диффузного зоба, предшествующих операций и облучения в области шеи. Противопоказаниями к выполнению видео-ассистированных вмешательств на околощитовидных железах считали: размер аденомы околощитовидной железы более 30 мм; подозрение на злокачественный характер новообразования; наличие сопутствующей патологии щитовидной железы; предшествующие операции и облучение в области шеи. Для выполнения минимально инвазивных операций использовался специализированный набор инструментов для минидоступа по Р. Miccoli. Результаты: Среднее время оперативного вмешательства составило: гемитиреоидэктомия -  $54,7 \pm 13,97$  минут, субтотальная резекция щитовидной железы и тиреоидэктомия -  $88,7 \pm 23,44$  минут, паратиреоидэктомия -  $41,2 \pm 12,7$  минут. Частота осложнений при выполнении минимально инвазивных видео-ассистированных операций на щитовидной железе составила 3,18% (по одному случаю кровотечения в раннем послеоперационном периоде и транзиторного послеоперационного гипопаратиреоза), при проведении минимально инвазивной видео-ассистированной паратиреоидэктомии - 6,1% (по одному случаю транзиторной гипокальциемии и одностороннего временного пареза голосовых связок). Конверсия оперативного доступа потребовалась в 3 случаях (4,8%) при проведении операций на щитовидной железе и в 2 случаях (6,1%) при выполнении паратиреоидэктомии. Длительность послеоперационного обезболивания была равна  $1,6 \pm 0,4$  суток после операций на щитовидной железе и  $1,2 \pm 0,3$  суток после операций на околощитовидных

железах. Сроки госпитализации пациентов составили соответственно  $3,2 \pm 1,4$  и  $3,1 \pm 0,4$  суток. Длина послеоперационного рубца составила соответственно  $2,1 \pm 0,4$  и  $1,8 \pm 0,2$  см. После минимально инвазивных видео-ассистированных операций на щитовидной железе 30 (47,6%) пациентов оценили косметический результат как отличный, 25 (39,7%) – как хороший, 8 (12,7%) – как удовлетворительный. После минимально инвазивной видео-ассистированной паратиреоидэктомии 26 (78,8%) пациентов оценили косметический результат как отличный, 5 (15,1%) - как хороший, 2 (6,1%) – как удовлетворительный. Случаев рецидивов заболевания не было отмечено ни в одном из наблюдений. Выводы: Методика минимально инвазивных видео-ассистированных операций на щитовидной и околощитовидных железах характеризуется высоким уровнем выполнимости, безопасности и клинической эффективности.

### **13. Качество жизни пациентов, перенесших резекцию желудка по поводу язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.**

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

Баку, Азербайджанская Республика

Научный Центр Хирургии им. М.А.Топчубашова,

В литературе предпринимаются отдельные попытки оценить качество жизни хирургических пациентов и отдалённые последствия хирургических вмешательств (Новик А.А. и соавт., 1999). Однако в большинстве случаев результаты исследований оцениваются с врачебной точки зрения (число осложнений, рецидивов заболевания и т.д.) (Горбашко А.И., 1985; Гурин Н.Н. и соавт., 1999). С точки зрения пациента, с позиций самооценки его собственного состояния, анализ практически не проводится (Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П., 1999). Цель исследования :Разработать анкету по изучению качества жизни пациентов с язвенной болезнью желудка, получивших как медикаментозную терапию, так и оперативное лечение. Материал и методы: С целью исследования качества жизни у пациентов с язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки была разработана анкета по исследованию качества жизни на основе опросника японских авторов (Kurihara M. Et al., 1990). Были разработаны пять вариантов ответов для каждого вопроса, выполнена культурная адаптация, обеспечена семантическая понятность вопросов для лиц с уровнем образования не выше среднего специального. Трактовка результатов исследования производилась сравнением с данными контрольной группы, в которую вошли лица, считавшие себя относительно здоровыми, не страдавшими какими-либо хроническими заболеваниями. Каждый вопрос анкеты имеет пять вариантов ответа, которые оцениваются однотипно: А - 5 баллов, Б - 4 балла, В - 3 балла, Г - 2 балла и Д - 1 балл. Работоспособность «измеряют» вопросы 2, 4, 10; социальную устроенность - вопросы 6 и 7; общее состояние здоровья - вопросы 1, 3, 5, 8, 9. Качество жизни расценивалось как очень хорошее (4,3 балла и выше), хорошее (3,9 - 4,2 балла) или удовлетворительное (3,8 балла и ниже). За хорошее качество жизни нами была принята бальная оценка качества жизни контрольной группы. При подсчете результатов производилось выведение общего балла как по всей анкете, так и по каждому критерию отдельно. Результаты исследования: Исследование качества жизни у оперированных пациентов показало, что после резекции желудка, все оперированные пациенты оценили качество жизни в отдаленном периоде как «хорошее» (через 1 год - 11 лет после операции): 4,0 балла у оперированных по Бильрот-1, и 3,9 балла - у оперированных по Бильрот-2. При оценке качества жизни у пациентов, оперированных различными способами, выявлено, что пациенты, оперированные по Бильрот-2, оценивают качество жизни ниже, чем оперированные по Бильрот-1 . Работоспособность обе группы пациентов оценили как отличную. Таким образом, наблюдения показывают, что мнение о «калечащем» и инвалидизирующем характере многих операций на желудке, в частности,

резекций желудка, утвердившееся среди гастроэнтерологов, преувеличено. После резекции желудка, особенно по способу Бильрот-1, пациенты могут продолжать активный образ жизни, плодотворно участвовать в трудовой деятельности по своей основной специальности, в том числе и в плавсоставе. Выводы: Оценка качества жизни больным после резекции желудка по поводу язвенной болезни может рассматриваться в качестве одного из основных критериев успешности лечения. Предложенная нами методика определения качества жизни пациентов с язвенной болезнью проста, достоверна, коррелирует с данными эндоскопического и рентгенологического исследования, и может быть рекомендована к широкому применению.

#### **14. Морфогенез межкишечных анастомозов, сформированных с применением микрохирургической техники в эксперименте.**

Резанов П.А.

Симферополь

ГБУЗРК «Крымский республиканский онкологический клинический диспансер имени В.М. Ефетова»

Актуальность проблемы. Несмотря на прогресс в хирургии желудочно-кишечного тракта, связанный с применением мощных антибиотиков, новых шовных материалов, аппаратного формирования межкишечных анастомозов, проблема несостоятельности швов кишечной стенки, к сожалению до сих пор актуальна (Прохоров Г.П., Федоров Н.Ф., 2010г.). Одним из перспективных направлений для решения проблемы несостоятельности швов могло бы стать внедрение в клиническую практику прецизионных технологий формирования кишечного шва. Цель исследования — изучение динамики репаративных процессов при заживлении межкишечных анастомозов, сформированных в эксперименте с применением микрохирургической техники. Материалы и методы. Исследование проведено на 30 кроликах породы «бабочка», обоего пола, весом 3-4 кг. Животные были разделены на 2 группы. Во всех сериях опытов формировали тонко-тонкокишечные анастомозы. Животным I группы (n=15) накладывали прецизионный однорядный непрерывный шов по авторской методике [Патент Украины № 32940], у животных II группы (n=15) использовали шов Альберта-Шмидена. Животные выводились из эксперимента через 3, 5, 7, 14 и 30 суток после операции. Патогистологическому исследованию подвергались участки кишечника с анастомозами, сформированными при помощи прецизионного шва и шва Альберта-Шмидена. Препараты окрашивали гематоксилином и эозином, а также по Маллори и выполняли световую микроскопию. Обсуждение результатов: На 3 день в зоне анастомоза в обеих группах отмечается расстройство кровообращения, отек, больше выраженный в подслизистой и мышечном слоях. Описанные изменения менее выражены в первой группе животных. При окраске по Маллори во всех группах прослеживается преобладание процесса лизиса коллагеновых волокон в местах прохождения лигатурных каналов, однако данный процесс в меньшей степени выражен у животных первой группы. На 5 день в I группе спаечная зона насыщена кровеносными сосудами капиллярного типа, окруженными нежной сетью коллагеновых волокон и клетками воспалительного ряда (формирование грануляционной ткани). Во II группе нарастают явления коллагенолиза, нарастают явления перитонита. При окраске по Маллори выявляется, что в I группе наряду с процессом коллагенолиза активизируется процесс коллагенообразования: формируется сеть тонких переплетающихся коллагеновых волокон в зоне формирования грануляционной ткани. В отличие от этого, во II группе продолжается преобладание процесса деструкции коллагена. На 7 день в I группе в зоне анастомоза нарастает объем грануляционной ткани. Во II группе стенка зоны анастомоза резко утолщена за счет отека и формирования грануляций с беспорядочно чередующимися толстыми коллагеновыми пучками.

Определяется грануляционная ткань с грубой сетью коллагеновых волокон различной толщины. На 14 день в I группе наблюдается созревание грануляционной ткани, формируется грубоволокнистая соединительная ткань, снижается количество сосудов. Воспалительная реакция носит перифокальный характер, формируются гранулемы рассасывания инородных тел. Во II группе рубцовая ткань построена из коллагеновых волокон различной толщины. Стенка кишки в зоне анастомоза неравномерно утолщена. На 30 день в зонах анастомозов определяется сформированная грубоволокнистая рубцовая ткань. Однако если во второй группе последняя деформирует стенку кишки, то в первой группе стенка не деформирована. В зоне однорядных анастомозов коллагеновые пучки более упорядочены, в группе двухрядного шва более выражена беспорядочность их расположения. Выводы: 1. На ранних этапах (3-й день) заживления морфологическая картина в обеих группах идентична, обусловлена преобладанием процессов лизиса коллагеновых волокон. 2. Формирование грануляционной ткани и коллагенообразование в группе прецизионных анастомозов начинается раньше (5-7 день), чем в группе двухрядного шва Альберта-Шмидена (7-14 день). Вероятность несостоятельности шва выше в группе двухрядного шва Альберта-Шмидена. 3. В группе прецизионных соустьев сформированный анастомоз не деформирует просвет кишки, в отличие от группы двухрядного шва Альберта-Шмидена.

#### **15. Определение субстанции Р у новорожденных при острой хирургической патологии.**

Качанов А.В., Филипьева Н.В., Герасименко И.Н., Воронова А. А., Тертышникова А. В., Ухина Л.В.,

Ставрополь

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель исследования: Определения зависимости концентрации субстанции Р от тяжести хирургической патологии у новорожденных, как одного из маркеров болевой реакции. Материал и методы: На базе ГБУЗ СК «КДКБ» г. Ставрополя обследовано 157 детей, которые были оперированы на органах брюшной и грудной полостей с различной патологией, у которых было выполнено определению субстанции Р в плазме. В нашем исследовании применен метод определения субстанции Р методом ИФА до операции, на 1, 3 и 7 сутки после нее. 1 подгруппу составили 63 новорожденных, перенесших операции по устранению пороков развития ЖКТ, не требующие проведения в послеоперационном периоде продленной ИВЛ и получавшие в качестве анальгезии промедол в дозе 0,3 мг/кг. 2 подгруппу составили 80 новорожденных, перенесших операции на органах грудной и брюшной полости, которые в раннем послеоперационном периоде получали стандартную анальгезию с использованием промедола в дозе 0,3 мг/кг в первые сутки каждые 4 часа, во 2-3 сутки через 6 часов с добавлением адьювантной терапии. 3 подгруппу составили 41 новорожденных, получавших в качестве послеоперационного обезболивания продленную инфузию фентанила в дозе 0,003-0,005 мг/кг/час с добавлением адьювантной терапии. Результат: Среди новорожденных 1 и 3 подгрупп отмечалось стойкое снижение в динамике субстанции Р с приближением его к нормальным величинам к 7 суткам после операции, а у новорожденных 2 подгруппы четко прослеживается волнообразное изменение концентрации субстанции Р в сыворотке крови. При сравнительной оценке качества послеоперационного обезболивания на основании определения субстанции Р у пациентов всех групп следует признать, что наибольшие величины субстанции Р были обнаружены во 2 подгруппе наблюдения. Вывод: Субстанция Р является одним из маркеров болевого синдрома у новорожденных, способствующая объективизации болевого синдрома в данной группе пациентов.



## 16. Оптимизация процесса заживления ран.

Зайцев П.П.(1), Власов А.П.(2), Шевалаев Г.А.(3), Власов П.А.(2)Чегин С.В.(2), Кренделев И.А.(2)

1) Ростов-на-Дону, 2) Саранск, 3) Ульяновск

1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарёва», 3) ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность работы. В настоящее время в хирургии послеоперационные осложнения со стороны ран являются довольно частым явлением. Эти состояния могут явиться причиной неудовлетворительных результатов в абдоминальной хирургии. Процесс заживления тканевых структур операционной раны зависит от многих факторов, в том числе от интенсивности перекисного окисления липидов и гипоксии. До сих пор действие антиоксидантов/антигипоксантов на процесс заживления раны изучено недостаточно. Цель работы изучение влияния антиоксидантов/антигипоксантов на заживление тканей лапаротомной раны у больных острым деструктивным аппендицитом, осложненным местным перитонитом. Методы исследования. Клинико-лабораторно-инструментальные исследования проведены на 86 больных острым деструктивным аппендицитом, осложненным местным перитонитом, которым производилась аппендэктомия. В первой группе (n=48) в раннем послеоперационном периоде проводилась традиционная терапия, во второй (n=38) – комбинированная, включающая традиционную и инфузии Реамберина или Ремаксолола (в течение 5 суток ежедневные внутривенные капельные введения 400,0). Характер и темп регенерации раны оценивали по ранотензиометрии и цитологическому исследованию раневого экссудата. В тканях регистрировали показатели трофики (окислительно-восстановительный (редокс) потенциал, коэффициент диффузии кислорода). В плазме крови определяли активность фосфолипазы А<sub>2</sub>, супероксиддисмутазы, содержание ТБК-реагирующих продуктов (малонового диальдегида), диеновых конъюгатов, молочной и пировиноградной кислот, индекс гипоксии. Проводили лазерную доплеровскую флоуметрию микроциркуляторного русла ткани по линии швов с помощью анализатора «ЛАКК-02». Оценивали выраженность эндогенной интоксикации. Результаты. Анализируя результаты исследования, получены фактические данные о способности Реамберина и Ремаксолола оптимизировать течение репаративного процесса лапаротомной раны у больных острым деструктивным аппендицитом, осложненным местным перитонитом. Показано, что в основе индукторной регенераторной эффективности лежит их способность улучшать (быстро восстанавливать) состояние биоэнергетических систем за счет улучшения микроциркуляции, противоотечного действия, что быстро нормализует агрегатное состояние extravazальных пространств регенерирующих тканей и их свойства как диффузионной среды для кислорода. Важнейшее значение препаратов в осуществлении репаративного действия лежит их способность эффективно корректировать микроциркуляцию, что выявлено посредством лазерной доплеровской флоуметрии. Доказана способность исследованных препаратов достоверно уменьшать избыточную интенсивность перекисного окисления мембранных липидов и фосфолипазную активность, а также явлений гипоксии и эндогенной интоксикации. Указанное и лежало в основе укорочения продолжительности заживления раны за счет сокращения фазы воспаления и быстрого перехода в регенеративную стадию. Оптимизация процесса репарации раны отразилась и на осложнениях со стороны раны (серомы, гематомы, инфильтраты), которые в первой группе возникли у 5 (10,4 %) больных, тогда как во второй – у 2-х (5,3 %) пациентов. Отмечено достоверное сокращение срока (на  $1,7 \pm 0,32$  койко-дня) пребывания больных второй группы в стационаре.

## 17. Результаты оценки степени ишемии при хронической спаечной болезни брюшины.

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

Уфа

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. Важность оценки степени ишемии кишки обусловлена, тем что в условиях использования лапароскопических технологий визуализация зачастую не является объективным критерием жизнеспособности кишечной стенки. С другой стороны, оценка степени ишемии особенно важна при хронической спаечной болезни брюшины (ХСББ). В связи с этим возможности миниинвазивных технологий (в том числе лапароскопического метода) используются крайне редко. Результаты лечения часто остаются неудовлетворительными, что связано с развитием осложнений и высокой (17-50%) летальностью. Учитывая вышесказанное, проблема определения границ резекции пораженного органа представляется весьма актуальной проблемой и требует дальнейшего совершенствования, в том числе с применением лазерной доплеровской флоуметрии. Цель исследования: улучшить оценку степени ишемии при ХСББ путем исследования микроциркуляции. Материал исследования. Клинический материал работы включает 78 больных с ХСББ, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях г. Уфы, за период с 2012 по 2016 гг. Основная группа состояла из 31 (39,7%) больного, которым для диагностики границ ишемических нарушений при проведении лапароскопических операций использовано исследование микроциркуляции с помощью лазерного анализатора капиллярного кровотока (ЛАКК-01). Группа сравнения включала 47 (60,3%) больных, в этой группе использована визуальная оценка границ резекции пораженного участка кишки. Возраст больных был от 21 года до 65 лет, средний возраст больных составил  $34,3 \pm 5,4$  года. Среди оперированных больных обеих групп абсолютное большинство составили женщины 62 (79,5%). Результаты. С целью исследования возможностей визуальной оценки жизнеспособности кишки при лапароскопии нами изучались показатели микроциркуляции в основной (21 больной) группе. В группе сравнения (47 пациентов) проводилась только визуальная оценка границ ишемии при ХСББ. Клинические исследования состояния микроциркуляции кишки показали, что лазерная доплеровская флоуметрия позволяет существенно уточнить границы ишемических нарушений. Так, достоверными были отличия в показателях микроциркуляции (перфузионная единица), которые в пораженном сегменте составили  $2,1 \pm 0,2$ , тогда как в интактном -  $5,4 \pm 1,2$ . Коэффициент вариации в резецированном сегменте соответственно -  $12,2 \pm 0,3$ , в здоровом -  $25,4 \pm 14,1$  ( $p > 0,05$ ), частота флуксуций в ишемизированном сегменте -  $1,3 \pm 0,1$ , в здоровом -  $1,9 \pm 0,1$ . Амплитуда флуксуций ( $A_v$ ), в ишемизированном сегменте -  $0,40 \pm 0,02$ , в интактном -  $0,79 \pm 0,01$ , сосудистый тонус (условные единицы) в резецированном сегменте -  $1,1 \pm 0,2$ , в оставленном -  $2,6 \pm 0,1$  ( $p < 0,05$ ). Не достоверными были отличия в показателях эффективности микроциркуляции (условные единицы) в резецированном сегменте -  $0,05 \pm 0,09$ , в здоровом -  $1,11 \pm 0,01$  ( $p > 0,05$ ). Таким образом, изучение состояния микроциркуляции на основании ЛДФ-грамм и амплитудно-частотного спектра у больных с ХСББ при выполнении лапароскопических операций, является существенным компонентом диагностики, позволяющим определить ведущие патогенетические механизмы нарушений. В основной группе не было осложнений со стороны органов брюшной полости, в группе сравнения, у одного (2,1%) развилась несостоятельность швов анастомоза, у трех (6,4%) больных в раннем послеоперационном периоде отмечались явления анастомозита и хронической непроходимости, что потребовало длительной консервативной терапии. У одной (2,1%) больной через 2 месяца развилась спаечная кишечная непроходимость, что потребовало

проведения лапароскопического адгезиолизиса. Выводы. По нашему мнению, нарушения регионального кровотока играют большую роль в патогенезе осложнений раннего и позднего послеоперационного периода, поскольку действие различных этиологических факторов либо непосредственно изменяет состояние микроциркуляторного русла, либо действует на него опосредованно.

## **18. Результаты исследования газов крови при колостазе.**

Нуртдинов М.А.,(1) Биганяков Р.Я.(2), Нуртдинова Д.Ф.(1)

Уфа

1) ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ГБУЗ ГКБ №21

Колостаз – полиэтиологическое заболевание, при котором отсутствуют характерные клинические проявления, как например, при остром аппендиците, холецистите и др. В то же время методы медикаментозного лечения, улучшающие транзит кишечного химуса не в полной мере удовлетворяли клиницистов. В связи с этим осуществлялись попытки хирургической коррекции этого заболевания, при выполнении которых степень операционного риска не всегда коррелировала с отдаленными функциональными результатами. Это не позволило широко внедрить резекцию толстой кишки при лечении данного заболевания. С другой стороны, известно, что лактат-ацидоз, является следствием повышения уровня правовращающего изомера молочной кислоты (D-лактат-ацидоз). Этот изомер образуется в результате действия микроорганизмов, расщепляющих глюкозу в кишечнике. Это более распространенное нарушение кислотно-основного состояния, но часто не диагностируется. Поэтому определение кислотно-основного состояния может быть критерием перехода компенсированных форм колостазов в декомпенсированную, и соответственно, выставить объективные показания к хирургическому лечению. Целью исследования было изучение возможностей исследования кислотно-основного состояния и водно- электролитного баланса у больных с колостазом. Материал и методы. Нами были изучены возможности современных инструментальных и лабораторных методов в создании алгоритма обследования больных с толстокишечным колостазом. Первую группу составили 8 больных с декомпенсированным колостазом, во вторую – группу (16 человек) были включены пациенты с субкомпенсированной формой и в 3-ю клиническую группу вошли больные с компенсированной формой толстокишечного колостаза. Больные изученных групп были сопоставимы по возрасту и полу. Нами был использован анализатор газов крови ABL555 серии производства датской компании «Радиометр». Определялось парциальное давление в крови кислорода ( $pO_2$ ), углекислого газа ( $pCO_2$ ), pH крови, насыщение кислородом гемоглобина в эритроцитах (сатурация –  $sO_2$ ), дефицит оснований (SBEC), бикарбонаты ( $HCO_3$ ), натрий. Результаты и обсуждение. Нами изучены показатели кислотно-основного состояния у больных изученных клинических групп. Изучая основные параметры кислотно-основного состояния мы получили следующие данные: в анализах газового состава крови больных 1-й группы - отмечалось снижение сатурации кислорода ( $sO_2$ ) ( $88,7 \pm 1,2\%$ ) и его парциального давления ( $pO_2$ ) ( $68,6 \pm 1,8$ ). На фоне данных изменений в увеличивалось парциальное давление углекислого газа в крови ( $pCO_2$ ) до  $40,9 \pm 0,9$  мм.рт.ст., В кислотно-основном состоянии выявлены более значительные изменения, так, отмечался ацидоз со снижением pH крови до  $7,35 \pm 0,06$  с более значительным дефицитом оснований и уменьшением концентрации бикарбонатов крови до  $19,1 \pm 0,6$  ммоль/л по сравнению со 2-й и 3-й клиническими группами. Концентрация электролитов (Na -  $133 \pm 0,7$ ) в крови при декомпенсированной форме толстокишечного колостаза снижалась более значительно, при сравнении со второй и третьей клиническими группами. Выявленные изменения кислотно-основного состояния и электролитного баланса свидетельствуют о развитии субкомпенсированного ацидоза.

Выводы. Исследование газового состава крови, кислотно-основного состояния и водно-электролитного баланса выявило явления метаболического ацидоза, истощение буферных систем организма на фоне снижения основных электролитов крови и дегидратации более выраженное в группе с декомпенсированной формой толстокишечного колостаза. Кроме того, установлено увеличение парциального давления углекислого газа в крови, значительное снижение сатурации и парциального давления кислорода. Данные изменения в значительной степени коррелировали с показателями микроциркуляции. По мере увеличения размеров мегаколон, происходило ухудшение показателей метаболизма.

## **19. Применение лазерного излучения различных диапазонов в хирургии.**

Антонюк С.М., Андриенко И.Б., Ахрамеев В.Б., Шестопалова А.Д.

Донецк, ДНР

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Целесообразность использования лазерного излучения в хирургии сомнений не вызывает. В настоящее время возникает необходимость более глубокого изучения использования лазерного луча, определения наиболее эффективных областей его применения. Однако следует учитывать строгие показания применения высоко и низкоэнергетического лазерного излучения. Располагая данными о результатах оперативного лечения значительного количества больных с различной патологией желудочно-кишечного тракта нами отмечено существенное снижение количества воспалительных послеоперационных осложнений после лечения с применением лазерного излучения разных диапазонов. Отмечена высокая эффективность высокоэнергетического лазерного излучения при операциях, особенно повторных, на органах брюшной полости. При явлениях выраженного спаечного процесса ощутимо проявляются коагулирующие свойства лазерного луча, позволяющие, при необходимости, декапсулировать печень с последующей обработкой кровоточащей поверхности расфокусированным лучом углекислотного лазера. Отмечен выраженный и стойкий гемостатический эффект. Использование метода обработки ложа удаленного желчного пузыря лучом углекислотного лазера в ряде случаев позволяет отказаться от ушивания дефекта печени по традиционной методике. Образующийся карбонизированный слой на месте обработки создает выраженный холе- и гемостатический эффект, является абсолютно асептичным, не травмирует подлежащие ткани. Нами широко используются свойства высокоэнергетического лазерного излучения при лечении гнойно-септических осложнений. Под общим или местным обезболиванием иссекаются гнойно-некротические массы в пределах видимых границ жизнеспособности тканей. Крупные кровоточащие сосуды прошиваются и лигируются, тем самым обеспечивая относительную сухость раневой поверхности, поскольку кровоизлияния в рану образует жидкостный слой, который поглощает энергию лазерного излучения и препятствует контакту лазерного луча с тканями. После санирования раны проводится лазерная обработка поверхностей раны по методу лазерного испарения расфокусированным лучом. Применение углекислотного лазера позволяет расширить показания к наложению первичных и первичных отсроченных швов на рану. Применение высокоэнергетического лазерного излучения при оперативном лечении онкологических больных абсолютно показано, учитывая его абластические свойства. В ряде случаев (одиночные метастазы в печени, поджелудочной железе) лазерный луч значительно расширяет технические возможности хирурга. Расширяется применение в клинической практике низкоинтенсивного лазерного излучения для стимуляции репаративных процессов, повышения и усиления иммунных сил организма. Нами широко применяется гелий-неоновое лазерное излучение для лечения больных с плохо заживающими ранами, гнойными осложнениями и заболеваниями. Нами разработана методика внутрижелудочного гелий-неонового

лазерного облучения при помощи специально изготовленного зонда (имеется патент на изобретение). Внутрижелудочное лазерное облучение приводит к ускорению репаративных процессов при лечении язвенной болезни и ее осложнений или является элементом подготовки к оперативному лечению, что облегчает выполнение операции, а значит уменьшает риск возникновения послеоперационных осложнений. Кроме прочего нами доказано влияние гелий-неонового лазерного облучения стенок желудка и двенадцатиперстной кишки на снижение показателей кислотности, что может существенно влиять на течение ряда заболеваний органов желудочно-кишечного тракта. Разработана и применяется методика интрахоледохеального гелий-неонового лазерного облучения. Применение данной методики приводит к значительному снижению микробной загрязненности желчи, уменьшению показателей ее вязкости, что создает условия для улучшения оттока желчи в двенадцатиперстную кишку. Таким образом, сочетание свойств углекислотного лазера со стимулирующим эффектом гелий-неонового лазерного излучения показывает эффективность предложенной комбинации, подтверждает целесообразность дальнейших углубленных исследований в этом направлении. Однако следует отметить, что, к сожалению, техническая оснащенность хирургов лазерной аппаратурой и специальным инструментарием не отвечают требованиям на современном этапе. Разработка и внедрение в практику новых типов медицинских лазеров позволит решить целый ряд важнейших проблем в хирургии и, как следствие, улучшит результаты лечения многих заболеваний.

## **20. Репаративные способности тканей при гнойном воспалении на фоне баро-конденсо-кислородно-дисперсионной терапии.**

Григорьев А.Г.(1), Власов А.П.(2), Григорьева А.А.(1), Зайцев П.П.(3),

1) Нижний Новгород, 2) Саранск, 3) Ростов-на-Дону

1) НКЦ «Медкриология», 2) ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарёва», 3) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Актуальность работы. Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей до сих пор в хирургии встречаются нередко. Безусловно, эффективность терапии такого рода патологических состояний определяется не только воздействием на организменный уровень, но и местно. Важнейшим компонентом схем терапии на местном уровне является тот, который обладает способностью модулировать патологический процесс в направлении укорочения воспалительной фазы и быстрого перехода на репаративную. Эффективность терапии должна определяться ее антибактериальной способностью и возможностью улучшать трофику тканей за счет восстановления микроциркуляции. Цель работы изучение влияния баро-конденсо-кислородно-дисперсионной терапии на микроциркуляцию тканей при гнойном воспалении. Методы исследования. В основу работы положены экспериментально-клинические исследования. Опыты поставлены на 75 белых крысах-самцах породы «Вистар», которым моделировали гнойный процесс мягких тканей спины. Формированы 5 групп. Моделирование заключалось в формировании подкожного кармана размером 4х6 см, в который помещался фетровый диск, пропитанный суспензией, содержащий 0,5 мл 10<sup>8</sup> S. Aureus (штамм 3904 MRSA). При формировании гнойного воспаления рану обрабатывали баро-конденсо-кислородно-дисперсионным компонентом, используя медицинский аппарат А.Г. Григорьева «Иней», позволяющий в зоне манипуляционного поля конденсировать газообразный кислород под заданным давлением и размером дисперсности фракционных частиц конденсированного кислорода (патент РФ № 114837). Репаративный процесс в гнойной ране мягких тканей оценивали макро- микроскопически. Исследование микроциркуляции

проводилось методом лазерной доплеровской флоуметрии на комплексе многофункциональной лазерной диагностики «ЛАКК-М» научно-производственного предприятия «ЛАЗМА» (г. Москва). Обработка параметров микроциркуляции проводилась на основе программного обеспечения НПП «ЛАЗМА» (версия 3.0.2.150 2009). Рассчитывали средние значения измерения перфузии  $M$ ,  $\sigma$ ,  $KV$ . Параметр  $M$  – величина среднего потока крови в интервалах временной регистрации или среднее арифметическое значение показателей микроциркуляции, измеряется в перфузионных единицах (пф.ед.). Увеличение или уменьшение характеризует повышение или понижение перфузии. Параметр  $\sigma$  - показывает среднее колебание перфузии относительно среднего значения потока крови  $M$  вычисляется по формуле среднего квадратического отклонения, имеет размерность в перфузионных единицах. Параметр  $\sigma$  характеризует временную изменчивость перфузии и отражает среднюю модуляцию кровотока во всех частотных диапазонах. Результаты. Применение баро-конденсо-кислородно-дисперсионной терапии гнойной раны приводило к заметному положительному эффекту. В начале терапии происходило ограничение воспалительного очага, а к 22-м суткам явления гнойного воспаления купировались, отмечалась активная регенерация тканевых структур. Установлено, что подавление активности гнойно-воспалительного процесса и стимуляция процессов регенерации в ране сопровождаются улучшением микроциркуляции. Было выявлено, что наличие гнойно-деструктивного очага у подопытных животных сопровождалось нарушением микроциркуляции в области повреждения. Через трое суток  $KV$ -показатель (коэффициент вариации отражает состояние микроциркуляции) был достоверно ниже нормы во всех исследуемых группах. После проведения 5 процедур баро-конденсо-кислородно-дисперсионной терапии регистрировали достоверное увеличение  $KV$ -показателя в третьей и четвертой группах. Данный параметр в обеих группах был сопоставим с нормой и превышал таковой в контроле на 102,2 и 145,9 % ( $p < 0,05$ ) соответственно. Через 14 суток от начала лечения с использованием баро-конденсо-кислородно-дисперсионной терапии по сравнению с данным показателем до проведения процедуры также были выявлены достоверные отличия: в третьей группе  $KV$ -показатель возрастал на 72,9 % ( $p < 0,05$ ), в четвертой группе – на 125,0 % ( $p < 0,05$ ). Способ применен в клинике у 17 больных облитерирующим атеросклерозом или эндартериитом, осложненным гангреной. Больным выполнена ампутация нижних конечностей на уровне бедра. В раннем послеоперационном периоде возникло нагноение мягких тканей культи конечности по линии швов. Указанное осложнение сопровождалось ухудшением микроциркуляции. Использование баро-конденсо-кислородно-дисперсионной терапии позволило оптимизировать процесс заживления гнойной раны. Указанный эффект сопровождался сравнительно быстрым восстановлением микроциркуляции, что было диагностировано при помощи лазерной доплеровской флоуметрии. Улучшение микроциркуляции во многом и обуславливало повышение репаративной способности тканей.

## **21. Ацетиляторная активность организма как фактор риска развития внутрибрюшных спаек после аппендэктомии.**

Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К., Кочкаров Э.В., Чотчаев М.К.

Ставрополь

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Диагностика и лечение острого аппендицита до настоящего времени остается нестареющей проблемой и широко обсуждается среди хирургов. В структуре острых заболеваний органов брюшной полости, требующих немедленного решения о необходимости операции, он занимает ведущее место, а количество аппендэктомий, по

отношению ко всем неотложным абдоминальным операциям составляет 26 - 29%

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находилось 108 пациентов, оперированных по поводу острого аппендицита: 48 (44,4%) катарального, 38 (35,2%) флегмонозного и 22 (20,4%) гангренозного. Критерием исключения служило наличие у больных сопутствующей патологии, влияющей на развитие внутрибрюшных спаек. Анализируя характеристику наблюдений по гендерному признаку, следует подчеркнуть, что мужчин было 35 (32,4%), женщин – 73 (67,6%). Соотношение мужчин и женщин составило примерно 1:2. Возраст пациентов колебался от 18 до 25 лет. Так, из 35 мужчин 21 (19,4%) были в возрасте до 20 лет, 14 (13,0%) – от 21 до 25 лет. Из 73 женщин в возрасте до 20 лет были 43 (39,8%) пациенток, от 21 лет до 25 лет – 30 (27,8%). Все больные поступили в стационар в экстренном порядке. В первые 6 часов с момента заболевания за медицинской помощью обратились 58 (53,7%) пациента, до 12 часов – 31 (28,7%) больных, до 24 часов – 19 (17,6%) человек. Все больные оперированы в течение первого часа пребывания в стационаре. Брюшная полость ушивалась наглухо. Результаты исследования. Для прогнозирования возможности развития в послеоперационном периоде внутрибрюшных спаек изучен тип ацетилирования у всех оперированных. Быстрыми ацетилаторами, имеющими склонность к развитию послеоперационного адгезивного процесса в брюшной полости, оказался 61 (56,5%) пациент, медленными ацетилаторами – 47 (43,5%) больных. Соотношение медленных и быстрых ацетилаторов составило 1:1,3, рас-пределение медленных и быстрых ацетилаторов не зависело от пола и возраста ( $p>0,05$ ). Среди быстрых ацетилаторов с острым катаральным аппендицитом прооперировано 27 (25%) человек, флегмонозным – 22 (20,4%), гангренозным – 12 (11,1%) больных. Для подтверждения повышенной склонности к патологическому спайкообразованию сыворотки крови больных перед выпиской были исследованы в иммуноферментном анализе (ИФА) с магноиммуносорбентной тест-системой (МИС), содержащей антигенные комплексы, выделенные из внутрибрюшных спаек. Изменение количества положительных реакций сывороток крови больных в ИФА с МИС указывают на наличие процесса патологического спайкооб-разования и дают ориентиры на его интенсивность. Оказалось, что у 59 (54,6%) больных реакция была положительной в диагностических разведениях (1:80 – 1:320). Среди них оперировано по поводу острого катарального аппендицита 23 (21,3%), флегмонозного – 17 (15,8%), гангренозного - 8 (7,4%) больных. В отдаленном периоде все 59 пациентов были обследованы (МИС тест система, УЗИ, КТ), а 18 из них были оперированы по поводу другой патологии органов брюшной полости. В 40 (37,0%) случаях выявлены спайки в брюшной полости. При этом 19 (17,6%) больных были оперированы по поводу катарального аппендицита, 13 (12,0%) – флегмонозного и 8 (7,4%) гангренозного. Выводы. Развитию послеоперационных внутрибрюшных спаек обусловлено не только характером воспалительных изменений в червеобразном отростке, но и генетически детерминированной ацетилаторной активностью организма.

## **22. Анализ хирургических вмешательств при врожденной дуоденальной непроходимости.**

Мельникова С.Р., Мельников Ю.Н.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность: клиническая картина врожденной дуоденальной непроходимости проявляется наиболее часто в первые, реже - вторые, сутки жизни ребенка и в большинстве случаев сочетается с пороками развития сердца, пищевода, аноректальными аномалиями. Частота рассматриваемой патологии - 1:5000- 20000, дискутабельность вопроса диагностики, адекватного оперативного лечения и послеоперационного ведения

пациентов определяют актуальность выбранной нами темы. Цель: оценить результаты оперативного лечения врожденной дуоденальной непроходимости в зависимости от характера хирургического вмешательства. Материалы и методы: за период с 2000г по 2016г на лечении по поводу врожденной дуоденальной непроходимости ( синдром Ледда, мембрана, атрезия двенадцатиперстной кишки, кольцевидная поджелудочная железа) в детской клинике РостГМУ на базе МБУЗ ГБ №20 г.Ростова-на- Дону находилось 198 детей. Патология у мальчиков встречалась в 51% случаев, а у девочек- в 49%. Большая часть пациентов представлена группой доношенных новорожденных, что составило 63%. Изолированный порок развития наблюдался в 34 % случаев. Результаты и обсуждение. Для каждого вида врожденной дуоденальной непроходимости можно определить типичное оперативное вмешательство. Так, например, при синдроме Ледда выполнялись адгезиолизис и ротация средней кишки, при атрезии двенадцатиперстной кишки - ромбовидный анастомоз по К.Кимура, дуодено-дуоденоанастомоз «бок в бок» по Кохеру, при кольцевидной поджелудочной железе- дуодено- еюноанастомоз, при мембране двенадцати перстной кишки- дуоденотомия, иссечение мембраны. Необходимо отметить, что мобилизация двенадцатиперстной кишки является важным этапом для наложения анастомоза. Наиболее целесообразно осуществлять мобилизацию участка двенадцатиперстной кишки с помощью рассечения связки Трейтца, что позволяет избежать чрезмерного натяжения сопоставляемых концов анастомоза. Однако, этот оперативный прием сопряжен с техническими трудностями, так как есть риск повреждения поджелудочной железы и крупных сосудов. Выводы: Если рассматривать градацию видов врожденной дуоденальной непроходимости, начиная с наиболее часто встречающейся, то она будет представлена следующей последовательностью: синдром Ледда, атрезия двенадцатиперстной кишки, кольцевидная поджелудочная железа, мембрана двенадцатиперстной кишки. У пациентов с дуодено-еюноанастомозом развивались осложнения в виде синдрома «слепой петли», при выполнении дуодено-дуоденоанастомоза « бок в бок» по Кохеру отмечалось позднее восстановление верхнего отдела ЖКТ с возникновением гастродуоденального стаза. Таким образом, оптимальным методом коррекции врожденной дуоденальной непроходимости можно считать ромбовидный дуодено-дуоденоанастомоз по К.Кимура, который позволяет в короткие сроки перевести пациента на энтеральное питание и сократить сроки реабилитации.

### **23. Эффективность предоперационной подготовки альбендазолом у больных с гидатидным эхинококкозом печени.**

Кучин Ю.В., Одишелашвили Г.Д., Пахнов Д.В.

Астрахань

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. По протоколам ВОЗ более одного миллиона человек на всей планете поражено эхинококкозом. Операция - это наиболее востребованный метод лечения данного заболевания. Химиотерапия по мнению различных авторов может обладать достаточно эффективным противорецидивным действием. Цель: Улучшить показатели лечения больных с поражением печени гидатидным эхинококкозом. Материалы и методы. Исследование основано на результатах лечения 43 больных с диагнозом эхинококкоз печени и подвергшихся химиотерапевтическому лечению в период времени с 2007 по 2016 г. При этом семь человек в качестве основного лечения получили только два курса химиовоздействия, а 36 инвазированных после химиолечения были прооперированы. Всем больным назначали альбендазол курсами по две недели с перерывами между циклами лечения две недели с общепринятой схемой дозирования препарата. Результаты и их обсуждение. Во время химиотерапии у 7 больных на 5 день наблюдалось повышение



уровня АлАТ (аланинаминотрансфераза) до 115% и АсАТ (аспартатаминотрансфераза) до 92% от исходных показателей. При контроле анализов на 10 день отмечено возрастание показателей АлАТ до  $0,91 \pm 0,05$  Ммоль /л и АсАТ до  $0,88 \pm 0,07$  Ммоль /л. После окончания курса химиотерапии к 15 дню наблюдалась динамика уменьшения уровней печеночных ферментов, так АлАТ  $0,80 \pm 0,06$  Ммоль /л и АсАТ  $0,73 \pm 0,05$  Ммоль /л. Увеличение показателей печеночных ферментов у некоторых больных проявлялось в виде желтушности кожных покровов, экстеричности склер, диспепсических расстройств, чувства тяжести в правом подреберье вплоть до развития болевого синдрома. Всем последующим больным с 2012 года на 5 день химиотерапии добавляли к лечению адеметионин в течении 10 дней по 400 мг в/в и меглюмина натрия сукцинат в течении 10 дней по 400 мл в/в в сутки через день (далее по тексту инфузионная терапия). На 5 день химиолечения у 7 человек отмечалось увеличение АлАТ до  $0,84 \pm 0,22$  Ммоль/л и АсАТ до  $0,81 \pm 0,06$  Ммоль/л. Нормализация показателей происходила лишь к 10 дню лечения и составляла АлАТ  $0,66 \pm 0,09$  Ммоль/л и АсАТ  $0,59 \pm 0,11$  Ммоль/л, к 15 дню указанные значения так же находились в пределах допустимых значений АлАТ  $0,53 \pm 0,17$  Ммоль/л, АсАТ  $0,50 \pm 0,09$  Ммоль/л. Всем больным после второго курса химиолечения производилось ультразвуковое исследование печени. При этом у 19 больных отмечена редукция кисты, отслоение хитиновой оболочки. По результатам ультразвукового исследования у 7 больных наблюдалось появление внутреннего неровного контура, что указывало на регрессию кисты, данный факт подтвержден во время операции. В ходе нашего исследования 36 больным, получившим в качестве предоперационной подготовки, два курса химиотерапии выполнена открытая эхинококкэктомия, и 18 человек из данной группы прооперированы лапароскопически-ассистированным подходом. Проведенный нами анализ отдаленных результатов до четырех лет наблюдения рецидива заболевания не показал. Выводы. Применение химиотерапии способствует у ряда пациентов развитию редукции и регрессии кисты, гибели гельминта. Сочетание этапа консервативного лечения с гепатопротекторной терапией может снизить риск развития гепатаргии во время лечения. Назначение на дооперационном этапе химиотерапевтического воздействия может служить критерием выбора лапароскопически-ассистированного метода.

#### **24. Ранняя диагностика острого повреждения почек у больных с сочетанной травмой с применением высокоточного биомаркера цистатина С.**

Мизиев И.А., Махов М.Х.

Нальчик

Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова

Введение. Характерной чертой современных травм является превалирование множественных и сочетанных повреждений, что обуславливает высокую, не имеющую тенденцию к снижению, летальность. Изменение функции почек при травме имеет значение для больного, что может увеличивать продолжительность лечения, ухудшать прогноз, приводить к развитию поздних осложнений. Благодаря успехам в развитии лабораторной диагностики в современной медицине появились три новых термина: острое повреждение почек, преклиническая болезнь почек и субклиническое острое повреждение почек. Цистатин С – точный эндогенный маркер патологии почек. По функциональным характеристикам цистатин С является ингибитором внутриклеточных (лизосомных) протеаз и важнейший ингибитор внеклеточных цистеиновых протеаз, участвует в поддержании динамического равновесия в процессах обновления внеклеточного матрикса. Этот белок синтезируется всеми клетками организма и так же с постоянной скоростью элиминируется почками. Цель исследования. Показать возможность диагностики острого повреждения почек, прогнозирования преклинической болезни почек и субклинического острого повреждения почек у больных с сочетанной травмой с

использованием белка - цистатин С. Материалы и методы. В исследование вошли 60 больных находящихся в отделении сочетанной травмы на базе ГБУЗ РКБ в клинике кафедры факультетской и эндоскопической хирургии КБГУ им. Х.М. Бербекова. Возраст обследуемых больных с сочетанной травмой составил от 20 до 62 лет, причем отмечалась разная степень тяжести повреждения. Группу контроля составили 10 практически здоровых добровольцев соответствующего возраста. С целью выявления ПБП и СОПП определяли уровни цистатина С в сыворотке крови, уровень сывороточного креатинина. Выполнялись тесты на фотометре биохимическом анализаторе Stat Fax(США). Для определения цистатина С использовали набор «Cystatin С FS», набор калибраторов «TruCal Cystatin С» и контрольный материал двух уровней: «TruLab Cystatin С» производство «DiaSys Diagnostic Systems», Германия. Скорость клубочковой фильтрации СКФ определяли по пробе Реберга, параллельно рассчитывали по цистатину С. Для реагента DiaSys Cystatin С FS рекомендуется уравнение Хоука (Hoek et al):  $СКФ[мл/мин/1,73м^2] = (80,35/цистатинС[мг/л]) - 4,32$ . Необходимо отметить, что у исследуемой группы больных в анамнезе хронических заболеваний почек не было. Результаты. В ходе исследования выявлено, что подавляющее число пациентов с сочетанной травмой имели нормальный уровень сывороточного креатинина (56 человек), также как и добровольцы контрольной группы (9 человек). Уровень сывороточного цистатина С у 33 (55%) больных более чем на 30% превышал нормальные значения (19-49 лет – 0,53-0,92 мг/л, >50 лет – 0,58-1,02 мг/л). Причем повышение уровня цистатина С наблюдалось в первые 3 дня, затем наблюдалось постепенное снижение показателя. У 16 (27%) больных с повышенным уровнем цистатина С высокие цифры сохранялись и спустя 1 неделю с момента получения травмы. У 60% больных, в диагнозе которых присутствовал ушиб почек, показатели цистатина С оказались выше нормы. Среди обследуемых больной, в анамнезе у которого нефрэктомия месячной давности Цистатин С оказался выше нормы (1,4мг/л). СКФ по пробе Реберга была снижена только у 6 больных, тогда как при расчете по формуле Хоука у 33 больных. Выводы. Исходя из проведенного исследования, мы не обнаружили корреляции между уровнем сывороточного креатинина и уровнем сывороточного цистатина С у больных с сочетанной травмой. Данное исследование показывает, что уровни цистатина С могут предсказывать риск развития острого повреждения почек, субклинического острого повреждения почек и сигнализировать о преклинической фазе ренальной дисфункции у больных с сочетанной травмой. Пожалуй наиболее многообещающее применение цистатина С – использование его как маркера преклинических или ранних заболеваний почек среди лиц, у которых СКФ, определенная по креатинину, находится в нормальном диапазоне  $\geq 60$  мл/мин/1,73м<sup>2</sup>, но цистатин С повышен.

## **25. Патогенетические механизмы повреждений функций почек у больных с сочетанной травмой.**

Мизиев И.А., Махов М.Х.

Нальчик

Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова,

Актуальность: в патогенезе травматического шока среди многих факторов нарушения деятельности почек занимают постоянное место, нередко определяя, в случае развития острой почечной недостаточности (ОПН), исход травматической болезни. Это особенно относится к тем наблюдениям, когда травма носит множественный либо сочетанный характер и сопровождается обширными повреждениями мягких тканей. Механическая травма вызывает отчетливо выраженные изменения в деятельности практически всех органов и систем организма. Выраженные нарушения гомеостаза при переломах конечностей, расстройство водно-электролитного баланса, нарушение нейроэндокринной

регуляции приводит к изменению функционального состояния почек. До сих пор нет единого мнения о патогенезе нарушений функционального состояния почек при травме. На практике реакция почек на травму и оперативное вмешательство чаще необоснованно остаются вне поля зрения медицинского персонала, активно занятого в первую очередь лечением повреждений других органов. Вместе с тем, нет никаких оснований считать, что у всех больных полностью компенсировано состояние всех функциональных систем, и последствия травмы локализованы только местом повреждения. Травма, оказывающая огромное влияние практически на все органы и системы больного, приводит к нарушению секреторно-экскреторной функции почек, что оказывает опосредованное влияние на процесс репаративной регенерации. Если последствия ранений, ушибов почек в достаточной мере известны, то изменения функционального состояния почек при сочетанной травме, а также в раннем и позднем послеоперационном периодах изучены недостаточно. По литературным данным основными причинами высокой летальности и инвалидности в результате сочетанных и множественных травм можно считать тяжесть повреждения, сложность быстрой диагностики и лечения пострадавших. При течении травматической болезни в патологический процесс вовлекаются все жизненно важные органы и системы. Одно из ведущих мест в патогенезе травматической болезни занимают процессы, происходящие в почках спустя несколько часов после травмы. Особенности патогенеза и морфогенеза, определяющие развитие острого нарушения функции почек, остаются в настоящее время не ясными и требуют дальнейшего детального изучения. Цель исследования: определить – раскрыть суть почечных осложнений при сочетанных повреждениях, разобраться с основными звеньями патогенеза нефропатии при сочетанной травме. Материалы и методы: С целью уточнения механизмов развития почечных осложнений нами проведен ретроспективный анализ 137 историй болезни пациентов отделения сочетанной травмы ГБУЗ РКБ за период ноябрь 2014 года – февраль 2017 года. Возрастной диапазон – 2 - 66 лет. У 22 больных диагностирован ушиб почек, из них осложнение в виде ОПН диагностировано у одного. Умерло 6 больных с тяжелой сочетанной травмой, у которых в сопутствующем диагнозе был ушиб почек. Частота конкретных форм патологии почек при разных видах травмы зависит от ее особенностей: от тяжести, локализации, присоединения осложнений, наличия предшествующих и интеркуррентных заболеваний. Одна из первых классификаций изменений почек при травме была предложена П. И. Шамариным в 1949 году. В настоящее время пользуются современной классификацией, предложенной Е. В. Гембицким, в которой устранены недостатки первой классификации. Среди изменений почек при травме выделяют две основные группы: 1.Изменения, патогенетически связанные с травмой: первичные, вторичные. 2.Изменения, не имеющие такой связи: заболевания, предшествующие травме, интеркуррентные заболевания. К первой группе относятся ранения и ушибы почек, а также их последствия (пиелит, пиелонефрит, паранефрит, почечнокаменная болезнь, ОПН). В мирное время преобладают вторичные изменения, патогенетически связанные с травмой (группа 1.2). Эти изменения в почках могут проявляться в виде посттравматической нефропатии, очагового нефрита, очагового токсического нефроза, вторичного пиелонефрита, а в более поздние сроки - амилоидоза. По данным литературы можно выделить комплекс основных патогенетических факторов, способствующих развитию патологии почек при травме. Для непосредственного повреждения почек, которым сопровождается их ранение и ушиб, характерны кровоизлияния в почечную паренхиму, ее отек и ишемия, тромбоз сосудов и инфаркты, гематурия, острая почечная недостаточность (ОПН). Последняя развивается вследствие травматического тромбоза почечных вен и артерий. ОПН, развивающуюся вследствие травмы органа, называют органической в противоположность ее «функциональной» форме, обусловленную влиянием экстраренальных факторов. К ним следует отнести длительную гиповолемию и гипотензию при шоке и связанное с этим падение клубочковой фильтрации. На фоне вызванной шоком ишемии почек возможно раннее возникновение нефротических изменений с последующим развитием стойкой нефропатии. Повреждение почек - частая причина пиелонефрита и уросепсиса. Ряд авторов отметили развитие артериальной

гипертензии при проникающей и непроникающей травмах почки и почечных сосудов. Эти авторы считают, что для ее возникновения достаточно гибели почечной ткани в зоне, равной 6% ее паренхимы. Выделяют следующие механизмы гипертензионного синдрома при закрытой травме почек: а) гольдбладовский (сдавленно ножки и ишемия); б) «целлофановая» почка; в) травматический нефроптоз; г) травматическая атрофия почки и пиелонефрит. Гипертензивный синдром наблюдался у 39% данных больных. Травма почек может привести к почечнокаменной болезни. В формировании конкрементов большое значение имеют местная инфекция и образование кровяных сгустков в лоханках. Роль раневой инфекции, проявляющейся гнойно-резорбтивной лихорадкой, в развитии изменений в почках несомненна. Однако различные формы этой патологии по-разному связаны с раневым инфекционным процессом. Так, если инфекционно-токсическая нефропатия — прямое и адекватное проявление интоксикации, а пиелит и очаговый нефрит, возникающие на высоте раневого процесса, — прямые, хотя и необязательные проявления инфекции, то диффузный гломерулонефрит — чаще всего аутоиммунный ответ на раневую инфекцию. Развитие пиелонефрита может быть обусловлено нефрологическими расстройствами, вызванными травмой спинного мозга. В.Хабиби и соавт. отмечают нарушение функции тазовых органов у 55% таких раненых. Застой и инфицирование мочи приводят к развитию пиелонефрита, пиелонефроза и урологического сепсиса. Одновременно уже в первые часы после травмы у этих раненых развиваются вазомоторные и дистрофические нарушения в почках нервно-рефлекторного характера. Выводы: приведенный обзор механизмов развития почечных осложнений при травме позволяет отнести к основным факторам риска их возникновения особенности локализации травмы, связанной с повреждением почек, нарушения иннервации тазовых органов, влияние факторов раневого процесса, предшествующие заболевания почек. Своевременное выявление ведущих факторов риска в каждом конкретном случае может служить основой успешного прогнозирования, профилактики, и раннего лечения посттравматических заболеваний почек. Изучение развития возможных изменений функционального состояния почек позволит уже на ранних этапах лечения переломов конечностей проводить активные профилактические мероприятия, а при необходимости и медикаментозное лечение, корригирующие изменения, что будет способствовать оптимизации течения репаративного процесса, снижению риска развития осложнений, уменьшению продолжительности лечения и времени восстановления трудоспособности.

## **26. Применение обогащенной тромбоцитами плазмы в лечении длительно незаживающих ран**

Лаврешин П.М., Владимирова О.В., Линченко В.И., Гобеджишвили В.В., Злыднев В.Н., Бурковская О.Г.

Ставрополь

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Широкая распространенность патологии, длительные сроки лечения и реабилитации пациентов, высокая частота рецидивов обуславливают актуальность проблемы разработки новых и совершенствования используемых методов лечения длительно незаживающих ран. Цели и задачи. Показать эффективность применения ОТП (обогащенной тромбоцитами плазмы) для стимуляции приживления аутодермотрансплантата, улучшения результатов комплексной терапии длительно незаживающих ран. Материалы и методы. Авторами предложен метод усовершенствования комплексного лечения ран при отсутствии признаков спонтанного заживления путем применения обогащенной тромбоцитами плазмы (ОТП). В отделении гнойной хирургии ГБУЗ СК ГКБ №2 г. Ставрополя под наблюдением в течение 5 лет

состояло 76 пациентов имеющих длительно незаживающие раны сосудистого и нейротрофического генеза. Из них были отобраны 64 человека, которые были разделены на две группы, сравнимые по возрасту, полу, сопутствующим патологиям и характеру ран. В исследование не включены пациенты с выраженной сосудистой недостаточностью в стадии декомпенсации и без перспектив восстановления сосудистой проходимости или устранения венозной недостаточности хирургическим путем. В первой группе из 28 пациентов проводилось традиционное лечение: местная подготовка раны, ГБО 2-3 сеанса до операции и 4 после, системное применение улучшающих периферическое кровообращение препаратов. Хирургическое лечение – аутодермотрансплантация свободным перфорированным лоскутом с закрытием всей поверхности раневого дефекта. Во второй группе из 36 пациентов проведено комплексное лечение по модифицированной методике включающей антиоксидантную терапию, сеансы гипербарической оксигенации и местной озонотерапии в сочетании с хирургической обработкой, введением ОТП и закрытием раневого дефекта. Результаты. Эпителизация ран в первой группе отставало по срокам от группы исследования в среднем на 5 суток. Отдаленно, спустя три месяца во второй группе не отмечено роста выраженных деформирующих патологических рубцов в зоне трансплантации. В первой группе в 5 случаях пациенты обращались повторно в связи со спонтанным открытием раны в месте трансплантации, что связано с нарушением трофики тканей. Во второй группе рецидивов не было. Выводы: Применение обогащенной тромбоцитами плазмы показало хорошие результаты в комплексном лечении длительно незаживающих ран, обеспечило более быстрое и неосложненное приживление трансплантатов, позволило ускорить процесс реабилитации пациентов, что способствует уменьшению срока стационарного лечения, что в конечном итоге ведет к снижению его стоимости. Комплексный подход к лечению сочетающий аутодермопластику со стимуляцией приживления трансплантата дает возможность добиться полного закрытия раневого дефекта, избежать возможности его инфицирования и прогрессирования, сохранить конечность пациента и восстановить ее функцию, свести к минимуму, снизить риск развития рецидивов заболевания.

## **27. Использование метода лапаролифтинга у пациентов с неблагоприятным морбидным фоном.**

Дегтярев О.Л., Загребя И.В., Абрамянц М.Х., Хитарян А.Г.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель исследования - повышение эффективности лапароскопических операций путем объективизации выбора метода оперативного вмешательства - лапароскопия в условиях карбоксиперитонеума (КП) или лапаролифтинга (ЛФ). Материалы и методы исследования. Проведено проспективное, когортное исследование у 269 пациентов. Для определения влияния повышенного внутри брюшного давления (ВБД) на функции сердечно-сосудистой системы (ССС) у пациентов 1 группы которым интраоперационно в условиях КП, у пациентов 2 группы амбулаторно при псевдоабдоминальной компрессии (ПАК) и выполнялась ЭхоКГ. У пациентов 1 группы интраоперационно, по данным мониторинга параметров респираторной поддержки и утилизации CO<sub>2</sub>, определяли аналог основного показателя дыхательной системы (ДС) - ЖЕЛ (л) при НКП 12-14 мм рт. ст. У пациентов 2 группы компьютерным спирографом «СМП 21/01 Р-Д» в покое и в условиях ПАК исследовали основные показатели внешнего дыхания (ВД). Проведен систематический статистический анализу гипотез в полном объеме. Результаты. Распространенность всех исследуемых факторов варьировала от 94,6% до 99,5%, заболевания ССС встречались у 63,5%-77,4% пациентов, ДС у 4,1%-4,6%. ПАК

способствовала увеличению числа пациентов с умеренным снижением показателей деятельности сердца от 37,3 до 52,7% во 2 группе, в 1 группе до - 12,8%. ПАК вызывала умеренное снижение показателей ДС у 58,1% пациентов группы 2, тогда как при КП снижение показателей ДС установлено у 18,5%, при ПАК количество пациентов без снижения показателей ДС уменьшается вдвое, соответственно в группе 1 - 81,5%, во 2 группе 40,5%. У 40,0% (78 из 195) пациентов 1 группы, перенесших ЛХЭ в условиях КП, повышенное ВБД вызвало снижение основных показателей деятельности ССС и ДС. Негативные изменения функций ССС и ДС в условиях повышенного ВБД чаще всего варьировали от легкого снижения функций сердца у 16,9% (33 из 195) до умеренного снижения функций сердца и функции внешнего дыхания у 8,2% (16 из 195). При повышении ВБД у 35,1% (26 из 74) пациентов 2 группы не отмечалось снижения показателей деятельности ССС и ДС, соответственно неудовлетворительные компенсационные кардиореспираторные реакции установлены 64,9% (48 из 74) пациентов. Таким образом при лапароскопических операциях факторами риска снижения основных показателей ССС и ДС в условиях повышенного ВБД являются установленные заболевания ССС и ДС, ИМТ более 30 кг/м<sup>2</sup>, общая оценка SAPS более 4 баллов, возраст старше 65 лет, общая длительности оперативного вмешательства более 40 минут. По нашим данным, большинство пациентов (54,1%) с показаниями для плановой ЛСХЭ в возрасте от 47 до 73 лет имеют риски кардиореспираторных осложнений в периоперационном периоде, в связи с чем, амбулаторно, необходимо проведение функциональных исследований ССС и ДС, в том числе с обязательным применением «нагрузочных проб». Результаты функциональных методов исследования необходимо учитывать при традиционных лапароскопических операциях и операциях с использованием лапоралифтинга.

## **28. Этапное хирургическое лечение распространенного перитонита.**

Авторы: Костырной А.В., Поленок П.В.

Симферополь

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»  
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

Перитонит в настоящее время остаётся одной из самых актуальных проблем неотложной хирургии и ведущей причиной релапаротомии (РЛ) в послеоперационном периоде. Это связано с большим количеством больных с распространенным перитонитом (РП), высокой частотой послеоперационных осложнений и летальностью, достигающей 70% и более при развитии полиорганной недостаточности и септического шока. Касаясь хирургических аспектов проблемы, следует отметить, что далеко не всегда у этой категории пациентов удаётся купировать воспалительный процесс в брюшной полости в результате одной операции, даже при устранении источника инфекции, полноценной санации и адекватном дренировании. Очагом инфекции, источником эндогенной интоксикации, а также фактором, способствующим прогрессированию синдрома системной воспалительной реакции, становится инфицированная брюшина. Анализ повторных вмешательств на органах брюшной полости в раннем послеоперационном периоде показал неудовлетворительные результаты. Летальный исход при этом обусловлен не самой РЛ, а ее запоздалым выполнением, при уже свершившейся катастрофе в брюшной полости, когда показания к операции становятся бесспорны, а ее эффективность уже сомнительна. В настоящую работу включены результаты обследования и лечения 203 больных с диагнозом распространенный перитонит различного генеза. В зависимости от тактики лечения больные были разделены на три группы: первая группа - РЛ по требованию, вторая группа – программированная РЛ, третья группа – этапная РЛ. Критериями, на основании которых производилось сравнение результатов лечения больных РП

различными хирургическими способами, являлись: частота развития послеоперационных внутрибрюшных осложнений; частота развития послеоперационных внебрюшных осложнений; количество лапаротомий; средний койко-день; показатели летальности. Было выявлено, что исходная степень тяжести, сопутствующая патология и характер патологических изменений в брюшной полости имеют существенные различия, несмотря на единый диагноз распространенного перитонита. Исходя из полученных результатов лечения второй группы больных, было принято решение об изменении тактики лечения больных с распространенным перитонитом в стадии тяжелого абдоминального сепсиса и септического шока с явлениями органной недостаточности. Были созданы шкалы оценки исходной степени тяжести и показаний для этапного лечения, исключающий эмпиризм в принятии решения о тактике лечения больного. Запатентована специальная лапаростомическая конструкция, используемая для временного закрытия брюшной полости между операциями с обязательным учетом внутрибрюшного давления. Первый этап хирургического лечения был направлен на коррекцию грубых анатомических нарушений, а не на проведение сложных реконструктивных операций, так как вероятность летального исхода в этом случае существенно усугубляется длительным и травматичным, неотложным по своей сути, хирургическим вмешательством, если его выполнять в полном востребованном объеме. Завершение хирургической коррекции имеющихся повреждений производится в более благоприятных условиях, в условиях, когда больной способен перенести оперативное и анестезиологическое пособие. В результате, использование тактики этапного хирургического лечения у третьей группы больных привело к снижению внутрибрюшных осложнений до 10%, внебрюшных осложнений до 12,5%, а летальности до 35%, что позволяет сделать вывод о правомерности и оптимальности данной тактики у больных с экстренной абдоминальной патологией, осложненной распространенным перитонитом с явлениями полиорганной недостаточности.

## **29. Опыт применения радиочастотной абляции в лечении гемангиом печени.**

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

Воронеж

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) Воронежская областная клиническая больница №1

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

зависимости от сопротивления тканей. Критерием для завершения процедуры являлось образование гиперэхогенной зоны индуцированных изменений, сопоставимой с размерами опухоли по данным интраоперационного УЗИ. Продолжительность процедуры РЧА составила от 10 до 30 мин (в среднем –  $15,0 \pm 2,2$  мин). Результаты и обсуждения. В раннем послеоперационном периоде у 71,8% пациентов отмечались стандартные побочные эффекты процедуры (болевой синдром, субфебрильная температура, транзиторное повышение трансаминаз), не потребовавшие проведения дополнительного лечения. Средняя продолжительность стационарного лечения составила  $5,6 \pm 1,8$  дней. В отдаленном периоде наблюдения у пациентов не выявлено отсроченных осложнений (повреждений желчных протоков, абсцессов печени). Полное удаление опухолевой ткани удалось достичь у 34 пациентов, в двух случаях выполнен второй сеанс РЧА. У 5 пациентов выявлен незначительный периферический остаточный объем опухолевой ткани, что требует дальнейшего динамического наблюдения. Вывод. Радиочастотная абляция является эффективным миниинвазивным методом лечения гемангиом печени, дальнейшее практическое применение которого требует разработки стандартизированных подходов к определению показаний и методологии выполнения процедуры.

### **30. Фибромы тонкой кишки.**

Гидирим Г.П., Мишин И.В., Плешко Е.Н., Георгица В.А.

Кишинев, Республика Молдова

Государственный Университет Медицины и Фармации им. «Н. Тестемицану», кафедра хирургии № 1 им. Николая Анестиади, Лаборатория гепато-панкреато-билиарной хирургии, Институт Ургентной Медицины

Введение: Фиброма тонкой кишки (ФТК) относится к достаточно редким доброкачественным опухолям данной локализации. В литературе опубликованы единичные сообщения о ФТК. Цель исследования – установить частоту ФТК, их клинические манифестации, локализации, а также морфологические и иммуногистохимические характеристики. Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ базы данных ( $n=68$ ) с первичными опухолями тонкой кишки (ПОТК), оперированных в Институте срочной медицины с 1992 по 2017гг. Результаты: ФТК установлены в 8(11.8%) случаях от общего количества ПОТК и 8/15(53.3%) – в структуре доброкачественных ПОТК. Средний возраст пациентов –  $48.3 \pm 3.9$  лет (95% CI:39.18-58.07). Женщины vs мужчины – 6(75%) vs 2(25%) (NS). В большинстве случаев ( $n=6$ ) ФТК манифестировались кишечной непроходимостью в т.ч. в 4(66.6%) случаях – тонкокишечные инвагинации, а в остальных случаях обнаружены инсидентально. При интраоперационной ревизии органов брюшной полости ФТК характеризовались: во всех случаях солитарная опухоль, локализовалась преимущественно в дистальном отделе подвздошной кишки ( $n=6$ , 75%) и преимущественно с внутрипросветным ростом ( $n=5$ , 62.5%). Во всех случаях выполнены сегментарные резекции тонкой кишки (длина –  $33.1 \pm 6.2$  см) с опухолью с наложением анастомоза (6 T-T и 2 L-L). Max. размер опухоли составил  $6.3 \pm 1.6$  см и min. –  $3.9 \pm 0.9$  см. При иммуногистохимическом исследовании ФТК характеризовались следующим профилем (vimentin +++; CD117 –, desmin –, actin –, S-100 –, Dako®, Denmark). Рецидивов ФТК в отдаленном периоде не наблюдалось (zero). Выводы: Характерные особенности ФТК: (1) чаще встречаются у женщин среднего возраста; (2) в большинстве случаев локализуется в подвздошной кишке и характеризуется внутрипросветным ростом; (3) преимущественно манифестируется кишечной непроходимостью; (4) специфический иммуногистохимический профиль; (5) благоприятный прогноз в отдаленном послеоперационном периоде.



### **31. Новые технологии в лечении нагноившейся остаточной полости печени после эхинококкэктомии.**

Магомедов М.Г., Гайбатов С.П., Магомедов Н.М., Магомедрасулова М.И.

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы . Лечение эхинококкоза печени демонстрируется достижениями современной гепатохирургии, но его традиционные оперативные методы часто сопровождаются инфекционно-воспалительными осложнениями (17,9-28,5%), значительным увеличением продолжительности лечения и высокой послеоперационной летальности (3-7%). Одной из основных причин таких осложнений является недостаточная эффективность применяемых антибактериальных препаратов на фоне широкого распространения антибиотико-резистентной микрофлоры, значительного количества побочных эффектов и аллергических реакций при их использовании, что не удовлетворяет клиницистов. В связи с этим возникает необходимость поиска нового, более эффективного и патогенетически обоснованного метода воздействия на возбудителей хирургической инфекции в остаточной полости печени, профилактики инфекционно-воспалительных осложнений и стимуляцию регенеративных и репаративных процессов после полужакрытой эхинококкэктомии или вынужденного открытого её дренирования. Цель работы - улучшение результатов лечения больных эхинококкозом печени путём внедрения в практику нового средства «Беметрим» для антисептической обработки нагноившейся остаточной полости печени после эхинококкэктомии. Материал и методы. В рандомизированную выборку выключены 52 больных, у которых клинико-инструментальными методами была верифицирована нагноившаяся остаточная полость печени после вынужденной открытой или полужакрытой эхинококкэктомии с наружным её дренированием, в возрасте от 20 до 64 лет. Больные были разделены на 2 группы – основная (27 человек) и контрольная (25 человек). В основной группе для местного лечения в комплексе терапии использовали средство «Беметрим» (патента РФ №2552336 от 10.06.2015 г.), а в контрольной группе - традиционную терапию. Группы были статистически сопоставимы между собой по основным исходным критериям. У всех больных была выраженная болезненность в правом подреберье, температура тела повышалась от 37,5 до 40 0С, отмечены явления интоксикации. Лечение проводилось комплексно по трем направлениям: общая консервативная терапия, местное лечение и хирургическое вмешательство. Объем хирургического вмешательства включал вскрытие и опорожнение гнояника, последующее адекватное дренирование и промывание полости растворами антисептиков. Общая медикаментозная терапия заключалась в применении традиционных лекарственных средств. Объем и продолжительность его варьировали в зависимости от состояния больного. При этом, предварительно оценивают общие и местные клинические критерии больного, фаза раневого процесса, сроки очищения ран, бактериологические, цитологические, планиметрические показатели остаточной полости. Предлагаемое средство, названное «Беметрим» использовано нами в клинике для лечения нагноившейся остаточной полости после эхинококкэктомии печени, впервые. Средство обладает выраженным некролитическим, бактерицидным, местноанестезирующим, дренирующим, цитопротекторным, буферным, стимулирующим регенерацию действием, наименее травматичным и гепатотоксичным эффектом. Первым этапом проводили промывание остаточной полости через дренажную трубку с микроирригатором (патент на полезную модель №150872 от 30.01.2015 г.) введёную в полость обычным антисептическим раствором и в последующем вводили предлагаемое средство в количестве 2/3 объёма остаточной полости и закрывали дренажную трубку и микроирригатор в течение 2-х часов

(патент РФ № 2593785 15.07. 2016 г.). Курс лечения 15±1.0 дней. Результаты. До начала и по окончании курса лечения производился мониторинг высеваемой флоры отделяемого из остаточных полостей в основной и контрольной группах. В результатах бактериологического анализа до применения средства по видовой принадлежности можно отметить высеваемую флору: стафилококк (39%), синегнойная палочка в виде монокультуры и в ассоциациях (26%), pseudomonas aeruginosa (12%), klebsiella pneumoniae (12%), стрептококк (5%), кишечная палочка (5%), гемофильная палочка (1%). В дальнейшем для изучения воздействия средства на стенки фиброзной капсулы проводили гистологические исследования, где отмечалась: активация макрофагальной реакции, усиление пролиферации фибробластов, рост грануляционной ткани, усиление фагоцитоза бактерий и некротического детрита макрофагами. При анализе посевов отделяемого из остаточных полостей, на фоне применения средства, было отмечено 100% бактерицидной активностью на 6-7 сутки от начала лечения, что на много выше чем у больных контрольной группы. На 6-7 сутки с момента лечения посеvy отделяемого и смывы из остаточных полостей в основной группе роста бактерий не дали, а в контрольной – роста бактерий дали даже на 16-18 сутки. Гепатотоксическое влияние средства, применяемое с целью обработки фиброзной капсулы, отмечено не было. Выводы. Применение средства «Беметрим» позволяет ускорить в 1,5-2 раза очищение остаточной полости от гнойно-некротического процесса; обеспечить быструю элиминацию патогенной микрофлоры за счёт бактерицидного действия препарата; снижение сроков лечения больных.

### **32. Оптимизация результатов лечения морбидного ожирения и метаболического синдрома с использованием модифицированного метода мини-гастрошунтирования.**

Хитарьян А.Г., Межунц А.В., Хубиев С.Т., Саркисян А.В., Велиев К.С., Завгородняя Р.Н.

Ростов-на-Дону

НУЗ ДКБ на станции Ростов-Главный

Актуальность. В последние годы бариатрические операции приобретают все большую популярность. Одним из стремительно развивающихся методов хирургического лечения является операция мини-гастрошунтирования с созданием одного аппаратного гастроэнтероанастомоза с тощей кишкой на расстоянии 140-200см от связки Трейца, что дает хорошие результаты при сочетании ожирения с СД 2 типа. Однако остается нерешенным вопрос профилактики таких послеоперационных осложнений как билиарный рефлюкс, а также развитие язвы области гастроэнтероанастомоза, частота которых, по данным мировой литературы, колеблется в пределах 15-20%. Ключевые слова: ожирение, бариатрическая хирургия, мини-гастрошунтирование. Цель. Целью настоящего исследования была оптимизация безопасности и эффективности операции мини-гастрошунтирования. Материалы и методы. Данное проспективное исследование включало результаты лечения 47 пациентов, перенесших мини-гастрошунтирование с 2014 по 2016год в Дорожной больнице СКЖД. Среди пациентов было 33 женщины и 14 мужчин в возрасте от 18 до 56лет, с индексом массы тела от 35 до 68кг/м<sup>2</sup>. До операции всем больным выполняли комплексное обследование, включающее стандартные клинико-лабораторные методы исследования, а также дополнительные методы: эндоскопическая поэтажная контактная РН-метрия желудка, определение уровня инсулина, гликозилированного гемоглобина (HbA1C), С-пептида. Нами была разработана методика мини-гастрошунтирования с формированием двухкамерного сливингового желудка, состоящего из верхней постэзофагальной камеры длиной 7см, объемом 20мл, и нижней камеры тела желудка длиной до 10см и объемом до 100мл – как защита от гастроэзофагального рефлюкса. Защиту от энтерогастрального желчного рефлюкса создавали благодаря наложению ручного однорядного гастроэнтероанастомоза длиной до

3.5 см. на переднюю стенку культи желудка и противобрыжеечному краю тонкой кишки одиночными, серозномышечноподслизистыми швами рассасывающимся шовным материалом (Викрилом 2.0) с завязыванием узла внутри анастомоза, вовлекая в создание анастомоза только противобрыжеечный край тонкой кишки, что улучшает свободный пассаж билиарного содержимого приводящей петли ниже анастомоза, предотвращая энтерогастральный желчный рефлюкс. Результаты: Продолжительность операции составила 120-160 минут. Объем интраоперационной кровопотери не превышал 50-100мл. Динамика снижения избыточной массы тела составила 52,6% на 3мес. наблюдений; и 82,8% на 12мес. наблюдений соответственно. Исходный уровень глюкозы составлял 10,4ммоль/л  $\pm$  4ммоль/л. Исходный уровень HbA1C составлял 8,9  $\pm$  1,8%. Динамика снижения уровня глюкозы составила на 3 месяце наблюдений 6,8ммоль/л, HbA1C 6,5% соответственно; на 12 месяце наблюдений – глюкоза крови = 5,8 ммоль/л, HbA1C = 5,8%. Оценка желудочно-пищеводного антирефлюксного механизма показала снижение pH ниже 4 (защелачивание пищевода за счет рефлюкса) в 8,29% случаев. Снижение пищеводного клиренса в 6,82% случаев. Выводы: Выполнение операции мини-гастрошунтирования с учетом кислотпродуцирующей зоны желудка позволяет избежать возникновения язв области гастроэнтероанастомоза в послеоперационном периоде. Мини-гастрошунтирование с поэтажной калибровкой желудочной трубки является безопасным и эффективным вмешательством у больных с морбидным ожирением и позволяет добиться удовлетворительных результатов снижения массы тела в 100% случаев. Мини-гастрошунтирование позволяет в кратчайшие сроки редуцировать признаки СД 2 типа. Предложенная методика формирования двухкамерного желудка позволяет снизить явления послеоперационного гастроэзофагеального рефлюкса до 8%, энтерогастрального билиарного рефлюкса до 2%.

### **33. Результаты комплексного лечения декомпенсированного дуоденального стеноза язвенной этиологии.**

Дурлештер В.М.(1), Дидигов М.Т.(2), Бабенко Е.С.(3)

Краснодар

1) ГБУЗ ККБ № 2, 2) МБУЗ КГК БСМП, 3) ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Декомпенсированный дуоденальный стеноз (ДДС) – одно из наиболее тяжелых осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ДПК), требующее хирургического лечения. Тяжесть состояния больных с ДДС обусловлена выраженной потерей массы тела, длительным нарушением желудочно-дуоденальной эвакуации, ведущей к тяжелым нарушениям всех видов обмена веществ. Данное осложнение язвенной болезни ДПК развивается, по данным разных авторов, у 10-47% больных с хроническими дуоденальными язвами, являясь причиной смерти у 10,7–13,1% умерших от язвенной болезни. Материалы и методы. Обобщен опыт хирургического лечения 68 больных с ДДС язвенной этиологии, находившихся в экстренных хирургических отделениях МБУЗ КГК БСМП г. Краснодара с 2006 по 2016 годы, а также 176 пациентов, прооперированных органосохраняющим методом дуоденопластики (ДП) в условиях ГБУЗ ККБ № 2 г. Краснодара в эти же сроки. Методы обследования включали общеклинические анализы, УЗИ, ЭФГДС, рентгенологическое и последующее интраоперационное исследование гастродуоденального комплекса, манометрические и электрофизиологические исследования. Результаты и обсуждение. Всем больным проводили предоперационную подготовку, включающую антацидную терапию блокаторами протонной помпы, коррекцию водно-электролитных расстройств и гомеостаза. Органосохраняющие операции в условиях МБУЗ КГК БСМП выполнены 38 (56%) больным, различные виды резекции желудка 30 (44%) пациентам, при этом

операция по Бильрот-1 произведена у 9 больных, по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера – 19 больным, резекция желудка по Ру 2 больным, а 30 пациентам выполнена изолированная ДП, в сочетании с СПВ – у 8 больных. Всем 176 больным, оперированным в условиях ГБУЗ ККБ № 2 выполнены различные виды ДП. Частота ранних послеоперационных осложнений составила при органо-сохраняющих вмешательствах – 7,8%, после резекции желудка – 16,6%. Летальных исходов после выполнения ДП не было, после резекции желудка летальность составила 3,3%. Отдаленные результаты комплексного лечения удалось оценить у 40 пациентов. В отдаленном периоде после резекции желудка у 9 больных отмечались постгастрорезекционные расстройства: синдром приводящей петли - у 3, пептическая язва гастроэнтероанастомоза – у 2, демпинг-синдром различной степени тяжести – у 4 пациентов. С целью уменьшения травматичности оперативного вмешательства и профилактики послеоперационных осложнений лечение больных с ДДС разбито на 2 этапа. На первом этапе производится пилоросохраняющая операция – ДП, направленная на восстановление естественного порционного пассажа желудочного содержимого в ДПК, устранение рубцово-язвенного поражения с сохранением привратника. При этом наблюдение за больными, перенесшими первый этап хирургического лечения, продемонстрировало возможность полного восстановления моторно-эвакуаторной функции расширенного желудка. Уже в ближайшие месяцы он принимал естественные размеры и форму. Это, в свою очередь, позволило оценить истинные показатели секреции желудочного сока, искажаемые длительным гастростазом при ДДС. Вторым этапом хирургического лечения у этих больных после их дополнительного обследования является выполнение анта-цидной операции – селективной проксимальной ваготомии, с целью предупреждения язвообразования. Необходимо отметить, что в связи с появлением современных антацидных препаратов, в ряде случаев выполнение второго этапа хирургического лечения удастся избежать. Заключение. Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о том, что ДП является операцией выбора в лечении ДДС, так как устраняет только рубцово-язвенное поражение стенки кишки с сохранением привратника, восстанавливает порционный пассаж желудочного содержимого в ДПК, демонстрирует полное восстановление моторики и функции желудка. Предложенная двухэтапная тактика хирургического лечения больных с ДДС снизила до минимума послеоперационные осложнения и летальность. Показания к выполнению антацидной операции на современном этапе должны определяться более дифференцированно, с учетом социального статуса пациента и его комплаентности.

#### **34. Анализ причин образования эндометриоза послеоперационного рубца.**

Сердюков М.А., Александрова А.К.

Астрахань

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

В последнее время в практике хирургов стало встречаться такое заболевание как внематочный эндометриоз (экстрагенитальный). По последним данным и данным нашего исследования было выявлено, что причиной возникновения экстрагенитального эндометриоза послужило кесарево сечение. Эндометриоз после кесарева сечения, чаще всего поражает послеоперационный рубец. Клиническое течение несколько отличается от иных форм заболевания, как симптомами, так и особенностями лечения. Цель исследования: Изучить и проанализировать частоту и причины экстрагенитального эндометриоза после кесарева сечения. Материалы и методы: За последние 5 лет в Астрахани участились случаи обращения женщин для планового оперативного лечения по поводу эндометриоза послеоперационного рубца. Так в хирургическом отделении НУЗ

Отделенческая больница на ст.Астрахань 1 ОАО« РЖД» за данный промежуток времени таких обращений было 10. Учитывая растущий рост данной патологии мы разработали опросник для пациентов с данной патологией. Из которого выяснились особенности начала и прогрессирования процесса. Хотим показать один из клинических примеров с эндометриозом послеоперационного рубца. Пациентка П., 37 лет поступила в наш стационар 21.03.17. Из анамнеза: 2001 год резекция кисты яичника справа, 3 операции кесарево сечение из нижнесрединной лапаротомии, 2004год, 2006год и 2012 год. Период лактации и грудного вскармливания детей в среднем составил от 1-3 месяцев. Средства контрацепции не применялись в послеродовом периоде. Время возникновения первых симптомов заболевания отмечала с 2013 году. В течение последних 2 лет её беспокоят постоянные тянущие боли и пальпируемое образование в области рубца в нижней трети. Последний год боли усилились, образование увеличилось в размерах практически в двое. При подробном расспросе удалось выяснить, что болевой синдром особенно усиливался перед менструациями. Наличие уплотнения и ощущение инородного образования в подкожно жировой клетчатке в области послеоперационного рубца, дискомфорт усиливался. При осмотре: в нижней трети послеоперационного рубца от нижнесрединной лапаротомии пальпируется плотная, болезненная, несмещаемая опухоль, без четких контуров, размером 5×5 см. Выполнено УЗИ: в мягких тканях передней брюшной стенки в проекции послеоперационного рубца определяется гипоэхогенная структура 55×36×54 мм, васкуляризирована. Дефектов в апоневрозе по ходу послеоперационного рубца не выявлено. На КТ данные УЗИ подтверждены. Данное образование расположено на правой прямой мышце живота и прорастает в апоневроз. Больная прооперирована в плановом порядке. Данное образование иссечено enbloc в пределах здоровых тканей и операционный материал взят и направлен на гистологическое исследование. Размер удаленного узла 5x4x5 мм с неровными чёткими контурами, несколько неоднородной структуры. На разрезе образование серо-коричневого цвета ткани неправильной формы, без дифференцировки слоёв, микрополостей ячеистого строения с инфильтратом диаметром до 40мм, кровоизлияниями, изменённой кровью тёмного «шоколадного цвета». На гистологическом исследовании – эндометриоз подтверждён. Обсуждение: В настоящее время причины эндометриоза окончательно не установлены. Клетки эндометрия попадают на мышцы чаще всего при извлечении последа во время кесарева сечения. При этом эндометриальные клетки фиксируются и начинают разрастаться, формируя очаги аденомиоза. Сложность диагностики заключается еще и в том, что заболевание начинает проявлять себя спустя некоторое время после проведенной операции. Пациентки зачастую никак не связывают начало заболевания с перенесенной операцией. В связи с этим очень важно обратить внимание на связь усиления симптомов и менструального цикла: именно она является характерным признаком клинической картины эндометриоза. В развитии эндометриоза этиопатогенетическое значение имеет ряд факторов. Установлена роль гормонов в развитии этого заболевания. Существенное значение при этом имеет повышение содержания эстрогенного гормона и недостаток прогестерона. Выводы: Нами выявлено, эндометриоз послеоперационного рубца наблюдается у пациенток в возрасте от 25-30 лет, возможное образование происходит через 2-3 года после оперативного акушерского вмешательства кесарева сечения. Наличие в анамнезе кесарева сечения, пальпируемое образование в передней брюшной стенке, его локализация и цикличность болей, связанная с менструальным циклом, являются специфическими признаками эндометриоза послеоперационного рубца. Таким образом, эндометриоз послеоперационного рубца требует более детального изучения и выяснения этиологии, патогенеза, выявленного в нашем исследовании факта, для подтверждения данного диагноза.

### **35. Хирургическая тактика при сочетанном эхинококкозе легких и органов брюшной полости.**

Вафин А.З., Дядьков А.В., Айдемиров А.Н., Маланка М.И.

Ставрополь

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель исследования. Установление рациональной хирургической тактики при сочетанном эхинококкозе легких, печени и других органов брюшной полости. Материал и методы. В клинике лечились 1132 больных эхинококкозом, преобладали печеночная (57,2%) и легочная (24,6%) локализации паразита, эхинококкоз других органов и тканей был у 18,2%. При легочной локализации паразита сочетанные формы эхинококкоза выявлены у 26,6% больных. Анализированы результаты хирургического лечения у 74 пациентов с сочетанными формами эхинококкоза легких и других органов. Результаты и обсуждение. Эхинококкоз легких одинаково часто диагностировался у лиц обоего пола, соотношение - мужчины (52,5%): женщины (47,5%). Возраст больных был от 14 до 78 лет, подавляющее большинство пациентов (82,7%) - не старше 50 лет, причем самой большой была группа больных в возрасте до 20 лет (27,8%). У 55 больных был первичный сочетанный эхинококкоз легких. С учетом локализации кист 20 (36,4%) больных были оперированы радикально, при невозможности выполнения радикальной одномоментной симультанной эхинококкэктомии у 35 (63,6%) проведено многоэтапное лечение с интервалом между операциями в среднем 2-4 месяца. Чаще всего кисты локализовались в правом легком (65,1%), реже в нижней доле (33,1%). В левом легком (34,9%) поражение обеих долей наблюдалось почти одинаково часто. Эхинококкоз легких сочетался с эхинококкозом печени (82,4%) и селезенки (17,6%). Неосложненные кисты были у 44 (59,5%) больных, осложненные – у 30 (40,5%). Чаще наблюдались осложнения со стороны легких – у 23 (31,1%) больных, в печени осложненных кист было намного меньше – всего у 5 (6,7%), а в других органах и тканях – только у 2 (2,7%). Все больные после обследования при отсутствии противопоказаний и с их согласия были оперированы. У 43 (58,1%) пациентов с сочетанным эхинококкозом применялся торакотомный доступ, из них у 17 (23%) слева, у 26 (35,1%) – справа. Торакофренолапаротомия выполнялась у 28 (37,8%) больных. Преимущество этого доступа - возможность одномоментной эхинококкэктомии при сочетанном эхинококкозе правого легкого и правой доли печени, либо левого легкого и левой доли печени или селезенки. У 23 (31,1%) больных применялся торакофренолапаротомный доступ справа при локализации кист в правом легком и печени. При сочетанном поражении левого легкого и селезенки у 5 больных из аналогичного доступа слева выполнялась одномоментная эхинококкэктомия из левого легкого и спленэктомия с кистами. При сочетанном эхинококкозе с контралатеральной локализацией кист в органах брюшной полости по отношению к легочной локализации кист, а также при двустороннем легочном сочетанном эхинококкозе применялось этапное хирургическое лечение с интервалом в среднем 2 - 4 месяца. У 2 (2,7%) больных оперативное лечение начиналось с лапаротомии в связи с наличием осложнений со стороны кист брюшной полости, у 1 (1,4%) – торакофренолюмботомия справа для эхинококкэктомии из грудной стенки, правого надпочечника и правой почки. При выборе этапного метода хирургического лечения первая операция у 33 из 35 больных с первичным сочетанным эхинококкозом легких выполнялась на легких, у 19 вначале оперировалось левое легкое, а у 14 – правое. Лишь 2 больных вначале оперированы по поводу кист печени в связи с их гигантскими размерами и наличием осложнений. Применялись различные варианты эхинококкэктомии: закрытая - у 21 (28,4%), открытая - у 45 (60,8%) и у 8 (10,8%) с множественным сочетанным эхинококкозом легких эти методы сочетались. Все операции выполнялись со строгим соблюдением принципов

апаразитарности и антипаразитарности хирургии эхинококкоза, с применением высокотемпературных плазменных технологий. После первой операции в течение первого года повторно оперированы 24 (68,6%) больных, в течение второго года – 7 (20,0%), третьего года – 3 (8,6%) и позже – 1 (2,8%). Таким образом, у большинства больных лечение закончено в течение одного года и почти у 90% пациентов этапное лечение сочетанного эхинококкоза легких завершено в сроки до двух лет после диагностики множественного сочетанного характера патологии и первой операции. Отдаленные результаты хирургического лечения оценивались по частоте рецидивов заболевания в сроки от 1 месяца до 5 лет. Рецидив заболевания был выявлен у 1 (2%) больного. Выводы. При диагностике эхинококкоза легких из-за возможности сочетанного характера заболевания нужно обязательно исключить эхинококкоз органов брюшной полости. Радикальное симультанное хирургическое лечение при сочетанном эхинококкозе легких и органов брюшной полости было возможно только у 36,4% больных, многоэтапное хирургическое лечение с интервалами 2-4 месяца применялось у 63,6%, причем у 94,3% больных первым оперирован эхинококкоз легких. Это связано с более быстрым ростом кист в легких и высоким риском развития осложнений. Лишь у 2 больных первой операцией была эхинококкэктомия из печени в связи с наличием осложненных кист.

### **36. Новые технологии использования противорубцовой терапии у больных с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей в послеоперационном периоде.**

Татьянченко В.К., Давыденко А.В., Андреев Е.В., Богданов В.Л., Красенков Ю.В., Фирсов М.С., Манулик А.Ф

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель работы. Улучшить результаты лечения больных с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей путём разработки лечебной тактики по профилактике избыточного рубцеобразования. Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 144 больных с разной локализацией флегмон мягких тканей. Из них у 70 (48,6%) флегмона локализовалась в области лица и шеи, у 36 (25,0%) в области кисти и у 38 (26,4%) ягодичной области. Возраст больных колебался от 16 до 64 лет, причём от 20 до 55 лет было 121 больных (84,0%). У всех больных выполнялась операция по вскрытию, дренированию полости очага, используя известные технологии. Изучение возможностей разработанного диагностического комплекса (Федеральный патент РФ №2587972) для оценки эффективности профилактики излишнего рубцеобразования в послеоперационном периоде проведено на больных, входящих в группу риска по развитию патологического рубцеобразования. Маркёром и материальным субстратом был взят процесс определения типа ацетиляции по методике Барашкова Г.К. (2011) в модификации Кораблиной С.С. (2014). Результаты исследования. Из 10% больных входящих в группу риска, подгруппу А составили 43 больных с ацетилярной активностью более 30%. При выявлении II фазы раневого процесса комплекс консервативной терапии включает местное нанесение мази Эгаллохит в течение 5 дней, а при выявлении III фазы раневого процесса, ультрафонофорез геля Контрактубекс в течение 5 дней. Подгруппу Б составили 75 больных, у которых установлена ацетилярная активность от 30 до 20%, и при выявлении II фазы раневого процесса комплекс консервативной терапии включает местное нанесение мази Эгаллохит в течение 7 дней, а при выявлении III фазы раневого процесса, ультрафонофорез геля Контрактубекс в течение 7 дней, затем электрофорез Карипазима 350 ПЕ в течение 7 дней. Подгруппу В составили 26 больных, у которых установлена ацетилярная активность менее 20%, и при выявлении II фазы раневого процесса комплекс консервативной терапии включает внутримышечное введение Лонгидазы 1,0 мл, 1 раз в 3

дня, 10 инъекций, местное нанесение мази Эгаллохит в течение 10 дней, а при выявлении III фазы раневого процесса, ультрафонофорез геля Контрактубекс в течение 10 дней, затем электрофорез Карипазима 350 ПЕ в течение 10 дней, лазеротерапия по 10 минут в течение 5 дней. Больных наблюдали в сроки от 3 месяцев до 1 года после операции. Из 144 больных только у 1 больного с флегмоной кисти выявлен гипертрофический рубец 3,0 x 2,0 мм в области ладонной поверхности кисти. Больной относился к подгруппе В. Заключение. Хорошие результаты у 99,4% больных с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей позволяют рекомендовать разработанный способ профилактики рубцеобразования в хирургическую практику.

### **37. Новые технологии лечения острого тканевого гипертензионного синдрома (компаратмент-синдрома) у больных с флегмоной ягодичной области.**

Фирсов М.С., Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Сухая Ю.В., Давыденко А.В., Фролкин В.И., Ковалёв Б.В.;

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель исследования. Улучшить результаты лечения флегмон ягодичной области, осложненных острым тканевым гипертензионным синдромом, путем использования разработанных технологий. Материалы и методы. На 40 трупах людей разного возраста и конституционного типа телосложения изучены биомеханические параметры фасциальных структур ягодичной области с использованием оригинальной технологии (Федеральный патент РФ №2271740). В клинике у 76 больных с флегмоной ягодичной области обобщены результаты их лечения. Больные разделены на две клинические группы: первая – группа сравнения -37 больных; вторая – группа исследования, включающая 39 больных. В группе исследования проводили комплексную диагностику и лечение острого тканевого гипертензионного синдрома (ОТГС) по оригинальной технологии (Федеральный патент РФ № 2393783). Результаты исследования. В анатомических исследованиях было установлено, что основными структурами, которые препятствуют растяжению фасциальных футляров ягодичной области при повышении тканевого давления, являются 4 фасциальных узла (верхний, седалищный, медиальный и нижний). При развитии ОТГС, в зависимости от величины тканевого давления, они должны быть подвержены декомпрессивной фасциотомии. Путем инвазивного мониторинга тканевого давления диагноз ОТГС у больных с флегмоной ягодичной области был поставлен у 32 из 39 больных (82,1%) группы исследования. Проводимая у всех больных консервативная терапия позволила у 3 больных снизить показатель тканевого давления до физиологической нормы (8-10 мм рт.ст). У 29 больных была выполнена декомпрессивная фасциотомия. У 27 из 29 пациентов нормализация тканевого давления отмечена в первые 7-10 часов после фасциотомии, а у 2 больных в течение 24 часов. В первые сутки от момента поступления в стационар больным обеих групп оказывали оперативное пособие в объеме вскрытия гнойной полости, её санации растворами антисептиков и дренирования. У больных группы исследования осуществляли ультразвуковую кавитацию раны и озонотерапию. Все пациенты получали системную антибиотикотерапию: эмпирическую с первых суток, с учетом выделенного возбудителя и пролонгированную после получения результатов бактериологического исследования. Тяжесть течения патологического процесса оценивали по индивидуальной балльной шкале, включающей 9 признаков. Предлагаемая тактика ведения больных с флегмоной ягодичной области позволила сократить число ранних послеоперационных осложнений в группе исследования в 4,2 раза. Отдаленные результаты были хорошими у 91,4% больных. Заключение. Выбор правильной тактики лечения больных с флегмоной ягодичной области, осложненной



ОТГС, бесспорно влияет на исход заболевания и развитие осложнений. Разработанный лечебный подход продемонстрировал хорошие результаты лечения у 91,4% больных в группе исследования (в группе сравнения 60,4%) , что позволяет рекомендовать его для внедрения в клиническую практику.

### **38. Лечение острой спаечной нестрангуляционной тонкокишечной непроходимости с использованием резонансной стимуляции перистальтической активности.**

Халидов О.Х.(1), Фомин В.С.(1), Яковенко В.Н.(2), Джаджиев А.Б.(1), Стручков В.Ю. (2), Фомина М.Н.(1), Тегай Р.А.(1)

Москва

1) ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ФГБУ Институт хирургии им. А.В. Вишневского

Введение. Отмечаемый в последние десятилетия рост применения малоинвазивных технологий, как в плановой, так и в ургентной абдоминальной хирургии, закономерно привел к увеличению числа оперированных больных, в том числе с расширением объема и симультанным характером операций. Подобная трансформация хирургической активности увеличила количество больных со спаечным процессом брюшины, и, как следствие, острой спаечной кишечной непроходимостью, регистрируемой до 30-67% при наличии интраабдоминальных адгезий. Анализ литературы и проводимые исследования, посвященные вопросам профилактики и лечения спаечной болезни, не позволяют достоверно и значимо снизить частоту регистрации самих брюшных спаек и, соответственно, острой спаечной тонкокишечной непроходимости, что проявляется высокими процентами осложнений, снижением качества жизни и послеоперационной летальностью, достигающей на протяжении последних лет 8,1-22%. Цель. Применение не инвазивной методики резонансной стимуляции (РС) перистальтической активности (ПА) пищеварительного тракта у пациентов с острой спаечной нестрангуляционной тонкокишечной непроходимостью (ОСНТКН) с целью восстановления пассажа химуса и профилактики/коррекции синдрома энтеральной недостаточности (СЭН). Материалы и методы. В ходе работы нами анализирован исход лечения 46 пациентов с картиной ОСНТКН (2015-2016гг). Госпитализация всех больных по каналу скорой медицинской помощи ОМС. Гендерное распределение - с преобладанием женского пола (59%). Исходно у всех пациентов в анамнезе от 1 до 7 операций, Мср  $2,6 \pm 1,1$ . Выделены 1-я группа (21 пациент - проспективно) и 2-я группа (25 больных – ретроспективно), полностью сопоставимы и соизмеримы. Во 2 группе проводилось лечение ОСНТКН согласно приказу №320 и НКР. Пациентам 1 группы в лечении ОСНТКН для коррекции СЭН, профилактики прогрессирования внутрибрюшной гипертензии (ВБГ), стимуляции ПА проводились сеансы РС. Всем пациентам исходно выполнялась декомпрессия проксимальных отделов ЖКТ, проба Шварца, а также электроэнтерография на «селективном полиграфе ЖКТ». Мониторинг ВБГ выполнялся непрямой интравезикальным способом манометрии по Kron (1984). Результаты и их обсуждение. Всем госпитализированным больным выполнялось исследование ПА пищеварительного тракта методом селективной полиграфии. Исходная активность возбудимых структур в обеих группах была незначительной, не превышая  $11,3 \pm 5,8$  мкВ. В группе 2 после регистрации исходной активности реализовывался стандартный протокол ведения пациентов с ОСНТКН. В 1 группе, помимо медикаментозной терапии, проводилась РС с экспозицией не менее 1,5 часов на все структуры последовательно в стандартных режимах с получением ответов возбудимых структур всех «заинтересованных» отделов с амплитудой вызванных сигналов до  $85 \pm 9$  мкВ. Как правило, к исходу первого сеанса (порядка 70% пациентов), и на 2-м сеансе получены ответы всех стимулированных отделов пищеварительного тракта, с синхронизацией чувствительности перечисленных

отделов и сохранением активности в фоновых режимах стимуляции. Максимальная чувствительность возросла до  $M_{cp}110 \pm 13 \text{ мкВ}$  (к исходу 3 сеанса). В ходе энтерографии пассаж в дистальные отделы подвздошной кишки составил  $6,2 \pm 2,1$  часа в 1 группе и  $8,1 \pm 2,3$  часа ( $p \leq 0,05$ ) в группе 2. Назогастральное зондирование позволило объективизировать динамику уменьшения гастро- и энтеростаза: имелся отчетливый лизис отделяемого по зонду в 1 группе, что позволило выполнить его удаление в 100% наблюдений к исходу первых суток, в группе 2 к этому сроку лишь у 48% ( $p \leq 0,05$ ). Во всех наблюдениях основной группы к исходу 24ч получен самостоятельный стул, в группе сравнения лишь 2/3 пациентов удовлетворяли этому критерию ( $p \leq 0,05$ ). При анализе внутрибрюшного давления в начале лечения параметры ВБГ составили  $18,3 \pm 4,3$  ммрт.ст. в 1 группе и  $17,9 \pm 3,7$  ммрт.ст. в группе 2 ( $p \geq 0,05$ ), к концу 24-часового наблюдения в 1 группе ВБГ составляло  $11,2 \pm 2,1$  ммрт.ст., а в 2 группе –  $14,1 \pm 5,7$  мм.рт.ст. ( $p \leq 0,05$ ). К исходу вторых суток лечения у всех пациентов 1 группы трансвезикально-измеренное давление составляло  $5,8 \pm 1,3$  мм.рт.ст, в то время как среднее значение абдоминального давления во 2 группе равнялось  $10,3 \pm 3,9$  ммрт.ст. ( $p \leq 0,05$ ), а у 7 пациентов отмечались признаки гипертензии 1 степени (значения более 12 ммрт.ст.) и, соответственно, риск развития СЭН. При этом задержка пассажа бариевой взвеси как раз и наблюдалась у данных больных, что потребовало срочного оперативного лечения (5 пациентов). Заключение. Приведенные данные позволяют с оптимизмом смотреть на возможность улучшения результатов лечения пациентов с ОСНТКН, избегая чрезмерной и порой напрасной хирургической активности, снижая риск дальнейшей травматизации брюшины и, как следствие, прогрессирования образования внутрибрюшных адгезий. Считаем целесообразным применение методики РС пищеварительного тракта в комплексной терапии данной патологии для ускорения перистальтики и скорейшего разрешения ОСНТКН и СЭН.

### **39. Разработка новой лекарственной формы альбендазола для лечения эхинококкоза.**

Вафин А.З., Базиков И.А., Айдемиров А.Н., Байрамкулов М.Д., Ованисян Д.Р.

Ставрополь

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Гидатидный эхинококкоз (*Echinococcus gr.*) - гельминтоз из группы цестодозов, характеризующийся образованием в печени, легких или других органах и тканях паразитарных кист. До 1974 г. хирургическое вмешательство считалось единственным методом лечения эхинококкоза человека, когда появились первые сообщения о применении в лечебной практике бензилимидазолов – мебендазола и альбендазола. Позже было установлено, что альбендазол более активен, лучше мебендазола абсорбируется в желудочно-кишечном тракте и позволяет легче добиваться лечебной концентрации препарата в крови больного. Его главный метаболит – альбендазол сульфоксид – обладает высокой активностью против метацестод *E. granulosus* и *E. multilocularis*. Препарат назначают в дозе 10 мг/кг 28 дневными курсами с 14 дневными интервалами (европейская методика). Продолжительность лечения – от 8 недель до 18 месяцев. Столь высокие дозы препарата связаны с тем, что бензилимидазолы не растворяются в водной среде и соответственно плохо всасываются в желудочно-кишечном тракте. Хотя такие дозы препарата в целом неплохо переносятся большинством пациентов, однако у части больных, особенно с тяжелыми осложнениями эхинококкоза, наблюдаются осложнения, в большинстве связанные с выраженным гепатотоксическим действием препарата, кроме того он обладает потенциальным мутагенным (туморогенным) действием вследствие способности нарушать пространственную структуру ДНК. Альбендазол действует на кишечные и тканевые формы паразитов, он активен в отношении яиц, личинок и взрослых

гельминтов. Однако низкое всасывание слизистой кишечника препарата в кровь – только около 5%, заставляет использовать большие терапевтические дозы – от 400 мг и более на прием per os. Этим и объясняется его относительно низкая эффективность при лечении цистодозов. Так как по периферии воспаления, окружающего цисту, кровоснабжение снижено в разы, то и концентрация антигельминтов там достаточно низкая для достижения терапевтического эффекта. Высокая токсичность и раздражающее действие препарата на слизистую желудка ограничивают применение препарата у детей и взрослых гастроэнтерологических больных. В связи с этим начали предприниматься попытки создания более эффективных форм и способов введения химиопрепарата. Цель исследования. Создание новой ниосомальной лекарственной формы альбендазола и изучение ее фармакологических свойств и антипаразитарной эффективности. Материал и методы. Нашей исследовательской группой создана новая лекарственная форма альбендазола. Противогельминтный препарат иммобилизован в кремнийорганические везикулы на основе ПЭГ-12 диметикона – ниосомы, обладающие доказанной высокой трансдермальной проникающей способностью. Новая рецептура позволяет снизить терапевтическую дозу и повысить эффективность за счет увеличения биодоступности препарата. Встраивание альбендазола в кремнийорганические наноструктуры – ниосомы размерами менее 100 нм, обладающие значительной липофильностью, позволяет ему беспрепятственно проникать в глубокие слои кожи, где и происходит взаимодействие с макрофагами организма. В дальнейшем, благодаря тропизму макрофаги концентрируются по периферии очага воспаления. Локализация макрофагов, нагруженных ниосомами с альбендазолом вокруг капсулы цист, создает весьма высокую, терапевтически оправданную, летальную для паразитов концентрацию антигельминта. Трансдермальный путь введения препарата позволяет исключить диспепсические реакции, что делает возможным использование препарата как детьми, так и взрослыми, страдающими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (Патент RU 2541156 от 09.07.2013 г.). Разработанная форма антигельминтного средства представляет собой стабильный, однородный гель белого цвета со слабым специфическим запахом для наружного применения. Антипаразитарное действие новой лекарственной формы альбендазола изучено в эксперименте на самцах белых мышей линии СВА С, инвазированных цестодами *Hymenolepis papae*. Препарат наносился на кожу туловища без волосяного покрова. Трансдермальная форма альбендазола оказалась в 2 раза эффективнее, чем пероральное введение препарата. Выводы. Новая лекарственная форма альбендазола за счет снижения токсичности и диспепсических реакций делает возможным проведение антигельминтной терапии эхинококкоза человека как у взрослых, так и у детей.

#### **40. Пути совершенствования хирургии ятрогенных стриктур желчных протоков.**

Вафин А.З., Айдемиров А.Н., Погосян Г.А., Маланка М.И., Делибалтов К.И.

Ставрополь

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель исследования: анализ эволюции реконструктивной хирургии при ятрогенных повреждениях и стриктурах внепеченочных желчных протоков на основе опыта клиники госпитальной хирургии. Материалы и методы. В период с 1989 по 2015 гг. в клинике выполнено 123 восстановительных и реконструктивных операций у 114 больных с ятрогенной травмой ВЖП. По поводу «свежего» повреждения гепатикохоледоха оперирован 41 (36,0%) больной и со стриктурой при поздно диагностированном повреждении - 73 (64,0%). Вынужденные операции выполнены у 3 (2,6%) пациентов, коррекция стриктуры ранее сформированных билиобилиарных или билиодигестивных анастомозов – у 6 (5,2%). По мере накопления опыта и анализа результатов лечения

совершенствовались хирургическая тактика и методы оперативных вмешательств, поэтому анализированы разные периоды работы. I период. В хирургии в целом не было значительного опыта реконструктивных операций на желчных протоках из-за редкости патологии. В 60-х годах 20-го века при ятрогенной стриктуре ВЖП отдавалось предпочтение восстановительным операциям. Выбор метода более сложных реконструктивных операций определялся необходимостью обеспечения полного прохождения желчи в просвет желудочно-кишечного тракта, предотвращения стриктуры билиодигестивного соустья и риска развития восходящего холангита с учетом риска самого оперативного вмешательства при отсутствии достаточного опыта в хирургии ВПЖ. II период. По мере увеличения частоты ятрогенных повреждений желчных протоков в ходе освоения лапароскопической холецистэктомии при формировании билиодигестивных анастомозов в 90-х годах начали использовать как 12-ти перстную, так и тощую кишки. При длинной проксимальной культе общего печеночного протока формирование соустья с 12-ти перстной кишкой не представляло особых технических сложностей, однако за счет ее деформации происходило нарушение моторно-эвакуаторной функции кишки с дальнейшим развитием рефлюкс-холангита. При формировании билиодигестивного соустья с тонкой кишкой, как правило, выполнялась гепатикоеюностомия на отключенной по Брауну петле тощей кишки с «замком» по Шалимову. Часто использовалось каркасное дренирование по Прадери-Смиту, позже – транспеченочное по Гётцу – Сейполу – Куриану. От гепатикодуоденостомии отказались вообще. III период. В последующие годы (с конца 90-х гг.) основным видом реконструктивных операций при ятрогенной стриктуре ВЖП стало прецизионное формирование билиодигестивных соустьев только по Ру с использованием СТД или без него. Вопрос использования СТД решался в зависимости от уровня стеноза, возможности полного иссечения рубцово-соединительной ткани, степени воспалительных изменений в зоне повреждения, диаметра протоков и возможности сопоставления слизистых оболочек протока и кишки. В начале развития желчной хирургии высокие стриктуры являлись абсолютным показанием только для длительного дренирования. Однако появление рассасывающего шовного материала, освоение техники прецизионного шва позволило сократить число операций с каркасным дренированием. Заключение. В процессе накопления опыта в хирургии ятрогенных повреждений ВЖП был сделан вывод, что для получения удовлетворительных отдаленных результатов реконструктивных операций при полном пересечении и/или рубцовой стриктуре гепатикохоледоха основным является метод формирования гепатикоеюностомии по Ру с отключенной петлей тощей кишки. Для формирования соустья необходим участок гепатикохоледоха с неизменной слизистой оболочкой выше зоны травмы. При формировании билиодигестивного соустья обязательна прецизионная адаптация слизистых оболочек желчных путей и кишки с использованием только атравматического шовного материала. Необходимость применения сменного транспеченочного дренирования должна рассматриваться в каждом конкретном случае индивидуально.

#### **41. Роль антиоксидантной терапии в лечении и профилактике синдрома «быстрой декомпрессии» билиарного тракта.**

Меджидов Р.Т., Алиев М.А., Султанова Р.С., Магомедова С.М. г. Махачкала

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Заболееваемость желчнокаменной болезнью и опухолевым процессом гепатодуоденальной зоны с каждым годом растет. При этом частым осложнением является синдромом механической желтухи (СМЖ). Проведение радикальных и паллиативных вмешательств

на высоте желтухи увеличивает риск послеоперационных осложнений до 79-86% и сопровождается высокой послеоперационной летальностью. В случаях применения двухэтапной тактики оперативного лечения летальность не выше 7,7%). Желчная гипертензия приводит к выраженным исходным нарушениям энергетического состояния и гипоксии печени. «Быстрая декомпрессия» БТ за счет резкого перепада давления в желчных путях ведет к редукции воротного кровотока. Это приводит к грубым морфологическим нарушениям в виде дезорганизации и диссоциации печеночных ацинусов. Разработка новых подходов защиты гепатоцитов при этом представляет большой научно-практический интерес. Цель исследования - оценка эффективности антиоксидантной терапии в ликвидации механизмов повреждения гепатоцитов и тем самым профилактике синдрома «быстрой декомпрессии» БТ. Материалы и методы. СМЖ опухолевого генеза имелся у 90 (47,8%) пациентов, доброкачественного генеза - 98 (52,2%). Все больные были разделены на две группы: пациенты с СМЖ, которым применялись традиционные методы декомпрессии БТ и общепринятая интенсивная терапия - контрольная группа (94 пациентов), и пациенты с СМЖ, которым использованы дозированные методы декомпрессии БТ и антиоксидантная защита гепатоцитов - основная группа (94 ациентов). В контрольной группе одноэтапная тактика лечения СМЖ была предпринята в 38(40,5%) наблюдениях, двухэтапная - в 56(59,5%), а в основной - 40(42,5%) и 54(57,5%) соответственно. Антиоксидантная терапия проводилась с использованием следующих лекарственных препаратов: ремаксол 400,0 в/в капельно 1 раз в сутки; реамберин 200,0 в/в капельно 1 раз в сутки; фосфонциале по 2 капсуле 3 раза в сутки. Данная терапия проводилась на фоне традиционной гепатотропной терапии. Продолжительность курса лечения зависила от уровня основных функциональных показателей печени (в среднем  $6,4 \pm 1,8$  дней). Результаты. Синдром «быстрой декомпрессии» БТ в контрольной группе больных отмечен в 24(25,5%) наблюдениях, в основной - в 5(5,3%). При изучении уровня окислительной модификации белков в зависимости от тяжести СМЖ выявлена следующая закономерность: легкое течение СМЖ характеризовалось незначительным подъемом уровня окислительной модификации белков; на 3-4 сутки после декомпрессии БТ находился в пределах  $2,9 \pm 0,3$  нмоль/мг белка исходный и  $177,6 \pm 2,9$  нмоль/мг Fe- зависимый; при среднетяжелом течении -  $3,3 \pm 0,2$  и  $186,4 \pm 3,6$  нмоль/мг белка соответственно; тяжелом течении -  $3,9 \pm 0,3$  и  $189,7 \pm 4,1$  нмоль/мг белка соответственно. Специфические осложнения в контрольной группе больных на первом этапе (при двухэтапной тактике лечения) отмечены в 5(8,7%) наблюдениях. В основной группе пациентов на первом этапе лечения специфические осложнения отмечены в 2,21% случаях. Сроки декомпрессии БТ в контрольной группе больных составили  $14,6 \pm 2,7$  суток, а в основной -  $12,3 \pm 1,9$  суток ( $\chi^2 = 0,112$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,738$ ). Специфические осложнения при одноэтапной тактике лечения в контрольной группе больных имели место в 5(13,1 %) случаях, а в основной - в 3(7,5%) наблюдениях ( $\chi^2 = 0,110$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,740$ ). Летальность в контрольной группе составила 5,2%, а в основной - 2,5%. При двухэтапной тактике лечения в контрольной группе больных специфические послеоперационные осложнения отмечены - в 4(8,7%) наблюдениях и послеоперационная летальность в этой группе пациентов составила 4,4%. В основной группе больных специфические осложнения имели место в 2(4,2%) наблюдениях. Летальных исходов в данной группе больных не отмечены. В контрольной группе больных синдром «быстрой декомпрессии» БТ имел место в 4,8 раза чаще, чем в основной группе. Обсуждение. Целесообразность проведения антиоксидантной терапии в условиях, когда имеет место уменьшение линейного и объемного воротного кровотока после декомпрессии БТ, и дезорганизация, и диссоциация печеночных ацинусов не должно быть предметом длительного обсуждения у больных с СМЖ. У этой категории больных проведение антиоксидантной защиты гепатоцитов однозначно является терапией выбора. Различные варианты дозированной и фракционной декомпрессии БТ носят вспомогательный характер, но существенно не снижают развития «быстрой декомпрессии» БТ. Заключение. Синдром «быстрой декомпрессии» БТ наблюдается почти у четвертой части пациентов с СМЖ после наружного либо внутреннего отведения желчи. Антиоксидантная терапия

включенная в лечебный комплекс сразу же после декомпрессии БТ значительно улучшает результаты лечения больных СМЖ.

#### **42. Актуальность комплексного подхода к безопасности пациентов в хирургии.**

Сажин В.П.(1), Маскин С.С.(2), Карсанов А.М.(3,4)

1) Рязань, 2) Волгоград, 3) Владикавказ

1) ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 3) ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 4) НУЗ УБ на ст. Владикавказ ОАО «РЖД»

Цель исследования – многоцентровое изучение профессиональной информированности хирургов в области периоперационной безопасности пациентов (БП) для определения первоочередных мер образовательного характера. Материалы и методы. Авторами исследования была разработана анкета из 50 вопросов, структурированных по 8 основным блокам: о концепции безопасности Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ); о правовых и информационных основах безопасности пациента; о комплексной профилактике венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО); о понимании проблемы профилактики хирургических инфекций; о профессиональной ориентации хирургов в выборе оптимального шовного материала; о теоретической подготовке и практическом опыте респондентов в области видеоэндоскопической хирургии; о периодичности и форме профессиональной подготовки и самоподготовки хирурга; о членстве в РОХ и об отношении хирургов к образовательным инициативам общества.. Среди 110 респондентов хирургами стационара были 88,2% врачей, остальные работали в поликлинике. 80% были мужчины, а средний стаж работы –  $16,1 \pm 0,97$  лет. 7% опрошенных были заведующими структурными подразделениями. В российском обществе хирургов (РОХ) состоят 21,8%. Преимущественно плановой хирургией занимаются 47,3%, остальные – экстренной. Результаты. Ранее фигурантами конфликтных ситуаций с пациентами были 55,5% хирургов, однако только 60,9% из них на момент исследования используют в каждодневной работе 323 ФЗ. Только половина из опрошенных хирургов знакома с программой ВОЗ «О безопасности пациентов», так же, как и по таким важным направлениям обеспечения БП, как профилактика венозных тромбоэмболических осложнений и инфекций области хирургического вмешательства. Несмотря на то, что 81% хирургов считают более значимым риск тромбоэмболии легочной артерии, нежели риск интраоперационного кровотечения, только 50% наших респондентов проводят оценку риска ВТЭО перед каждой операцией, а другая половина хирургов считает такую оценку целесообразной только при наличии клинических факторов риска. Только 47,3% респондентов всегда проводят перед операцией оценку риска инфекций области хирургического вмешательства (ИОХВ), 49,1% выполняют это только при явном риске ИОХВ, а 3,6% – не делают этого никогда. Эти результаты труднообъяснимы, ведь 94,3% из опрошенных хирургов вполне справедливо считают ИОХВ серьезной проблемой и только 5,7% так не считают. При риске ИОХВ применяют периоперационную антибактериальную профилактику (АБП) 57,3% хирургов. На наш взгляд, требуют безотлагательного решения выявленная в деятельности отдельных учреждений проблема, суть которой заключается в том, что 37,3% опрошенных применяют АБП во всех случаях плановых операций, а 5,4% хирургов – вообще ее не используют. 76% респондентов имеют возможность применения видеоэндоскопических технологий, однако реализуют её только 36%, причём в ургентной хирургии - не более половины. 42,1% из числа опрошенных хирургов поддерживают образовательные

инициативы РОХ, 20,6% относятся к ним отрицательно, еще 16,7% считают их невыполнимыми, а оставшиеся 20,6% – не знакомы с системой непрерывного образования общества. 33% хирургов не обучаются добровольно на несертификационных образовательных циклах. В качестве основного источника хирургической информации 36,3% используют сеть интернет, 25,7% – монографическую литературу, 24,2% – хирургические журналы, 9% – материалы и резолюции научных форумов. Только 79% хирургов не сомневаются в правильности выбора своей профессии. Выводы. Современные реалии требуют сфокусировать внимание хирургического сообщества на вопросах формирования такого понятия, как “безопасность хирургических пациентов и медицинских работников”. На данном этапе следует исходить не только из необходимости более интенсивного научного поиска в области развития технологий безопасности хирургических пациентов и скорейшей их реализации в практическое здравоохранение, но и из потребности акцентированно формировать образовательные программы национального хирургического сообщества.

#### **43. О значимости оценки социальной защищенности хирургических пациентов.**

Карсанова Т.К.(1), Карсанов А.М.(1,2), Толасова З.М.(1), Саламова Ф.Т.(1);

Владикавказ

1) НУЗ УБ на ст. Владикавказ ОАО «РЖД», 2) ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»» Министерства здравоохранения Российской Федерации,

Цель исследования - проведение мониторинга и оценка уровня организации мер социальной защищенности хирургических пациентов (СЗП) в Узловой больнице на ст. Владикавказ ОАО “РЖД” (УБ). Материал и методы. Анкетирование осуществлялось непрерывно с ежеквартальным, полугодовым, годовым анализом результатов в рамках врачебной комиссии. С соблюдением принципов проведения популяционных исследований была разработана анкета для пациента, включающая 26 вопросов. Всего опрошено 168 респондентов, прошедших стационарное лечение в 2014 г. Результаты. Женщины составили подавляющее большинство – 82%, так же как и трудоспособное населения – 81,6%. 73% пациентов были городскими жителями. 95% обратились в лечебное учреждение для лечения, а остальные для обследования. Важным социальным показателем функционирования УБ является то, что 86,9% респондентов не пришлось испытывать затруднения при госпитализации. Чуть более процента из опрошенных (1,2%) оценили свои проблемы при госпитализации как существенные. Недовольство качеством обслуживания в различных подразделениях УБ выразили малое количество респондентов. Так работой регистратуре были не довольны 3%, приемным покоем и врачом поликлиники – по 1%. В целом по больнице 3% пациентов не были ознакомлены с правилами внутреннего распорядка. 96,4% респондентов указали, что были проинформированы о своих правах и обязанностях надлежащим образом. В результате анкетирования 3,6% респондентов не подтвердили факта письменного оформления информированного согласия. 97,6% опрошенных указали, что имели возможность задать любые вопросы лечащему врачу, 0,6% – не имели и 1,8% имели не в полном объеме. Среди наших пациентов полную удовлетворённость обеспечением медикаментов за счёт страховых компаний подтвердили 92,3%, частично удовлетворёнными были 4,7%, неудовлетворенными – всего 0,6% и затруднились ответить – 1,8%. Удовлетворённость доступностью диагностического комплекса в больнице отметили 84% пациентов, остальным 16% пришлось оплачивать дополнительные обследования, что для территориальных лечебных учреждений в нашем регионе является вполне приличным показателем, особенно с учетом того, что наше учреждение не является многокочным и оснащено строго в соответствии со спектром определенных учредителем лечебно-

диагностических задач. При оценке в целом своего отношения к нашей больнице 79,1% опрошенных оценила её на 5 баллов, 13,7% – на 4 балла, 3,6% – на 3 балла, а оценки в 1 и 2 балла не было вовсе, что внушает оптимизм при оценке качества предоставления медицинских услуг. В итоге: 99,4% респондентов оказались удовлетворенными качеством работы всего персонала больницы и лишь 0,6% - не были удовлетворены. В отделениях этот показатель колебался от 96% до 100%. Отношением лечащих врачей были удовлетворены 98,2%, медицинских сестер – 100%. Качеством проводимой уборки младшим персоналом остались довольны 98,2% респондентов. На завершающий вопрос анкеты: “Хотите ли Вы получить помощь в нашей больнице в будущем?”, 97% респондентов ответили утвердительно и лишь 3% не намерены обращаться в наше лечебное учреждение. Главные выводы, предложения по совершенствованию системы и мероприятия по устранению недостатков, были доведены до сведения коллектива УБ. Выводы. Среди индикаторов СЗП выделяются: свобода выбора врача и медицинского учреждения, отношение системы здравоохранения к людям с точки зрения уважения их достоинства, внимание к личностным потребностям пациентов и соблюдение принципов конфиденциальности, высокое качество бытовых удобств для пациентов, участие пациентов в процессе принятия решений, ясность общения с медицинским персоналом и достаточность времени для уточнения неясных вопросов. Хорошо спланированное и организованное анонимное анкетирование пациентов является высокоэффективным средством мониторинга удовлетворенности уровнем организации мер СЗП. В результате проведения популяционных исследований выявляются скрытые дефекты качества оказания медицинской помощи. Адекватные меры целевого устранения недостатков организации СЗП являются единственным возможным способом управления современным лечебным учреждением.

#### **44. Анализ эпидемиологии рака щитовидной железы у населения Тамбовской области с 1993 по 2016.**

Ключева Е.А., Сычев Д.И.

Тамбов

ТОГ БУЗ «Тамбовская ЦРБ»

Актуальность проблемы. Рак щитовидной железы составляет 1-1,5% от всех злокачественных новообразований в мире и по данным ВОЗ за последние 20 лет имеет тенденцию к удвоению частоты за счет заболевания лиц молодого и среднего возраста. Несмотря на то, что в последние годы в 3 раза увеличилось количество пациентов, которым поставлен диагноз “рак щитовидной железы” выживаемость их одна из лучших. Это происходит по той причине, что низкодифференцированные формы опухоли этой локализации составляют всего лишь 10%. Согласно различным регистрам ежегодная смертность пациентов от рака щитовидной железы, определяемая на 100000 человек, находится в диапазоне от 0,2 до 1,2 у представителей мужского пола, и в пределах 0,4-2,8 у лиц женского пола. Общая смертность от рака щитовидной железы не превышает 1%. Основная причина смерти при раке щитовидной железы связана с отдаленными метастазами в органы, считающиеся жизненно важными. Цель исследования: установить распространенность рака щитовидной железы у населения Тамбовской области за последние 24 года. Материал и методы. Нами были проанализированы случаи встречаемости рака щитовидной железы в Тамбовской области за 24 года с 1993 по 2016 годы. В исследование были включены лица мужского и женского пола в возрасте от 0 до 80 лет, которые поступали на лечение в Тамбовский областной онкодиспансер, Тамбовскую областную больницу им. Бабенко В.Д., детскую Тамбовскую областную больницу, а также с 2010 года в ТОГ БУЗ “Тамбовская ЦРБ” и ГКБ №3 города Тамбова. Результат и обсуждение. Отмечена большая выявляемость рака щитовидной железы среди



лиц женского пола по отношению к лицам мужского пола в среднем 5:1, а также стойкая тенденция роста злокачественных заболеваний щитовидной железы в последние 2 года с 2015 по 2016 годы до 62 случаев по Тамбовской области в год. Средний возраст составил 55 лет. За период времени с 1993 по 2005 годы зарегистрирован рост заболеваемости раком щитовидной железы с 2,15 до 4,4 случаев на 100000 населения. В период времени с 2006 по 2014 годы отмечен спад заболеваемости с 4,25 до 3,55 случаев на 100000 населения. И вновь рост заболеваемости раком щитовидной железы отмечен с 2015 по 2016 годы и составил 5,84-5,90 случаев на 100000 населения. При выявлении рака щитовидной железы использовались различные методы диагностики, включающие: УЗИ, КТ, сканирование, МРТ щитовидной железы, тонкоигольную биопсию ткани щитовидной железы, специфические онкомаркеры. По морфологической картине папиллярный рак щитовидной железы за период времени с 1993 по 2005 годы встречался в среднем в 50% случаев из всех раков щитовидной железы, включая фолликулярный, медуллярный, недифференцированный, смешанный, аденому щитовидной железы с малигнизацией, лимфосаркому. С 2006 по 2016 годы отмечен рост случаев папиллярного рака в структуре рака щитовидной железы до 78%. Объем оперативных вмешательств на щитовидной железе был в зависимости от поражения органа от субтотальной резекции щитовидной железы до тиреоидэктомии. В послеоперационном периоде пациенты получали специфическое лечение, направленное на профилактику рецидива заболевания, лечение последствий рака щитовидной железы при метастатическом поражении. Десятилетняя выживаемость при раке щитовидной железы составила в среднем 98% по Тамбовской области. Выводы: 1. Рост заболеваемости раком щитовидной железы за период времени с 1993 по 2005 годы можно связать с возможными последствиями аварии на Чернобыльской АЭС, с 2015 по 2016 годы – с прогнозированной волной последствий аварии на Чернобыльской АЭС. 2. Высокая 10 летняя выживаемость при раке щитовидной железы в Тамбовской области связана с преобладанием форм дифференцированного рака, ранней его выявляемостью, йодной профилактикой среди населения препаратами солей йода, своевременным оперативным лечением и ведением пациентов в послеоперационном периоде.

#### **45. Закрытая эхинококкэктомия печени в лапароскопическом варианте.**

Меджидов Р.Т., Султанова Р.С.

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Закрытая эхинококкэктомия печени является приоритетной в плане профилактики рецидива эхинококковой болезни. Удаление эхинококковой кисты без вскрытия её полости возможно лишь при использовании высоких технологий, таких как: ультразвуковые диссекторы и деструкторы-аспираторы, система «Ligasure», микроволновой абляции Valleylab. Более того, выполнение закрытой эхинококкэктомии из органов брюшной полости с использованием высоких технологий и под видеолапароскопическим контролем на данном этапе развития хирургии и медицинских технологий представляет огромный научный и практический интерес. Лапароскопический доступ наиболее показан при краевой локализации кист. Цель исследования. Уточнить эффективность и оценить возможности выполнения закрытой эхинококкэктомии (цистперицистэктомии) печени под лапароскопическим контролем и с применением высоких резекционных технологий. Материал и методы. В клинике нами проведена цистперицистэктомия из печени 64 пациентам. Среди них монокистозный эхинококкоз имелся у 60(93,8%) больных, а у 4 (6,2%) пациентов отмечены по 2 кисты. Все кисты имели краевую и относительно поверхностную локализацию. Размеры кист в этих

наблюдениях не превышали 10 см в диаметре. Все оперативные вмешательства выполнены с помощью ультразвуковых резекционных технологий фирмы «Söring». Группа сравнения составили 50 больных, которым проведена цистперицистэктомия из широкой лапаротомии. Результаты. Технический успех в проведении цистперицистэктомии под видеолапароскопическим контролем и с использованием ультразвуковых технологий отмечен в 96,7% наблюдениях. В 3 наблюдениях имело место конверсия на широкую лапаротомию. Интраоперационная кровопотеря в сравниваемых группах статистически достоверно не отличалась. Медиана продолжительности операции в основной группе составила  $112,6 \pm 5,4$  мин., а в контрольной –  $93,4 \pm 4,1$  мин. Послеоперационные осложнения в основной группе имели место у 3 (4,7%) пациентов, в контрольной – у 2 (3,1%). В основном они были местного характера, то есть жидкостные скопления в зоне операции. При трехгодичном наблюдении рецидив заболевания в сравниваемых группах не отмечен. Интегральный показатель качества жизни пациентов статистически достоверно отличался в сравниваемых группах и был выше в основной группе больных. Заключение. Цистперицистэктомия с использованием высоких ультразвуковых резекционных технологий в видеолапароскопическом варианте вполне выполнимое вмешательство, особенно при краевой локализации кисты печени и процент конверсий на лапаротомию не велик.

#### **46. Преимущества современных санационных технологий при лечении гнойных ран.**

Сергеев В.А.(1), Глухов А.А.(2); Сергеев В.А.(1), Глухов А.А.(2)

1) Орел, 2) Воронеж.

1) ОГУ им. И.С.Тургенева, Медицинский институт, 2) ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. В настоящее время проблема лечения раневой инфекции остается одной из важнейших в практической хирургии: частота инфекционных осложнений, по мнению разных авторов, составляет 35-45%, возросла доля внутрибольничного инфицирования от 12 до 22%, а летальность достигает 25%. Цель: Оценка эффективности комплексного подхода при лечении гнойных ран с применением различных санационных технологий: ультразвуковых, вакуумных, метода программной ирригационно-аспирационной санации (ПИАС). Материал и методы: За период 2006-2016 годы под нашим наблюдением находились 228 пациентов с гнойными ранами различной локализации в возрасте от 21 до 88 лет. Основная группа – 132 пациентов, группа сравнения – 96. В группе сравнения применялись традиционные методы лечения. В основной группе больных с целью оптимизации процесса заживления использовали обработку гнойных ран ультразвуком, вакуум-терапию и метод ПИАС. Ультразвуковую кавитацию раневой полости проводили аппаратом Sonoca 185 фирмы Soring, а для создания локального отрицательного давления (ЛОД) в полости раны и для применения метода ПИАС использовали устройство АМП-01, имеющее сертификат соответствия и регистрационное удостоверение. Блок управления устройства позволяет задавать программу циклического нагнетания антисептического раствора в гнойную полость под давлением, а затем после его экспозиции - активную аспирацию отработанного раствора. Устройство работает по циклическому принципу в автономном режиме, позволяет выбрать параметры санации (скорость, объем нагнетания или аспирации) и осуществлять индивидуальный подход к лечению каждого конкретного случая. Устройство оснащено датчиком давления, поддерживающим в автоматическом режиме определенный уровень разряжения в полости гнойного очага. В основной группе пациентов после адекватной хирургической обработки гнойной раны с применением ультразвуковой кавитации устанавливали трубчатые дренажи в наиболее низкие места раневой полости и выводили их через контрапертуры.

Послеоперационная рана ушивалась наглухо, а дренажи подсоединяли к оригинальному устройству АМП-01. Программную санацию осуществляли каждые 3 часа, чередуя ее с периодом «разрежения» в гнойной полости (2 часа), создаваемым устройством АМП-01 в режиме «аспирация». Данную методику применяли в первые 3-5 суток лечения, а затем переходили на активную аспирацию. Базисная терапия была одинаковой в обеих группах больных. Методы исследования: общеклинические, бактериологический, бактериоскопический, цитологический, математический. Результаты: Практически у всех больных основной группы уже на 2-3-и сутки отмечалось значительное уменьшение болей и воспалительных явлений в области раны, к 3 - 4-м суткам боли полностью исчезали у 94% пациентов, а воспалительные явления полностью купировались к 6-7-м суткам. У больных контрольной группы боли исчезали на 4-5-е сутки, а воспалительные явления полностью купировались к 8-10-м суткам. Нормализация температуры тела у больных основной группы происходила к 3-4-м суткам, а в контрольной группе - к 5-6-м суткам. Нормализация количества лейкоцитов в основной группе достоверно ( $p < 0,05$ ) отмечена уже к 3-м суткам от начала лечения, в контрольной группе аналогичный результат наблюдался на 4-6-е сутки от начала лечения. Снижение уровня микробной обсемененности гнойной полости ниже критического уровня мы отмечали в основной группе больных на 3-4-е сутки, в контрольной - в среднем на 5-6-е сутки ( $p < 0,05$ ). Сроки пребывания в стационаре больных основной группы были достоверно меньше, чем в контрольной ( $p < 0,05$ ), и составили  $10,6 \pm 1,2$  суток, в контрольной группе -  $16,4 \pm 1,8$  суток. Длительность полного заживления ран в основной группе составила  $14,6 \pm 1,8$ , в контрольной группе -  $19,8 \pm 1,9$  ( $p < 0,05$ ). Выводы. Комплексный подход с применением ультразвука, ЛОД и метода ПИАС способствует более ранней деконтаминации гнойных ран, очищению их от некротических тканей и фибрина, уменьшению перифокального воспаления, что позволило в нашем исследовании сократить сроки лечения больных в основной группе исследования.

#### **47. Применение интракорпорального ручного эндошва в лапароскопической хирургии желудка.**

Хитарьян А.Г., Велиев К.С., Завгородняя Р. Н., Алибеков А.З.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

В настоящее время существует множество современных способов наложения аппаратного шва в абдоминальной хирургии. Разработаны и успешно применяются всевозможные эндостеплеры и сшивающие аппараты. Однако, даже современные сшивающие аппараты не всегда применимы в повседневной хирургической практике. Так, например, применение сшивающих аппаратов при незначительном (2–5 мм) дефекте, который может быть закрыт 1-2 узловыми швами, нецелесообразно. Кроме того, применение аппаратного шва невозможно и при сшивании или наложении анастомоза мелких структур, таких как кровеносные сосуды, желчные и панкреатические протоки. Также, значительные трудности возникают при необходимости наложения швов сложной формы. Одним из основных недостатков сшивающих аппаратов является их высокая стоимость, а также дорогостоящие расходные материалы. Ручной шов является полноценной альтернативой аппаратному, и лишен вышеуказанных недостатков, что дает более широкую область его применения. Однако применение ручного эндоскопического шва требует наличие у хирурга определенного опыта. В настоящее время особо дискуссионным представляется преимущества линейных и циркулярных степлерных аппаратов при наложении пищевода-кишечного, пищевода-желудочного и желудочно-кишечного соустья при малых размерах сформированной культи желудка, например при субтотальной резекции

желудка или гастроеюношунтировании. Использование ручного интракорпорального эндошва в таких ситуациях по мнению ряда авторов способно снизить количество несостоятельств анастомозов в ранние послеоперационные сроки а в отдаленном периоде избежать рубцевание и структур соустья. Цель исследования. Сравнительная оценка применения ручного и аппаратного шва в лапароскопической абдоминальной хирургии. Материалы и методы. В хирургическом отделении №1 НУЗ «ДКБ» г.Ростова-на-Дону, ручной интракорпоральный эндоскопический шов применен у 25 пациентов. В 2 случаях выполнена проксимальная резекция желудка по поводу язвы рака тела желудка T2-3N1M0 с лимфодиссекцией D2 и удалением лимфатических узлов №8,9,10,11,12 по японской классификации с наложением гастроэзофагоанастомоза. У 3 больных выполнена дистальная резекция по поводу осложнений язвенной болезни с наложением гастроэнтероанастомоза. У 12 пациентов выполнено гастроеюношунтирование по поводу морбидного ожирения. В 8 случаях проведена гастрэктомия, при этом в 4 случаях данное пособие выполнено при онкологических заболеваниях T3-4N1M0, как радикальное вмешательство с лимфодиссекцией D2 и удалением лимфатических узлов №1-10,12,14 с наложением эзофагоэнтероанастомоза. Тогда как у 4 пациентов с раком желудка T3N1M1 выполнено циторедуктивное пособие. Результаты. Из 25 больных оперированных на органах брюшной полости, осложнений, связанных с применением ручного интракорпорального шва не выявлено. У 1 больного перенесшего дистальную резекцию желудка, в послеоперационном периоде отмечалось развитие кровотечения, однако оно не было связано с хирургическим пособием. При этом, время оперативного вмешательства с применением ручного интракорпорального шва по сравнению с применением аппаратного шва увеличилось в среднем лишь на  $25 \pm 14$  мин. Заключение. Таким образом, применение ручного интракорпорального шва связано с необходимостью наличия опыта у хирурга, а также несущественно увеличивает продолжительность оперативного пособия. Однако применение ручного шва позволяет избежать недостатков аппаратного метода сшивания, при этом позволяет избежать развития таких грозных осложнений как несостоятельность анастомоза, кровотечение.

#### **48. Новые технологии в хирургии – пластическое закрытие глубоких раневых дефектов без аутодермопластики и в амбулаторных условиях.**

Богомоллов М.С.(1), Богомоллова В.В.(2)

Санкт-Петербург

1) ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) СПб ГБУЗ «Городская больница № 14»

Цель. Оценка эффективности применения биодegradуемого материала (мембраны нативного коллагена «Коллост») для пластического закрытия длительно не заживающих глубоких раневых дефектов мягких тканей (послеоперационные раны, трофические язвы) у пациентов с лимфовенозной недостаточностью нижних конечностей. Методы. В исследование включены 68 пациентов (29 мужчин и 39 женщин) в возрасте от 28 до 92 лет, средний возраст – 66,4 года, у которых на нижних конечностях имелись 119 трофических язв (25 поверхностных, 94 глубоких), возникших на фоне лимфовенозной недостаточности. Размер поверхностных язв – от 1,0 до 13 см<sup>2</sup> (в среднем – 4,6 см<sup>2</sup>), срок существования до включения в исследование – от 1 до 36 месяцев (в среднем – 9,2 месяца). Размер глубоких язв – от 1,0 до 50 см<sup>2</sup> (в среднем – 5,5 см<sup>2</sup>), срок безуспешного лечения до включения в исследование – от 1 до 108 месяцев (в среднем – 13,9 месяца). Большинство раневых поверхностей имело исходно высокий уровень бактериальной обсемененности (более 10<sup>6</sup> КОЕ/см<sup>3</sup>), в связи с чем, наряду с обеспечением адекватной компрессионной терапии, на первом этапе местное лечение проводилось с помощью

мазевых повязок (водорастворимые мази «Офломелид» или «Браунодин»). В сроки от 1 до 2 недель достигалось полноценное санирование язв, после чего постоянное сохранение абактериальной влажной раневой среды обеспечивалось двумя разными способами: в одной группе на второй и третьей стадиях заживления использовались гидроколлоидные повязки, во второй группе на всех этапах лечения продолжалось использование водорастворимых мазей. Кроме того, при лечении 32 глубоких язв выполнялись имплантации мембран нативного коллагена «Коллост». Площадь ран измерялась по цифровым фотографиям еженедельно. Результаты. Длительность лечения поверхностных язв, вне зависимости от их размера и применяемых повязок, не превышала 2-х месяцев (от 1 недели до 2 месяцев), составляя, в среднем, 1,18 мес. Средняя длительность лечения глубоких язв составила 2,8 месяца (от 3 недель до 8 месяцев). При этом, при лечении только мазевыми повязками сроки лечения были от 3 недель до 8 месяцев (медиана – 3,25 мес.), средняя скорость заживления – 1,46 см<sup>2</sup>/мес.; при применении гидроколлоидных повязок сроки лечения находились в диапазоне от 3 недель до 6 месяцев (медиана – 2,49 мес.), средняя скорость заживления – 1,9 см<sup>2</sup>/мес., а при имплантации мембран нативного коллагена сроки лечения составили от 3 недель до 7 месяцев (медиана – 3,07 мес.), а средняя скорость заживления самой высокой – 2,73 см<sup>2</sup>/мес. (максимальная – 10,1 см<sup>2</sup>/мес.). Следует отметить, что при использовании мембран нативного коллагена на месте зажившего дефекта формировались более полноценные ткани, мало отличающиеся по структуре от окружающей здоровой кожи. В отдаленные сроки (до 3 лет после заживления) на месте бывших язв, при лечении которых выполнялись имплантации мембран нативного коллагена, не отмечалось возникновения рецидивов, отсутствовали грубые рубцы. Кроме того, во всех случаях получены хорошие косметические результаты лечения. Обсуждение. Методика ведения ран в условиях влажной среды может быть реализована различными способами. Самым экономичным является использование водорастворимых мазей в сочетании с закрытием повязок современными пластырями. Недостаток – необходимость ежедневных перевязок и более длительный (по сравнению с применением только гидроколлоидных повязок) период лечения. Гидроколлоидные повязки обеспечивают более высокую скорость заживления язв и существенно более комфортны для пациента: перевязки делаются раз в 5-7 дней. Однако, при наличии больших по площади и глубоких дефектов мягких тканей, использование обоих упомянутых способов сопровождается формированием грубых рубцов, что ухудшает косметические результаты лечения и создает предпосылки развития местных рецидивов язв в отдаленные сроки. Традиционно, для закрытия больших язв используется операция аутодермопластики, для выполнения которой требуется госпитализация пациентов со всеми вытекающими из этого экономическими издержками. Начиная с 2010 года при лечении глубоких трофических язв различного генеза (ишемические, венозные, диабетические) мы успешно используем в качестве альтернативы аутодермопластике имплантацию мембран нативного коллагена. Эта процедура выполняется амбулаторно в условиях перевязочной; не требует проведения анестезии; обеспечивает полноценное ремоделирование кожных покровов; дает хорошие косметические результаты; способствует эффективной профилактике рецидивов в отдаленные сроки после излечения. Кроме того, существенно снижается стоимость лечения. Выводы. Применение мембран нативного коллагена «Коллост» для пластического закрытия глубоких дефектов мягких тканей позволяет не только существенно ускорить окончательное заживление трофических язв у пациентов с декомпенсированной формой лимфovenозной недостаточности, но и дает лучшие отдаленные функциональные и косметические результаты.

#### **49. Изменение системы гемостаза у пациентов с циррозом печени, перенёсших операцию трансъюгулярного внутривенного портосистемного шунтирования.**

Сапронова Н.Г.(1), Шлык И.Ф.(1), Светова Э.В.(1), Иващенко А.В.(2).

Ростов-на-Дону

1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ИП Иващенко А.В.

Актуальность: малая травматичность и удовлетворительная переносимость больными операции трансъюгулярного внутривенного портосистемного шунтирования (TIPS) при циррозе печени (ЦП) являются очевидными достоинствами. Но существующая проблема нарушений проходимости шунтов: тромбоз, который встречается в 10-15% от выполненных операций TIPS, окклюзия или стеноз, встречающиеся в 18-78% наблюдений [Сапронова Н.Г., Кательницкий И.И., 2013; Ефанов М.Г., Бакулин И.Г. и соавт., 2014; Хоронько Ю.В. с соав., 2014], приводит к рецидиву варикозного кровотечения и увеличивает риск летального исхода. Цель: исследовать изменения системы гемостаза путем оценки локальных и глобальных тестов у больных с осложненными формами ЦП. Материалы и методы: исследование было проведено в хирургической клинике Ростовского государственного медицинского университета в 2016-2017г. у 10 пациентов с ЦП вирусной этиологии, которым был выполнен TIPS. Все больные на момент исследования и до него не принимали препаратов, влияющих на свёртывающую систему крови. У 5 пациентов были выявлены положительные маркёры вирусного гепатита В, у 5 – вирусного гепатита С, отсутствие активности процесса в печени было подтверждено пункционной биопсией. Длительность проявлений ЦП варьировала от 3 до 10 лет (в среднем 7,6 лет). Все пациенты были с хронической печёночной недостаточностью класса В. Из сопутствующей патологии отмечены заболевания сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, не влияющие на ход исследования. Оценка базисных («локальных» и «уточняющих») тестов гемостаза проводилась на основании анализа стандартных лабораторных показателей свёртываемости крови (АЧТВ, фибриноген, МНО, ПТИ, протромбиновое время, активность протромбина по Квику, тромбиновое время, D-димер), а также уровня тромбоцитов. Оценка «глобальных» тестов гемостаза осуществлялась методом Тромбодинамики (учитывая пространственно-неоднородные процессы при свёртывании крови, оценивались показатели скорости формирования кровяного сгустка, задержки роста кровяного сгустка, начальная скорость роста сгустка, стационарная скорость роста сгустка, размер сгустка через 30 минут, плотность сгустка, время появления спонтанных сгустков) на аппарате системы диагностической лабораторной «Регистратор Тромбодинамики Т-2» производства компании ГемаКор. При анализе «базисных» тестов отмечалось превышение нормы АПТВ (в среднем 47,86 сек при норме 24-34 сек), МНО (в среднем 5,28 при норме 0,80-1,30), протромбинового времени (в среднем 19,8 сек при норме 12-18 сек), а также достоверное снижение показателей уровня тромбоцитов (в среднем  $97,8 \times 10^9/\text{л}$  при норме  $180-320 \times 10^9/\text{л}$ ), ПТИ (в среднем 70,6% при норме 80-120%), активности протромбина по Квику (в среднем 73,5 % при норме 80-150%), являющиеся признаком гипокоагуляции. Оценивая результаты «глобальных» тестов выявили превышение нормы по показателям скорости роста сгустка (в среднем 29,45 мкм/мин при норме 20-29 мкм/мин), стационарной скорости (в среднем 29,45 мкм/мин при норме 20-29 мкм/мин) и времени появления спонтанных сгустков (в среднем 3,37 мин, в норме отсутствует), что является признаком гиперкоагуляции. Таким образом, развивающийся в организме больного тромбгеморрагический синдром не может быть выявлен существующими «базисными» методами оценки системы гемостаза, которые дают лишь фрагментарную информацию и не позволяют судить о состоянии системы гемостаза как единой системы, функционирующей комплексно и неразрывно

внутри своих звеньев. В то же самое время тест Тромбодинамики позволяет выявлять возможные тромбогеморрагические риски в послеоперационном периоде.

## **50. Влияние высокотемпературной лазерной энергии на цельную кровь**

Ахадов Р.А., Хубулава Г.Г.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ

Актуальность проблемы: в литературе описан эффект vaporization при воздействии лазера на кровь, который заключается в образовании множественных пузырьков газа. Продолжают изучаться вопросы глубины и степени поражения венозной стенки после обработки высокотемпературным лазерным излучением. Большую клиническую значимость имеет влияние лазерной энергии на саму кровь. Однако исчерпывающего ответа в существующих исследованиях нет. Цель работы: оценка воздействия термооблитерации на кровь во время использования эндовенозной лазерной коагуляции. Материалы и методы: с целью изучения влияния лазерной энергии на форменные элементы крови проведена серия экспериментальных исследований. Для генерации энергии применяли аппарат лазерный полупроводниковый хирургический (АЛПХ-01 - «ДИОЛАН») производства НПП волоконно-оптических и лазерных технологий г. СПб с длиной волны 980нм и максимальной мощностью 20 Вт. Для подачи лазерной энергии использовали оптоволокно с радиальным свечением. В качестве биологической среды применяли как цельную кровь, так и эритроцитарную взвесь. Собирали систему, включающую в себя емкость с цельной кровью (кровь), ПВХ трубки от аппарата искусственного кровообращения диаметром 3/8 дюйма (9.5мм), переходник, шприц и систему для переливания крови с фильтром. Соединяли пакет с цельной кровью с собранной системой. Кровь в пакете тщательно перемешивали. Светодиодный инструмент вводили в трубку непосредственно через микроотверстие в верхней части пакета. Далее систему полностью заполняли кровью. Воздействие лазера проводили с мощностью в 18 Вт в постоянно-волновом режиме. Продвигали волокно со скоростью около 3-х мм в секунду, так как более медленное продвижение в одном случае привело к расплавлению стенки ПВХ трубки и образованию отверстия (перфорации). Кровь самотеком проходила через фильтр и далее в резервуар. Первый забор крови брали в шприц, подсоединенный к системе через переходник перед фильтром, непосредственно во время подачи лазерной энергии. Второй забор – кровь, поступающая из свободного конца системы, опущенного в резервуар. Результаты и обсуждение: во время эксперимента в 100% случаев отмечалось активное вскипание (vaporization) крови с образованием множественных пузырьков, микросгустков, сопровождающееся интенсивным запахом гари из открытого конца трубки, опущенного в резервуар. Следует отметить, что на стенке шприца, после забора крови, обработанной лазерной энергией, отмечались видимые свежие микротромбы. В фильтре отмечались задержанные тромботические массы, элементы кровяного детрита в виде угольной плотности. Выводы: высокотемпературная лазерная энергия «сжигает кровь», приводит к деформации, разрушению и склеиванию форменных элементов (прежде всего эритроцитов), способствует образованию кровяных сгустков и субстрата угольной плотности, которые в свою очередь могут мигрировать через сафено-фemorальное соустье в глубокую систему, а далее в сердце и легкие, вызывая тем самым материальную эмболию.

## 51. Влияние программируемых санационных технологий и ранней торакоскопии на показатели интоксикационного синдрома при острой эмпиеме плевры

Сергеев В.А.(1), Глухов А.А.(2); Сергеев В.А.(1), Глухов А.А.(2)

1) Орел 2) Воронеж

1) ОГУ им. И.С.Тургенева, Медицинский институт, 2) ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность: Совершенствование хирургических методов лечения и внедрение новых современных технологий позволило снизить в последние годы смертность при острой эмпиеме плевры в ранние сроки заболевания. Однако проблема лечения этой патологии на современном этапе приобретает особую актуальность в торакальной хирургии, осложняя течение абсцесса легких в 8-11 %, гангрены в 55-90 %, течение травмы в 2-15 % наблюдений. На сегодняшний день нет четко разработанного алгоритма и сроков применения современных санационных технологий, в том числе ранней торакоскопии, в комплексном лечении эмпиемы плевры. Цель: оценить влияние современных санационных технологий, в том числе метода программной внутривнутриплевральной санации (ПВС), на показатели интоксикационного синдрома при лечении больных с острой эмпиемой плевры (ЭП). Материалы и методы: анализированы результаты лечения 64-х больных с ЭП в возрасте от 23 до 65 лет (средний возраст - 46,6 лет). Мужчин было – 55; женщин – 9. Основную группу составили 31 пациент, которым проводилась санация плевральной полости с применением ранней видеоторакоскопии, а в послеоперационном периоде выполнялась ПВС с использованием оригинального устройства АМП-01. В группу сравнения вошли 33 больных, у которых проводили санацию плевральной полости путем фракционного ее промывания с последующей вакуум-аспирацией. Ранняя видеоторакоскопия позволяла оценить характер и распространенность гнойно-деструктивного процесса, стадию воспалительного процесса, разделить фибриновые сращения, удалить фибриновые наложения и гнойно-некротические ткани с поверхности легкого и плевры, установить дренажи под визуальным контролем. Применение ПВС осуществляли следующим образом. После проведения санации плевральной полости дренажи подсоединяли к устройству АМП-01. Устройство оснащено датчиком давления, позволяющим устанавливать и поддерживать определенный уровень разряжения в автоматическом режиме в плевральной полости. С помощью панели управления данного устройства устанавливали программу последовательного включения циклов нагнетания антисептика в плевральную полость, его экспозиции и эвакуации отработанного раствора. Программную санацию осуществляли каждые 3 часа, чередуя ее с периодом активной аспирации (2 часа), создаваемым устройством АМП-01 в режиме «аспирация». При этом создавали разрежение в плевральной полости на уровне 80-100 мм вод. ст. ПВС применяли в первые 7-14 суток от начала лечения, в последующем переходили на активную аспирацию или пассивное дренирование плевральной полости. Результаты: Нормализация температуры тела у больных основной группы происходила в среднем к 7-8-м суткам, в группе сравнения - к 9-10-м суткам. Нормализация количества лейкоцитов в основной группе отмечена к 6-7-м суткам, в группе сравнения - на 8-9-е сутки от начала лечения. При госпитализации у пациентов имело место выраженная интоксикация со значениями ЛИИ до  $2,8 \pm 0,6$ . В 19-и наблюдениях отмечалась тяжелая степень интоксикации с признаками синдрома системной воспалительной реакции, и наблюдалось повышение ЛИИ до  $4,2 \pm 0,4$ . Нормализация ЛИИ (снижение до 1,0) в основной группе исследования происходила в среднем к 4-6-м суткам, в группе сравнения - не ранее 7-9-м суткам после операции ( $p < 0,05$ ). Надо отметить, что у больных в группе сравнения ЛИИ оставался повышенным в пределах от 1,2 до 1,5 у 42,4 % больных в течение 11-12 суток после начала оперативного лечения. Снижение уровня микробной обсемененности ниже



критического уровня в ходе проводимого лечения в основной группе было отмечено на 5-6-е сутки, а в группе сравнения - на 8-9-е сутки. В основной группе выздоровление достигнуто в 87,1 % больных, в группе сравнения - в 72,7 % случаев. Частота перехода заболевания в хроническую форму была ниже в основной группе на 17 % по сравнению с группой сравнения ( $p < 0,05$ ). Сроки пребывания в стационаре больных контрольной группы составили  $26,4 \pm 3,4$  суток, основной -  $19,2 \pm 2,8$  суток. Вывод: Применение современных санационных технологий, в том числе ранней видеоторакокопии и разработанного метода ПВС позволило повысить эффективность санации плевральной полости у больных с эмпиемой плевры, что в комплексе с другими лечебными мероприятиями способствовало улучшению показателей интоксикационного синдрома и сокращению сроков лечения.

## **52. Опыт применения программы ускоренного выздоровления (FAST TRACK) у пациентов с морбидным ожирением**

Буриков М.А., Кинякин А.И., Шульгин О.В., Сказкин И.В., Махно Ю.Э., Волкова Н.П.

Ростов-на-Дону

РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России

Актуальность проблемы: В настоящее время, учитывая динамичный поток пациентов, снижение длительности пребывания в стационаре при хирургическом лечении имеет особое значение. Программа Fast-track основана на принципах доказательной медицины, она была разработана и апробирована в ряде западных клиник с начала 90х годов прошлого века. Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 29 медицинских карт пациентов прооперированных по поводу морбидного ожирения в хирургическом отделении за 2016г. Мужчины 4 (14%); женщины 24 (86%) с индексом массы тела от 35 до 68 кг/м<sup>2</sup>. 24 пациентам выполнялась продольная резекция желудка (Sleeve), 5 пациентам желудочное шунтирование в модификации SADI-S. Среднее время оперативного вмешательства составило при Sleeve- 75 минут, при SADI-S -135 минут. У всех пациентов в параоперационном периоде применялись принципы Fast track- госпитализация в день операции; прием углеводного напитка за 2 часа до операции; отказ от подготовки кишечника; отказ от постановки назогастрального зонда; интраоперационное использование местного обезболивания ран анестетиками длительного действия; ограничение применения опиоидов и использование современных коротких миорелаксантов при наркозе; профилактика интраоперационной гипотермии; использование перемежающейся пневмокомпрессии нижних конечностей; отказ от дренирования брюшной полости, либо раннее удаление дренажа; экстубация в состоянии медицинского сна (до полного восстановления сознания); отказ от установки мочевого катетера; ранняя послеоперационная активизация; начало приема жидкости и жидкой пищи в раннем послеоперационном периоде (в день операции). Оценка эффективности применения программы ускоренного выздоровления у всех пациентов проводилась следующим образом: учитывались сроки пребывания пациентов в стационаре; сроки появления моторики кишечника (самостоятельного стула) в послеоперационном периоде; наличие/отсутствие ранних послеоперационных осложнений (оценка проводилась по шкале Clavien-Dindo); выраженность жалоб оценивалась по опрочникам GSRs; уровень общей удовлетворенности пациента. Для полноты оценки применяемой программы использовались карты со шкалами. Результаты: У пациентов со Sleeve период пребывания в стационаре составил 2,2, при SADI-S - 4,5 дня. Активизация пациентов в среднем через 3,2 часа после операции (пациенты встают, ходят по палате). Появление стула отмечалось на 2 сутки послеоперационного периода. Наблюдались следующие ранние послеоперационные осложнения по шкале Clavien-Dindo- I уровня в 1 случае (3,4%). Осложнений II- V уровней сложности не наблюдалось. Для обезболивания применения

наркотических анальгетиков не требовалось. Изучение результатов анкетирования по опроснику GSRS выявило минимальное количество стандартных общих послеоперационных жалоб. Оценка удовлетворенности пациентов показала высокий уровень оценки комфортности пребывания в стационаре и результатов лечения. Выводы: Введение в практику лечения пациентов с морбидным ожирением программы ускоренного выздоровления, позволяет сократить длительность пребывания пациентов в стационаре; повысить оборот койки; добиться низкого количества ранних послеоперационных осложнений; уменьшить болевой синдром; уменьшить затраты на каждого пациента; повысить уровень общей удовлетворенности пациента оказанной медицинской помощью.

### **53. Опыт применения ропивакаина для интраоперационного и послеоперационного купирования боли.**

Низамов Ф. Х., Иванов Е. В., Речкалов А.А.

Тюмень

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Эффективность хирургического лечения заболеваний в амбулаторных условиях определяется не только самим оперативным вмешательством, но и адекватным обезболиванием во время операции и в послеоперационном периоде. При удалении новообразований кожи и подкожной клетчатки, дренировании гнойно-воспалительных процессов в условиях поликлиники используется местная анестезия. Большое значение при этом имеет правильный выбор анестетика. До настоящего времени хирурги используют проверенные годами препараты: 0,5–2% раствор новокаина, 2% раствор лидокаина. Их анестетический эффект длится от 40 минут до 2–2,5 часов. Возникает необходимость назначения дополнительных анальгетиков для продолжения обезбоживания в послеоперационном периоде. Для этих целей широко используются нестероидные противовоспалительные препараты. Хирургам импонируют хорошие анальгетические свойства этих препаратов и достаточно продолжительное действие. Вместе с тем, эти лекарственные средства могут давать серьезные осложнения. В первую очередь, это малые и/или большие кровотечения, дестабилизация артериального давления, риск обострения сердечно-сосудистых заболеваний. Наиболее частым осложнением применения нестероидных противовоспалительных препаратов является ассоциированная диспепсия. Неприятным свойством препаратов также считается взаимодействие их с другими лекарственными средствами. Исключить назначение анальгетиков в послеоперационном периоде можно при использовании других местных анестетиков. Цель. Изучить целесообразность применения пролонгированных местных анестетиков в амбулаторной хирургии. Материал и методы. За два года проведено 327 операций в амбулаторных условиях при различных заболеваниях. В качестве альтернативного местного анестетика использовался ропивакаин (Наропин). Применялся 7,5% раствор в количестве 2–4 мл для проводниковой анестезии, или 10–15 мл для инфильтрационной анестезии. Результаты и обсуждение. При использовании ропивакаина анестезия наступала через 4–6 минут после введения препарата и продолжалась в течение 10–12 часов после операции. Ни в одном случае не наблюдалось осложнений. Уровень анестезии был достаточно глубоким даже при операциях на костных структурах. В послеоперационном периоде не было необходимости назначения дополнительных анальгетиков. Выводы. Наропин (ропивакаин) является удобным в применении для амбулаторных операций местным анестетиком пролонгированного действия. Использование Наропина в большинстве случаев позволяет отказаться от дополнительного обезбоживания в послеоперационном периоде.

## 54. Опыт хирургического лечения больных с гиперпаратиреозом.

Кухтенко Ю.В., Косивцов О.А., Рясков Л.А.

Волгоград

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. Одной из актуальных проблем современной эндокринологии является гиперпаратиреоз (ГПТ). Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) – эндокринное заболевание, обусловленное повышением уровня паратгормона в крови на фоне гиперплазии или опухоли одной или нескольких паращитовидных желез (ПЩЖ). В настоящее время ПГПТ находится на третьем месте после сахарного диабета и заболеваний щитовидной железы (ЩЖ), поражает 0,05-0,3% популяции и выявляется во всех группах населения. Женщины страдают в 2-3 раза чаще мужчин, и наиболее часто диагностируется в возрасте старше 55 лет. Вторичный гиперпаратиреоз (ВГПТ) – нарушение фосфорно-кальциевого обмена у пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, вызываемое повышением в крови концентрации фосфора и снижением концентрации кальция, что приводит к компенсаторному увеличению секреции паратиреоидного гормона (ПТГ) и гиперплазии ПЩЖ. При третичном гиперпаратиреозе (ТГПТ) гиперплазированные железы превращаются в аденомы с независимой от уровня кальция в крови выработкой паратгормона на фоне длительно существующего ВГПТ. Цель работы. Улучшить результаты хирургического лечения больных с ГПТ. Материалы и методы. В период с 2009 года по 2016 год в клинике хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов ВолгГМУ оперированы 53 пациента с ГПТ в возрасте от 18 до 78 лет: женщин - 48 (90,5%), мужчин – 5 (9,5%), из них 37 (69,8%) старше 50 лет. У 49 (92,5%) пациентов был выявлен ПГПТ, а у 4 (7,5%) – ТГПТ. Все больные с ТГПТ в связи с терминальной стадией хронической почечной недостаточности находились на программном гемодиализе. Наряду с общепринятым клинико-лабораторным исследованием выполнялось определение уровня паратгормона, общего и ионизированного кальция, фосфора в крови, УЗИ шеи, пункционная биопсия под контролем УЗИ, сцинтиграфия, МРТ ПЩЖ, остеоденситометрия, рентгенологическое исследование скелета. При наличии висцеральных проявлений проводили эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта, УЗИ органов брюшной полости, урологическое обследование, исследовали тиреоидный статус. Результаты и обсуждение. Основным методом визуализации аденом ПЩЖ до операции было УЗИ шеи, которое выполнено всем пациентам. Сцинтиграфия ПЩЖ проведена 9 (17%) пациентам, МРТ – 7(13%). У 32 (60,3%) больных с ПГПТ были выявлены единичные аденомы; у 13 (24,5%) – 2 аденомы; у 3 (5,7%) – 3 аденомы. У 2 больных с ТГПТ (50%) были выявлены 3 аденомы; у 1 (25%) – 4 аденомы; у 1 (25%) – 6 аденом. Среднее значение уровня общего кальция крови до операции у пациентов с ПГПТ составляло  $2,79 \pm 1,65$  ммоль/л, ионизированного кальция –  $1,97 \pm 0,17$  ммоль/л, паратгормона –  $401,6 \pm 76,5$  pg/ml. У пациентов с ТГПТ средние значения уровня общего кальция крови до операции –  $2,98 \pm 1,65$  ммоль/л, ионизированного кальция крови –  $1,68 \pm 0,2$  ммоль/л, паратгормона –  $1453,8 \pm 187,8$  pg/ml. Всем больным выполняли удаление аденом ПЩЖ. В случае с ТГПТ производили тотальную паратиреоидэктомию. Во время операции осматривали места типичной локализации ПЩЖ, а также нетипичные места. У 32 (60%) больных наличие сопутствующей патологии ЩЖ потребовало выполнения симультанной операции. Из них 17 (34%) пациентам выполнена тиреоидэктомия, 10 (20%) - гемитиреоидэктомия, а 5 (10%) - тотально-субтотальная резекция ЩЖ. В послеоперационном периоде у пациентов с ПГПТ средние значения общего кальция крови на следующий день после операции были –  $2,16 \pm 1,61$  ммоль/л (в среднем концентрация снизилась на 0,63 ммоль/л – 32,5%), ионизированного кальция –  $1,37 \pm 0,45$  ммоль/л (в

среднем концентрация снизилась на 0,6 ммоль/л - 29,7%), паратгормона - 163,1± 89,4 pg/ml (в среднем снизился на 238,5 pg/ml - 49,6%). У пациентов с ТГПТ средние значения уровня ионизированного кальция были - 0,7±0,4 ммоль/л (снизились в среднем на 0,25 ммоль/л - 21,5%), ионизированного фосфора 1,4±0,4 ммоль/л (снизились на 0,28 ммоль/л - 17%), паратгормона - 395,6±171,4 pg/ml (на 1058,2 pg/ml - 79% ниже среднего значения до операции). Уровни кальция и паратгормона нормализовались уже через 6-7 дней после операции. У 1 пациентки выявлен персистирующий ГПТ через 4 месяца после первой операции (удаления одной аденомы ПЩЖ). Потребовалась повторная операция, во время которой удалено 2 аденомы. На 6 сутки после операции умер 1 пациент с ТГПТ. Результаты гистологического исследования: фолликулярная аденома – 10 (19%), светлоклеточная аденома – 26 (49%), аденома солидно-клеточного строения – 5 (9%), альвеолярная аденома – 3 (6%), гиперплазия ПЩЖ – 7 (13%), рак ПЩЖ – 2 (4%) случая. Выводы. Преобладание ПГПТ отмечается в старшей возрастной группе. Наиболее часто ПГПТ диагностируется у женщин в возрасте старше 50 лет. Более чем в 65% наблюдается сочетание поражения ЩЖ и ПЩЖ. Во время операции необходимо оценивать состояние всех паращитовидных желез для исключения возможности рецидива паратиреоаденомы.

### **55. Особенности минимально инвазивных вмешательств у пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью, с избыточной массой тела и ожирением.**

Михин И.В., Косивцов О.А., Доронин М.Б., Рясков Л.А.

Волгоград

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность: по данным ВОЗ в развитых странах Европы от 45 до 70% жителей имеют лишний вес. В России избыточную массу тела (МТ) имеют около 60% жителей, причем у 20-30% из них наблюдается морбидное ожирение. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одним из наиболее распространенных заболеваний пищеварительной системы в развитых странах мира. По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости частота встречаемости ЖКБ составляет 18,8% и 9,5% у женщин и у мужчин соответственно. Ведущим методом лечения ЖКБ остается лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), выполнение которой, при наличии у пациента избыточной МТ и ожирения, снижает риск возможных осложнений. Цель: улучшение результатов лечения пациентов, страдающих ЖКБ, с избыточной МТ и ожирением. Материал и методы: в клинике хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов ВолгГМУ в период с 2011 по 2017 год ЛХЭ была выполнена 55 больным с избыточной МТ и ожирением: по технологиям единого лапароскопического доступа (ЕЛД) – 12 (21,8%) и единого лапароскопического доступа с троакарной поддержкой («ЕЛД+») – 43 (78,2%). У 6 (10,9%) пациентов с индексом массы тела (ИМТ) 25-30 кг/м<sup>2</sup>, у 3 (5,5%) с ИМТ 30-35 кг/м<sup>2</sup>, у 2 (3,6%) с ИМТ 35-40 кг/м<sup>2</sup>, у 1 (1,8%) с ИМТ>40 кг/м<sup>2</sup> применена технология ЕЛД. Технология «ЕЛД+» успешно использована у 15 (27,3%) пациентов с индексом массы тела (ИМТ) 25-30 кг/м<sup>2</sup>, у 8 (14,6%) с ИМТ 30-35 кг/м<sup>2</sup>, у 13 (23,6%) с ИМТ 35-40 кг/м<sup>2</sup>, у 7 (12,7%) с ИМТ>40 кг/м<sup>2</sup>. При применении технологии ЕЛД мы используем устройство доступа «Эндокон», а при «ЕЛД+» – «Икс-Кон». У пациентов с избыточной МТ и ожирением значительные сложности представляет осуществление эффективного лапаролифтинга, а также создание пневмоперитонеума, в связи с чем имеется высокая вероятность нагнетания газа в предбрюшинную клетчатку. Поэтому мы предпочитаем выполнять открытую лапароскопию, тем самым минимизируя вероятность ятрогенных повреждений. Из-за выраженности жировой клетчатки в области шейки желчного пузыря выделение пузырной артерии удобнее осуществлять после клипирования и пересечения пузырного протока. На этом фоне нами отмечены трудности

манипуляций через единый порт, связанные с ограничением количества одновременно используемых инструментов, а также их недостаточной внутренней и внешней триангуляции. Отсутствие требуемой тракции желчного пузыря, обусловленное относительной недостаточностью длины инструментов у пациентов с ожирением, диктует необходимость установки дополнительного 6-мм или 11-мм троакара в правом подреберье или мезогастральной области, который значительно увеличивает наружную триангуляцию, позволяя разводиться рукоятки рабочего и удерживающего инструментов на угол до 90°. При выполнении операции у пациентов с избыточной МТ и ожирением по технологии «ЕЛД+» в 30 наблюдениях применяли дополнительный 11-мм троакар, у 13 пациентов использовали 6-мм троакар. На этапе извлечения желчного пузыря из брюшной полости нами отмечено значительное превосходство технологий ЕЛД и «ЕЛД+» над традиционной ЛХЭ, связанное с отсутствием необходимости увеличения операционного доступа, при несоответствии удаляемого препарата и размеров троакарного умбиликального прокола. Результаты и обсуждение: средние сроки послеоперационного пребывания в стационаре после холецистэктомии (ХЭ) из ЕЛД и ХЭ по технологии «ЕЛД+» составили соответственно:  $5,0 \pm 0,7$  и  $5,9 \pm 0,5$  ( $p > 0,05$ ) койко-дней. Продолжительность оперативного вмешательства при ЕЛД ХЭ –  $60,5 \pm 4,7$  мин, при «ЕЛД+» ХЭ –  $69,2 \pm 8,9$  мин ( $p > 0,05$ ). Интенсивность болевого синдрома, оцененная по визуально-аналоговой шкале, составила: при ЕЛД ХЭ –  $3,7 \pm 0,6$ , при «ЕЛД+» ХЭ –  $5,1 \pm 0,4$  балла ( $p < 0,05$ ); оцененная по цифровой рейтинговой шкале: при ЕЛД ХЭ –  $3,5 \pm 0,5$ , при «ЕЛД+» ХЭ –  $5,2 \pm 0,3$  балла ( $p < 0,05$ ). При контрольном обследовании 32 (58,2%) пациентов с избыточной МТ и ожирением, из которых 25 перенесли «ЕЛД+» ХЭ, 7 – ХЭ из ЕЛД, через 6 и 12 месяцев после выписки из стационара отмечено 1 осложнение, в виде формирования послеоперационной грыжи в месте введения системы доступа в брюшную полость «Эндокон» для ЕЛД ХЭ, что потребовало лапароскопической аллогерниопластики. Заключение: считаем рациональным применение технологий ЕЛД ХЭ и «ЕЛД+» ХЭ у пациентов с избыточной МТ и ожирением, страдающих ЖКБ, позволяющие в ранние сроки активизировать больных, минимизировать возможные специфические осложнения и улучшить результаты их хирургического лечения.

## **56. Композиционный препарат «BIOINTEGRA» в лечении огнестрельных и гнойных ран.**

Мельников В.В.(1), Епинетов М.А.(2), Казимагомедов А.С.(3), Гололобов А.М.(3)

Астрахань

1) ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ГБУЗ АО ГКБ № 3

Лечение гнойной хирургической инфекции остается одной из наиболее актуальных задач современной хирургии. В связи с этим поиск и разработка новых технологий и методов, направленных на более эффективное лечение гнойных ран ведутся с применением нанофармакологических технологий для получения наноразмерных веществ, позволяющих достичь результативной качества лечения. В научно-клиническом содружестве кафедры общей хирургии Астраханского ГМУ с кафедрой клинической фармакологии и фармацевтических технологий АГУ и Научно-Производственном медико-фармацевтическом учреждении «Аст-Лек» (Астрахань), разработана технология получения системы адресной доставки лекарств «Наночастицы-антибиотик-ПЭГ». Работа проводилась в рамках указа Президента РФ Пути-на В.В. «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», где в пункте а) указывалось на доведение объема производства особо важных отечественных лекарственных средств до 90 %. При этом, в качестве формообразователя лекарственной ком-позиции использован полиэтиленгликоль с м.в. от 400 до 1500 у.е., наночастицы «NanoZn-НArAM»,

антибиотик (цефтриаксон, меропенем). Гомогенизации компонентов осуществлялась в реакторе вихревого слоя высокой энергии с магнитными частицами (PBC-MЧ). Комплексное магнитное и магнитострикционное воздействие способствовало формированию лекарственного комплекса «NanoZnHApAM-Antibiotic-PEG», с включением водорастворимого антиоксиданта (полиэтиленгликоль) через образование и усиление внешнесферных анионных связей и сил притяжения Ван-дер-Ваальса. Подробное описание процесса является «now how» и не публикуется. Применение PBC-MЧ способствует активации и функционализации поверхности частиц комплекса «NanoZnHApAM-Antibiotic-PEG» с усилением внешнесферных и межмолекулярных связей и образует диполи заряда, создавая описанный в литературе биологический «эффект биоинтерфейса» – удержание молекул антибиотика на поверхности микроорганизмов. Для подтверждения вышесказанного, *in vitro* были проведены 475 бактериологических исследований. Выявлено, что на чашках Петри с кровяным агаром зона подавления роста за-сеянными различными штаммами микробов: *St. Aureus* (штамм 373 и 362), *Pr. vulgaris*, *Ech. Coli*, *Ps. Aeruginosa* и *St. Aureus+ Ech. Coli.*, в 1,5-2 раза превышала таковые, вокруг дисков из фильтровальной бумаги, пропитанных препаратами «Biointegra», нежели в секторах с наложенными дисками, пропитанными мазью «Левомеколь» и стандартными антибиотическими дисками для определения чувствительности микробов к антибиотикам (меропенем, цефтриаксон) фирмы НИЦФ (Санкт-Петербург). С целью аргументации возможности применения разработанных нами композиционного препарата в лечении гнойных ран, позволяющих достичь результативной качественности лечения, были выполнены сравнительные клинические исследования по изучению заживления гнойных ран у 32 больных. В исследуемой группе (17 человек) с первичными (12) и вторичными ранами (5) различной локализации, у которых лечение осуществлялось с применением марлевых повязок и тампонов, пропитанных «Biointegra», содержащей цефтриаксон. Группу сравнения составили 15 пациентов, сопоставимых по полу, возрасту и с идентичными гнойными ранами, леченых «мазью» на основе полиэтиленгликоля (левомеколь). У всех больных хирургическая санация гнойных очагов мягких тканей производилась под внутривенным наркозом. перевязки осуществлялись ежедневно. Для оценки клинической эффективности лечения учитывались динамика клинических симптомов: общее состояние, температура тела, тахикардия, сухость кожи и слизистых оболочек, интенсивность болевого синдрома, отечность и гиперемия вокруг раны, количество раневого отделяемого и его характер; динамика лабораторных, биохимических, интегральных показателей крови, уменьшения объема раневого дефекта, бактериологически, числа колониеобразующих единиц (КОЕ) в 1 г тканей стенки ран, цитологических изменений в ране и рН-метрией раневого экссудата. Применен-Препарат «Biointegra», обладает антибактериальной, антиоксидантной, анти-гипоксической и сорбционной активностью. При лечении гнойных ран повышает местную клеточную иммунологическую и общую защиту стенки ран и паравульнарных тканей от этиологического фактора. Усиливает регенеративную активность клеточных и биохимических составляющих воспалительного процесса и способствует более быстрому переходу раневого процесса в фазу регенерации, сокращая тем самым сроки подготовки ран к наложению ранних вторичных швов. В исследуемой группе сроки очищения ран от некроза в среднем составили 2,5 суток, уменьшения КОЕ до 300000 микробных тел в 1г тканей стенки ран составили в среднем - 2,9 суток, стационарного лечения 9,6 койко-дня. В группе сравнения эти показатели составили 5,6; 6,0 суток и 13,8 койко-дня соответственно. Применение препарата «Biointegra» в лечение ран различного генеза патогенетически обосновано, уменьшает трудозатраты медперсонала и сокращает сроки стационарное лечение в среднем на 4-5 койко-дня.

## 57. Видео-ассистированная тиреоидэктомия.

Чумбуридзе И.П.(1), Хитарьян А.Г.(1), Штильман М.Ю.(1), Юркова Р.А. (2), Явруян О.А.(1), Ковалев С.А.(1), Скорочкин С.И.(3), Серьянова О.И.(3)

Ростов-на-Дону

1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) МБУЗ городская больница №7 г. Ростова-на-Дону, 3) Областная клиническая больница №2

Цель исследования: оценка преимуществ и клинической эффективности применения в качестве оперативного пособия видеоассистированной операция Миссоли и соав. у больных с узловым зобом. Методика исследования. Нами проведено клиническое исследование 67 больных подвергшихся оперативному лечению по поводу узлового образования щитовидной железы в клинике кафедры хирургических болезней №3 РостГМУ, МБУЗ ГБ№7 г.Ростова-на-Дону, ОКБ№2, в период с 2014-2017г. В зависимости от способа операции больные были разделены на 2 клинические группы. В первой группе 32 пациентам выполнена традиционная гемитиреоидэктомия. Вторую группу составили 35 чел., которым выполнена видеоассистированная гемитиреоидэктомия. Все пациенты женщины трудоспособного возраста (от 29 до 55 лет), сопоставимы по основным клиничко-морфологическим и лечебно-хирургическим критериям. Методика операции: выполняли разрез кожи, по возможности в кожной складке или на 2,0 см. выше яремной вырезки в горизонтальном положении, симметрично по средней линии, длиной 2,5- 3,5 см. На стороне поражения, максимально тупым путем выделяется мышечный массив - от перстневидного хряща до нижнего полюса удаляемой доли и, от средней линии до общей сонной артерии. Т.о, формируется парус из мышечного массива для доступа эндоскопа. Используются два ретрактора для поддержки оперативного пространства. Щитовидная железа находится в 4-х точках фиксации. Эндоскопически освобождаются две, затем, традиционным открытым способом, выполняли окончательное удаление доли. Во всех случаях клипировали среднюю вену. При наличии средней артерии, её так же клипировали. Формировали по заднелатеральной поверхности железы туннель, для основного доступа к верхним щитовидным сосудам. Используя шпатель – аспиратор, из фасциального пространства, визуализировали наружную ветвь верхнего гортанного нерва и, ниже бугорка Цукеркандля, возвратный гортанный нерв. Под эндоскопическим контролем параситовидных желез, после рассечения связки Берри, выполняли клипирование верхних щитовидных сосудов. В результате – мобилизовались две точки фиксации. После чего, в рану выводилась выделенная доля щитовидной железы и резецировалась. Для достижения окончательного гемостаза использовалась биполярная коагуляция мелких сосудов. Операционная рана послойно ушивалась узловыми, несъемными швами (викрил 4/0). В 11 случаях выполнения MIVAT, дренирование послеоперационной раны не потребовалось. Для оценки клинической эффективности данного оперативного вмешательства в качестве критериев нами были выбраны: выраженность болевого синдрома, время выполнения операции, длина разреза, осаднение краев раны, изменения угла осевого вращения головы, удовлетворенность косметическим результатом, сроки нахождения в стационаре и продолжительность нетрудоспособности. Результаты исследования. В среднем, длительность операции в группе MIVAT, составила на  $18 \pm 4,3$  мин. больше, чем при проведении обычной гемитиреоидэктомии. При выполнении первых 5 MIVAT дважды, из-за возникшего кровотечения и плохой визуализации эндоскопа, пришлось перейти к выполнению традиционной операции. Результатам гистологического исследования, у всех больных с MIVAT подтвердился диагноз фолликулярной аденомы. У 2 больных фолликулярная аденома в сочетании с аутоиммунным тиреоидитом. В одном случае в сочетании с коллоидным зобом. В качестве оценки болевой реакции в послеоперационном периоде нами применена вербальная описательная 10-бальная шкала

VDS (Gaston-Johansson F., Albert M. et al, 1990 г.). В первые сутки после операции интенсивность болевых ощущений в группе MIVAT была выражена в меньшей степени, по сравнению с первой группой пациентов, коррелируя с меньшим расходом обезболивающих препаратов (кеторолак трометамин) у больных второй группы. На вторые и третьи сутки различия были не достоверны. С целью оценки тяжести травматизации мягких тканей шеи, мы измеряли угол осевого вращения головы до- и в первые сутки после операции. Через сутки после операции была обнаружена значительная разница угла осевого вращения. Так в первой группе этот показатель составил  $104,30 \pm 13,50$ , а во второй группе  $127,40 \pm 9,50$ , что, по нашему мнению, свидетельствует о меньшей операционной травме в группе MIVAT. Косметический результат оценивали по вербальной описательной 10-бальной шкале (Манчестерская описательная шкала). В группе MIVAT средний балл составил 9,3, против 6,7 второй группы пациентов, которым выполнена стандартная гемитиреоидэктомия, по шкале от 1 до 10. В MIVAT группе длина разреза была значительно меньше ( $2,8 \pm 0,7$ , против  $5,6 \pm 0,9$  см.) Применение видеоассистированной технологии позволило сократить средние сроки госпитализации пациенток с  $5,4 \pm 0,9$  к/д до  $3,2 \pm 0,6$  к/д. Продолжительность нетрудоспособности больных была прослежена амбулаторно. Средняя продолжительность нетрудоспособности в группе MIVAT составила  $13,4 \pm 2,5$  дней. Во второй же группе  $19,2 \pm 3,4$  дней. Выводы: 1. Интенсивность и продолжительность болевого синдрома после видеоассистированной операции меньше, чем при стандартной гемитиреоидэктомии и обусловлено, в первую очередь, меньшей операционной травмой. 2. При использовании методики MIVAT нами получен значительно лучший косметический эффект. 3. Применение MIVAT приводит к сокращению сроков послеоперационной реабилитации и восстановления трудоспособности, подтверждая большую экономическую эффективность в проведении MIVAT, по сравнению с традиционной гемитиреоидэктомии.

#### **58. Применение гипербарической оксигенации в раннем послеоперационном периоде у больных оперированных лапароскопически.**

Черкасов М.Ф. (1), Буриков М.А.(2), Сказкин И.В.(2), Игнатьев В.М.(2)

Ростов-на-Дону

1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России

Актуальность. Одним из факторов влияющих на результаты хирургического лечения больных с острым калькулезным холециститом с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией, оперированных лапароскопически, является уровень гипоксии. Нами проведен анализ эффективности применения гипербарической оксигенации в раннем послеоперационном периоде. Материалы и методы. В исследование вошли 103 пациента, из них мужчин — 28, женщин — 75. В первую группу вошли 41 больной, которым в послеоперационном периоде проводилась терапия на бароаппарате БЛКС 301 М. Во вторую группу было включено 62 пациента, которым в послеоперационном периоде не проводилась ГБО терапия. Всем пациентам режим ГБО подбирался индивидуально, учитывая чувствительность пациента к кислородотерапии. Наиболее часто проводилось три курса ГБО при избыточном давлении 0,6-0,7 атм. В течение 40 минут. Влияние гипербарооксигенотерапии в послеоперационном периоде оценивалось на основании изменений системной гемодинамики и показателей периферического кровообращения, газового состава крови, состояние про- и антиоксидантной систем, КЩС, динамике заживления послеоперационных ран, сроков пребывания пациента в стационаре в раннем послеоперационном периоде (1-2 сутки), а также при выписке пациента на амбулаторное лечение. Результаты. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения пациентов острым холециститом оперированных лапароскопически выявил, что в первой



группе пациентов, которым в раннем послеоперационном периоде проводилась ГБО терапия, наблюдалась ранняя активизация пациентов, отсутствие воспалительных изменений послеоперационных ран, раннее восстановление пассажа по кишечнику и, как следствие, снижение пребывания пациента в стационаре. Также по данным лабораторных исследований у пациентов первой группы получавших кислородотерапию отмечалась нормализация показателей рО<sub>2</sub>, рСО<sub>2</sub> крови уже в первые сутки послеоперационного периода. Нами было отмечено повышение работы антиоксидантных процессов, что проявлялось повышением СОД и Sm, а также активация прооксидантных систем, выражающаяся в увеличении СПА, ВЭГН, уменьшение сроков пребывания пациентов в стационаре. Выводы. На основании полученных данных можно сделать вывод о том, что применение ГБО терапии в раннем послеоперационном периоде у пациентов с острым калькулезным холециститом оперируемых лапароскопически, улучшает результаты хирургического лечения данной группы больных за счет уменьшения сроков репарации послеоперационных ран, ранней активизацией пациентов, как следствие, сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре.

### **59. Оптимизация лечения пилородуоденального стеноза у больных пожилого и старческого возраста.**

Дулаева С.К., Дулаева С.К.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность: В настоящее время одной из важных и нерешенных проблем является стеноз выходного отдела желудка. В связи с тем, что традиционная методика не может ответить всем требованиям, сопровождается летальностью, высокой частотой осложнений и послеоперационного койко дня. Внедрение эндовидеохирургии позволяет оптимизировать тактику лечения пилородуоденального стеноза. Цель исследования: Улучшить результаты лечения пилородуоденального стеноза с использованием эндовидеохирургической техники. Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ лечения пациентов пожилого и старческого возраста, с субкомпенсированным и декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка. Больные были распределены на 2 группы. В обеих группах средний возраст составил 78 лет. В контрольную группу вошли пациенты, которым оперативное вмешательство выполнялось традиционным методом: 65 пациентов: 18 с субкомпенсированным, 47 с декомпенсированным стенозом. В обеих группах в биохимическом анализе крови отмечались: гипопропротеинемия и водно-электролитные нарушения. По полу, возрасту и тяжести сопутствующей патологии группы были сопоставимы. Всем больным проводилась предоперационная подготовка, направленная на коррекцию имеющихся выраженных расстройств водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного равновесия. Всем пациентам до и после операции проводилась нутритивная поддержка, через назоинтестинальный зонд. Учитывая рост, вес и клинико-лабораторные параметры рассчитывали суточный калораж. Питание осуществлялось сбалансированными смесями Нутризон Эдванс, Нутризон Энергия. Введение энтеральной смеси начинали со скорости 50 мл в час в первые сутки, каждые последующие сутки скорость введения увеличивалась 25 мл в час. По мере усвоения дозировку увеличивали. В основной группе с использованием эндовидеохирургии оперировано 30 пациентов. Стеноз субкомпенсированный был у - 9, декомпенсированный у - 21. Анастомоз у 9 пациентов наложен аппаратным швом, а у - 21 механическим 2-х рядным швом, с помощью монофиламентной нити. Во всех случаях впередиободочный анастомоз формировался на длинной петле, с брауновским соустьем. У большинства больных одновременно имелось более пяти сопутствующих заболеваний. Время

оперативного вмешательства составило  $101 \pm 5$  минут в среднем. Влияние на течение переоперационного периода оценивалось с помощью индекса коморбидности Чарлсона и гериатрической шкалы клинической оценки Сандоз (Sandoz Clinical Assessment Geriatric – SCAG). Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета программ «STATISTICA-10». Различия принимались достоверными при  $p < 0,05$ . Результаты. В ходе исследования оценивали течение послеоперационного периода, длительность операционного койко дня. Операции эндовидеохирургическим способом сопровождались низким объемом кровопотери, интенсивность боли была ниже, чем в контрольной группе, что позволило максимально быстро активизировать больных. Послеоперационные осложнения отмечались в обеих группах. В контрольной 17 (26,15%). ИОХВ (инфекция области хирургического вмешательства) у 3 (4,61%) пациентов, 3 (4,61%) пациента с гипостатической пневмонией, в 5 (7,69%) случаях закончилось летальным исходом в связи с ТЭЛА, 5 (7,69%) с ОИМ (острым инфарктом миокарда), 1 с кровотечением, 8 летальных исходов. В основной группе 2 (6,6%). ИОХВ у 1 пациента и 1 гипостатическая пневмония. Значимых соматических изменений не отмечалось, однако имелось 2 летальных исхода, связанных с декомпенсированной сердечно-сосудистой патологией. В контрольной группе послеоперационный койко день составил - 24 суток. В основной группе 14 суток. Выводы. Адекватная нутритивная поддержка позволяет качественно подготовить больных к оперативному вмешательству и улучшить течение послеоперационного периода. Эндовидеохирургическое формирование анастомоза является операцией выбора у больных с пилорoduоденальным стенозом, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, при наличии сопутствующей патологии. Такой подход позволяет снизить число послеоперационных осложнений с 26,2% до 6,6%, летальность с 12,3% до 6,6%, послеоперационный койко день с 24 до 14 суток и получить социально - экономический эффект.

## **60. Организации оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях.**

Кунафин М.С., Хунафин С.Н., Тимербулатов Ф.Д., Чанышев М.Ф., Зареева Р.Ф.

Уфа

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, МУ «Станция скорой медицинской помощи» ГО

Уровень дорожно-транспортных происшествий и количество травм среди населения остается значительным. Большие расстояния, неразвитость связи, отдаленность медицинских учреждений от дорог федерального значения; плохая оснащенность и подготовленность по оказанию первой помощи немедицинского персонала, участвующего в обеспечении безопасности дорожного движения, отсутствие системы оперативного оповещения между службами здравоохранения, ГИБДД, транспортными и дорожными организациями — все это сегодня приводит к большим санитарным потерям при ДТП. Анализ летальности при ДТП показал, что наибольший процент летальных случаев происходит на месте ДТП (51-53%), далее на втором месте летальность в отделениях стационаров (37-39%). Очень незначительная летальность в процессе транспортировки бригадами СМП (2-3%) и в приемных отделениях стационаров (5-6%). В 2016 году в г Уфе бригады скорой медицинской помощи выезжали на 1744 ДТП, в сравнении с 2012 годом количество выездов уменьшилось на 36,5%. Количество пострадавших составило 2154, а в 2012 году было 3129, а погибшие составили 57, что на 32,1 % меньше чем в 2012 году. Основное количество дорожно-транспортных происшествий приходится на г. Уфа (39,6%). Анализ выездов бригад СМП на ДТП показал, что в 51,0 % выезжали специализированные бригады и в 49,0 % линейные. Анализ ДТП по географическим районам г. Уфы показал, что 29,7 % ДТП произошло в южной части, 39,7 % в центральной

и 30,6 % в северной части города. С нашей точки зрения при организации медицинской помощи при ДТП необходимо исходить из следующих основных положений: 1. Все организации и лица, на которых возлагается оказание медицинской помощи, должны находиться в постоянной готовности и располагать всем необходимым 2. Первая помощь должна оказываться быстро и в короткие сроки, а время от момента травмы до оказания первой помощи сократить до минимума 3. После оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе особое значение приобретают быстрое направление пострадавшего в соответствующий специализированный центр и правильная транспортировка 4. Быстрое и комплексное обследование пострадавшего дежурной бригадой специализированного центра, правильная оценка тяжести и оказание полноценной помощи, в том числе хирургической, включая различные методы стабилизации костных отломков, в первые часы поступления пострадавшего в стационар. Таким образом, большое количество ДТП и тяжесть медицинских последствий ДТП диктует необходимость принятия более решительных организационных мер для улучшения оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП.

### **61. Возможности интраоперационного лапароскопического ультразвукового исследования в хирургии желчнокаменной болезни.**

Возлюбленный Д.Е., Возлюбленный Е.И., Галин В.А.

Ростов-на-Дону

МБУЗ «Городская больница №20 г. Ростова-на-Дону»

Актуальность проблемы. При наличии механической желтухи в большинстве случаев диагностика холедохолитиаза не представляет трудностей, однако при наличии стертых или бессимптомных формы холедохолитиаза имеются особенности. Дооперационная диагностика (УЗИ, лабораторное обследование, данные анамнеза и жалоб) не может достоверно оценить состояние протоков и исключить наличие конкрементов в просвете нерасширенного билиарного тракта, скрининговое выполнение КТ и МРТ в большинстве случаев не позволяет исключить патологию. Выполнение эндоскопических методов (дуоденоскопия) позволяют лишь косвенно судить о состоянии терминального отдела холедоха, но не оценивать его содержимое, выполнение же эндоскопической ретроградной холангиографии (ЭРХПГ) сопряжено с разрушением большого дуоденального сосочка (БДС), что нежелательно при отсутствии достаточных показаний. Интраоперационная диагностика во время лапароскопической холецистэктомии имеет свои требования, связанные с ограничением мануальной пальпации и визуального осмотра внепеченочных желчных протоков и в настоящее время представлена рентгенконтрастным (интраоперационная холангиография – ИОХГ), и эндоскопическим методом диагностики (эндоскопическая холедохоскопия), основным недостатком этих методов является инвазивность. Лечение данной группы пациентов может быть выполнено как одно- так и двухэтапно. Цель работы: улучшение качества интраоперационной диагностики и лечения желчнокаменной болезни со стертой, бессимптомной формой холедохолитиаза. Материалы и методы. Анализу подвергнуто 122 пациентов с желчнокаменной болезнью, калькулезным холециститом, поступившим в 2015-17гг. В плановом порядке поступили 75 пациентов, 47 по СП без клиники механической желтухи. При дооперационном обследовании только у одной пациентки был заподозрен холедохолитиаз – по данным УЗИ и КТ в нерасширенном холедохе 5мм сомнительно лоцировался конкремент 4мм при нормальных остальных лабораторно-инструментальных данных. Во всех остальных случаях лабораторно-клинические данные не позволили заподозрить холедохолитиаз до операции: размеры общего желчного протока  $6 \pm 1$ мм, общий билирубин составил  $20,4 \pm 3,2$  ммоль/л. Осуществлялась типичная лапароскопическая холецистэктомия, после выделения составляющих треугольника Кало

(во всех случаях диаметр пузырного протока не превысил 3-5мм), проводилась интраоперационная лапароскопическая ультразвуковое исследование (ИОЛУЗИ) с использованием аппарата Aloka prosound и линейного лапароскопического высокочастотного ультразвукового датчика. Датчик вводился через эпигастральный и параумбиликальный доступ, осмотру подвергались внутри- и внепеченочные желчные протоки, оценивался их размер, наличие в них конкрементов, сладжа желчи. Результаты и обсуждение. В просвете билиарного тракта обнаружены: сладж; газ; конкременты. В 24 случаях выявлен сладж желчи при отсутствии клиники механической желтухи (из них у 5 пациентов во время планового оперативного лечения хронического калькулезного холецистита). Газ был выявлен в 4 случаях после выполненной в анамнезе ЭПСТ у 15 пациентов (сроки вмешательства от 3 суток до 5 месяцев), что свидетельствует о возможном забросе содержимого двенадцатиперстной кишки и газа в просвет общего желчного протока. Конкременты можно разделить на 2 группы – подвижные и неподвижные при исследовании, овальные, плоские (по типу «решки монет»). Холедохолитиаз выявлен в 28 случаях, синдром Мирицци в 3 случаях, в 2 случаях при контрольном исследовании после выполненной в анамнезе ЭПСТ, эндоскопической литоэкстракции. У пациентов с бессимптомной формой холедохолитиаза диаметр общего желчного протока составлял не более 7мм а размер конкрементов не превышал 5±1мм. Осложнений не выявлено. Выводы. интраоперационное лапароскопическое ультразвуковое исследование позволяет в «режиме реального времени», прецизионно, многократно оценить непосредственно состояние просвета желчных протоков на предмет наличия в их просвете сладжа, газа и конкрементов, наличие стриктур. Абсолютная безопасность исследования, отсутствие противопоказаний, отсутствие необходимости вскрытия просвета билиарного тракта для проведения исследования позволяет рассматривать ИОЛУЗИ как «золотой стандарт» скрининговой диагностики в операционной. ИОЛУЗИ в качестве скринингового метода обладает объективными преимуществами как перед эндоскопическими, так и рентгенологическими методами интраоперационной диагностики, особую ценность имеет возможность многократности исследования, а также его применение «по первому требованию», что неопределимо в условиях операционной. Учитывая невозможность исключения ни одним из методов дооперационной диагностики наличие у пациента бессимптомной формы холедохолитиаза, известные недостатки и ограничения эндоскопических и рентгенологических интраоперационных методов диагностики, возможной индивидуальной изменчивости в зоне оперативного вмешательства ИОЛУЗИ рекомендуется применять во время каждого оперативного вмешательства по поводу острого/хронического калькулезного холецистита.

## **62. Модификация способа формирования тонкокишечного анастомоза.**

Вайнер Ю.С., Атаманов К.В., Верятин Я.А.

Новосибирск

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. Распространенный перитонит до настоящего времени является актуальной проблемой абдоминальной хирургии. Несмотря на широкое клиническое внедрение современных методов санации брюшной полости, тактики рациональной антибактериальной терапии, экстракорпоральной детоксикации и т. д., летальность при заболевании достигает 30% и более. Несостоятельность анастомозов, сформированных на органах желудочно-кишечного тракта является причиной по-слеоперационного перитонита у 38–40% больных и в 40–60% случаев приводит к смерти. При формировании кишечного анастомоза в условиях перитонита результаты операций оставляют желать

лучшего. Несмотря на прогресс хирургии ЖКТ, связанный с применением мощных антибиотиков, новых шовных материалов, аппаратного формирования межкишечных анастомозов, проблема несостоятельности швов кишечной стенки, к сожалению, до сих пор актуальна. Несостоятельность кишечного шва на фоне перитонита после операций на желудке и двенадцатиперстной кишке имеет место в 1,5-3% наблюдений, после операций на тонкой кишке – в 2,8-8,7% и после операций на толстой кишке – в 4-32% случаев, летальность при несостоятельности швов анастомоза достигает 70%. Цель работы. Целью настоящего исследования являлось изучение кровоснабжения линии кишечного шва в зависимости от способа пересечения кишечной стенки. Материалы и методы. Было проведено анатомическое исследование для изучения целесообразности формирования тонкокишечного анастомоза по оригинальной методике. Особенность способа – приводящая и отводящая петли тонкой кишки пересекаются под углом 60° [Рис. 1]. По линии среза в этом случае оказывается большее количество сосудов кишечной стенки. Далее формируется анастомоз по типу «конец-в-конец», располагающийся под углом 120° к оси кишки, что не препятствует прохождению пищевых масс. От трупов 20 пациентов забрано для исследования 40 фрагментов подвздошной кишки. У одного и того же трупа проводился забор двух образцов: участки, пересеченные под углом 60° (косой срез) и на 90° (прямой срез) к оси кишки. Сформировано две группы препаратов – 1 группа (исследуемая) – 20 фрагментов кишки с косым срезом, 2 группа (группа сравнения) – 20 образцов кишки с прямым срезом. Изготавливались стандартные гистологические препараты после фиксации кишки 10% формалином. В дальнейшем производилось иммуногистохимическое исследование линии среза стенки кишки с антигеном CD-34, (применяется для выявления эндотелия сосудов). Полученные препараты изучались при увеличении  $\times 400$  на световом микроскопе «Карл Цейс». Определялось количество артериальных и венозных сосудов и их общая площадь на 1 мм<sup>2</sup>. Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы STATISTICA 6.0 (StatSoft, USA). Количественные данные описаны в формате: медиана и интерквартильный размах Me (LQ; UQ). Результаты считали статистически значимыми, если интервал  $p$  был меньше 0,05. Обсуждение и результаты. Количество артерий в подслизистом слое в исследуемой группе: медиана составила 71 (61;79,5), в группе сравнения - 45,5 (39,5;52)  $p < 0,01$ . Число вен в исследуемой группе: медиана - 62 (55; 69,5), в группе сравнения - 44 (35,5; 51,5)  $p < 0,01$ . Показатель Me количества артерий на мм<sup>2</sup> площади среза в исследуемой группе составил 44,5 (37,5;50,5), в контрольной группе 30 (20,5;36,5)  $p < 0,01$ . Показатель медианы при количественном подсчете венозных сосудов на мм<sup>2</sup> площади среза в исследуемой группе составил 51 (43;57,5), а в контрольной группе 27 (21;33,5)  $p < 0,01$ . Общая площадь артерий подслизистого слоя по линии среза на 1 мм<sup>2</sup> в группе исследования: Me составила 99454 мкм<sup>2</sup> (84907; 110961), в группе сравнения 23448 мкм<sup>2</sup> (20626;28638),  $p < 0,01$ . Площадь вен подслизистого слоя достоверно больше в исследуемой группе: Me 315045 мкм<sup>2</sup> (305301; 323737), в контрольной группе Me 113769 мкм<sup>2</sup> (91199;136159)  $p < 0,01$ . Выводы. Косой срез кишки под углом 60° способствует пересечению большего количества сосудов и линия шва анастомоза кровоснабжается значительно лучше, чем при пересечении кишки под прямым углом. Количество и суммарная площадь артерий и вен на линии среза достоверно больше при срезе под углом 60°. При распространенном перитоните, неизбежно сопровождающемся снижением спланхического кровотока, описанный способ улучшает кровоток по линии анастомоза в сшиваемых фрагментах тонкой кишки, что может снизить вероятность несостоятельности кишечного шва.

### **63. Анализ малоинвазивных методов лечения больных с механической желтухой.**

Машурова Е.В., Айдемиров А.Н., Вафин А.З., Абалян А.К.

Ставрополь

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

По данным научного прогнозирования, заболеваемость органов желчевыводящей системы вырастет в ближайшие 15 лет в мире на 30-50%, что объясняется образом жизни и характером питания, наследственными факторами (Григорьева И.Н., 2010; Гальперин Э.И., Ветшев П.С., 2011). Цель работы – сравнить малоинвазивные методы лечения у больных с механической желтухой. Материал и методы исследования. Проведен анализ лечения пациентов находившихся в клинике за 2013-2016 гг. Возраст больных варьировал от 23 до 86 лет, причем более 70 % составили пациенты пожилого и старческого возраста, отягощенные сопутствующей патологией и высокой степенью операционного риска. Мужчин было 86 (35,83%), женщин 154 (64,14%). В комплекс инструментальных методов диагностики входили ультразвуковое брюшной полости, мультиспиральная компьютерная томография, МР-холангиография, лабораторные исследования. Полученные результаты обработаны с использованием компьютерной программы «Excel». Результаты. Причиной механической желтухи у 50,72 % больных холедохолитиаз, у 24,63% злокачественные заболевания, у 13,04% - панкреатит и 8,69% стриктуры холедоха различного генеза. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) выполнена у 56,52% больных, а чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ) с чрескожной чреспеченочной холангиостомией (ЧЧХС) - у 43,47%. Осложнения после ЧЧХС возникли у 4 (3,84%) пациентов: дислокация дренажа с желчеистечением в брюшную полость у 3(2,88%), из них у 1(0,96%) с летальным исходом, кровотечение у 1 (0,96%). У пациентов с ЭРХПГ И ПСТ диагностировано у 4 (2,91%) кровотечение из зоны ПСТ, у 2 (1,47%) постманипуляционный панкреатит, у 1(0,73%) холангит, у 1(0,73%) перфорация стенки 12-кишки с летальным исходом и 3 (2,2%) – заклинивание корзинки Dormia в холедохе. Выводы. В случаях неудачных попыток эндоскопических манипуляций на большом дуоденальном сосочке вследствие анатомических особенностей парапапиллярной зоны и/или ранее перенесенных операций на желудочно-кишечном тракте проводили ЧЧХГ с ЧЧХС или чрескожные чреспеченочные холецистостомии (ЧЧХцС) с ЧЧХГ для превентивной разгрузки протоковой системы и последующей диагностики характера патологии. Частота постманипуляционных осложнений значительное количество осложнений после ЭРХПГ И ПСТ, по сравнению с ЧЧХС или ЧЧХцС статистически достоверна и они отличаются агрессивным тяжелым течением.

#### **64. Эндovasкулярные возможности внутрипеченочных хирургических вмешательств: портосистемная шунтирующая операция TIPS/ТИПС при осложнённой портальной гипертензии.**

Хоронько Ю.В., Косовцев Е.В.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Проведение портосистемных шунтирующих вмешательств при осложнённой портальной гипертензии (ПГ) цирротического генеза в ряде случаев может привести к усугублению печеночной недостаточности (ПечН), а также прогрессированию гепаторенального синдрома (ГРС). Чаще это происходит, когда шунтирующее пособие выполняется трансабдоминальным лапаротомным путём. В таких случаях хирургическая и анестезиологическая агрессия становится непереносимой пациентами, находящимися в суб- и декомпенсированной стадиях ПечН. По этой причине внедрение миниинвазивных эндovasкулярных технологий в портосистемную шунтирующую хирургию ПГ создало предпосылки для улучшения результатов лечения таких больных. Цель работы - улучшить результаты лечения больных с жизнеугрожающими осложнениями ПГ, такими как варикозные пищеводно-желудочные кровотечения (ВПЖК) и рефрактерный к медикаментозным мероприятиям асцит (РА) и продемонстрировать осуществимость сложных внутрипеченочных эндovasкулярных манипуляций. Материал и методы. В 2007-17 гг. в хирургической клинике РостГМУ операции трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования (TIPS/ТИПС) подвергнуты 204 пациента (возраст 14-82 года, средний - 55,5+/-1,0 лет). У 148 из них показанием стало состоявшееся в недавнем анамнезе ВПЖК с высоким риском рецидива, у 4-х – продолжающееся пищеводное кровотечение при отсутствии эффекта от медикаментозно-компрессионных мер гемостаза и эндоскопического лигирования (ЭЛ) и еще у 52 больных – РА, из числа которых у 22 были признаки латентного или манифестированного ГРС 2 типа. Лица мужского пола преобладали – 115 человек (56,4%). Этиология цирроза печени (ЦП) у большинства имела вирус-ассоциированный характер (119 пациентов - 58,3%). Компенсированная ПечН, соответствующая классу А по Child-Pugh, была лишь у 4 больных, у остальных установлены суб- или декомпенсированные стадии (125 и 75, соответственно). Эндovasкулярные возможности вмешательства позволяли не только формировать и стентировать внутрипеченочный туннель, но и дополнять шунтирование селективной эмболизацией (СЭ) левой и/или задней желудочных вен (ЛЖВ/ЗЖВ). Из 152 больных, подвергшихся TIPS/ТИПС по поводу ВПЖК, СЭ спиралями Gianturco была технически осуществима у 100 (65,8%). Вмешательство проводили под местной инфильтрационной анестезией, дополненной внутривенной аналгоседацией. Течение раннего послеоперационного периода (6 недель) было прослежено у всех 204 больных, а отдаленных результатов (до 8 лет) - почти у 80% оперированных. Результаты и обсуждение. Операцией TIPS/ТИПС во всех случаях была достигнута эффективная портальная декомпрессия, зарегистрированная прямой манометрией, приведшая к снижению портосистемного градиента давления (ПСГД) более, чем в 2 раза (с 18,8+/-2,1 мм рт.ст. до 6,2+/-0,6,  $p < 0,05$ ). Размещение в палату интенсивной терапии потребовалось лишь в 7 случаях (3,4%). Среди них четверо пациентов были оперированы на высоте ВПЖК и им требовались интенсивные лечебные мероприятия, обусловленные массивной кровопотерей. Клиническая эффективность проявилась редукцией пищеводно-желудочного варикоза и уменьшением количества рецидивов геморрагий на протяжении первого года (7,5% по сравнению с 26,0% повторных кровотечений у пациентов, подвергшихся медикаментозному гемостазу в сочетании с ЭЛ). Это сказалось на показателях годичной летальности: 18,9% в подгруппе TIPS/ТИПС против 38,0% в

подгруппе гемостатических мер без последующего шунтирующего пособия. У большинства больных с РА отмечена резорбция асцита и уменьшение дозировок диуретиков. Местных осложнений, связанных с выполнением трансъюгулярного доступа, нами не отмечено. У одного больного на этапе баллонной дилатации канала произошел разрыв внепеченочной части воротной вены, приведший к смертельному внутрибрюшному кровотечению. В раннем послеоперационном периоде умерли еще три пациента при явлениях нарастания ПечН и ГРС. 6-недельная летальность составила 1,96% (умерли 4 пациента). Таким образом, эндоваскулярное портосистемное шунтирующее пособие TIPS/ТИПС является миниинвазивным в отличие от трансабдоминального лапаротомного. Благодаря меньшей травматичности процедура TIPS/ТИПС становится переносимой пациентами, находящимися в суб- и декомпенсированной стадиях ПечН. Значительной части из них это обеспечивает более длительную выживаемость и возможность подвергнуться трансплантации печени. Развитие постшунтовой энцефалопатии относится к прогнозируемым осложнениям и подвергается в большинстве случаев эффективной коррекции. Редукция шунта не понадобилась ни в одном случае. Выводы: 1. Портосистемная шунтирующая операция TIPS/ТИПС является эффективным миниинвазивным шунтирующим пособием, удовлетворительно переносимым пациентами, находящимися в суб- и декомпенсированной стадиях ПечН; 2. Эндоваскулярно выполняемые технические приёмы обеспечивают возможность осуществления СЭ ЛЖВ/ЗЖВ, что способствуют снижению риска рецидивов пищеводно-желудочных геморрагий.

#### **65. Дооперационная медикаментозная портальная декомпрессия в портосистемной шунтирующей хирургии портальной гипертензии.**

Хоронько Ю.В., Бликян А.В., Козыревский М.А.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Осложнённая портальная гипертензия (ПГ) у пациентов с циррозом печени (ЦП) редко протекает моносиндромно. Пищеводно-желудочный варикоз зачастую сочетается с асцитом, гиперспленизмом, печеночной энцефалопатией. Портосистемные шунтирующие операции эффективно устраняют ведущее патогенетическое звено таких жизнеугрожающих осложнений, как варикозные пищеводно-желудочные кровотечения (ВПЖК) и рефрактерный к медикаментозным мероприятиям асцит (РА). Достижимое существенное снижение печеночной перфузии при ЦП может привести к усугублению гепатоцеллюлярной недостаточности, прогрессированию гепаторенального синдрома (ГРС) и смерти пациента. Развитие таких осложнений может произойти даже после миниинвазивной разновидности шунтирующих пособий, а именно, операции трансъюгулярного внутripеченочного портосистемного шунтирования (TIPS/ТИПС), считающейся вмешательством, удовлетворительно переносимым пациентами с суб- и декомпенсированной стадиями печеночной недостаточности (ПечН). Цель исследования - улучшить непосредственные и отдалённые результаты операции TIPS/ТИПС применением на дооперационном этапе адаптирующей медикаментозной портальной декомпрессии (АМПД). Материал и методы. Из 204 пациентов, подвергшихся в 2007-17 гг. в хирургической клинике РостГМУ операции TIPS/ТИПС, сформированы 2 группы клинического исследования, сопоставимые по основным клинико-диагностическим показателям. В состав I (контрольной) группы вошли 53 пациента, прошедшие общепринятую предоперационную подготовку. Во II группу методом случайной выборки включены 60 больных, которым в дополнение к стандартным подготовительным мероприятиям был назначен селективный вазоконстриктор октреотид (по 300 мкг



подкожно, каждые 12 часов, на протяжении 3-5 недель, предшествующих портосистемному шунтирующему вмешательству). Показаниями к операции TIPS/ТИПС стали жизнеугрожающие осложнения ПГ, проявившиеся у 71 больного состоявшимся в недавнем анамнезе ВПЖК и еще у 42 – РА, из числа которых у 13 имели место клинико-лабораторные признаки ГРС 2 типа. Как варикозная геморрагия, так и асцит обладают единым патогенетическим механизмом, в основе которого лежит ПГ, которая у всех 113 включенных в исследование больных стала результатом цирротического поражения печени. По этой причине мы сочли целесообразным включить в каждую исследуемую группу представителей этих обеих подгрупп. Смысл предоперационной АМПД октреотидом заключается в подготовке печеночной паренхимы к снижению портальной перфузии, возникающей в результате шунтирующего пособия. Анализу подверглись осложнения, 6-недельная и годовая летальность, а также 12-24-36-месячная выживаемость пациентов. Результаты и обсуждение. У всех 113 больных операцией TIPS/ТИПС достигнута эффективная портальная декомпрессия. Это проявилось последующей редукцией пищеводно-желудочного варикоза, спленомегалии и гиперспленизма, а также уменьшением асцита. Прогрессирование ПечН в течение первого года в I группе имело место у 6 (11,3%) больных, во II – у 3 (5,0%). Развитие ГРС наступило у 3 (5,7%) пациентов и 1 (1,7%), соответственно группам исследования. 6-недельная летальность в I (контрольной) группе составила 1,9% (умер 1 больной при явлениях усугубления ГРС). Во II группе за такой же период летальных исходов не было. В течение первого года после операции TIPS/ТИПС из I группы умерли 15 пациентов (28,8%), а из второй - 8 больных (13,3%). Выводы. 1. Применение АМПД позволяет улучшить результаты операции TIPS/ТИПС у больных с жизнеугрожающими осложнениями ПГ: уменьшить количество и выраженность осложнений и прежде всего – усугубления ПечН, снизить летальность, повысить выживаемость. 2. Оптимальный режим проведения АМПД подразумевает назначение селективного вазоконстриктора октреотида в дозировке 300 мкг подкожно 2 раза в сутки в течение 3-5 недель, предшествующих операции TIPS/ТИПС.

#### **66. К вопросу о целесообразности лапароскопической хирургии эхинококкоза печени.**

Демин Д.Б., Савин Д.В., Федоров К.С., Фуныгин М.С.

Оренбурга

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ГАУЗ ГКБ им. Н.И.Пирогова г. Оренбурга

Актуальность проблемы. В структуре объемных образований печени, выявляемых при применении современных методов неинвазивной визуализации, эхинококкоз является нередкой патологией. Оперативные вмешательства при данном заболевании в большинстве общехирургических стационаров традиционно выполняются путем лапаротомии. В рамках необходимости минимизации операционной травмы за счет снижения агрессии доступа, мы начали выполнять вмешательства при эхинококкозе печени лапароскопическим доступом. Цель работы: оценить эффективность лапароскопических вмешательств при эхинококкозе печени. Материал и методы. В 2014-2017 г.г. в клинике кафедры факультетской хирургии ОрГМУ на базе ГАУЗ ГКБ им. Н.И.Пирогова г. Оренбурга нами выполнены лапароскопическим доступом резекции печени у 40 пациентов, из них у 9 больных имел место эхинококкоз печени. Все больные госпитализированы в плановом порядке после стандартного предоперационного обследования. В процессе вмешательств мы применяли энергетические установки ультразвуковой диссекции и биполярной коагуляции, при необходимости дополнительной герметизации трубчатых структур применяли интракорпоральные швы или клипаторы.

Результаты и обсуждение. Нами выполнены резекции печени (перицистэктомия) у 7 пациентов, в том числе в 4 случаях при обызвествленном и в 3 случаях при живом эхинококке, в двух случаях сделана эхинококкэктомия при живом эхинококке. Методики резекционных вмешательств: в 5 случаях атипичная сегментарная резекция, в 2 случаях выполнена резекция левого латерального сектора. Средний размер образований составлял 4-7 см. Расположение – передние и боковые локализации (SII, III, IV, V, VI). Во всех случаях диссекцию ткани печени и иссечение стенок кисты осуществляли биполярным коагулятором. При необходимости дополнительного гемостаза применяли монополярную коагуляцию шаровым электродом, аппликацию тахокомба. При выявлении по линии резекции крупных трубчатых структур ручным интракорпоральным узловым швом осуществляли их дополнительное лигирование. В одном случае пациенту выполнена резекция печени по поводу рецидивного эхинококка одной локализации, до этого дважды оперированного лапаротомным доступом. Открытая эхинококкэктомия при живой эхинококковой кисте (в одном случае S III, в другом SV-VI) произведена по методике, аналогичной открытым вмешательствам: предварительное отграничение зоны вмешательства салфетками с формалином, пункция кисты, аспирация жидкости, введение спирта, экспозиция 5 минут, вскрытие кисты, удаление в контейнер оболочек и дочерних кист, обработка полости формалином, максимальное иссечение фиброзной капсулы с прилежащими участками печени для минимизации размеров остаточной полости. Конверсий и осложнений не было. Летальных исходов не было. В одном случае после резекции печени имело место скудное желчеистечение по страховому дренажу, которое самостоятельно прекратилось на 5 сутки. Все пациенты выписаны на 7-8 сутки после операции, находятся под нашим наблюдением, рецидива эхинококкоза не выявлено. Таким образом, наличие необходимых мануальных навыков и современной аппаратуры обеспечивает эффективность и безопасность лапароскопических технологий в хирургии эхинококкоза печени, что свидетельствует о необходимости широкого внедрения этой методики вмешательства при данной патологии.

#### **67. «Серьезная» лапароскопическая хирургия у больных пожилого и старческого возраста.**

Демин Д.Б., Савин Д.В., Федоров К.С., Фуныгин М.С., Соболев Ю.А., Солодов Ю.Ю., Кондрашов Н.И.

Оренбург

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ГАУЗ ГКБ им. Н.И.Пирогова г. Оренбурга

Актуальность проблемы. Прогрессирующее старение населения на фоне развития современных анестезиологических и малоинвазивных хирургических технологий явилось причиной постоянного увеличения количества пациентов пожилого и старческого возраста, которым выполняются плановые оперативные вмешательства. Цель работы: оценить эффективность продвинутых и высокотехнологичных лапароскопических вмешательств у больных пожилого и старческого возраста. Материал и методы. В 2012-2017 годах в клинике кафедры факультетской хирургии ОрГМУ на базе ГАУЗ ГКБ им. Н.И.Пирогова г. Оренбурга нами оперированы по поводу «серьезной» патологии 148 пациентов. Высокотехнологичные вмешательства выполнены у 78 больных. Из них у 40 пациентов выполнены вмешательства на печени, у 14 – на надпочечниках, у 13 – на ободочной кишке, у 5 – на поджелудочной железе, у 7 – при внеорганных новообразованиях брюшинного пространства. Кроме того, мы выполнили 70 фундопликаций по Ниссену при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы. Данная операция не является высокотехнологичной, однако это вмешательство является реконструктивным, восстанавливающим клапанный механизм кардиоэзофагеального

перехода и относится к продвинутым хирургическим технологиям. Все пациенты разделены на 2 группы: до 60 лет (1 группа) и после 60 лет (2 группа). Пациентов 1 группы было 83 (56%), средний возраст  $44 \pm 2,2$  лет; 2 группа составила 65 человек (44%), средний возраст  $67 \pm 1,6$  лет. Предоперационное обследование стандартное с обязательной спирометрией. Компенсированная сопутствующая патология, включая перенесенные инфаркт миокарда и нарушение мозгового кровообращения, не являлась противопоказанием к операции. Следует отметить, что мы являемся активными сторонниками принципа *fast track surgery*, что имеет ключевое значение в ведении послеоперационного периода у пациентов пожилого и старческого возраста. Результаты и обсуждение. Все больные госпитализированы в плановом порядке. У 40 пациентов, из них 18 больных (45%) 2 группы, были объемные образования печени. В 39 случаях новообразования были доброкачественными (гемангиомы, обызвествленные и живые эхинококковые кисты, непаразитарные кисты, аденомы), в 1 случае – первичный рак правой доли печени. Нами выполнены следующие оперативные вмешательства: резекция печени – 38, в том числе в 4 случаях при обызвествленном и в 3 случаях при живом эхинококке (перицистэктомия), в 14 случаях – при непаразитарных кистах печени – 14, в 17 случаях при солидных образованиях печени; открытая эхинококкэктомия – 1; правосторонняя гемигепатэктомия – 1. Методики резекционных вмешательств – сегментарная и бисегментарная резекция печени в 31 случае, в 6 случаях выполнена резекция левого латерального сектора. Вмешательства на надпочечниках выполнены у 14 пациентов, из них 5 больных (36%) 2 группы, в 12 случаях произведена адреналэктомия (5 правосторонних и 7 левосторонних) по поводу объемных образований от 2,5 до 6 см в диаметре. В 8 случаях это были инциденталомы, в 2 случаях – феохромоцитома, в 2 случаях – адренокортикальный рак. У 2 пациентов показанием к операции были большие забрюшинные кистозные образования (6 и 8 см в диаметре), располагавшиеся в проекции верхнего полюса правой и левой почек соответственно. Во время вмешательства при ревизии забрюшинного пространства, выявлено, что эти кисты исходят из надпочечников. Кисты иссечены с парциальной резекцией ткани надпочечников. Лапароскопические вмешательства на ободочной кишке выполнены у 13 пациентов, из них 7 пациентов (54%) 2 группы. Следует отметить, что по данным литературы 50% пациентов старше 60 лет имеют дивертикулез ободочной кишки. По поводу дивертикулярной болезни выполнено 12 операций (8 – резекции сигмовидной кишки, 4 – левосторонние гемиколэктомии), при малигнизированном полипе сигмовидной кишки 1 – левосторонняя гемиколэктомия. В трех случаях оперативных вмешательств, проведенных при дивертикулярной болезни, имела место триада Сента. Первым этапом выполняли резекцию кишки, вторым – фундопликацию и холецистэктомию. Лапароскопические вмешательства при ГПОД выполнены у 70 пациентов, из них 32 пациента (46%) 2 группы. Во всех случаях выполнена фундопликация по Ниссену. В 8 случаях выполнялись симультанные операции по поводу ГПОД и ЖКБ. В 2 случаях имели место осложнения. У одного пациента, которому проводилось оперативное вмешательство по поводу тотальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, произошла перфорация пищевода. Осложнение выявлено интраоперационно. Выполнена лапаротомия, пластика пищевода, гастростомия. Во втором случае развилась несостоятельность крурорафии. Повторно выполнена лапароскопическая крурорафия. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии. Вмешательства на поджелудочной железе выполнены у 5 пациентов, из них 1 пациент (20%) 2 группы. У 4 пациентов были серозные цистаденомы хвоста поджелудочной железы, у 1 пациента солидное образование (аденома по послеоперационному гистологическому заключению) той же локализации. В 2 случаях выполнена дистальная панкреатоспленэктомия, в 3 случаях дистальная панкреатэктомия с сохранением селезенки. Конверсия в 1 случае в связи с возникновением неконтролируемого кровотечения из селезеночной вены. У обоих пациентов после панкреатоспленэктомии развился панкреонекроз с жидкостными скоплениями, потребовавший их пункционного дренирования под УЗ-навигацией. Лапароскопические вмешательства при внеорганных объемных забрюшинных образованиях выполнены у 7

пациентов, из них 1 больной (15%) 2 группы. Во всех случаях новообразования энуклеированы. При анализе результатов лечения установлено, что в 1 группе больных выполнены 2 конверсии (обе при резекции печени), во 2 группе – 1 конверсия по поводу интраоперационного осложнения при ГПОД. В 1 группе имели место 6 осложнений (7,2%): одно интраоперационное – левосторонний пневмоторакс при ГПОД, 3 в раннем послеоперационном периоде – кровотечение из ложа удаленного надпочечника, послеоперационный панкреатит, пневмония; 1 отдаленное – рецидив ГПОД. Во 2 группе было 3 осложнения (4,6%): одно интраоперационное – повреждение пищевода при ГПОД, 2 в раннем послеоперационном периоде: кровотечение из сосуда малого сальника при ГПОД, послеоперационный панкреатит. Летальных исходов в обеих группах не было. Таким образом, среди 148 пациентов, оперированных по поводу представленных нозологий, 44% больных были пожилого и старческого возраста. Наличие необходимых мануальных навыков, современной аппаратуры, грамотного анестезиологического обеспечения и ведения послеоперационного периода в соответствии с принципами fast track surgery обеспечивает эффективность и безопасность «продвинутых» лапароскопических технологий у больных старших возрастных групп и открывает перспективы для расширения объема этих вмешательств у данной категории пациентов.

#### **68. Малоинвазивные технологии в лечении срединных кист шеи.**

Воробьев И.Н., Киршина О.В., Воробьев А.И.

Екатеринбург

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение. В настоящее время основной из известных способов лечения срединных кист шеи - оперативный, включающий иссечение кисты с эпителиальным ходом и рассечением подъязычной кости, что предполагает определенный уровень травматичности вмешательства и послеоперационных осложнений. Цель. Улучшение результатов лечения срединных кист шеи посредством двухэтапного лечения. Материалы и методы. Основу настоящего исследования составили пациенты с срединными кистами шеи для выполнения аспирационной биопсии их под контролем УЗИ. Средний размер кист составил 34 мм, средний объем содержимого – 9 мл (по данным УЗИ). Всем пациентам выполнено двух этапное лечение срединных кист. На первом этапе эвакуировали содержимое кисты с помощью кубитального катетера 0.9-1,2 мм Х40 мм (20-18G в который вводили снизу вверх к корню языка и оставляли на 2-3 недели. Для оценки степени свищевого хода выполняли контрольный осмотр его под УЗИ один раз в 7 дней. При формировании свищевого хода вторым этапом выполняли склерозирование эпителиального хода, для чего через катетер 5 мл 70% этилового спирта до чувства жжения в ротовой полости, затем - 5 мл 96% спирта, что вызывало некроз эпителиального хода у корня языка, после чего катетер извлекали. Результаты исследования. У всех пациентов кисты регрессировали, рецидивов заболеваемости в течение первых трех лет наблюдения не было. Все пациенты проходили лечение в амбулаторных условиях. Вывод. Двухэтапный метод лечения срединных кист шеи достаточно эффективен, нуждается в дальнейшем его изучения и внедрения в клиническую практику.

## **69. Первый опыт выполнения core-биопсий образований молочной железы системой «пистолет-игла» под ультразвуковым контролем.**

Абоян И.А., Громовенко Е.Ю., Усенко Е.Е.

Ростов-на-Дону

МБУЗ КДЦ «Здоровье» г. Ростова-на-Дону

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) продолжает лидировать в современном мире на I месте у женщин, составляя высокие показатели заболеваемости (21,8%) и смертности (17%) среди злокачественных новообразований в женской популяции. Традиционно ведущим методом диагностики является бесконтрастная рентгеновская-маммография (РМГ), точность методики достигает 90%, выявляя непальпируемые образования до 0,4 см. Однако, способность РМГ к выявлению злокачественных опухолей непосредственно связана с соотношением соединительно-тканного компонента, железистой и жировой ткани в молочной железе (МЖ). В случаях преобладающего железистого типа строения МЖ, чувствительность РМГ в выявлении рака снижается вдвое. В современном мире развития новых технологий сонографического исследования (высокочастотные датчики, совершенствование доплеровских технологий, развитие соноэластографии), ультразвуковой (УЗ) метод позволяет повысить частоту выявления РМЖ на 42%, визуализирует и дифференцирует непальпируемые образования МЖ от 0,4 см, лежащие в глубоких тканях, на плотном железистом фоне МЖ. Цель работы. Определить показания и преимущество проведения биопсий системой «пистолет-игла» разнокалиберных (в том числе мелких) образований молочных желез под УЗ-контролем. Материалы и методы. С сентября 2016г. по март 2017г. были выбраны и разделены на три группы 65 пациенток в возрасте 35-65 лет, с образованиями МЖ, для верификации диагноза, определения дальнейшей тактики. Всем пациенткам выполнена Core-биопсия МЖ под УЗ-контролем. I группа-32 пациентки (49,23%)-с образованиями до 1,0 см (от 0,5x0,7 см до 0,6x1,0 см). Из них одна пациентка с образованием 0,45см. II группа-18 пациенток (27,69%)-с образованиями 1,2-2,0 см. III группа-15 пациенток (23,08%)-с образованиями более 2,0 см (до 3,5 см). В III группе образования представлены гипоехогенными (разноэхогенными) зонами, в большинстве-с нечеткими контурами, практически все аваскулярные в режиме ЦДК. На РМГ и магнитно-резонансных томограммах (МРТ) МЖ данные изменения визуализированы как зоны тяжистых фиброзных изменений. По данным МРТ МЖ, во всех образованиях трех групп пациенток отмечались явления контрастирования, с полным или частичным накоплением контрастного вещества. Биопсии выполнены по стандартной методике «пистолетом» итальянской фирмы «MEDAX», иглами 16G x100 мм и 18Gx120 мм. Точность положения биопсийной иглы контролировали при сонографическом изображении, совмещая срез скана оси иглы с продольным срезом поверхности датчика. Результаты и обсуждение. В 32,30 % случаях (21 пациент 3-х групп) гистологически верифицирована пролиферативная форма фиброзно-кистозной болезни (ФКБ), в том числе, в самом мелком образовании 0,45 см, с явлениями дисплазии, от слабой до Пст-4,6% (3 пациента I группы), очаг атипической лобулярной гиперплазии (ALH) 1,5% (1 пациентка II группы). В 4,6% случаях (3 пациента II группы)-РМЖ (умеренно-дифференцированная протоковая карцинома, инфильтративный рак); 26,15% (17 пациенток I -II групп)-фиброаденомы. 30,76 % (20 человек II-III групп)- непролиферативная форма ФКБ, с выраженным склерозом стромы и дистрофическим обызвествлением. Всем пациенткам с пролиферативно-активной формой ФКБ, с дисплазией и очагами атипичии, с наличием фиброаденом, выполнена секторальная резекция в условиях хирургического стационара МБУЗ КДЦ «Здоровье» с проведением срочного интраоперационного и послеоперационного гистологических исследований. Достоверность сопоставленных до-, интра- и послеоперационного морфологических диагнозов, по нашим данным, составляет 99,6%. При выявленных РМЖ в забранных образцах тканей, проведены

иммуногистохимические исследования в условиях КДЦ «Здоровье», с результатами которых пациенты направлены в онкологические учреждения города Ростова-на-Дону, для своевременного комплексного лечения. Показаниями к выполнению соге- биопсии МЖ под УЗ-контролем явились сонографические изменения и образования в ткани МЖ, коррелирующие с результатами РМГ и контрастной МРТ МЖ, размерами от 0,45 см, наличие участков тяжистой перестройки структуры ткани МЖ. Выявленный РМЖ в отобранных группах пациентов составил около 5 %. Узловые формы составили около 65%, из них-пролиферативные формы ФКБ (также с элементами атипии, дисплазии)-более 40%, фибroadеномы(а также на фоне пролиферативной ФКБ)-около 26%. Выводы.Соге-биопсия с многократно забранными тканевыми образцами в виде «столбиков» ткани позволяет расширить морфологическую диагностику и верифицировать диагноз с непальпируемыми образованиями, тяжистыми бесструктурными изменениями в ткани МЖ, с проведением своевременного хирургического лечения, раннего комплексного лечения, оптимального выбора органосохраняющих операций при атипии и дисплазии, РМЖ, что позволит продлить и повысить дальнейшее качество жизни пациенток.

## **70. Эндовидеохирургическое лечение морбидного ожирения в условиях хирургического отделения ИРКБ.**

Аушев М.К., Мальсагов Р.Ю., Кузьгов О.Б., Яндиев О.А., Гезгиева Р.К., Долаков И.Г.

Магас

ФГБОУ ВО «Ингушский государственный университет, кафедра госпитальной хирургии медицинского факультета

Всемирной организацией здравоохранения ожирение названо хронической неинфекционной глобальной «эпидемией». Увеличение массы тела сопровождается возрастанием частоты развития артериальной гипертензии, сахарного диабета II типа, синдрома апноэ во время сна, остеохондроза позвоночника, желчнокаменной болезни, заболевание суставов и ряда других заболеваний. Установлена прямая пропорциональная зависимость между избыточной массой тела и показателями общей смертности. По сводным данным в России избыточная масса тела и ожирение наблюдается приблизительно у 30% населения. Статистика больных с ожирением в Республиканском Эндокринологическом Диспансере Ингушетии подтверждает рост заболеваемости. На конец 2014г. больных с ожирением в Ингушетии составляло 2563, 2015г.- 2952, 2016г. – 3310 чел. Цель: Установить эффективность и риски бариатрических операций. Представление результатов эндовидеохирургических вертикальных гастропликаций у больных с морбидным ожирением в хирургическом отделении ИРКБ. Материал и метод: С 2011 по 3 квартал 2017 года нами оперированы 35 пациента. Возраст самого молодого составлял 15 лет самому пожилому 70 лет (женщины – 25, мужчины – 10). Сопутствующие патологии у больных: артериальная гипертензия – 21; нарушение толерантности к глюкозе – 12; сахарный диабет (ст компенсации) - 6 больных; аксиальная ГПОД – 10 больных. всем больным перед операцией проводилась ЭФГДС, у 7 пациента было выявлено поверхностный эрозивный гастрит, которым в течение 2 мес проводилась консервативное лечение повторная ЭФГДС через 4 мес. Всем больным лапароскопическая гастропликация выполнялась из 5 троакарных доступов, операционная бригада: оператор, 2 ассистента, операционная сестра. 10 больным в сочетании выполнена задняя крурорафия. Среднее время проведения оперативного вмешательства составило 1 час 50 минут. Среднее койко-дней пребывания пациента в стационаре составило 7 дней. Все оперированные больные состоят на Д учете в РЭД. Оперированные больные ранее проходили лечение у диетолога и проводили лечебную физкультуру, интенсивные занятия в фитнес- клубах. Отсутствие эффекта и нарастающие боли в позвоночнике, суставах. регулярное повышение артериального давления стали показанием для оперативного

вмешательства. Результаты: В послеоперационном периоде снижение массы тела отмечено у всех 35 пациентов. Наблюдалось снижение веса за время нахождения в стационаре в течении 7 дней в среднем на 5 кг. В сроках от 8 до 12 месяцев у оперированных больных снижение массы тела в среднем 14.5 % от исходной. Осложнения в послеоперационном периоде: у 4 больных отмечена диарея которая разрешилась в течении 5-6 суток на фоне медикаментозной терапии; у 2-х больных возникла послеоперационная дисфагия после проведенной задней крурорафии с сопутствующей аксиальной ГПОД которая после бужирования разрешилась на 8 сутки. Отдаленные результаты: снижение индекса массы тела отмечено у 100 % оперированных больных, у 8 оперированных больных вторым этапом явилась операция по пластике передней брюшной стенки с сохранением пупка. Выводы: Наш небольшой опыт проведения эндовидеохирургических бариатрических операций показал высокую эффективность вертикальной гастропликации. Снижение массы тела явилось основополагающей в профилактике заболеваний ассоциированных ожирением. Лапароскопическая вертикальная гастропликация в сравнении с лапароскопической рукавной резекцией желудка является не менее эффективной операцией при лечении ожирения, и не сопровождается опасными для жизни местными послеоперационными осложнениями, характерными для наиболее близкого аналога, которым является лапароскопическая рукавная резекция желудка.

## **71. Применение портосистемных шунтирующих вмешательств (операции TIPS/ТИПС) при лечении гепаторенального синдрома.**

Хоронько Ю.В., Козыревский М.А.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Гепаторенальный синдром (ГРС) встречается у 7-15% пациентов с циррозом печени и относится к жизнеугрожающим осложнениям портальной гипертензии (ПГ). Как правило, его манифестация происходит на фоне длительно существующего асцита, рефрактерного к медикаментозным мероприятиям (РА), и/или гиповолемии, развившейся в результате варикозной пищеводно-желудочной геморрагии. При ГРС прогноз зачастую пессимистичен. В ряде публикаций, посвященных данной проблеме, авторы рекомендуют применение портосистемного шунтирующего пособия – операции трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования (TIPS/ТИПС), - в качестве эффективной миниинвазивной процедуры устранения ПГ - одного из патогенетических факторов РА. Цель исследования - улучшить результаты лечения больных с РА и ГРС путем применения операции TIPS/ТИПС в комплексе общепринятых лечебных мероприятий. Материалы и методы. Хирургическая клиника РостГМУ располагает опытом выполнения операции TIPS/ТИПС у 204 больных, из числа которых в 52 случаях показанием к проведению портосистемного шунтирующего пособия стал РА. Важно подчеркнуть, что у 21 пациента с РА был также диагностирован ГРС 2 типа. По выраженности печеночной недостаточности (ПечН), классифицированной в соответствии с критериями Чайлд-Пью, преобладали больные с классом С (33 человека, 63,5%). У всех был рассчитан риск предстоящего шунтирующего пособия по шкале MELD (Model for End Stage Liver Disease) по общепринятой методике. На этапе предоперационной подготовки к шунтирующему вмешательству пациентам проводилась коррекция электролитных нарушений, терапия гипоальбуминемии (из расчета 1г/кг/сут), адаптирующая медикаментозная портальная декомпрессия (пропранолол, октреотид, терлипрессин). Контрольную группу, сопоставимую с основной по клинико-лабораторным показателям, составили методом случайной выборки 50 пациентов, для

лечения которых была использована стандартная схема лечения асцита с применением бессолевой диеты, диуретиков, лапароцентеза в 60% случаев. ГРС 2 типа в контрольной группе диагностирован у 12 пациентов. Исследованию подверглись: динамика клинических и лабораторных показателей общего и биохимического анализов крови в сроки 1-3-6-12 месяцев, 6-недельная и годовичная летальность, 12-24-36-месячная выживаемость (по Kaplan-Meier). Результаты. В основной группе осуществление операции TIPS/ТИПС позволило добиться эффективной портальной декомпрессии и исключить важное патогенетическое звено заболевания – ПГ. В течение 6 недель после вмешательства у большинства пациентов (44, 83,0%) отмечена полная или частичная резорбция асцита. Редукция клинической и лабораторной картины ГРС (снижение уровня креатинина крови, увеличение клиренса креатинина, нормализация электролитных показателей) в этом интервале времени произошла у 15 (71,4%) больных. Умерли 3 пациента вследствие усугубления ГРС на фоне прогрессирования ПечН. 6-недельная летальность составила 5,8%. У этих пациентов до операции был установлен класс С ПечН (средний балл 11,7) и высокая степень риска предстоящего шунтирующего вмешательства по шкале MELD. Годичная летальность в категории больных с классом В – 15,8% (умерли 3 пациента), с классом С – 27,3% (9 человек). В контрольной группе, лечение в которой не было сопряжено с применением оперативного вмешательства TIPS/ТИПС, было отмечено прогрессирование ПечН, несмотря на комплексную терапию и регулярное стационарное лечение. Это отразилось на показателях летальности, составившую 54,0% (умерли 27 пациентов) к исходу первого года. Выводы: 1. Применение портосистемной шунтирующей процедуры TIPS/ТИПС в сочетании с оптимизированными периоперационными мероприятиями позволяет улучшить результаты лечения пациентов с РА и ГРС. 2. Следует тщательно подходить к установлению показаний к выполнению операции TIPS/ТИПС у пациентов с декомпенсированной ПечН (класс С по Чайлд-Пью) и проводить таким больным интенсивную терапию на этапе подготовки к вмешательству.

## **72. Применение метагеномного анализа в медицине.**

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

Оренбург

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

В середине 70-х годов XX века исследователями Гарвардского университета (США) Алланом Максамом и Уолтером Гилбертом был разработан метод определения последовательности нуклеотидов, основанный на нуклеотид-специфичной химической дегградации при обработке ДНК различными химическими агентами. Стоит заметить, что данная методика получила широкое применение в медицине и биологии. В литературе имеются данные, согласно которым, микробиота среднестатистического человека состоит из 10–100 трлн индивидуальных прокариотических клеток, относящихся к 150–800 видам из 1 380–4 000 различных таксономических групп. Несмотря на высокую вариабельность микрофлоры кишечного тракта, в ходе последних метагеномных исследований удалось выявить существование всего трех стабильных типов кишечной микробиоты - *Bacteroides*, *Prevotella*, *Ruminococcus*, хотя по некоторым данным в 99% случаев выявляются только два микроорганизма *Bacteroidetes* и *Firmicutes*. Язвенная болезнь желудка в настоящее время считается следствием жизнедеятельности бактерии *Helicobacter pylori*, пациенты проходят лечение антибиотиками. Для понимания этих процессов требуются дальнейшие детальные исследования, поэтому можно ожидать значительное увеличение количества метагеномных исследований микрофлоры ЖКТ уже в ближайшем будущем. Особый интерес вызывает работа Оренбургских ученых, которые исследовали материал, взятый из раны, в асептических условиях, при различных гнойно-деструктивных состояниях, с



помощью метода молекулярной генетики. Полученные результаты весьма интересны: микробиологическое исследование зачастую не дает полный микробный пейзаж микроорганизмов, находящихся в материале, в то время как метагеномный анализ выявляет некультивируемые микроорганизмы. Однако, методика молекулярной генетики не дает 100% идентификации всех микроорганизмов, всегда имеется часть неизвестных (некультивируемых) микроорганизмов. Имеются данные о проведении метагеномного анализа материала мокроты, взятой у пациентов с внебольничной пневмонией. Считается, что основным возбудителем, выявленным в ходе бактериологического метода исследования является *P.aeruginosa*, однако, по полученным данным выявлены бактерии, относящиеся к 7 разным порядкам и 8 семействам. По количеству последовательностей в патологическом материале преобладали бактерии двух порядков: *Pseudomonadales* и *Burkholderiales*, представленность которых составила 88,3 и 8,5% соответственно. Большая часть из идентифицированных генетическим путем бактерий относится к малоизученным микроорганизмам. Некоторые из них, как, например, *Herbaspirillum*, больше известны в качестве представителей микрофлоры почвы или в связи с растениями. Сравнивая результаты изучения бактерий с использованием классических лабораторных методов и с помощью метагеномного анализа, можно заключить, что многие микроорганизмы не дают роста при стандартных лабораторных методах культивирования, а те микроорганизмы, выявленные с помощью метагеномного анализа определенно несут свою роль в развитии патологического процесса. В этих условиях антибиотикотерапия несет условный характер. Как отмечалось выше метагеномный анализ внедряется во все сферы медицины. Имеются данные о впервые в мире предпринятой попытке секвенирования генома членов семьи с наследственной формой болезни Альцгеймера. При изучении зарубежной литературы, выявлено более широкое использование метода молекулярной генетики в изучении заболеваний человека, в частности при заболеваниях ЖКТ. Так, например, имеется работа, в ходе которой получены данные, что у пациентов с антральным гастритом и пищеводом Баретта, помимо *Helicobacter pylori*, выявлены филы *Bacteroidetes*, *Firmicutes*, *Fusobacteria*, *Proteobacteria*, которые, возможно, выполняют определенную роль в развитии метаплазии пищевода. Так же, некоторые авторы утверждают, что при проведении метагеномного анализа выявляются неизвестные(не классифицируемые) микроорганизмы в микробиоте кишечника. На основе всего вышеизложенного можно сделать выводы: 1) Метагеномный анализ является наиболее точным методом идентификации микроорганизмов в моделях окружающей среды, позволяет выявить некультивируемые микроорганизмы 2) Рутинное бактериологическое исследование, зачастую, неэффективно и не показывает всего микробного пейзажа в исследуемом материале 3) Однако, метагеномный анализ не способен на 100% идентифицировать микроорганизмы 4) Методика молекулярной генетики способна осветить некоторые моменты патогенеза различных заболеваний человека 5) Необходимо более интенсивно исследовать различные патологические состояния пациента, с точки зрения метагеномного анализа, так как данный метод исследования является передовым и способен повлиять на пересмотр патогенеза некоторых заболеваний, а так же, проведение антибиотикотерапии.

### **73. Оценка результатов хирургического лечения больных острым гнойным лактационным маститом с применением радиочастотного скальпеля и озono-ультразвукового метода.**

Чернова Н.В., Долгополов В.В.

Луганск, ЛНР

ГУ «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки»

Актуальность проблемы: В настоящее время больные с неспецифическими воспалительными заболеваниями молочной железы составляют от 5 до 26% от общего числа пациентов с острой хирургической инфекцией мягких тканей. Самым частым воспалительным заболеванием молочной железы является мастит, который в 80-90% случаев является лактационным и встречается у 3,5-7% рожениц. Тяжёлое течение острого гнойного лактационного мастита обусловлено плохой способностью лактирующей молочной железы к отграничению воспаления, быстрым распространением деструктивного процесса, выраженной интоксикацией. Цель работы: оценить результаты хирургического лечения больных острым гнойным лактационным маститом (ОГЛМ) с применением радиочастотного скальпеля и озono-ультразвукового метода и традиционного хирургического лечения пациентов с данной патологией. Материалы и методы: в основу исследования легли результаты лечения 82 пациентов с острым гнойным лактационным маститом, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях: Луганской городской клинической многопрофильной больницы №1, Луганской городской клинической больницы №4, Луганской городской клинической больницы №15 в период с 2009 г. по 2012г. Верификация диагноза осуществлялась согласно общепринятым стандартам: анамнез, жалобы, клиническая картина, данные УЗ-исследования, получение гноя при диагностической пункции абсцесса. Основную группу (ОГ) составили (42 человека) больные, оперативное лечение которым проводилось с применением радиочастотного скальпеля (РС). Для местного лечения послеоперационных ран выполнялась ультразвуковая обработка раны через озонированный изотонический раствор хлорида натрия. Контрольную группу (КГ) (40 человек) составили пациенты, лечение которых осуществлялось путём традиционной обработки гнойного очага и применения традиционных средств для местного воздействия на рану (мазь «Левомеколь»). Возраст больных в обеих группах сопоставим: в основной группе от 18 до 42 лет (средний возраст 28+4,7 лет), в контрольной группе - от 17 до 36 лет (средний возраст 29+4,3 лет). В основной группе у 22 пациентов (52,4%) отмечалось поражение правой молочной железы, у 20 (47,6%) – левой; в контрольной группе поражение правой молочной железы отмечалось у 21 пациента (52,5%), левой – у 19 (47,5%). Двустороннее поражение молочных желез мы не отмечали. С учётом фазы и локализации заболевания больные распределились следующим образом: интрамаммарный мастит - 26 (ОГ) и 22 (КГ) человек, субареолярный – 11 (ОГ) и 16 (КГ) человек, ретромаммарный – 5 (ОГ) и 2 (КГ) человека; абсцедирующая форма мастита была выявлена у 32 человек основной группы и у 32 человек контрольной группы, флегмонозная форма – у 8 человек (ОГ) и у 6 человек (КГ), гангренозная форма встречалась в 2 случаях (ОГ) и 2 случаях (КГ). Хирургическое лечение было выполнено всем пациентам обеих групп. Хирургическое лечение выполнялось под общим обезболиванием. Виды оперативных вмешательств: вскрытие абсцесса, некрэктомия- 34 (ОГ) и 33 (КГ), иссечение абсцесса (секторальная резекция) – 6 (ОГ) и 5 (КГ), мастэктомия (у больных с гангренозной формой ОГЛМ) -2 (ОГ) и 2 (КГ). Планиметрические исследования: средний объём раны в 1-ые сутки послеоперационного периода в основной группе составил 65,7 см<sup>3</sup>, а в контрольной – 68,6см<sup>3</sup>. Бактериологическое исследование материала: чаще других был выделен золотистый стафилококк: 40,2% в монокультуре и в 53,7% в ассоциации с другой микрофлорой. У 26,8% больных был высеян эпидермальный стафилококк. В 4,9%

наблюдений микробный пейзаж был представлен неспорообразующими грамотрицательными палочками (*Bacteroides*) и у 6,1% больных – грамположительными кокками (*Peptostreptococcus*). В 5 случаях (6,1%) посевы не дали роста микрофлоры, что, скорее всего, связано с использованием антибактериальных препаратов на догоспитальном этапе. В послеоперационном периоде больные получали: цефтриаксон, метронидазол, кетанов, диклофенак, промедол, глюкозо-солевые растворы, фраксипарин. С лечебной целью при первой и последующих перевязках использовалась мазь «Левомеколь». В течение первых четырёх суток рана дренировалась резиновым дренажем. После операций иссечения абсцесса (секторальных резекций) накладывался первичный шов. После вскрытия абсцесса вторичный шов накладывался на 7-е сутки. Лечение больных основной группы отличалось тем, что во время оперативного пособия для рассечения тканей и гемостаза использовался высокочастотный хирургический аппарат «Электропульс С-350 РЧ». После обработки операционного поля в условиях общей анестезии разрез кожи, подкожной клетчатки производился электроскальпелем аппарата «Электропульс С-350 РЧ» в режиме «резание». После опорожнения гнойной полости, разделения соединительнотканых перемычек гнойная полость обрабатывалась аппаратом в режиме монополярной искровой бесконтактной коагуляции. При этом достигался гемостаз и антисептический эффект. Кровотечение из крупных сосудов останавливалось с помощью контактной монополярной коагуляции. В послеоперационном периоде обработку ран во время перевязок пациентам основной группы производили с использованием генератора низкочастотных ультразвуковых колебаний УРСК-7Н-22. Лечебным раствором, используемым в качестве промежуточной лекарственной среды, стал озонированный 0,9% раствор хлорида натрия, который получали с помощью аппарата «Мезодонс-БМ». Оценке подвергали такие признаки: темпы регресса местных симптомов воспалительного процесса, скорость уменьшения объёма раны, динамика клинических и лабораторных показателей, сохранность лактации, сроки лечения, косметический результат. Результаты и обсуждение: в основной группе к 5-6 суткам лечения отмечено полное стихание воспалительных явлений и очищение ран ( в КГ- к 8-9 суткам). Скорость уменьшения объёма раны в ОГ составила 12,9+3,3%/сут., в КГ- 6,3+1,4%/сут. Сроки лечения в стационаре: ОГ- 10,6+1,3 сут., КГ-15,4+1,2сут. Лактация поражённой МЖ при выписке: в ОГ сохранилась у 88,1% пациентов, а в КГ – у 60%. Неудовлетворительные отдалённые косметические результаты в КГ составили 55%, а в ОГ -23,8% случаев. Выводы: Применение радиочастотного скальпеля и озон-ультразвукового метода для лечения больных с острым гнойным лактационным маститом позволило: 1.) ускорить наступление фазы репарации, 2.) сократить длительность фазы воспаления на 2-3-е суток, 3.) увеличить скорость уменьшения объёма раны, 4.) сократить срок пребывания больных в стационаре, 5.) предотвратить истечение молока из раны и образование молочных свищей, 6.) сохранить лактацию и грудное вскармливание у 88,1% больных, 7.) получить хороший и удовлетворительный отдалённый косметический результат у 76,2% пациентов.

#### **74. Новый лабораторный экспресс-тест для оценки степени тяжести перитонита.**

Мусагалиев А.А., Луцева О.А., Коханов А.В., Серебряков А.А., Кчибеков А.А.

Астрахань

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. В качестве кандидата на роль интегрального раннего маркера перитонита в абдоминальной хирургии рассматривается новый индикатор – альбумин. Альбумин, благодаря своей способности связывать и транспортировать эндотоксины различной природы вызывает интерес не только в качестве индикатора эндогенной

интоксикации, но и одновременно как белок острой фазы может отражать степень системной воспалительной реакции организма больного. Цель работы: оценить эффективность нового теста для определения общей и связанной с эндотоксинами концентрации альбумина для ранней диагностики и прогноза послеоперационных осложнений у больных с аппендикулярным перитонитом. Материалы и методы: Исследованы 130 больных аппендикулярным перитонитом в возрасте от 13 до 50 лет. С флегмонозным аппендицитом – 21 больной, гангренозным аппендицитом – 64, гангренозно-перфоративным аппендицитом – 45. Причиной перитонита у всех больных явились деструктивные формы острого аппендицита. Местный перитонит диагностирован у 88 больных, из которых 27 больных вошли в первую группу с отграниченной формой перитонита, а 61 пациент составили вторую группу с неотграниченным аппендикулярным перитонитом. Третья группа состояла из 42 пациентов, имевших распространенный перитонит. Для оценки степени эндотоксикоза сравнивали три показателя тяжести перитонита: лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), уровень молекул средней молекулярной массы (МСМ) и снижение связывающей способности альбумина, запатентованным нами способом с применением коэффициента СА/ОА. Результаты и их обсуждение: У 27 больных отграниченным перитонитом перед операцией выявлены клинические признаки эндотоксикоза I степени тяжести, подтвержденные данными измерения МСМ и вычисления ЛИИ. У 61 пациента с неотграниченным перитонитом клинические признаки, а также МСМ и ЛИИ указывали на эндотоксикоз II степени тяжести, и у 42 больных распространенным перитонитом имелись клинические и лабораторные признаки эндотоксикоза III степени. В первые дни после оперативного лечения концентрация общего (ОА) и связанного альбумина (СА) в сыворотке крови, а также их соотношение СА/ОА начинает снижаться в ближайшие часы после санации брюшной полости при перитоните и отражают степень эндотоксикоза также достоверно как стандартные показатели ЛИИ и МСМ. При подтвержденном клинически парезе кишечника у больных аппендикулярным перитонитом обнаружены серьезные расстройства белкового баланса крови, выразившиеся в диспротеинемии, гипоальбуминемии с увеличением коэффициента СА/ОА. Эти нарушения нарастали, в зависимости от стадии пареза кишечника и при третьей степени пареза кишечника уровень СА достоверно ( $p < 0,05$ ) превышал аналогичный показатель в контрольной группе в  $2,31 \pm 0,4$  раза. Определены референтные интервалы коэффициента СА/ОА для отграниченной, неотграниченной и распространенной формы перитонита в динамике лечения и в зависимости от степени пареза кишечника, что позволяет использовать разработанный тест для ранней диагностики степени эндотоксикоза и других осложнений у пациентов с острой абдоминальной патологией. Показатель СА/ОА, в отличие от других маркеров эндотоксикоза, не зависит от степени кровопотери, гипоальбуминемии или характера инфузионной терапии. Выводы: Мониторинговое изучение концентрации СА и коэффициента СА/ОА в послеоперационном периоде является информативным методом исследования, позволяющим экспрессно и объективно оценивать степень тяжести перитонита. Тест легко выполняется в лаборатории любого уровня и может использоваться для диагностики послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии.

#### **75. Возможности применения комплексного подхода при лечении флегмон области шеи.**

Сергеев В.А.(1), Глухов А.А.(2); Сергеев В.А.(1), Глухов А.А.(2)

1) Орел, 2) Воронеж

1) ОГУ им. И.С.Тургенева, Медицинский институт, 2) ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Хирургическая инфекция области шеи и средостения представляет реальную угрозу для жизни больного, что обусловлено анатомическими особенностями этой области, возможностью быстрого распространения гнойного процесса по клетчаточным пространствам и генерализации инфекции. Цель: Оценить эффективность комплексного подхода при лечении флегмон области шеи с применением различных санационных технологий: ультразвуковых, вакуумных, метода программной ирригационно-аспирационной санации (ПИАС). Материал и методы: За период 2011-2016 годы под нашим наблюдением находились 15 пациентов с гнойными флегмонами области шеи в возрасте от 24 до 62 лет. Мужчин было 11, женщин – 4. Причинами развития флегмон шеи были: флегмона дна полости рта после экстракции зуба у 11 больных, флегмонозная ангина – у 2 пациентов, травма нижней челюсти – в 2 случаях. Все больные были оперированы в первые сутки поступления. С целью оптимизации процесса заживления использовали обработку гнойного очага ультразвуком, вакуум-терапию и метод ПИАС. Ультразвуковую кавитацию раневой полости проводили аппаратом Sonosa 185 фирмы Soring, а для создания локального отрицательного давления (ЛОД) в полости раны и для применения метода ПИАС использовали устройство АМП-01, имеющее сертификат соответствия и регистрационное удостоверение. Блок управления устройства позволяет задавать программу циклического нагнетания антисептического раствора в гнойную полость под давлением, а затем после его экспозиции - активную аспирацию отработанного раствора. Устройство работает по циклическому принципу в автономном режиме, позволяет выбрать параметры санации (скорость, объем нагнетания или аспирации) и осуществлять индивидуальный подход к лечению каждого конкретного случая. Устройство оснащено датчиком давления, поддерживающим в автоматическом режиме определенный уровень разряжения в полости гнойного очага. После адекватной хирургической обработки гнойной раны с применением ультразвуковой кавитации устанавливали трубчатые дренажи в наиболее низкие места раневой полости и выводили их через контрапертуры. Послеоперационная рана ушивалась наглухо, а дренажи подсоединяли к оригинальному устройству АМП-01. Программную санацию осуществляли каждые 3 часа, чередуя ее с периодом «разрежения» в гнойной полости (1-2 часа), создаваемым устройством АМП-01 в режиме «аспирация». Данную методику применяли в первые 3-5 суток лечения, а затем переходили на постоянную аспирацию. Общая терапия включала адекватное назначение антибиотиков с учетом чувствительности их к выделенной микрофлоре, иммуномодулирующих препаратов, общеукрепляющее лечение, детоксикационную терапию. При необходимости применялись методы активной иммунизации больных. Для оценки результатов лечения применяли следующие методы исследования: общеклинические, бактериологический, бактериоскопический, цитологический, математический. Результаты: Практически у всех больных уже на 2-3-и сутки отмечалось значительное уменьшение болей и воспалительных явлений в области раны, к 3 - 4-м суткам боли полностью исчезали у 94% пациентов, а воспалительные явления полностью купировались к 6-7-м суткам. Нормализация температуры тела у больных происходила к 3-5-м суткам, а нормализация количества лейкоцитов отмечена уже к 6-7-м суткам от начала лечения. Снижение уровня микробной обсемененности гнойной полости ниже критического уровня мы отмечали на 3-4-е сутки, Сроки пребывания в стационаре больных составили  $12,6 \pm 1,4$  суток, а длительность полного заживления ран в составила  $17,6 \pm 1,8$ . Выводы. Комплексный подход при лечении флегмон области шеи с применением ультразвука, ЛОД и метода ПИАС способствует более ранней деконтаминации гнойного очага, очищению его от некротических тканей и фибрина, уменьшению перифокального воспаления, что позволило в наших наблюдениях сократить сроки лечения больных.

## 76. Первый опыт оказания маммологической помощи детям в городе Ростове-на-Дону в детском диагностическом Центре «Центр Здоровья Детей», МБУЗ КДЦ «Здоровье».

Абоян И.А., Абоян М.Е., Усенко Е.Е., Громовенко Е.Ю.

Ростов-на-Дону

МБУЗ КДЦ «Здоровье» г. Ростова-на-Дону

Актуальность. В настоящее время заболевания молочных желез, в том числе опухолевого характера, у взрослого населения неуклонно растет и достигает 80% в популяции у женщин, у мужчин от 0,6% до 40%. Многие заболевания молочных желез (МЖ) манифестируют в период полового созревания. Большинство заболеваний репродуктивной системы у взрослых корнями уходит в детство, что обуславливает актуальность данной проблемы. Цель работы. Обосновать необходимость внедрения оказания маммологической медицинской помощи детям. Материалы и методы. С сентября 2016г. по март 2017г. осмотрено 170 детей, из них 142 девочки (83,53%), 28 мальчиков (16,47%), возраст-от 3 месяцев до 17,5 лет. Всем детям с клиническим осмотром выполнено ультразвуковое исследование (УЗ) МЖ. Девочки с нормальной молочной железой, соответствующей возрастным и репродуктивным критериям, составили 15 человек (8,8%) в возрасте 16-17,5 лет. Остальные дети (91,2%) взяты на комплексное обследование. Материалы и методы. У 120 детей (70,59%) обоих полов имелось сколиотическое нарушение осанки различной степени, впервые выявленное или наблюдаемое ранее. Проблемы иммунодефицита у более половины детей обоих полов, в 75% случаях-лимфоаденопатия аксиллярных и подчелюстных лимфоузлов от 1,45см до 2,96см. Диффузные изменения щитовидной железы, с фолликулами в ее структуре от 0,30см до 1,17 см. Экзогенно-конституциональное ожирение 1-2 ст. отмечено у 65 детей обоих полов (38,24%). Малая аномалия развития сердца-5 человека, функциональный сердечный шум-6, сердечные аритмии-4. Неврологические нарушения - 15 человек с синдром вегетативной дисфункции, минимальной мозговой дисфункции, гипоталамическим синдромом. Все дети (100%) страдали хроническими формами гастритов. Из 142 девочек-у 15(10,56%) от 11 до 14 лет -на фоне дисгормональной МЖ впервые выявлены солитарные кисты в одной из желез, с анамнезом заболевания не более 2-х недель. Все 15 девочек-с неустановившимся менструальным циклом (100 %), диффузными изменениями щитовидной железы (ЩЖ)-53,33%, конституциональной высокорослостью- 73,33 %, вегетативной дисфункцией 86,66%, разделены на 2 группы. У 10 девочек (66,66%) ретроареоларно выявлены дилатированные центральные млечные протоки, с кистовидными расширениям до 0,65см. 5 девочек (33,33%) – с солитарными кистами 1,20-1,40см ретроареоларно. Кисты пунктированы под ультразвуковым контролем, с полной эвакуацией их содержимого. Во всех пунктированных кистах цитологический ответ «Содержимое кист. АК нет». У 28 мальчиков(16,47%) гинекомастия сопутствовала экзогенно-конституциональному ожирению I-III ст -19 человек (67,85%), по 3,57% (по 1)-дефицит веса и задержка развития, высокорослость-8 человек (28,57%), гиперплазии и гипоплазии ЩЖ –по 5 случаев(17,87%), гипотиреоз-1(3,57%), гипертестостеронемия- 1 (3,57%), гиперпролактинемия - 2 (7,14%), гиперинсулинемия-1 (3,57%). У 1 ребенка выявлены сочетание монорхизма, гепатомегалии, спленомегалии. Гипоплазия яичка-1(3,57%), варикоцеле-4(14,28%), киста придатка-2 случая (7,14%), синехии крайней плоти-3 (10,71%), гипоспадия(3,57%) -1 случай. Инфекции мочевыводящих путей-4 (14,28%), нейрогенные нарушения мочеиспускания -3 (10,71%). В 96,43% гинекомастия проявлялась двусторонним увеличением железистой ткани под ареолами, занимая весь объем железы - 9 человек (32,14%), ограниченными ретроареоларными гипозоногенными зонами-18 детей (64,29%). При УЗ МЖ - в 2-х случаях выявлены мелкокистозные ретроареоларные включения (7,14%), до 0,68 x 0,33см, у 3-х мальчиков (10,71%) -

единичные рудиментарные млечные протоки до 0,08см. У всех детей -увеличение молочных желез от малых уплотнений до узловатостей больших размеров, без четких границ, с пальпаторным дискомфортом. При УЗ МЖ все зоны были аваскулярны в режиме ЦДК. В лечении гинекомастии к настоящему времени нет единых стандартов и схем лечения, тем более на ранних этапах ее выявления у детей, когда на этапах их «бурного» роста происходит активизация гипоталамо-гипофизарно-гонадотропных гормональных изменений. В динамике наблюдения всех детей обоих полов в сроки через 1 неделю и 1 мес (после биопсий), через 3 и 6 мес, отмечена положительная динамика. Отсутствие рецидива кист отмечено у всех 4девочек в сроки через 3 и 6 мес., у 1 девочки 14 лет, получавшей основное лечение у эндокринолога и гинеколога,на 6-м месяце наблюдения отмечено незначительное наполнение до 0,65x0,60см пунктированной кисты, без наличия жалоб и клинических изменений. При клиническом и УЗ-осмотрах отмечено некоторое уменьшение объема уплотненной ткани молочных желез, купирование напряжения и отечности в ткани. В лечении гинекомастии к настоящему времени нет единых стандартов и схем лечения. Мы использовали у детей обоих полов общепринятые для этой цели лечения препараты: витаминотерапию (группы А,Е,В), энзимотерапию, гепатопротекторы, ноотропы, фитотерапию, подбирая схематическое их назначение в зависимости от возраста, выраженности клинических изменений, назначали расслабляющие травяные ванны, местные аппликации мазей негормонального содержания ( применяемые для лечения мастопатии), курсами на 3 и 6 мес. Все лечение сочеталось с основными курсами терапии у специалистов смежного профиля, наблюдающих детей с вышеперечисленными заболеваниями и патологическими синдромами. Выводы. И мастопатия, и гинекомастия являются полиэтиологическими заболеваниями. Пристальное внимание к данной проблеме на ранних этапах ее выявления, а тем более у впервые обращающихся за медицинской помощью детей, дает возможность в процессе многопрофильного комплексного обследования определить этиологию их возникновения. Комплексная терапия этих состояний на этапах их ранней диагностики и клинического развития уже у детей несколькими специалистами (в сравнении с монотерапией) наиболее эффективна, что способствует профилактике заболеваний молочных желез у взрослого населения обоих полов и снижает процент хирургического лечения данной патологии у женщин и мужчин в популяции.

## **77. Детский травматизм.**

Мыкыев К.М.(1), Омурбеков Т.О.(2), Муканов Ж.Ж.(2), Наманов А.А.(1), Шаакеримов Н.М.(2)

Бишкек, Кыргызская Республика

1) Кыргызско-Российский Славянский Университет им. Б.Н.Ельцина, 2) Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП);

Актуальность. По данным ВОЗ 30-35% всех повреждений приходится к части именно детского травматизма, которая занимает значительный удельный вес (до 25%) в общей заболеваемости детей. При этом погибает или получают серьезные повреждения больше детей, чем от всех заболеваний вместе взятых, и является одной из актуальных проблем здравоохранения. Цель работы: изучить структуры детского травматизма по данным травмпункта ГДКБ СМП г. Бишкек, для улучшения профилактической работы. Материалы и методы: анализированы 345 776 детей с различными травмами, прошедших через травмпункт ГДКБ СМП г. Бишкек за 2012-2016 годы. Проводился объективный осмотр, общеклинические анализы, рентгенография, по необходимости госпитализированным: ЭХОЭГ, КТ, МРТ. Анализированы дети прошедшие только через травмпункт. Неучтены с инородными телами верхних и нижних дыхательных путей, отравлениями, ожогами ротовой полости и пищевода, дети с ожогами, что составляет

большое количество детского травматизма. Результаты и обсуждение: из 345 776 детей первично обратившиеся были -114 784 (33,5%), повторные- 230 983 (67,5%). По виду травмы: школьные – 7 086 (6,2%), уличные – 22 379 (19,5%), бытовые-31 715 (27,6%), спортивные –4 364 (3,8%), дорожно-транспортные происшествия-4032 (3,5%). Укушенные-3401 (3,0%) и отмечается тенденция к снижению. Синдром жестокого обращения – 209 (0,2%). Переломы костей различной локализации –32 866 (28,6%), раны и повреждения мягких тканей-15 618 (13,6%). Из бытовых травм в последние годы участились случаи падения маленьких детей с высоты (лестницы этажей собственных домов, пластиковых окон), падения домашних телевизоров, случайное отравления ядохимикатами которые родители оставляют дома открытыми в различных емкостях, в пластиковых бутылках от напитков. Городские-93 396 (81,4%), из них организованные-58095 (62,2%), неорганизованные-35 301 (37,8%). Сельские – 20 684 (18,0%), из них организованные – 11 050 (53,4%), неорганизованные – 9 634 (46,6%). Дети из Казахстана 704 (0,6%). С направлением –7 510 (6,5%), без направления – 8 6255 (75,1%), в плановом порядке –11228 (9,8%). Доставлены по скорой помощи-4,5%, попутно или родителями-4,0% пострадавших. Из числа первично обратившихся госпитализировано в стационар-12 336 (10,7%), из них в отделение нейротравмы-6 668 (5,8%) с диагнозом сотрясения или ушиб головного мозга, что составляет 54,1% из числа госпитализированных в стационар. В отделение травматологии и ортопедии –4 937 (40%), с закрытыми и открытыми переломами костей различной локализации и сочетанными травмами. В отделение общей реанимации и токсикологии-501(4,1%) пострадавших, с тяжелыми травмами и отравлениями. В отделение патологии и реанимации новорожденных –72 (0,6%), в патологии почек-12. В отделение торакальной хирургии 23 детей с травмами грудной клетки, в отделение неотложной хирургии 124. Из них прооперировано 64 больных с травмами органов брюшной полости, у 15 отмечены сочетанные повреждения (черепно-мозговые травмы, переломы костей, органов грудной клетки). Мальчиков 53 (82,8%) девочек 11 (17,2%). Показаниями к хирургическому вмешательству были характер травмы, данные УЗИ в динамике, обзорная рентгенография. Повреждения селезенки обнаружено у 25 (37,5%) больных, из них у 2-х надрыв, у 3-х подкапсульные гематомы. В 5 случаях селезенка ушита, в 15 спленэктомия, из-за множественного разрыва и отрыва, с аутотрансплантацией ткани селезенки. У 12 (18,7%) установлено повреждение печени с внутренним кровотечением, у 2-х после колотого ранения передней брюшной стенки. У 8 детей одиночные разрывы печени, у 2 с размождением на фоне тяжелой сочетанной травмы. Травма правой доли печени у 7, левой доли у 2-х больных, у 3-х повреждены обе доли. Повреждения полых органов у 10 (15,6%), из них разрыв тонкого и толстого кишечника 6 (9,4%), желудка у 4 (6,2%). Повреждения поджелудочной железы у 3 (4,7%), разрыв брыжейки кишечника, большого сальника у 6. Всего летальный исход отмечен у 18 (0,1%) из числа всех госпитализированных. У 14 умерших были с травмы несовместимые с жизнью, открытые переломы костей черепа, тяжелые ушибы головного мозга и сочетанные повреждения. Разможенные разрывы печени с внутренними кровотечениями 4 больных. Пострадавшие при ДТП-12, выпавшие из окна, высоты-4, после повешения-1, отравления – 1. Выводы: 1.Обратившихся детей с различными травмами в травмпункт ГДКБ СМП в год среднем составляет 69 155, из них первичные травмы 33,2%; 2. Бытовые травмы у 27,6%, уличные 19,5%, школьные травмы 6,2%; 3. Отмечается рост ДТП (3,5%), при котором наблюдается сочетанные повреждения и большая летальность 4,7% оперированных на органах брюшной полости. 4. Для снижения детского травматизма необходимо усилить совместную профилактическую работу.



## **78. Конституциональные аспекты в выборе лапароскопического оперативного доступа в хирургии органов верхнего этажа брюшной полости.**

Смирнов Д.А., Хоронько Ю.В., Евлахова И.С.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

С целью улучшения результатов лечения больных с заболеваниями органов верхнего этажа брюшной полости мы индивидуализировали методику лапароскопического оперативного доступа. В клинике хирургии РостГМУ с применением индивидуального лапароскопического доступа оперированы 92 больных. Из них с острым холециститом – 16 пациентов, с хроническим холециститом – 50 человек, с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы - 26. Предоперационное обследование больных дополнялось определением типа телосложения согласно методике, описанной Д.Б. Бековым (1988). В случаях проведения лапароскопической фундопликации при долихоморфном типе телосложения больного место введения параумбиликального троакара определяют, как точку, находящуюся на 2 см ниже пупка по средней линии, место введения троакара для ретрактора – как точку, расположенную ниже мечевидного отростка на 1/3 расстояния между мечевидным отростком грудины и пупком и на 2 см правее средней линии, место введения дополнительного троакара – как точку, лежащую на левой передней подмышечной линии на 3 см ниже пупка. При мезоморфном типе телосложения больного место введения параумбиликального троакара определяют, как точку, находящуюся на 2 см выше пупка по средней линии, место введения троакара для ретрактора – как точку, расположенную по средней линии ниже мечевидного отростка на 1/3 расстояния между мечевидным отростком грудины и пупком, место введения дополнительного троакара – как точку, лежащую на левой передней подмышечной линии на уровне пупка. При брахиморфном типе телосложения больного место введения параумбиликального троакара определяют, как точку, находящуюся на 5 см выше пупка по средней линии, место введения троакара для ретрактора – как точку, расположенную ниже мечевидного отростка на 1/3 расстояния между мечевидным отростком грудины и пупком на 2 см левее средней линии, место введения дополнительного троакара – как точку, лежащую на левой передней подмышечной линии на 3 см выше пупка. В случаях проведения лапароскопической холецистэктомии при долихоморфном типе точку введения 1-го троакара определяли, как точку, находящуюся на 2 см ниже пупка по средней линии, точку введения 2-го троакара – как точку, расположенную на границе верхней и средней трети расстояния между мечевидным отростком грудины и пупком на 2 см левее средней линии, точку введения 4-го троакара – как точку, лежащую на передней подмышечной линии на 3 см ниже пупка. При мезоморфном типе точку введения 1-го троакара определяли, как точку, находящуюся на 2 см выше пупка по средней линии, точку введения 2-го троакара – как точку, расположенную на границе верхней и средней трети расстояния между мечевидным отростком грудины и пупком по средней линии, точку введения 4-го троакара – как точку, лежащую на передней подмышечной линии на уровне пупка. При брахиморфном типе точку введения 1-го троакара определяли, как точку, находящуюся на 5 см выше пупка по средней линии, точку введения 2-го троакара – как точку, расположенную на границе верхней и средней трети расстояния между мечевидным отростком грудины и пупком на 2 см правее средней линии, точку введения 4-го троакара – как точку, лежащую на передней подмышечной линии на 3 см выше пупка. Ни в одном случае интра- и послеоперационных осложнений зарегистрировано не было. Ретроспективный анализ 60 историй болезни пациентов, которым выполнялась лапароскопическая холецистэктомия и 50 – лапароскопическая фундопликация с оперативным доступом по общепринятой методике, показал, что интраоперационные

осложнения были у 20 и 12%, а послеоперационные - у 5% и 4% больных соответственно. Индивидуализация лапароскопического оперативного доступа в зависимости от типа телосложения в хирургии верхнего этажа органов брюшной полости способствует сокращению количества интра- и послеоперационных осложнений, что позволяет повысить качество хирургической помощи этой категории больных.

## **79. Реализация органосберегательного принципа при хирургическом лечении пациентов с тиреоидными фолликулярными опухолями.**

Алубаев С.А., Бликян К.М., Руденко Ж.А.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность: в настоящее время, благодаря доступности и возможностям современных методов диагностики, все большая часть тиреоидной патологии выявляется на ранних стадиях, когда тактика лечения всё чаще определяется результатами ультразвукового и цитологического исследований. Наиболее частым показанием к хирургическому лечению является цитологическое заключение «фолликулярная опухоль (ФО)/подозрение на ФО» указывающее на опухолевую природу новообразования щитовидной железы (ЩЖ). Поскольку лишь послеоперационное морфологическое исследование позволяет однозначно определить характер новообразования (доброкачественный или злокачественный), рекомендуемым лечением пациента с диагнозом ФО является хирургическое иссечение новообразования. Существующие руководства по диагностике и лечению новообразований ЩЖ рекомендуют при дооперационном диагнозе ФО выполнение гемитиреоидэктомии (ГТЭ), которая не является оптимальной операцией в большинстве случаев рака ЩЖ, а при доброкачественной ФО часто является избыточной по объему, напрасно уносящей чрезмерно много непораженной тиреоидной ткани. При сопоставлении объемов ФО и пораженной доли ЩЖ видно, что ГТЭ можно рассматривать как органосберегающую операцию лишь при крупных опухолях, когда удаляемый объем непораженной тиреоидной ткани минимален. И наоборот, чем меньше размеры ФО, тем больший процент непораженной ткани ЩЖ напрасно удаляется при ГТЭ. В настоящее время, когда большинство новообразований выявляются на доклинических стадиях, возникает правомерный вопрос о более широком применении в лечении ФО органосберегающих операций (резекций доли (РД) ЩЖ). Цель данного исследования - улучшение результатов хирургического лечения пациентов с ФО ЩЖ посредством персонализированного подхода к выбору объема хирургического вмешательства. Материалы и методы. Оценены результаты лечения 390 пациентов (349 женщин и 41 мужчина) в возрасте от 18 до 76 лет, оперированных в 2012-2016 годах в клинике РостГМУ по поводу одиночной ФО ЩЖ в объеме меньшем, чем тиреоидэктомия (ТЭ). При УЗИ определяли размеры ФО и ЩЖ, после чего рассчитывали процентное отношение объема опухоли к объему пораженной доли и объему всей ЩЖ, а также объем непораженной паренхимы ЩЖ. На основании полученных результатов планировали объем вмешательства на ЩЖ (ГТЭ или РД), но окончательный объем операции определяли по результатам срочного интраоперационного исследования. РД выполнялась по оригинальной методике (Патент РФ на изобретение №2531467), позволяющей: гарантированно полностью удалить ФО с максимальным сохранением непораженной тиреоидной паренхимы; избежать повреждения возвратного гортанного нерва; при необходимости без осложнений провести завершающую тиреоидэктомию (ТЭ) с центральной лимфаденэктомией (ЛАЭ). В зависимости от объема (и процента от исходного объема) сохраненной тиреоидной ткани определялась необходимость назначения заместительной терапии после операции. Результаты. Жалобы, обусловленные

наличием ФО, имелись лишь у 16% пациентов, а в 83% наблюдений пациенты узнали о наличии ФО только в результате УЗИ ЩЖ. Средний наибольший размер опухолевого узла в 2012 году составлял 24,5 мм, а в 2016 -17,2 мм, т.е. на протяжении последних лет отмечается тенденция к уменьшению размеров ФО на момент операции. Резекции ЩЖ выполнялись в случаях: ФО перешейка ЩЖ; ФО, расположенной у полюса доли, занимающей менее 30% ее объема, нормальной функции ЩЖ и отсутствии признаков фонового аутоиммунного тиреоидита (АИТ). Без осложнений выполнены 117 резекций ЩЖ (84 резекции нижнего полюса, 23 резекции верхнего полюса и 10 резекций перешейка). Если в 2012 году РД выполнена у 8% больных с одиночной ФО, то в 2016 году резекция применена у 37% пациентов с ФО. В 3 наблюдениях (2,6%), когда после РД диагностирован рак, без осложнений проведена завершающая ТЭ с ЛАЭ. Никто из пациентов, перенесших РД, не нуждается в заместительной терапии. В случаях, когда ФО располагалась в центральной части доли или занимала более 30% ее объема, а также при сниженной функции ЩЖ и признаках сопутствующего АИТ, выполнялась ГТЭ (273 операции). Заместительная терапия левотироксином назначалась пациентам с объемом тиреоидного остатка менее 70% исходного объема непораженной тиреоидной ткани. После ГТЭ рак ЩЖ выявлен у 26 пациентов (9,6%), завершающая ТЭ с ЛАЭ выполнена у 5 больных (1,8%). Выводы. При небольших ФО и нормальной функции ЩЖ возможно выполнять РД, что снижает риск, травматичность операции, позволяет избежать заместительной терапии. Методика проведения резекции должна соответствовать онкологическим принципам и не осложнять выполнение возможной завершающей операции. Решение об объеме операции при ФО ЩЖ должно приниматься на основании характеристик новообразования, данных о функциональной активности и структурном состоянии фоновой тиреоидной паренхимы при участии пациента, информированного о современных возможностях диагностики и результатах лечения опухолей ЩЖ.

## **80. Купирование явлений окислительного стресса при местном лечении ранений и травм.**

Панов В.В.(1), Парамонов Б.А.(2)

1) Ростов-на-Дону , 2) Санкт-Петербург

ФГКУ «1602 военный клинический госпиталь» МО РФ

Купирование окислительного стресса в тканях является одним из перспективных направлений в местном лечении ранений и травм различного генеза. Проводить такого рода терапию нужно в ранние сроки после повреждения. Для этого следует применять комплекс препаратов, действие которых направлено на различные звенья патогенеза воспаления. В пораженные ткани необходимо вводить комплекс медикаментозных средств, обладающих разнообразной биологической активностью. К таковым относятся: антиоксиданты; вещества, способные стабилизировать мембраны. Поставленная цель достигается посредством применения рецептур, в состав которых входят антиоксиданты (супероксиддисмутаза и  $\alpha$ -токоферол), стабилизаторы клеточных мембран (глицерин, диметилсульфоксид) и антигипоксанты (янтарная кислота). Комбинированные препараты могут быть выполнены на основе водно-глицериновой смеси в пропорции 10-20%, в состав которой добавляют антиоксиданты: супероксиддисмутаза (из расчета 4 мг на 1 л смеси) и  $\alpha$ -токоферол (300-600 мг на 1 литр). Возможным является использование вместо воды растворов антигипоксантов (реамберин, мафусол). Другой вариант заключается в применении 10-15% раствор адиметилсульфоксида с добавлением супероксиддисмутаза (до 4 мг на 1 литр смеси). Экспериментальная проверка на моделях ожогов и отморожений показала высокую эффективность указанных рецептур.

## 81. Анализ результатов хирургического лечения больных заболеваниями щитовидной железы.

Курбаниязов З.Б., Юсупов Ш.А., Суярова З.С.

Самарканд, Республика Узбекистан

Самаркандский государственный медицинский институт

В исследование было включено 281 пациент с заболеваниями ЩЖ, которые госпитализировались в отделение хирургии клиники СамМИ для оперативного лечения с 2010 по 2015 гг. Среди пациентов были 253 (90,03%) женщин и 28 (9,97%) мужчин. Средний возраст обследованных был  $29 \pm 6$  лет (от 7 до 68 лет). Больных вызывали активным способом, с помощью писем, а также был изучен архивный материал клиники СамМИ. У больных были тщательно изучены анамнез заболевания. Особое внимание было уделено длительности заболевания, медикаментозному лечению препаратами тиреоидных гормонов после операции. Были изучены такие показатели как объем операции, осложнения, исходы, ближайшие и отдаленные результаты хирургического метода лечения заболеваний ЩЖ. Всем больным проводили общеклиническое обследование, включающее пальпацию ЩЖ, аускультацию сердца и сосудов, ультразвуковое исследование (УЗИ) ЩЖ и зон регионарного лимфооттока в режиме реального времени (исходно и в различные сроки после операции), определение уровня тиреотропного гормона (ТТГ) (исходно и в различные сроки после операции), гистологию удаленного препарата проводили всем больным. Степень увеличения ЩЖ оценивали по классификации Николаева О.В. на основании УЗИ и пальпации ЩЖ. У 71 (25,3%) больного диагностирован узловой зоб II-III степени, у 210 (74,7%) узловой зоб IV-V степени. По патоморфологической форме (по Пенчеву) диффузный зоб выявлен у 44 (15,69%) больных, узловой зоб - у 192 (68,3%), смешанный зоб - у 45 (16,01%). На основании гормональных исследований крови (определение содержания трийодтиронина, тироксина, тиреотропного гормона), а также клинической картины у пациентов был установлен тиреоидный статус. Оперативному лечению подверглись 278 больных, 3 больных не оперированы из-за тяжелого соматического состояния. Сроки оперативного вмешательства зависели от функционального состояния ЩЖ. 48 (17,1%) пациентов подверглись оперативному лечению после снятия тиреотоксикоза до эутиреоза (34) и гипотиреоза (14) в течении от 2 до 9 месяцев. 230 (81,8%) больным с эу- и гипотиреоидным статусом оперативные вмешательства были выполнены сразу. Объем оперативного вмешательства зависел от патоморфологической формы зоба. Тотальная тиреоидэктомия была выполнена 7 (2,5%) пациентам при диффузно токсическом зобе и злокачественной опухоли левой доли ЩЖ, соответственно у 5 и 2 больных. Субтотальная резекция ЩЖ была выполнена 81 (28,8%) больному с диффузным и смешанным зобом. У большинства больных объем оперативного вмешательства ограничился на одной доле ЩЖ, их составило 190 (67,6%) пациентов. Результаты исследований и их обсуждения. Частота осложнений на ЩЖ во время операции или в раннем послеоперационном периоде напрямую связано с опытом хирурга, количеством операций выполняемых им в год. В отдаленном послеоперационном периоде удалось проследить 193 из 278 пациентов, что составило 69,4%. Сроки наблюдения больных после операции было от 1 года до 5 лет. После вызова больных мы провели полный объем обследования включающий клинический осмотр, пальпацию, оценку тиреоидного статуса с помощью ТТГ, тиреоидных гормонов крови и рефлексометрии. Согласно полученным результатам было выявлено, что в состоянии эутиреоза находились 174 больных (90,2%), легкая степень гипотиреоза обнаружена у 6 (3,1%), средней степени тяжести гипотиреоз у 8 (4,1%), гипотиреоз тяжелой степени обнаружен у 5 больных (2,6%), Следует отметить, что тяжелая степень послеоперационного гипотиреоза наблюдалась в группе больных, которым производилась тотальная тиреоидэктомия по поводу злокачественной опухоли

ЩЖ (2) и диффузного токсического зоба (3). Суммируя результаты клинических и гормональных исследований была осуществлена оценка отдаленных результатов хирургического лечения узловых форм зоба. Если учесть, что развитие гипотиреоза после операции на ЩЖ является логическим и нормальным исходом операции, который легко компенсируется назначением тиреоидных гормонов, то согласно этому, полное выздоровление больных после хирургического метода лечения узлового зоба наблюдается у 182 (94,3%) больных. Рецидив узлового зоба наблюдался у 9 больных (4,7%) в течение от 2 до 6 лет. Все больные с рецидивом зоба не следовали рекомендациям эндокринолога аккуратно и не принимали тиреоидные гормоны после операции. Выводы. Частота послеоперационных осложнений хирургического лечения заболеваний ЩЖ очень низкая: послеоперационное кровотечение 4,7%, временный парез возвратного нерва 5,8%, стойкий паралич возвратного гортанного нерва 0%, транзиторный гипопара-тиреоз 1,15%. перманентный гипопаратиреоз 0%. На основании изучения отдаленных результатов лечения больных зобом определен оптимальный объем хирургического вмешательства при различных морфологических формах. Адекватными объемами оперативного лечения являются гемиструм-эктомия, предельно субтотальная резекция ЩЖ и тиреоидэктомия. При проведении адекватной заместительной тиреоидной терапии резко снижается число рецидивов после проведенных операций. Для профилактики послеоперационного рецидива зоба и лечения послеоперационного гипотиреоза необходима заместительная терапия препаратами тиреоидных гормонов под контролем эндокринолога.

## **82. Применение модифицированного способа радиочастотной абляции в лечении простых непаразитарных кист печени.**

Черкасов М.Ф.(1), Абоян И.А.(2), Павлов С.В.(2), Маликов Л.Л.(2), Бухарбаев Р.М.(2), Рошак Б.В.(2), Меликова С.Г.(1)

Ростов-на-Дону

1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) МБУЗ КДЦ «Здоровье» г. Ростова-на-Дону

Актуальность проблемы. Благодаря широкому распространению методов первичной диагностики среди населения выявляемость пациентов с билиарными кистами печени на сегодняшний день увеличилась с 2.5 до 5 %. В связи с этим всё большую актуальность приобретает проблема выбора наиболее эффективного и наименее инвазивного метода хирургического лечения пациентов с данной патологией. В случае наличия осложненной или симптомной кисты может быть применим широкий ряд вмешательств, от операций из открытого и лапароскопического доступов до чрескожных пункционно-дренирующих методов лечения под УЗ -контролем. Последние наименее травматичны, однако их применение не исключает возможности неадекватной обработки эпителиальной выстилки кисты, необходимости повторных пункций либо дренирования кистозной полости, попадания склерозанта в просвет желчных путей при наличии кистозно-желчной фистулы. Радиочастотная абляция впервые использована зарубежными авторами в лечении простых непаразитарных кист печени путем чрескожного доступа, что позволило добиться существенного уменьшения объема оперированных кист, а также отсутствия рецидивирования в течение двух лет наблюдения. Отечественными авторами (Новомлинский В.В., Глухов А.А., Чвикалов Е.С., Остроушко А.П.) также был разработан способ лечения непаразитарных кист печени (патент РФ№2 485 907, 27.06.2013) путем пункции полости, аспирации содержимого кисты, обработки полости кисты при помощи радиочастотной деструкции с использованием генератора токов высокой частоты в минимальном режиме с прогреванием эпителиальной выстилки полости кисты до 45°-55°С. Метод радиочастотной абляции (РЧА) прежде всего применяется при лечении опухолевых поражений печени и заключается во введении игольчатого электрода в ткань

опухоли и воздействию на нее током частотой 450-500 КГц, что вызывает её постепенный фракционный нагрев до температуры 80–110 С° и гибель опухолевых клеток. При проведении операции чрескожным доступом важную роль играют выбор оптимальной траектории хода и позиционирование РЧ-электрода в опухоли, что осуществляется при помощи УЗИ или КТ. Для оценки эффективности РЧА применяются УЗИ, КТ и МРТ. В период 2015 по 2017 гг. в МБУЗ КДЦ «Здоровье» внедрен и модернизирован способ лечения непаразитарных кист печени с использованием РЧА (приоритетная заявка № 2016120264 от 24.05.2016). Цель работы. Разработка способа лечения непаразитарных кист печени, позволяющего предупредить геморрагические осложнения и рецидивы кисты после пункционного лечения. Данная цель достигается за счет того, что в разработанном нами методе лечения используется РЧА без стандартного водоохлаждения рабочего электрода путем создания в полости кисты среды 10% NaCl. Это позволяет достигать и удерживать в режиме ручного контроля максимально необходимую температуру (вплоть до 91 С) в зоне операции. Температура воздействия выбирается оператором индивидуально, в зависимости от топографо-анатомических особенностей кисты (размеры, объем, локализация, близость крупных сосудистых структур и желчных протоков). Способ предполагает осуществление полной абляции всех стенок кисты для исключения рецидива. Материалы и методы. В период 2015-2017 гг. заявленным способом прооперировано 11 пациентов (10 женщин и 1 мужчина). Возраст пациентов составил от 42 до 78 лет. Операции выполнялись с применением генератора токов высокой частоты Cool-tip RF Radionics с одиночным игольчатым электродом с длиной активной части 3 см, под внутривенной седацией под УЗ-контролем (сканер ProFokus с датчиком 2,5-6 МГц). Средний размер оперированных кист печени составил 83 мм (от 44x35 мм до 105x95 мм). Группе пациентов (5 человек) с крупными кистами в области ворот печени, а также прилегающими к крупным сосудистым структурам и желчным протокам, выполнялась РЧА в стандартном варианте без применения 10% раствора NaCl во избежание термического повреждения данных структур. Остальным пациентам (6 человек) выполнены операции с использованием 10% раствора NaCl. Результаты и обсуждение. Все пациенты перенесли вмешательства удовлетворительно, интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений не наблюдалось. Средняя продолжительность нахождения в стационаре составила 4 дня. Всем пациентам выполнялись контрольное УЗИ через 1 месяц, контрольное КТ через 6 месяцев после операции. Через 1 месяц уменьшение размера кист составляло от 17 до 46%. Через 6 месяцев на контрольном КТ выявлено уменьшение размеров кист от 15 до 79%. Одной пациентке выполнена повторная пункция с РЧА в связи с неудовлетворительной динамикой уменьшения объема кисты, после чего спустя 3 месяца на КТ отмечено уменьшение размеров кисты на 48%. Ещё одна пациентка, также с неудовлетворительной динамикой уменьшения объема кисты (15%), от повторной пункции отказалась и находится под наблюдением. В отдаленном периоде (спустя 12 месяцев после вмешательства) уменьшение размера кист составило от 32% до 100%. Предлагаемая методика позволяет оператору выбрать индивидуальный режим термического воздействия РЧА в каждом случае. Достижение слишком высоких температур опасно при локализации кисты вблизи крупных сосудов и желчных протоков. В зависимости от расстояния до подобных структур, оцениваемого с помощью УЗ-мониторинга, оператор в состоянии выбрать оптимальный температурный режим и время воздействия. Это позволяет уменьшить возможность осложнений и одновременно полноценно обработать полость кисты. Выводы. Преимуществами данной методики являются малая инвазивность, удовлетворительный терапевтический эффект, возможность применения у пациентов с выраженной соматической патологией, что позволяет рекомендовать ее к выполнению в стационаре краткосрочного пребывания.

### **83. Результаты применения биodeградируемого шовного материала на основе полигидроксиалканоатов для выполнения кишечных анастомозов.**

Волова Т.Г.(1), Винник Ю.С.(3), Шишацкая Е.И.(2), Маркелова Н.М.(3), Кузнецов М.Н.(3), Хоржевский В.А.(3)

Красноярск

1) Институт биофизики СО РАН, 2) Сибирский федеральный университет, 3) ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель работы: исследование возможности использования шовных нитей из резорбируемого полимера 3-гидроксимасляной кислоты для выполнения одностороннего энтероэнтероанастомоза. Материалы и методы: Монофильные волокна изготовлены из высокоочищенных образцов полимера 3-гидроксимасляной кислоты (ПГБ), синтезированных по технологии Института биофизики СО РАН. Волокна имели диаметр 0,15-0,17 мм (метрический размер 2), абсолютную прочность 300 МПа, модуль упругости 3 ГПа и высокую механическую устойчивость в условиях статического и циклического нагружения (до 100 МПа). Возможность использования волокон из ПГБ для наложения кишечного шва исследовали на беспородных собаках обоего пола весом от 12 до 20 кг. Животные были распределены на 2 группы. В группу сравнения было включено 8 животных, которым был выполнен энтероанастомоз «конец в конец» с помощью одностороннего П-образного серозно-мышечно-подслизистого шва Пирогова. В качестве шовного материала был использован широко распространенный Vicril 3.0 с атравматичной иглой. Вторую исследуемую группу составили 9 животных, где аналогичный анастомоз был выполнен с помощью нитей ПГБ. Изучение общей реакции тканей на ПГБ нити проводили гистологическими методами. Для этого отбирали фрагменты тканей в месте имплантации нитей; материал фиксировали в 10-ти % формалине и заключали в парафин; из блоков готовили срезы толщиной 5-10 мкм и анализировали с использованием Image Analysis System «Carl Zeiss» (Германия); оценивали силу и длительность воспаления, динамику образования фиброзной капсулы вокруг нитей и ее клеточный состав. Об активности клеточных элементов судили по среднему их количеству в поле зрения при анализе 15 полей зрения. Определение толщины фиброзной капсулы (ФК) и рядности фибробластов (РФ) в ней проводили по морфометрическому методу В.П. Яценко (Яценко с соавт, 1986). Результаты и обсуждение: Морфологические методы исследования тканей в зоне кишечного анастомоза включали макроскопическое описание и гистологическую характеристику препаратов. Макроскопически (по данным аутопсии) через 100 суток оценивали наличие выпота, выраженность спаечного процесса в свободной брюшной полости, внешний вид энтероэнтероанастомоза, его проходимость, наличие рубцовых изменений в зоне наложения кишечных швов. При аутопсии все анастомозы были проходимы и состоятельны, признаков местного и распространенного перитонита не отмечено ни у одного из животных. В первой группе у всех животных в области соустья выявлен умеренный спаечный процесс, с вовлечением в процесс сальника и брыжейки тонкой кишки с наличием плотных, плоскостных спаек. У одного животного первой группы при разделении спаечного конгломерата в зоне анастомоза произошла десерозация участка тонкой кишки, непосредственно прилегающего к зоне анастомоза. У 2-х животных была отмечена умеренно выраженная рубцовая деформация в месте наложения анастомоза. Нити викрила четко визуализировались. У животных второй группы спаечный процесс был значительно менее выражен. Макроскопически в зоне анастомозов отмечалось незначительное утолщение кишечной стенки, рубцовой деформации в месте выполнения кишечного шва выявлено не было, нити ПГБ не визуализировались. При анализе морфологических препаратов зоны анастомозов у животных обеих групп получены схожие результаты. На уровне анастомоза определялась

созревающая грануляционная ткань, представленная сосудами капиллярного типа, определялись фибробласты, эпителиальные, плазматические клетки, лимфоциты, эозинофилы и единичные лейкоциты. Смещения слоев стенки кишки не выявлено. Эта картина соответствовала срокам формирования анастомоза (100 дней) и может свидетельствовать о том, что процесс регенерации находился в стадии завершения. Определялись сформированные сосуды, гладкомышечные клетки, соединительная ткань, разрезы сосудов, нервные клетки и тонкий слой мезотелия. Выводы: таким образом, результаты экспериментальных исследований нитей из ПГБ для выполнения ручного П-образного серозно-мышечно-подслизистого кишечного шва выявили отсутствие признаков перитонита и несостоятельности соустья, незначительно выраженное образование спаек в зоне вмешательства, отсутствие воспалительной реакции кишечной стенки на нить. Это позволяет положительно оценить предварительные результаты применения нитей ПГБ для формирования кишечного шва и требует дальнейших исследований, в частности, микробной проницаемости, механической прочности и клинических испытаний.

#### **84. Особенности хирургической тактики при травматических повреждениях органов и структур брюшинного пространства.**

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

Уфа

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Несмотря на развитие хирургии повреждений до сих пор остается нерешенной проблема контроля эффективности гемостаза при травматических повреждениях органов и структур брюшинного пространства (ТПОЗП), ввиду сложности верификации источника кровотечения, особенно в условиях брюшинного кровоизлияния (ЗК). Что в свою очередь порой приводит к рецидиву кровотечения в раннем послеоперационном периоде. Целью исследования явилось разработка способа контроля эффективности гемостаза при ТПОЗП. Материал и методы. Анализ результатов хирургического лечения 103 пострадавших с открытыми ТПОЗП показал, что 11 (10,7%) из них в раннем послеоперационном периоде в течение 24 часов подверглись реоперации в связи с рецидивом внутреннего кровотечения. Всем данным пострадавшим после хирургической обработки и ревизии раны выполнена лапаротомия, ревизия раневого канала и ЗК. Из 151 оперированных за тот же период времени пострадавших с закрытыми ТПОЗП 9 (6%) из них так же в раннем послеоперационном периоде в течение 24 часов подверглись реоперации в связи с возобновлением внутреннего брюшинного кровотечения. Результаты исследования. Анализ данных 20 случаев показал, что первичная операция у всех пострадавших выполнялась на фоне общей артериальной гипотензии с систолическим артериальным давлением ниже 100 мм рт.ст. и во всех данных случаях выполнялась ревизия имевшегося ЗК, в ходе которой признаков кровотечения выявлено не было. Рецидив кровотечения возникал в сроки от 1 до 24 часов, на фоне коррекции гиповолемии и стабилизации показателей артериального давления. В связи с этим в дальнейшем нами был разработан и применен способ интраоперационного контроля эффективности гемостаза. В конце оперативного вмешательства при ТПОЗП, в случае если оперативное вмешательство выполнялось на фоне артериальной гипотензии, перед закрытием операционной раны производили временное повышение систолического артериального давления до 130-140 мм рт.ст. на 10-20 сек посредством внутривенного введения симпатомиметиков (Допамин гидрохлорид, Норэпинефрин тартрат) в необходимой дозе. После подъема артериального давления производили повторный осмотр поврежденных брюшинного пространства на наличие продолжающегося



кровотечения. При отсутствии кровотечения введение симпатомиметиков или прекращали или снижали дозу вводимого препарата до поддержания необходимых цифр артериального давления, после чего операционная рана закрывалась. В результате из 90 пострадавших с открытыми ТПОЗП рецидив кровотечения имел место в 1 (1,1%) случае, из 129 пострадавших с закрытыми ТПОЗП в 2 (1,6%). Выводы. Таким образом, разработанный способ позволяет во время операции оценить эффективность гемостаза из органов и тканей забрюшинного пространства и своевременно предпринять меры по остановке кровотечения.

## **85. Диагностика повреждений внебрюшинных отделов толстой кишки при ранениях поясничной области.**

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

Уфа

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Как известно ранения поясничной области представляют сложность в диагностике, что связано с анатомическим строением, существенно затрудняющим ревизию ран. В связи с этим разработка новых способов диагностики при данных видах повреждения представляются актуальными. Целью исследования явилось разработка способа диагностики при ранениях внебрюшинных отделов ободочной кишки и оценка его диагностической ценности. Материал и методы. Всего нами наблюдалось 25 пострадавших с открытыми колото-резаными повреждениями внебрюшинных отделов ободочной кишки. Во всех случаях ранения были получены со стороны поясничной области. В 8 случаях ранения носили торако-абдоминальный характер. У 23 пострадавших в стабильном состоянии без признаков шока с одиночными колото-резаными ранениями поясничной области после выполнения первичной хирургической обработки раны применен разработанный и запатентованный метод диагностики ранений ободочной кишки, основанный на проведении химической реакции на определение скрытой крови в промывных клизмённых водах. В ходе первичной хирургической обработки раны ввиду узкого раневого канала достоверно диагностировать ранение толстой кишки ни в одном случае не представилось возможным. Все данные пострадавшие далее подверглись лапароскопии, в ходе которой ранение внебрюшинного отдела ободочной кишки диагностировано в 14 случаях. Из данных 14 пострадавших в 6 случаях имело место ранение правого фланга ободочной кишки, в 8 левого. У 9 пострадавших повреждение внебрюшинных отделов кишки было исключено, результаты анализа данных пострадавших взяты для контроля. Из обследования исключены пострадавшие с кровоточащим геморроем, с язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки и прочими заболеваниями, сопровождающихся желудочно-кишечным кровотечением разной интенсивности. Диагностическая ценность метода рассчитывалась для правого и левого флангов толстой кишки и для обоих флангов отдельно. Результаты исследования. Для правого фланга чувствительность метода составила 83,3%, специфичность 77,8%, точность 80%, положительная предсказывающая способность 71,4%, отрицательная предсказывающая способность 87,5%. Для левого фланга чувствительность метода составила 100%, специфичность 77,8%, точность 88,2%, положительная предсказывающая способность 80%, отрицательная предсказывающая способность 100%. Для обоих флангов чувствительность метода составила 92,9%, специфичность 77,8%, точность 84,4%, положительная предсказывающая способность 76,5%, отрицательная предсказывающая способность 93,3%. Выводы. Таким образом, чувствительность, точность, положительная и отрицательная способности разработанного способа диагностики ранений ободочной кишки, основанного на определении скрытой крови в промывных клизмённых водах,

несколько выше при диагностике ранений левого фланга кишки, чем правого. Несмотря на это общая точность метода 84,4%, что говорит о том, что данный способ диагностики может применяться в сомнительных случаях для диагностики повреждений внебрюшинных отделов ободочной кишки, в частности при ранениях поясничной области.

## **86. Особенности хирургической тактики этапного лечения пострадавших с тяжелой сочетанной травмой органов и структур забрюшинного пространства.**

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

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. На сегодняшний день не выработан единый подход к выбору сроков выполнения релапаротомии, как третьего этапа оказания помощи при этапном лечении пострадавших согласно доктрине Damage Control Surgery (DCS). Не смотря на накопленные знания о внутрибрюшной гипертензии (ВБГ) и ее последствиях, такой важный показатель как внутрибрюшное давление (ВБД) не всегда принимается в учет при ведении данной категории пострадавших. Целью исследования явилось определение прогностической ценности показателей лактата крови и ВБД у пострадавших с тяжелыми сочетанными травматическими повреждениями органов и структур забрюшинного пространства (ТПОЗП). Материал и методы. Нами проведен ретропроспективный анализ результатов лечения 42 пострадавших с тяжелыми сочетанными ТПОЗП, которые подверглись этапному программированному хирургическому лечению согласно стратегии DCS. Показания к применению тактики многоэтапного хирургического лечения пострадавших DCS выставлялись с помощью шкалы ВПХ-ХТ, разработанной А.В. Семеновым. При значении суммарного индекса ВПХ-ХТ 13 и более баллов пострадавшему выставлялись показания к применению тактики DCS. Средний балл по шкале ВПХ-ХТ у всех 42 пострадавших из основной группы общего клинического материала, подвергшихся этапному хирургическому лечению DCS составил ( $M \pm \sigma$ )  $15,0 \pm 1,65$ . Клинический материал был разделен на две группы. Группы были сравнимы по тяжести полученных повреждений. Средний балл оценки тяжести пострадавших по шкале ISS в выборке составил ( $M \pm \sigma$ )  $45,0 \pm 11,1$ , в основной группе  $47,4 \pm 11,3$ , в контрольной  $43,1 \pm 11,0$  ( $p > 0,22$ ). У 23 пострадавших контрольной группы релапаротомия, как третий этап лечения согласно доктрине DCS, откладывалась до стабилизации состояния, как рекомендовано большинством авторов. В случае сохранения признаков не стабильной гемодинамики, дыхательной недостаточности реопреация откладывалась, но не более чем на 82 часа. Таким образом, повторные оперативные вмешательства у пострадавших контрольной группы выполнялись не ранее чем через 48 часов в среднем через ( $M \pm \sigma$ )  $62,7 \pm 11,4$  часов. В данной группе умерло 14 (60,9%) пострадавших. Анализ причин летальности в группе показал, что у 10 из 14 пострадавших после выполненной релапаротомии показатели уровня лактата в периферической крови резко возрастали в среднем до ( $M \pm \sigma$ )  $12,3 \pm 2,16$  ммоль/л. То есть у пострадавших имел место реперфузионный синдром, который и послужил вероятной причиной летальных исходов в группе. Учитывая данный факт в качестве критериев для определения сроков выполнения релапаротомии, как третьего этапа оказания помощи согласно стратегии DCS, нами использовались показатели уровня лактата периферической крови и ВБД у 19 пострадавших основной подгруппы. Результаты исследования. В основной группе показанием к выполнению экстренной реоперации несмотря на нестабильность гемодинамики являлись сохранение ВБД на уровне 20 мм рт.ст. и выше в течение 12 часов или ранее в случае достижения показателей уровня лактата крови 6 ммоль/л на фоне проводимой интенсивной терапии, направленной на нормализацию показателей ВБД. Таким образом, из 19 пострадавших основной группы следуя этим критериям через 24

часа реоперации подверглись 9 несмотря на наличие инотропной поддержки и явления дыхательной недостаточности. Из данных 9 в 6 случаях операция завершена лапаростомией путем закрытия брюшной полости ушиванием на уровне кожи, ввиду повышения ВБД. Далее 4 из этих пострадавших были реоперированы с целью ликвидации лапаростомы через  $27,7 \pm 10,4$  часов, 2 из них скончались после первой реоперации. В среднем релапаротомия в основной подгруппе выполнена через ( $M \pm \sigma$ )  $39,1 \pm 18,5$  часов. В сравнении с контрольной подгруппой различия в сроках выполнения релапаротомии статистически значимые ( $p < 0,0001$ ). В послеоперационном периоде лечение было направлено на компенсацию органных функций, интенсивную антиоксидантную и инфузионно-спазмолитическую терапию. Из 42 пострадавших всего клинического материала после повторной операции умерло 20 (47,6%). Из них в основной группе умерло 6 (31,6%). Различия в показателях летальности в основной и контрольной группах статистически значимые ( $p < 0,04$ ). Выводы. Таким образом, при выборе сроков выполнения третьего этапа хирургического лечения пострадавших с тяжелыми сочетанными ТПОЗП согласно концепции DCS и при выставлении показаний к декомпрессивной лапаротомии (релапаротомии) вообще, следует руководствоваться показателями ВБД и уровня лактата крови, как маркеров возникшей ишемии внутренних органов.

### **87. Минижелудочное шунтирование (MGB-OAGB) как вариант повторного вмешательства в бариатрической хирургии.**

Самойлов В.С., Стрижелецкий В.В., Макаров С.А., Иванов И.Г., Спичакова Е.А.

Санкт-Петербург

СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия», Городской центр комплексного лечения ожирения и метаболических нарушений

Эпидемия ожирения не имеет тенденций к уменьшению, количество проводимых первичных бариатрических вмешательств увеличивается от года к году. К настоящему времени накоплен достаточный опыт и выполнено значительное количество подобных вмешательств, большинством из которых на заре становления направления являлись рестриктивные процедуры. Регулируемое бандажирование желудка еще 3-5 лет назад являлось наиболее частой операцией, выполняемой пациентам с морбидным ожирением. Статистика последних лет показывает выход на первое место среди выполняемых вмешательств рукавной (продольной) резекции желудка. Данные процедуры, выполненные первично, в отдаленном послеоперационном периоде приводят к частоте рецидивам избыточного веса или развития поздних осложнений, в большинстве случаев требующих проведения повторных и реконструктивных вмешательств. Причинами конверсии бандажирования желудка в иное вмешательство чаще всего служат расширение пищевода, увеличение объема малого желудка, слиппейдж-синдром, недостаточная потеря или возврат массы тела, нарушение целостности системы бандажа. Причины перевода продольной резекции желудка в операцию с другими механизмами действия бывают связаны с увеличением объема желудка и восстановлением массы тела, некупируемым гастроэзофагеальным рефлюксом, стриктурами желудочной трубки в ее дистальных отделах. Минижелудочное шунтирование (MGB-OAGB) является современным, набирающим все большую популярность среди бариатрических хирургов вмешательством, с 2016 года занимающим третью позицию среди всех выполняющихся в мире операций. История данной методики достаточно продолжительная, за многие годы она показала свою эффективность и доказала сравнительные преимущества при обязательной правильной технике выполнения. Среди преимуществ минижелудочного шунтирования отмечены низкая частота развития осложнений, относительная простота и быстрота выполнения, комбинированный механизм действия, в том числе присутствие

элементов контролируемой мальабсорбции, а так же необструктивная мягкая рестрикция с низким давлением в формируемом малом желудочке за счет выключения функции привратника. Последние аспекты делают минижелудочное шунтирование оптимальной техникой для повторных вмешательств после неудачных бандажирований и продольных резекций желудка. Наш собственный опыт ревизий с переводом предшествующих рестриктивных вмешательств в минижелудочное шунтирование - 18 операций, при отсутствии послеоперационных осложнений и средним послеоперационным пребыванием в стационаре 2,8 дня. Следующие преимуществами минижелудочного шунтирования является его ревизируемость и ясность тактики при необходимости реконструкции. Такие ситуации редко, но возникают, причиной служит билиарный рефлюкс, при этом объем повторного вмешательства заключается в наложении межкишечного анастомоза по Ру. Мы ни разу не встретились с необходимостью реконструкции минижелудочного шунтирования по Ру. Возможность проведение обратной реконструкции с восстановлением непрерывности верхних отделов пищеварительного тракта так же достаточно технически легко осуществима после минижелудочного шунтирования. Производится разделение гастроэнтероанастомоза, чаще без необходимости наложения энтероэнтероанастомоза. Следующим этапом производится наложение гастрогастрального анастомоза между малым желудочком и культей желудка. Данный вид вмешательства предпринят нами в одном случае. Таким образом, можно выделить три основных причины, обосновывающие выбор минижелудочного шунтирования как повторной операции при ранее проведенных неэффективных рестриктивных вмешательствах: изменение механизма операции путем создания контролируемой мальабсорбции, снижение риска несостоятельности степлерной линии в скомпрометированной зоне - верхней трети путем исключения функции привратника, а так же наложение анастомоза в максимально безопасной зоне, на интактной стенке («низкий» анастомоз).

## **88. Современные технологии в условиях поликлинической хирургии**

Фаттахов В.В.(1), Максумова Н.В.(1), Хамидуллин М.М.(2), Ханнанов Н.И.(1), Газизова Р.М.(2).  
Казань

1. Казанская государственная медицинская академия - филиал ГБОУ ДПО РМАНПО МЗ России. 2. ГАУЗ «Городская поликлиника № 11» г. Казани МЗ РТ

Актуальность. Вопросы доклинического выявления, профилактики и лечения различных нарушений микроциркуляции крови, в т.ч. микроваскулярной стенокардии, внезапной сердечной смерти, «тихих» инсультов, микроваскулярных поражений внутренних органов и конечностей являются важной проблемой медицинской практики. Трудности изучения микроциркуляции обусловлены очень малыми размерами микрососудов и сильной разветвлённостью внутриорганных сосудистых сетей. Существующие неинвазивные методы исследования требуют специального дорогостоящего оборудования и в широкой практике нереализуемы. Цель работы: повышение выявления микроваскулярной патологии конечностей у хирургических и онкологических больных поликлиники неинвазивными методами исследования, косвенно оценить состояние микроциркуляции крови в миокарде. В базовом амбулаторном ЛПУ Московского района г. Казани - ГАУЗ «Городская поликлиника № 11» г. Казани МЗ РТ прикрепленное население в 2015 году составило 56650 человек. Из них с заболеваниями сердечно-сосудистой системы без учета больных сахарным диабетом (СД) – 22710 (40%). В том числе: с артериальной гипертонией – 10159 человек (44,7%). На втором месте по частоте пациенты с ИБС, инфарктом миокарда, с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) – 5660 (24,9%). Далее идут пациенты с хронической ишемией головного мозга (ХИГМ), транзиторными ишемическими атаками, последствиями острых нарушений мозгового кровообращения

(ОНМК) в разных вариантах – 4922 человека (21,7%). С облитерирующим атеросклерозом конечностей без сахарного диабета 370 человек (1,6 %). Вследствие развития гангрены конечностей выполнены ампутации у 41 больного (11,1%) или 0,18 % от всех больных с заболеваниями ССС. Умерло на дому в 2015 году от последствий сердечно-сосудистых заболеваний 227 человек (0,99%). Заболеваемость СД, синдромом диабетической стопы в Московском районе г. Казани за 2014-2015 годы выросла и составило 3017 человек, что составляет 104,8 % по отношению к предыдущему году. Выявлен существенный прирост больных СД 1 типа - стало 110 (113,4 %), возрастной диапазон от 18 до 79 лет. Пациентов с СД 2 типа стало 2906 (104,4 %). Возрастной диапазон от 31 до 92 лет. Впервые выявлено в 2015 году 315 больных, для сравнения в прошлом отчетном периоде - 237, что составляет 132,9 %. Число больных с синдромом диабетической стопы несколько снизилось – 115 (85,2%), но выросло с диабетической микроангиопатией сетчатки глаз - 219 против 83 (263,9%) и с диабетической микроангионепропатией – 78 против 55 (141,8%). Явно прослеживается увеличение числа больных с микроваскулярной патологией. Это требует изменения тактики обследования больных, т.е. не останавливаться только на УЗИ сосудистой системы, но обязательно изучать и микроциркуляторное русло. Серьезные сосудистые кризы (микроваскулярный инфаркт миокарда, микроваскулярные ОНМК, острые артериальные язвы конечностей и т.д.) и внезапную сердечную смерть, особенно при СД с поражением вегетативной нервной системы, никто не отменял. Традиционно в развитых странах на первом месте среди причин смерти стояли заболевания сердца и сосудов, а на втором – онкологические заболевания. Но в последние годы в онкологии произошёл прорыв, благодаря ранней диагностике и более эффективному лечению улучшился прогноз и онкологические больные стали жить дольше. Огромную роль в этом сыграла современная химиотерапия. Но в результате неожиданно возникли и новые проблемы. Длительное наблюдение за онкологическими больными выявило, что через 10 лет лишь половина из тех, кого не удалось вылечить, умирает от рецидива онкологического заболевания, а другая половина – от кардиологических причин и прежде всего от хронической сердечной недостаточности. В итоге риск смерти от кардиологических причин у онкологических больных за последние годы вырос в 8 раз. Если у этих пациентов развивается застойная сердечная недостаточность, смертность при этом достигает 30–60%. Такое поражение сердца называют антрациклиновой кардиомиопатией или микроваскулярной токсической кардиомиопатией. Исходя из положения, что основной мишенью СД, токсического воздействия химиопрепаратов является эндотелий сосудов, микро и макрососуды, мы углубили обследование пациентов с данной патологией. Начиная с 2012 года, при обследовании пациентов используется метод кардиоинтервалографии (КИГ) с оценкой вариабельности ритма сердца (ВРС), с определением адаптационного потенциала и баланса вегетативной нервной системы, лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ), оптическая тканевая оксиметрия (ОТО) и сканирование вен голени. Исследование уровня адаптации и вегетативного тонуса проводили с использованием комплекса диагностики функциональных изменений сердечного ритма «Кардиоанализатор «Эксперт-01» (ЗАО «НПО «Маркиз», Санкт-Петербург). Вегетативный тонус и ВРС оценивались по статистическим показателям: RRNN, SDNN, CVr, RMSSD, NN50, PNN50; графическим показателям: данным гистограммы, скаттерограммы; показателям спектрального анализа: HF, LF, VLF, TP, LF/HF, IC; показателям вариационной пульсометрии по Р.М. Баевскому: M,  $\delta$ , Mo, BP, AMo, IBP, BPP, IN, PAAP. Уровень адаптации оценивался на основании общепринятых индексов и показателей адаптации (показатель активности регуляторных систем (ПАРС), индекс функциональных изменений (ИФИ), индекс Баевского). Для исследования вегетативной нервной системы, анализа ВРС в комплексе с вариабельностью длительности дыхательного цикла использовались приборы компании «Нейрософт», г. Иваново. Оценку микроциркуляции крови (ЛДФ), ОТО осуществляли с использованием компьютеризированного лазерного анализатора капиллярного кровообращения ЛАКК-М (ООО НПП «ЛАЗМА», г. Москва). Исследование состояния венозной системы, оценка функции мышечной помпы голени, функционального

состояния клапанов глубоких вен и объективное определение степени хронической венозной недостаточности проводится с помощью аппарата VenoScan (Германия). Выводы. 1. Оценка показателей спектрального анализа ВРС у больных СД-2, онкологических больных, получающих полихимиотерапию, является высокоинформативным тестом для диагностики кардиальной автономной нейропатии. Пороговые значения показателей ВРС различаются у пациентов в зависимости от наличия метаболического синдрома и выраженности кардиомиопатии. 2. Исследование микроциркуляции крови в левой руке (зона Захарьина-Геда для сердца) позволило выявить в сердце (косвенно), а также в конечностях: нормоциркуляторный, гиперемический (с веноулярным стазом) и спастический (ишемический) типы микроциркуляции крови. 3. Выявлены варианты сатурации миокарда (косвенно), тканей рук и ног: нормальная (в пределах принятой физиологической нормы), циркуляторная застойная (веноулярный стаз) и циркуляторная ишемическая (спазм, склероз микрососудов) формы. 4. Симпатикотония, сниженная ВРС способствуют снижению вариабельности микроциркуляции крови и ухудшению трофики тканей, в первую очередь миокарда. 5. Неинвазивные методы ЛДФ, ОТО, ВРС позволяют непосредственно и (или) косвенно определять состояние кровоснабжения тканей, в том числе сердца, мозга, внутренних органов, конечностей.

## **89. Постоянный интраоперационный нейромониторинг гортанных нервов при операциях на щитовидной железе: первый опыт применения в России**

Макарьин В.А.

Университетская клиника СПбГУ

Введение. После гипопаратиреоза, парез гортани является наиболее частым осложнением по частоте возникновения при операциях на щитовидной железе. Наиболее тяжелым и инвалидизирующим является двусторонний парез, который может повлечь за собой необходимость выполнения трахеостомии. Использование интраоперационного мониторинга (ИОНМ) позволяет картировать гортанные нервы, повышая безопасность операции. Существует две методики выполнения нейромониторинга: переменный мониторинг и постоянный мониторинг с установкой специальной клипсы на блуждающий нерв. Основное преимущество использование постоянного мониторинга состоит в возможности постоянного контроля сохранности гортанного нерва, что позволяет оператору моментально реагировать на любые повреждающие действия в отношении него (тракция, лигатура, клипса). Цель работы. Показать возможность и безопасность стимуляции гортанных нервов с помощью установки Дельта-электрода на блуждающий нерв для профилактики двустороннего пареза гортани при оперативных вмешательствах на щитовидной железе. Материалы и методы. С октября 2015 года по февраль 2016 года на отделении эндокринной хирургии Университетской клиники было выполнено 1065 операций с использованием переменного и 85 вмешательств с постоянным мониторингом гортанных нервов с помощью установки Дельта-электрода. Всем пациентам в до- и послеоперационном периоде была выполнена ларингоскопия и проведен сравнительный анализ полученных результатов. Результаты. Из 1065 пациентов с использованием ИОНМ было выявлено 68 (6,3 %) односторонних и 2 (0,1 %) двусторонних пареза гортани в группе постоянного мониторинга двустороннего пареза зафиксировано не было. Одним из грозных электромиографических событий является потеря сигнала – Loss of signal. Когда изначально высокий сигнал от гортанных нервов снижается менее 100 мкВ. Среди 70 пациентов с парезом гортани интраоперационно LOS сигнал наблюдали у 37 (52,8 %). Чувствительность (Se) LOS сигнала составила 50 %, специфичность 99,6% (Sp), положительная прогностическая значимость (PPV) составила 89,1 %, отрицательная прогностическая значимость (NPV) составила 96,7 %. В группе пациентов с постоянным мониторингом потери сигнала отмечено не было, в связи моментальным реагированием оператора на изменения сигнала и уменьшения тракции, как наиболее частой причины

повреждения гортанных нервов. В группе постоянного мониторинга осложнений связанных с выделением добавочных нервов отмечено не было. Выводы. Потеря сигнала является признаком повреждения гортанных нервов. Использование постоянного мониторинга позволяет каждую секунду контролировать сохранность гортанных нервов, уменьшать степень натяжения последних тем самым снижая вероятность послеоперационного пареза.

# ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

## **1. Возможности реконструктивно-пластических вмешательств у больных с нейропатической формой синдрома диабетической стопы.**

Срабионов В.О., Рябов В.А.

Санкт-Петербург

СПбГБУЗ «Городская больница №14»

Цель: Определить возможности реконструктивно-пластических вмешательств в лечении пациентов с дефектами мягких тканей в области стопы. Материалы и методы: Проанализированы результаты лечения 27 пациентов с диабетом осложненным нейропатической формой синдрома диабетической стопы, лечившиеся в условиях СПбГБУЗ «Городская больница №14» с 2014 по 2016г. Все больные перенесли срочные и экстренные оперативные вмешательства по поводу гнойно-некротических осложнений, возникших на фоне синдрома диабетической стопы. Оперативное вмешательство по замещению дефекта мягких тканей в области с применением микрохирургической техники выполнялось после купирования воспаления и начала процессов репарации. У всех больных показанием к вмешательству был обширный дефект мягких тканей, полученный в результате первичного оперативного вмешательства. Результаты исследования: У 40% больных мягкотканый дефект располагался в области диафизов плюсневых костей преимущественно по передней поверхности стопы. Размер дефекта колебался в пределах 35 – 40 см<sup>2</sup>. Выбор трансплантата зависел от состояния тканей на тыльной поверхности стопы (как донорской зоны) и размеров дефекта. Чаще всего в 85% случаев, нами использовался перемещенный лоскут по типу V-Y и в 15% тыльный лоскут стопы. Предпочтения в использовании V-Y пластики перед тыльным лоскутом состоит, во-первых, в простоте формирования первого и, как недостаток, вариабельность анатомии I тыльной плюсневой артерии на которой формируется тыльный лоскут стопы. В случаях, когда уровень ампутации и/или некрэктомии располагался в проекции сустава Шопара или Лисфранка, - у 30% пациентов, замещение дефектов производили с использованием переднего и латерального лоскутов голени, при этом преимущественно замещение дефектов осуществлялось за счет латерального лоскута голени 85,5% случаев, по причине имеющейся возможности сформировать более длинную сосудистую ножку и выполнить более низкую точку ротации лоскута, что позволяло выполнить пластику дистально расположенных дефектов. При этом размер дефекта колебался в пределах 40 – 45 см<sup>2</sup>. При локализации дефекта мягких тканей пяточной области с целью его пластического замещения нами применялись медиальный подошвенный лоскут 87% в случаях, когда дефект располагался преимущественно на подошвенной поверхности пяточной области и суральный лоскут 13% , когда мягкотканый дефект распространялся от места крепления Ахиллова сухожилия к пяточной кости до нижней 1/3 голени. При этом суммарная площадь дефекта составляла более 80-100 см<sup>2</sup>. Послеоперационные осложнения возникли у 6 (22,2%) больных, только в 2 наблюдениях закончившиеся тотальным некрозом трансплантата, в этих случаях для закрытия оставшегося дефекта была применена пластика расщепленным трансплантатом, взятым с латеральной поверхности бедра; в остальных случаях это были краевые некрозы, не потребовавшие дополнительного вмешательства. Таким образом, приживление составило 77,8%. Выводы: 1. Наличие у пациентов с синдрома диабетической стопы не является препятствием к более широкому использованию методов реконструктивной микрохирургии. 2. Пересадка кровоснабжаемых комплексов тканей является эффективным возможным методом пластики, позволяющим наиболее полноценно и в короткие сроки восполнить дефект мягких тканей, улучшить косметические параметры и, как следствие, качество жизни пациента.



## 2. Отдаленные результаты аугментационной мастопексии

Пржедецкий Ю. В., Пржедецкая В. Ю.

Ростов-на-Дону

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение. Опущение молочной железы (мастоптоз) и его причины – растяжение кожи и связок во время лактации, постлактационная и возрастная инволюция молочных желез доставляют немало огорчений обладательницам обвисшего бюста. Наиболее распространенным и эффективным способом борьбы с этим состоянием следует считать аугментационную мастопексию. Вместе с тем, достижение хорошего эстетического результата непосредственно после операции, вовсе не гарантирует его сохранение в отдаленном периоде. Цель – проанализировать отдаленные эстетические результаты одномоментных операций увеличения молочных желез и мастопексии по поводу выраженного мастоптоза. Материал и методы. Изучено 249 случаев аугментационной мастопексии за 2000-2016 гг с использованием текстурированных имплантатов. Степень мастоптоза колебалась от II до IV. Раскрой кожи – циркумвертикальный, либо инвертированное T. Циркумареолярные операции в исследование не включались. У 168 пациенток имплантаты располагались ретропекторально, у 81 – ретромаммарно. Доступ для формирования полости у 102 женщин субмаммарный, у 147 – вертикальный, по границе нижних квадрантов. В 16 наблюдениях применяли оригинальный способ мастопексии - glandулярные лоскуты сшивали внахлест с образованием дубликатуры, в 12 случаях также использовали собственную методику внутреннего гамака из аутокориума, у 48 пациенток иссекали избытки паренхимы железы с целью ее натяжения над имплантатом, у 17 – способ дермальной суспензии по J.P.Rubin. В остальных 156 наблюдениях использовали пликацию ткани молочной железы над имплантатом П-образными швами. Ацеллюлярные дермальные матриксы и синтетические изделия не использовали. Результаты оценивали через 1, 3, 6 и 24 месяца. Результаты. В ранние сроки после операции (1-3 месяца) форма желез претерпевала некоторые положительные изменения в сторону естественной конфигурации и удовлетворяла как пациента, так и врача. Примерно у трети женщин через 6 месяцев появлялись первые признаки несостоятельности используемых приемов мастопексии в виде «водопада», glandулярного птоза или «мяча в носке». В отдаленные сроки после вмешательства (24 месяца и более) ни одна женщина не сохранила ранний послеоперационный эстетический результат. Обсуждение результатов. В физической сути данной операции изначально заключено противоречие. Мы сокращаем площадь кожного, а в ряде случаев и glandулярного покрытия, в тоже время наращиваем объем и массу наполнителя. Сочетание увеличения груди и мастопексии в одномоментном варианте увеличивает шансы неполучения хорошего эстетического результата, чем мастопексия, осуществленная изолированно. Причем чем больше масса и/или проекция имплантата, объем мягких тканей и степень мастоптоза, тем больше вероятность послеоперационной деформации и скорость ее реализации. Отдельным вопросом стоит функциональная принадлежность ткани молочной железы при данном вмешательстве – это часть покрытия или наполнитель? Мы склонны считать растянутую паренхиму железы частью покрытия, которая вместе с кожей претерпевает нежелательные трансформации в виде скольжения вниз по имплантату («водопад», либо glandулярный птоз) или провисания вместе с имплантатом («мяч в носке»). Причем малые размеры имплантов или субмышечное их расположение сочетались с первым типом деформации, а большие или расположенные ретромаммарно – со вторым. Для реалистичного восприятия отдаленных результатов мы должны ответить на вопрос: если кожа, паренхима и связочный аппарат не удержали себя в естественных условиях, почему они должны сделать это, будучи нагруженными дополнительной массой

и в условиях увеличенной проекции молочной железы? Выводы. Различные методики аугментационной мастопексии, в том числе с поддержкой васкуляризованными и не васкуляризованными аутоканями не позволили получить отдаленные эстетические результаты, идентичные ранним. Степень и скорость нежелательной послеоперационной деформации молочных желез зависела от прочностных характеристик тканей молочной железы и массы имплантата. Усложненные типы операций с дополнительной поддержкой оказывали незначительное влияние на конечный результат, лишь несколько замедляя его наступление. На современном этапе развития науки невозможно улучшить прочностные характеристики тканей молочной железы, следовательно, любые методики рассматриваемого хирургического подхода имеют весьма ограниченную эффективность в отдаленном периоде, а конечный эстетический результат в большей мере зависит от качества тканей пациентки, нежели от хирургической техники.

### **3. Выбор реконструктивного материала после резекции языка**

Письменный И.В., Письменный В.И., Кривошеков Е.П., Письменный Ил.В.

Самара

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение. Лечение больных раком языка остается актуальной проблемой. Органы полости рта в совокупности представляют собой тандем отдельных единиц, выполняющие важные функции. После резекции происходит нарушение приема пищи, образование речи, дыхания через естественные дыхательные пути. После операции требует тщательного выбора реконструктивного материала. Цель работы. Определить оптимальный реконструктивный материал, для восстановления функций утраченной части языка и внешнего вида пациента, после половинной резекции на основании отдаленных результатов реабилитации. Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 165 пациентов после половинной резекции языка по поводу рака, средний возраст -  $51 \pm 2,5$  года. Женщин 42(25,5%), мужчин 123(74,5) пациентов. Использовался реконструктивный материал: пекторальный у 22(13,3%) больных, кивательный у 40(24,2%) человек, щечный лоскут 29(17,6%) пациентов, на подкожной мышце у 31(18,8%) больных, на мышцах ниже подъязычной кости у 43(26,1%) пациентов. Осмотры пациентов осуществляли в отдаленные сроки через 12 месяцев и фиксировались в амбулаторных картах. Пациенты с выявленными рецидивами или метастатическими поражениями в исследование не включались. Разработана система оценки выбранного реконструктивного материала, для этого выбрали анатомические и функциональные показатели. Результаты и их обсуждение. Оценивались следующие показатели по баллам: площадь лоскута, косметический эффект послеоперационного рубца, эластичность восстановленной части языка, подвижность оставшейся части языка, прием пищи, внятность речи. Далее высчитывался средний показатель по двум критериям отдельно. Анатомический и функциональный показатель: пекторальный 6,3% и 4,6%; кивательный 5,7% и 6,8%; щечный 3,4% и 6,7%, на подкожной мышце 7,4% и 7,8, на мышцах ниже подъязычной кости 8,7% и 8,9%. Выводы. Оптимальным реконструктивным материалом, для восстановления функций утраченной части языка и меньшего изменения внешнего вида пациента, после половинной резекции явился кожный лоскут на мышцах ниже подъязычной кости, учитывая данные системы оценки.

#### 4. Пластика ран при синдроме диабетической стопы

Швецов С.А.(1), Белозерцева Ю.П.(1), Сулейманов И.М.(2). Сивожелезов К.Г.(2).

Оренбург

1) ФГОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) НУЗ ОКБ на ст. Оренбург ОАО РЖД

Синдром диабетической стопы (СДС) в настоящее время рассматривается как одно из наиболее тяжелых поздних осложнений сахарного диабета. Актуальной проблемой современной пластической хирургии остается замещение дефектов стопы, которая представляет собой сложный опорно-рессорный комплекс, несущий на себе нагрузку всего тела (Пшениснов К.П., 2000; Анциферов М.Б., Колинченко Е.Ю., 2005). На базе гнойно-септического отделения НУЗ «ОКБ на станции Оренбург» ОАО «РЖД» проводится специализированное лечение синдрома диабетической стопы. За период 2008-2016 гг. оперировано 428 пациентов с различными гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы. Выполнено 83 (19,4%) высоких ампутаций на уровне бедра и голени. В основном (345 - 80,6%) выполнялись опоросохраняющие операции на стопе: ампутации и экзартикуляции пальцев – 78 (22,6%), резекции стоп – 71 (20,6%), разрезы и некрэктомии – 14 (4%), секвестрэктомии и резекции костей стоп – 9 (2,6%). После рассечения гнойно-некротического очага производили его ревизию и радикальную хирургическую обработку, включающую широкую некрэктомию с иссечением всех нежизнеспособных тканей. Затем рану обрабатывали 3% раствором перекиси водорода, водным раствором хлоргексидина и устанавливали дренажно-промывную систему (ДПС), состоящую из одной, двух и более перфорированных полихлорвиниловых или силиконовых трубок различного диаметра, проводимых через отдельные проколы кожи. Операцию заканчивали закрытием раневого дефекта перемещением и адаптацией краев раны швом Донати или внутрикожным швом. Оперативные вмешательства проводились под местной и проводниковой анестезией, реже под внутривенным наркозом. Доступ осуществляли, преимущественно, в не опорных зонах (тыл и боковые поверхности), либо через имеющиеся язвы и раны от предшествующих операций. В послеоперационном периоде у всех больных осуществляли ежедневную санацию пластированных ран орошением антисептиками и антибиотиками. Швы на стопе снимали на 12-14 сутки. В 78% случаев заживление раны было первичным. У 22% больных в послеоперационном периоде развились продолженные ишемические некрозы и нагноение ран, которые потребовали этапных некрэктомий с последующим замещением кожных дефектов свободной аутодермопластикой. Свободную аутодермопластику расщепленным кожным лоскутом использовали и для лечения больных с обширными, гнойно-некротическими процессами на стопе при нейропатических и нейроишемических формах поражения. После радикальной некрэктомии раны длительное время вели открытым способом, а после полного очищения ран и выполнения их здоровой грануляционной тканью закрывали обширные раневые дефекты свободными кожными лоскутами. При наличии трофических язв размерами более 5 см в диаметре также прибегали к аутодермопластике свободными кожными лоскутами. Способ выбора пластики зависел от площади раневого дефекта: при небольших ранах – пластика по Янович-Чайнскому, Тиршу, а при дефектах более 10 см в диаметре – дерматомная пластика. Наличие раневого дефекта на опорной (подошвенной) поверхности стопы не считали противопоказанием для пластического закрытия дефекта. Основным показанием к пластическому закрытию дефекта служила необходимость ликвидации раневого дефекта вне зависимости от его локализации. Большое внимание уделяли ведению послеоперационного периода: тщательность выполнения перевязок, контроль течения раневого процесса, врачебное наблюдение – приводили к 90-100% приживлению пересаженных кожных лоскутов. Правильное применение лекарственных препаратов и перевязочных средств в послеоперационном

периоде определяли благоприятное течение раневого процесса. Обычно, полная эпителизация раневого дефекта совпадала со сроками заживления донорской раны на передней поверхности бедра. Использование аутодермопластики свободными кожными лоскутами позволило в кратчайшие сроки закрыть имеющийся раневой дефект ведущий к вторичному инфицированию раны и образованию трофической язвы. Применённая методика оперативного лечения позволяла избежать вторичного инфицирования ран и прогрессирования гнойно-некротического процесса в конечности, способствовала значительному сокращению количества высоких ампутаций и увеличению объема завершённых опоросохраняющих операций на уровне стопы. Применение радикальных резекций стоп с первичной кожной пластикой на дренажно-промывной системе обеспечило раннюю функциональную активность больных, удовлетворительный эстетический эффект и улучшило результаты лечения данной категории пациентов в оптимальные сроки стационарного лечения.

## **5. Оптимизация хирургического лечения внутрипротоковых новообразований молочной железы**

Белоненко Г.А., Аксёнов А.А.

Донецк, ДНР

Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение

Актуальность проблемы. Наиболее распространенными способами хирургического лечения внутрипротоковых новообразований молочной железы являются центральная или селективная дуктэктомия, при которых могут возникать специфические ранние и поздние осложнения – частичный или полный некроз ареоларно-соскового комплекса, формирование воронкообразной ареолы и др. Цель работы. Уменьшение частоты осложнений и улучшение эстетических результатов после хирургических вмешательств на молочных протоках. Материал и методы. Ретроспективно проанализировали результаты хирургических вмешательств у 131 пациентки с внутрипротоковыми новообразованиями молочных желез. В соответствии с методиками предоперационной маркировки сецернирующих молочных протоков сформировали 2 группы наблюдений. В 1-й группе (n = 75) выполняли традиционную маркировку индигокармином. Во 2-й группе (n = 56) использовали собственный метод двойной предоперационной проволоочной маркировки через сосок под эндоскопическим и через кожу под эхографическим контролем. Дополнительно измеряли расстояние между маркерами, сканировали зону предполагаемого разреза в режиме цветового доплеровского картирования, выявляли ветви артериальных сосудов и на основании полученных данных планировали тип и расположение хирургического разреза, причем, если расстояние между маркерами не превышало 3,0 см, использовали периареоларный разрез, а в случае больше 3,0 см – полуовальный или радиарный. Результаты и обсуждение. В 1-й группе объем удаленных тканей составил в среднем  $35,4 \pm 4,8$  см<sup>3</sup>, осложнения возникли в 7 (9,3%) случаях: частичный некроз ареолы - 2, серома - 4, гематома - 1. Эстетические дефекты сформировались в 4 (5,3%) наблюдениях: воронкообразная ареола - 2 и гипертрофические рубцы - 2. Во 2-й группе объем удаленных тканей составил в среднем  $23,4 \pm 3,9$  см<sup>3</sup>, в 1 (1,8 %) случае наблюдалась серома, эстетические дефекты отсутствовали. Выводы. Двойная предоперационная маркировка внутрипротоковых новообразований молочной железы через сосок под эндоскопическим и через кожу под эхографическим контролем с дополнительным сканированием линии предполагаемого разреза в режиме цветового доплеровского картирования способствуют уменьшению объема удаляемых тканей молочной железы на 12,0 см<sup>3</sup>, снижению частоты осложнений на 7,5% и эстетических дефектов на 5,3%.

## 6. Пластическая хирургия обширных пролежней крестцовой области

Кучер Д.В., Рындин В.Г. МБУЗ

Белая Калитва

«Центральная районная больница» Белокалитвинского района Ростовской области

Цель – повысить качество хирургической реабилитации пациентов с обширными пролежнями крестцовой области. Материалы и методы: по оригинальной методике (патент РФ № 2106813) пролечено и оперировано 39 больных. Группу пациентов составили: пациенты неврологического профиля – 30 (из них после обширных ОНМК – 14, с выраженной энцефалопатией различного генеза – 7, со спинальной травмой – 9); пациенты после длительных соматических заболеваний с длительным вынужденным постельным режимом (большинство пережившие длительную ИВЛ) – 9. Мужчин – 24, женщин – 15. Возрастная медиана – 64,4 года. В лечебных мероприятиях используются противопролежневые матрацы, ведется индивидуальный дневник ухода и перестилания больного, проводится комплекс мероприятий по медикаментозному лечению (тиоктовая кислота, витамины группы В, янтарная кислота, актовегин), к которому добавляется местное лечение (промывание пролежней растворами антисептиков, лазерная терапия по разработанной нами методике). Курс лазерной терапии полупроводниковым лазером с длиной волны 980 нм состоит из 10 процедур. Применяли режим средней мощности, с частотой импульса 1500Гц. Облучение проводили в течение 4 минут. Световое пятно моделировали в зависимости от размеров пролежней, меняя расстояние от тубуса излучателя до облучаемой поверхности. В процессе лечения у больных прекращались полностью или значительно уменьшались боли в области крестца, на 3-5 сутки раны очищались от фибринозного налета. На 10-12 день раны заполнялись здоровыми грануляциями, появлялась краевая эпителизация. У части пациентов пролежни покрывались кожным эпителием или формировался розовый нежный рубец, у части выполнялись операции закрытия путем мобилизации краев операционной раны (эти пациенты в материал не вошли). Показаниями для выполнения оригинального оперативного вмешательства являлись дефекты мягких тканей сложной формы площадью более 20 см<sup>2</sup>, невосполнимые избытком мягких тканей создаваемого путем мобилизации краев операционной раны. Противопоказаниями для выполнения реконструкции промежности и тазового дна сложными трансплантатами на основе большой ягодичной мышцы считаем: онкологические заболевания в IV клинической стадии; ожирение III-IV степени; кахексию. Смысл выполняемой операции заключается в заполнении дефектов мягких тканей и закрытии костных образований сложным трансплантатом на сосудисто-нервной ножке из одной большой ягодичной мышцы (или симметрично из двух). Производится последовательно: мобилизация мышцы на основе сосудистого пучка в составе фасциальной муфты; формирование на мышечной основе сложного трансплантата, включающего подкожную клетчатку и кожу; транспозиция трансплантата медиально в область пролежня; послойная фиксация трансплантата. Результаты: Общий срок лечения в стационаре составлял от 15 до 25 дней, в среднем 21,7 дней. У всех пациентов при выписке – хорошие непосредственные результаты. Отдаленные результаты: больных наблюдали в сроки от 1 года до 5,5 лет после операции. Установлено, что разработанный способ пластического восстановления позволяет достичь положительных результатов. Ни у одного пациента не зарегистрировано рецидива пролежней. Вывод. Разработанная методика местно-пластического восстановления обширных пролежней крестцовой области позволяет повысить качество хирургической реабилитации пациентов.

## 7. Возможности улучшения результатов хирургического лечения деформаций носа

Алиев М.А., Сафаров С.Ю.

Махачкала

Городская клиническая больница № 1, ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

По данным мировой статистики в отдаленном периоде лишь от 5 до 15% пациентов полностью удовлетворены результатами пластики носа, частично удовлетворены до 15% больных, остальные чаще всего нуждаются в ревизионной повторной ринопластике. Целью нашего исследования явилось улучшение хирургического лечения больных с деформациями носа. Материал и методика. Мы анализировали результаты лечения 92 больных, находившихся на лечении в клинике хирургических болезней стоматологического, педиатрического и медико-профилактического факультетов ДГМА на базе городской больницы № 1. При этом с первичными деформациями носа были 45 пациентов, со вторичными (посттравматические и послеоперационные-47 пациентов). Обследование больных проводили по принятым стандартам. Операции по чисто эстетическим показаниям выполнено 38 пациентам, по смешанным показаниям 54 пациентам. В лечении больных применялись как открытые, так и закрытые методики ринопластики. У 25 пациентов из собственных наблюдений проведена открытая реконструктивная риносептопластика, у 45 закрытая риносептопластика, у 22 пациентов применялась - сочетание открытого доступа ринопластики для формирования концевого отдела носа и редуцирующей структурной ринопластики. При последней методике открытый доступ позволял сформировать хрящевые структуры в концевом отделе носа максимально точно, но при этом сохраняется спинка носа и естественное соединение латеральных хрящей, четырехугольного хряща и костей носа. Данная методика помогает предотвратить непредсказуемое искажение, которое часто происходит в послеоперационном периоде в отдаленные сроки в результате истончения или старения кожи носа и контурирования спинки носа, где устанавливаются расширяющие трансплантаты при их разделении. Следует отметить, что при оценке результатов ринопластики имеют значение не только объективные методы изучения эффективности ринопластических операций, но существует необходимость учитывать и субъективную оценку пациентом произведенного вмешательства. Результаты. Удовлетворительные ближайшие эстетические и функциональные результаты были получены при проведении как открытого, так и закрытого метода ринопластики у 82 (89%) пациентов. 8 (9%) пациентов в той или иной степени были удовлетворены результатами оперативного лечения. 2(2%) пациентов не были удовлетворены полученными результатами, в связи с чем этим пациентам проводилась контурная пластика аурикулярным трансплантатом под местной анестезией. При наличии грубых рубцовых деформаций не всегда удавалось достичь полной удовлетворенности пациента результатом операции в эстетическом плане, хотя по сравнению с дооперационным локальным статусом результат был вполне удовлетворительным. При наличии смешанных показаний к операции мы акцент делали на восстановление функции носового дыхания в первую очередь и потом уже на восстановление формы наружного носа, и этот план согласовывался с пациентом в предоперационном периоде. При планировании операции учитывались параметры лица. Стандартные фотографии проводили до операции, через 2 недели и через полгода после операции. Отдаленные результаты прослежены у 42 (46%) пациентов. Через 4 года после операции полностью удовлетворены были результатами лечения 27(64%) пациентов, частично-12(28%) пациентов и неудовлетворенны-3(8%) пациентов. Выводы. Таким образом, использование индивидуального подхода к хирургическому лечению пациентов с первичными и вторичными деформациями носа, позволило заметно улучшить результаты хирургического лечения этих пациентов. Полностью удовлетворенными

остались в отдаленном периоде хирургического лечения - 64% пациентов, частично удовлетворенными – 28% пациентов, неудовлетворенными - 8% пациентов.

## **8. Кожно-пластические вмешательства в лечении огнестрельных ранений нижней конечности**

Штугин А.А., Оприщенко А.А., Кравченко А.В.

Донецк, ДНР

Республиканский травматологический центр

Актуальность. Огнестрельные ранения нижней конечности занимают ведущее место в структуре боевых повреждений. Значительная часть из них сопровождается наличием первичного или формированием вторичного дефекта кожных покровов и подлежащих тканей, что во многом определяет характер течения раневого процесса, риск развития осложнений, продолжительность лечения и анатомо-функциональный исход. В этой связи определение рациональных подходов к выбору метода пластики огнестрельных раневых дефектов продолжает сохранять актуальность. Целью исследования являлся анализ эффективности различных видов кожно-пластических вмешательств при огнестрельных ранениях нижней конечности в условиях вооруженного конфликта в Донбассе. Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов кожно-пластических операций по поводу огнестрельных ранений нижней конечности у 78 раненых. Мужчин было 71 (91%), женщин – 7 (9%). Средний возраст  $37,6 \pm 3,8$  года (от 19 до 56). Высокоэнергетические пулевые ранения имели место у 48 (61,54%) пациентов, осколочные – 19 (24,36%), минно-взрывные – 11 (14,1%). По локализации дефектов, требовавших пластического закрытия, раненые распределились следующим образом: бедро – 6 (7,7%), коленный сустав – 8 (10,26%), голень – 51 (65,38%), стопа – 13 (16,67%). По глубине поражения все дефекты носили субфасциальный характер, при этом переломы костей установлены у 69 (88,46%). Площадь дефектов варьировала от 20 до 198 см<sup>2</sup>. У 56 (71,79%) имели место множественные раны различной локализации. При поступлении все раненые были оперированы – проводилась первичная хирургическая обработка ран, стабилизация сегментов аппаратами внешней фиксации преимущественно спице-стержневого типа. Первичная аутодермопластика по Красовитову была выполнена в 4 наблюдениях. Пластические операции выполняли в сроки от 7 до 28 суток от момента ранения. Аутодермопластика свободными полнослойными и расщепленными лоскутами была выполнена в 19 наблюдениях; в 23 – применяли терапию отрицательным давлением (VAC) с последующей аутодермопластикой расщепленными лоскутами; местные перемещенные кожные лоскуты использовали в 8 случаях; в 9 – методику острого или дозированного тканевого растяжения (дермотензию); пластику кожно-мышечным икроножным лоскутом выполнили в 7 случаях, суральным кожно-фасциальным лоскутом - в 8 наблюдениях. Результаты и обсуждение. Успешное закрытие раневых дефектов было достигнуто во всех наблюдениях. Ампутиаций и серьезных осложнений, связанных с проведенными кожно-пластическими вмешательствами, не зафиксировано. При применении свободной аутодермопластики (в комбинации с VAC и без) достигалось первичное приживление 85-95% площади лоскутов с последующей эпителизацией остаточных ран в течение  $17,8 \pm 3,6$  суток. Использование VAC во всех случаях позволило эффективно подготовить раны к окончательному закрытию, однако ограничивалось площадью и локализацией дефекта. Так значительное обнажение костей и суставов по передней поверхности нижней конечности, в особенности в ее дистальных отделах, часто не может быть устранено посредством VAC. Применение пластики локальными кожно-жировыми лоскутами оказалось осуществимо лишь на бедре, задней поверхности коленного сустава и голени, некоторых дефектах стопы. Из 8 таких наблюдений в 2 случаях имели место краевые кожные некрозы, которые не потребовали дополнительных

хирургических интервенций. Использование васкуляризированных осевых лоскутов (икроножного и сурального) позволило успешно ликвидировать глубокие дефекты с обнажением коленного сустава, костей голени, пяточной кости и переднего отдела стопы, которые традиционно являются сложными для кожно-пластического закрытия. В 2 наблюдениях имел место краевой некроз лоскута, что не повлияло на окончательный позитивный результат. Выводы. - применение кожно-пластических вмешательств является обязательным компонентом хирургического лечения огнестрельных ранений нижней конечности, сопровождающихся дефектом покровных тканей; - выбор метода кожно-пластического закрытия дефекта при огнестрельных ранениях нижней конечности должен носить индивидуализированный и дифференцированный характер; - лоскуты с осевым типом кровоснабжения являются приоритетным вариантом закрытия глубоких дефектов тканей в области крупных суставов и дистальных отделов нижней конечности.

## **9. Оценка эстетических и функциональных результатов реконструктивной ауто- и алломаммопластики**

Борлаков А.В., Пржедецкий Ю.В.

Ростов-на-Дону

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение. Наиболее простым и эстетически результативным способом реконструкции молочных желез считается использование силиконового импланта в качестве наполнителя. Однако физические свойства силиконового имплантата наряду с контракцией капсулы существенно меняют тактильные характеристики реконструированной молочной железы. Цель: эстетико-функциональная оценка результатов реконструктивной ауто- и алломаммопластики. Материал и методы. Проведено сравнительное исследование эстетико-функциональных показателей пациенток, оперированных в период с 2014 по 2017 гг. Основную группу составляют 18 больных раком молочной железы, которым выполнена кожесохраняющая мастэктомия с реконструкцией органа предварительно подготовленным при помощи липофиллинга торакодорзальным лоскутом. В контрольную группу вошли 67 сопоставимых пациенток, подвергнутым кожесохраняющей мастэктомии с одномоментной реконструкцией силиконовым имплантатом. Оценку визуальных эстетических показателей проводили при помощи программного обеспечения BCCT.core 3.0. Сравнение проводили при различных положениях тела: стоя, при наклоне вперед и в положении лежа на спине. Консистенцию (эластичность, упругость) желез изучали при помощи соноэластографии сдвиговой волны на ультразвуковом томографе «Supersonic imagine AIXPLORER multi Wave». Результаты. В положении стоя оба метода показали себя с наилучшей стороны, число отличных результатов было примерно одинаковым (66,7% - основная группа; 69,4% - контрольная), тогда как в положении лежа и при наклоне вперед отмечено преобладание результатов аутомаммопластики (в положении лежа - 66,7 % против 16,7%; при наклоне вперед - 72,2% против 27,8% соответственно). Использование ультразвуковой эластографии сдвиговой волны (СЭГ) позволило объективно оценить тактильную составляющую оперированной и здоровой молочных желез. Оценка проводилась пациенткам основной группы в сроки более 1 года после операции. Учитывая неоднородность распределения различных тканей, как в реконструированной, так и в здоровой молочной железе, и относительно узкий диапазон показателей СЭГ, сравнение проводили между аналогичными участками здоровой и реконструированной молочных желез. В результате отмечалась тенденция к большей мягкости оперированной железы (средние значения:  $10,28 \pm 0,62$  кПа – реконструированная железа против  $12,4 \pm 0,59$  - здоровая). Однако показатели СЭГ в ряде случаев значительно различались даже в пределах одной железы,



что не позволило считать упругость всей железы однородной. Обсуждение. Помимо визуальной составляющей конечных эстетических результатов реконструктивной маммопластики, важнейшим аспектом является функция движения и тактильная идентичность здоровой и реконструированной желез. Мы связываем эти результаты с формированием (путем липофиллинга широчайшей мышцы спины) уникального вида ткани, обладающего высоким уровнем пластичности и конформности. Силиконовый имплантат с неизменными физическими характеристиками формирует вокруг себя кожно-жировой чехол, тогда как податливый модифицированный торакодорзальный лоскут приспособливается под изначальную форму кожно-жирового чехла. Капсулярная контрактура, являющаяся нередким спутником аллопластических операций, существенно снижает эстетико-функциональные результаты. Вывод. Аутопластические способы реконструкции с использованием предварительно подготовленного путем липофиллинга торакодорзального лоскута позволил достичь высоких конечных эстетико-функциональных результатов, которые превзошли аналогичные показатели алломаммопластики.

## **10. Осложнения кожесохраняющей мастэктомии с одномоментной алломаммопластикой**

Пржедецкая В.Ю., Пржедецкий Ю.В.

Ростов-на-Дону

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение. Наиболее популярным и эстетически результативным способом восстановления объема молочных желез после кожесохраняющей мастэктомии считается использование силиконового имплантата в качестве наполнителя. Однако технические аспекты проведения операции и наличие в тканях инородного тела предопределяют развитие ряда специфических осложнений. Цель: проанализировать наиболее характерные осложнения реконструктивной алломаммопластики после кожесохраняющей мастэктомии и предложить эффективные способы их профилактики и лечения. Материал и методы. Проведен анализ эстетических и хирургических осложнений у 248 больных раком молочной железы с распространенностью процесса T1N0M0 - T2N1M0, оперированных в период с 2008 по 2017 гг. К эстетическим осложнениям относили выраженную асимметрию молочных желез, как по объему, так и по форме, дислокацию сосково-ареолярного комплекса (САК), капсулярную контрактуру, поворот имплантата. К хирургическим осложнениям – напряженную перипротезную гематому, ишемические расстройства кожно-жирового лоскута с исходом в некроз, экспозицию и экструзию эндопротеза. Результаты. Визуально значимая асимметрия молочных желез наблюдалась у 12 (4,8%) пациенток, причем у 7 из них она носила плановый характер (пациентки хотели увеличить и здоровую железу после завершения специального лечения). Дислокация САК отмечена в 9 (3,6%) случаях, капсулярная контрактура III – IV степени – у 76 (30,6%) больных, поворот имплантата зарегистрирован в 7 (2,8%) наблюдениях. Напряженная перипротезная гематома, потребовавшая неотложной операции возникла в 6 случаях (2,4%), ненапряженная гематома, излеченная консервативно – в 18 (7,3%) наблюдениях. Преходящие ишемические расстройства кожно-жирового конверта, купированные консервативными мероприятиями отмечены у 12 (4,8%) женщин, некроз кожно-жирового конверта с экструзией имплантата – у 8 (3,2%) больных. С целью получения симметричного результата нами предложен алгоритм подбора имплантата. Чтобы исключить дислокацию САК, пришлось отказаться от парциального мышечного укрытия эндопротеза и учитывать расположение и форму иссекаемых участков кожи над опухолью (проекционных лоскутов). Для профилактики ишемических осложнений предложен

способ диссекции ткани молочной железы с максимальным сохранением перфузии лоскута. Для предупреждения несостоятельности послеоперационного рубца использовали оригинальный способ пластики аутокориальным лоскутом, а также способ, основанный на сохранении скарповской фасции в инфрамаммарном регионе. Для лечения возникшей экстррузии имплантата применяли оригинальный метод с использованием сформированной капсульной оболочки, либо пластику дефекта торакодorzальным кожно-мышечным лоскутом. Эффективного способа профилактики капсулярной контрактуры нам предложить не удалось. Обсуждение. Знание анатомических особенностей молочной железы и принципов подбора имплантатов позволили добиться хороших и превосходных результатов в отношении симметрии молочных желез. Активная хирургическая тактика при напряженных гематомах во всех случаях позволила сохранить имплантат и получить хорошие конечные эстетические результаты. Профилактические и лечебные хирургические приемы в отношении экстррузии имплантата обладают высокой (100%) надежностью и позволили предупредить/излечить это грозное осложнение без удаления эндопротеза и бесполезного в этом случае кожно-жирового чехла. Выводы. Кожесохраняющая мастэктомия с наличием инородного тела в тканях предопределяет развитие довольно специфических послеоперационных осложнений. Использование оригинальных способов профилактики и лечения данных осложнений реконструктивной маммопластики позволяют сохранить эстетику восстановленных молочных желез и избежать калечащей операции – завершающей мастэктомии.

## **11. Differentiated approach to treatment of patients with congenital crows of upper lip and sky**

Shamsiev R.A., Shamsiev J.A.

Samarkand, Uzbekistan

Samarkand State Medical Institute

Relevance. Congenital clefts of the upper lip and palate (CCUL&P) - a serious malformation of the maxillofacial area, which occurs with gross anatomical and functional disorders, which, despite the timely provision of qualified medical care, often cause disability of children for many years. Occupying 3-4 place in the structure of congenital anomalies, they are one of the most common malformations of the maxillofacial region. According to the WHO, the birth rate of children with CCUL&P in the world is 0.6-1.6 cases per 1000 newborns. Purpose of the study. To develop a program for the rehabilitation of children with congenital clefts of the upper lip and palate. Materials of the study. Between 2005 and 2015, 41 patients with CCUL&P were treated in the 2nd clinic of SAMI. Of these, with one-sided cleft - 35 (85.37%), with bilateral - 6 (14.63%) patients; Girls - 14 (34.15%), boys accordingly - 27 (65.85%). Results of the study. All patients were prepared for surgery, that is, outpatient correction of grade I anemia was performed in 25 children (60.98%), grade II in 12 children (29.27%); Correction of grade I hypotrophy in 17 children (41.46%), grade II in 8 children (19.51%) under the supervision of a pediatrician and a hematologist. All patients underwent cheilorinoplasty using the Limberg-Obukhov method. In infancy and early childhood, before surgery, the orthodontist recommended the manufacture of an obturator - a special prosthesis designed to close the defects of the sky. The use of the obturator normalized the function of breathing, sucking, swallowing, chewing and promoted the proper development of speech. All children underwent stage-by-stage surgical treatment. 1 stage of surgical treatment - primary cheilorinoplasty by Limberg-Obukhov was carried out in the first 2-6 months. Life of the child and was aimed at eliminating defects and deformities of the upper lip and nose. 2 stage of surgical treatment - plastic soft palate, if necessary, was carried out in 6-9 months. Stage 3-sparing plastic of the hard palate was carried out at the age of 12-16 months. With a minimum mobilization of mucoperiosteal flaps, which significantly reduced the risk of formation of gross anomalies of the occlusion. After the 3 stage of correction, children were

prescribed orthodontic treatment with a floating obturator. Preparation for uranoplasty lasted exactly as much as was required to normalize the bite. Recommended instructions with a speech therapist. There was constant monitoring by the surgeon and other necessary specialists. 4 stage. Urbanoplasty for Limberg was carried out at the age of 18 months to 3 years, depending on the shape of the cleft and the physical condition of the child. 5 stage. The stage of final rehabilitation included activities on the production of sounds and speech formation. We started the exercises with a speech therapist already in the hospital from the first days after uranoplasty. We noticed that the smaller the age of the operated child, the greater the prospects for spontaneous speech formation. Orthodontic treatment of children with CCUL&P began with the first days of life and especially active control of the bite was carried out after uranoplasty. Orthodontist visits were recommended once every 2-3 months. Before the plastic of the hard palate, a postoperative plate was prepared to form the palatal arch, which was of great importance for the proper development of speech. After the operation, the patient used it for 2-3 months. Then the forming plate was replaced with a removable denture, which was used for another 2 months. The speech therapist was engaged in the formation of the correct speech in children with cleft lip and palate. The main task of which was the training of external respiration and the development of oral expiration. This was achieved with the help of gymnastics and games, during which the child was accustomed to breathe deeply (playing a locomotive, playing a pipe, etc.). The speech therapist was combined with the physician's work in therapeutic gymnastics. Compliance with the proposed principles for the rehabilitation of children with CCUL&P significantly improves the aesthetic and functional results of treatment and allows timely detection of emerging disorders and to carry out their thorough correction. Results of operations and their awareness of the possibilities of modern medicine. Implementation of this algorithm for treatment of patients with CCUL&P and close interaction with the parents of the patient leads to early rehabilitation of the child, elimination of anatomical and functional aesthetic defects, prevention of pathological speech and voice formation, prevention and treatment of concomitant pathology, social adaptation, psychoemotional stability of the child and parents, Medical and economic costs of the state. Conclusions. For effective correction of congenital cleft lip and palate, children need a long-term complex treatment with the participation of many specialists. Firstly, this is an early orthopedic treatment from the first days of the child's life, carrying out a massage and miogym training with the participation of the mother. Secondly, this is a careful preoperative preparation and justified step-wise tactics of surgical interventions with a correctly conducted postoperative period. In the postoperative period, after each stage of correction, it is necessary to prescribe orthodontic treatment, speech therapy, physiotherapy exercises with massage, sanation at the pediatrician, otorhinolaryngologist, dentist.

## **12. Современные малотравматичные технологии в коррекции возрастных изменений лица**

Гавриленко С. Б.

Запорожье, Украина

Востребованность операций по коррекции возрастных изменений лица возрастает с каждым днем в связи с постоянным повышением требовательности пациентов к своей внешности и окружающим, как в быту, так и в деловой сфере. Развитие высоких технологий позволяет достигать хороших результатов в коррекции возрастных изменений без больших травматичных операций, имеющих высокий риск осложнений из-за применения глубокого наркоза и сильной травматизации тканей. Сейчас во всем мире наблюдается тенденция минимального уровня хирургического вмешательства, что способствует значительному сокращению сроков реабилитации и уменьшению следов операции, делая внешний вид пациентов естественным, не нарушая их индивидуальности. Самая популярная операция на лице - фейслифтинг, в настоящее время выполняется с минимальными разрезами. иногда можно использовать разрез на нижнем веке после

выполнения блефаропластики, для достижения определенных видов подтяжки тканей лица. Для этого применяется видео эндоскопическая техника, позволяющая подтянуть ткани лица без натяжения кожи, без отеков и синяков, сокращая сроки восстановления до 1.5 - 2 недель. Операция фронто - темпорального лифтинга ( поднятие лба и бровей) выполняется вообще без разрезов на лице. Делается три прокола в волосистой части головы, подтягивается область лба и бровей и выполняется фиксация специальными швами. Операция делается под локальной анестезией с седацией, и позволяет выписать пациента из клиники через несколько часов. Блефаропластика ( пластика век ) по современным технологиям предусматривает минимальное иссечение кожи и перераспределение внутриглазничного жира с минимальным удалением избытков. Основное в современных методиках - пластика круговых мышц, что позволяет убрать "мешки" под глазами. При этом разрез глаз не меняется, нет "круглых" глаз и выворота век, как при "старых" методиках, когда пациенты, которым убрали много кожи век, спали с открытыми глазами и выглядели одинаково как близнецы. При выполнении блефаропластики "по старинке" отеки и синяки держатся 2-3 недели, а после современной операции синяков, как правило, нет, отеки минимальны и проходят через 3-5 дней, а через неделю пациенты могут не бояться показаться знакомым и коллегам по работе. Описывая современные технологии, невозможно не остановиться на фэтграфтинге (липофиллинге) . Это технология пересадки собственной жировой ткани пациента после специальной обработки в область морщин и складок на лице ( и не только ) для ликвидации возрастных изменений и восполнения объема тканей. Дело в том, что с возрастом, упругость и наполнение мягких тканей лица значительно уменьшаются, они опускаются, образуются морщины и заломы кожи, губы становятся тоньше и дряблыми. Благодаря безопасности этой операции, возможности ее выполнения под локальной анестезией и отличным результатом коррекции, делает ее самой популярной в комплексной борьбе с возрастными изменениями. При выполнении так называемых "имиджевых" операций невозможно переоценить результаты липофиллинга при омоложении области шеи, декольте и кистей рук. Именно эти зоны выдают возраст, так что для выполнения комплексной коррекции возрастных изменений без этого не обойтись.

Во время прохождения стажировки в США (2010, 2012), Германии (2013), Швейцарии (2014) Англии (2015) я наблюдал тенденцию комплексного подхода в коррекции возрастных изменений. Применение липофиллинга в этом случае намного повышает эффективность операции, продлевая эффект омоложения благодаря наличию собственных стволовых клеток в пересаживаемой жировой ткани. Во время участия в международном конгрессе ISAPS (международная ассоциация пластических хирургов) в Киото (Япония) в 2016 году, профессор университета Киото Синья Яманака, нобелевский лауреат 2012 года в области изучения стволовых клеток, сделал доклад о применении стволовых клеток для омоложения кожи. Эта методика сделала возможным выполнение операций по коррекции возрастных изменений нетравматичными, безопасными, высокоэффективными, имеющими короткий период реабилитации, и при сочетании их с пересадкой собственной ткани, обогащенной стволовыми клетками. Именно по этому будущее в пластической хирургии - за современными технологиями, их развитие сейчас позволяет делать то, что было невозможным совсем недавно.

# СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ

## **1. Отдаленные результаты реваскуляризирующих операций у больных сахарным диабетом.**

Бабаджанов Б.Д., Матмуротов К.Ж.

Ташкент, Республика Узбекистан

Ташкентская медицинская академия

Цель: изучить сохранности опорно-двигательной функции конечностей после реваскуляризационных операций в течение 6 месяцев у больных сахарным диабетом. Материалы и методы: исследование включает 122 больных, которые были оперированы в Республиканском центре гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета МЗ РУз в 2012-2016 гг. В исследуемой группе больных мужчин было 79 (64,7%), а женщин 43 (35,3%) соответственно, которые имели гнойно-некротические поражения стоп и голени, развивающиеся на фоне критической ишемии или инфекционного генеза при синдроме диабетической стопы. Всем больным при поступлении выполнена МСКТ (мультиспиральная компьютерная томография). В зависимости от сегмента и степени поражения артерий нижних конечностей выполнена транслюминальная баллонная ангиопластика или стентирования. Все пациенты в комплексе лечебных мероприятий получали антибактериальную терапию, включающую цефалоспоринов III-IV поколения, фторхинолонов III-IV, аминогликозидов и метронидазола. Антикоагулянтная терапия (гепарин, клексан) проводилось строго по алгоритму ведения пациентов с поражениями периферического артериального русла. Результаты: следует отметить, что после баллонной ангиопластики в 81 (66,4%) случаях произведены органосохраняющие резекционные операции на стопе выполнялись раннем послеоперационном периоде и в 9 (73,7%) случаях ампутация стопы по Шарпу и ампутация бедра произведено у одного больного. При этом было выявлено что, часто к оперативным вмешательствам подвергались больные с поражением ПББА (передняя большеберцовая артерия) и ЗББА (задняя большеберцовая артерия) (24,6%) и соответственно количества больных при этом составлял – 42 (34,4%). Следует отметить, что у большинства случаев больным произведено некрэктомия – 27 (22,1%) и это один из основных признаков улучшения местного кровообращения тканей, который привел к отграничению гнойно-некротического процесса. Экзартикуляция пальцев стоп произведена в 23 (18,8%) случаях. Дальнейший анализ и наблюдение пациентов показал, что в течение 6 месяцев повторную госпитализацию в стационар нуждались 37 (30,3%) больных из 122. Показаниям к повторным госпитализациям являлось нарастание ишемии, отграничение гнойно-воспалительного процесса (появление демаркационной линии), а также плановая консервативная терапия. Результаты: несмотря на разработанные методы консервативных и оперативных лечений частота высоких ампутаций и инвалидизация пациентов диабетической стопой остается на высоких цифрах. Данная тактика лечения является основным направлением в этой сфере. При этом улучшения отдаленных результатов после транслюминальной баллонной ангиопластики является основой для предотвращения инвалидизации пациентов сохранением конечности. По нашим данным в течение 6 месяцев у 9 (7,3%) больных не удалось сохранить конечность, в связи с нарастанием ишемии конечности произведено высокая ампутация, в 3 (2,4%) случаях выполнено ампутация стопы по Шарпу. Обсуждение: выраженный гнойно-некротический процесс и нарастающая ишемия конечности на фоне сахарного диабета представляет собой высокий риск потери конечности. В современной хирургии при поражении артерий нижних конечностей на фоне сахарного диабета выполнения баллонной ангиопластики со стентированием или без нее является основным методом в спасении конечности и тем

самим улучшить качества жизни пациентов. Следует отметить, что во всех случаях нам удалось предотвратить прогрессирования ишемии конечностях и тем самым сохранит опорно-двигательную функцию конечностей. Это в свое очередь показывает высокую эффективность баллонной ангиопластики для улучшения регионарного кровообращения тканей. Выводы: адекватное проведение баллонной ангиопластики на артериях голени у больных сахарным диабетом являются эффективным, современным методом лечения критической ишемии нижних конечностей. Критерием эффективности является ускорение появления отграничение гнойно-некротического процесса и в свое очередь дает возможность для резекционных операций на стопе в ближайшие и отдаленные сроки. Учитывая тяжесть общего состояния таких пациентов, наличие сопутствующих заболеваний, выполнения баллонной ангиопластики можно рассматривать как операцию выбора и высоко-значимой её для спасения конечности

## **2. Повторные эндоваскулярные операции периферических артерий у больных сахарным диабетом.**

Бабаджанов Б.Д., Матмуротов К.Ж.

Ташкент, Республика Узбекистан

Ташкентская медицинская академия

Цель: уменьшить отдаленных послеоперационных осложнений с помощью изучением рестенозированных сегментов артерий нижних конечностей. Материалы и методы: исследование включает 132 больных, которые были оперированы в Республиканском центре гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета МЗ РУз в 2012-2016 гг. В данной группе больных мужчин было 86 (64,7%), а женщин 46 (35,3%) соответственно, которые имели гнойно-некротические поражения стоп, развивающиеся на фоне критической ишемии или инфекционного генеза при синдроме диабетической стопы. Всем пациентам после МСКТ (мультиспиральная компьютерная томография) в отделении в зависимости от сегмента поражения артерий голени произведена плановая баллонная ангиопластика. При этом все пациенты в комплексе лечебных мероприятий получали антибактериальную терапию, включающую цефалоспоринов III-IV поколения, фторхинолонов III-IV, аминогликозидов и системную противогрибковую терапию. Антикоагулянтная (гепарин, клексан) и антиагрегантная терапия (клопидогрель) проводилось строго по алгоритму. Результаты: необходимо отметить, что после баллонной ангиопластики в 107 (81,1%) случаях в ближайшие сроки произведены органосохраняющие резекционные операции на стопе и ампутации стопы (29) и ампутация бедра (3). При этом было выявлено что, часто к оперативным вмешательствам подвергались больные с поражением ПББА (передняя большеберцовая артерия) и ЗББА (задняя большеберцовая артерия) (34,1%). В связи с выраженностью гнойно-некротического процесса для сохранения опорной функции конечностей у 26 (19,7%) больных произведено ампутация стопы по Шарпу. У 24 (18,2%) больных на следующие сутки после баллонной ангиопластики установлен катетер для ДВАКТ (длительная внутриартериальная катетерная терапия) для создания максимальной концентрации лекарственных препаратов гнойно-некротическом очаге. В отдаленные сроки (после 6 мес) у 11 (8,3%) случаях появились признаки возобновления гнойно-некротического процесса или признаков критической ишемии. Этим пациентам произведено повторная МСКТ, при котором выявлено рестеноз или реокклюзия. В плановом порядке этим пациентам выполнено повторно баллонная ангиопластика. Двум пациентам БАП выполнена три раза. В большинстве случаев (72,7%) пациенты были после ангиопластики артерий голени (ПББА, ЗББА). Обсуждение: выраженный гнойно-некротический процесс и нарастающая ишемия конечности на фоне сахарного диабета представляет собой высокий риск потери конечности. В современной хирургии при поражении артерий

голении на фоне сахарного диабета баллонная ангиопластика артерий конечности является основным методом в спасении конечности и тем самым улучшить качества жизни пациентов. Необходимо отметить, что во всех случаях нам удалось предотвратить прогрессирования ишемии конечности и тем самым сохранит опорно-двигательную функцию конечности. Это в свое очередь показывает высокую эффективность баллонной ангиопластики для улучшения регионарного кровообращения тканей. Выводы: баллонная ангиопластика на артериях нижних конечностей у больных сахарным диабетом являются эффективным, малоинвазивным методом лечения критической ишемии нижних конечностей. Учитывая возможность повторного проведения БАП, наличие сопутствующих заболеваний, баллонную ангиопластику можно рассматривать как операцию выбора и выполнять её для спасения конечности.

### **3. Эндovasкулярные методы лечения диабетической гангрены нижних конечностей.**

Бабаджанов Б.Д., Матмуротов К.Ж.

Ташкент, Республика Узбекистан

Ташкентская медицинская академия

Актуальность: Лечение хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей и обусловленной ими критической ишемии нижних конечностей (КИНК), в т.ч. критической, представляют на сегодняшний день одну из нерешенных проблем ангиологии и сосудистой хирургии. Несмотря на имеющиеся в настоящее время достижения в сосудистой хирургии и фармакотерапии сосудистых заболеваний, существует целая группа пациентов с хронической ишемией нижних конечностей, в отношении которых существующие лекарственные средства малоэффективны, а методы хирургического лечения (даже наиболее современные) не позволяют достичь клинически значимого результата, либо демонстрируют хорошие результаты лечения в ближайшем послеоперационном периоде, но отдаленные их результаты по-прежнему остаются неудовлетворительными. Материалы и методы: проведенное исследование включало в себя 178 больных, которые были прооперированы в Республиканском центре гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета МЗ РУз в 2015-2016 годы. У всех больных имелось гнойно-некротические поражения стоп, развивающиеся на фоне критической ишемии при синдроме диабетической стопы. Всем пациентам в отделении в зависимости от сегмента поражения периферических артерий нижних конечностей произведена транслюминальная баллонная ангиопластика и по показаниям стентирование пораженного сегмента. Длительная внутриартериальная катетерная терапия чаще всего проводилась после осложненных реваскуляризирующих оперативных вмешательств. В начале нашей работы при проведении баллонной ангиопластики и стентирования артерий нижних конечностей наблюдались интраоперационные и в послеоперационном периоде (экстравазация, диссекция, гематома и дистальный тромбоз). У 42 (23,6%) пациентов из 178 проведена длительная внутриартериальная катетерная терапия (ДВАКТ). С целью создания максимальной концентрации лекарственных препаратов в очаге поражения больным под рентгенангиографическим контролем устанавливался внутриартериальный катетер с подведением дистального конца к устью бедренной артерии на стороне поражения. Внутриартериальное введение лекарственных веществ осуществляли подключением к системе «высокой бутылки» с постоянным введением базисных растворов. Антибактериальная терапия, включающая цефалоспорины III-IV поколения, аминогликозиды и противогрибковые препараты, который носил эмпирический характер. Пациентам антикоагулянтная (гепарин, клексан, стрептокиназа) и антиагрегантная (клопидогрель) терапия проводилась в зависимости время свертываемости крови и локального статуса. При этом суточный объем жидкости в артерию не превышало 1200 мл

и составе инфузата были спазмолитики, антикоагулянты и простагландины (вазапростан). Необходимо отметить, что катетеризация бедренной артерии для ДВАКТ на стороне поражения у всех больных проводилась на следующий день или 2-ые сутки после реваскуляризирующих операций. Длительность проведения ДВАКТ в среднем составлял 5 дней, это зависело от состояния больного и степени ишемии конечности. Результаты: во время проведения ДВАКТ больные находились под наблюдением и через катетер получали антибактериальную (цефалоспорины, аминогликозиды), антиоксидантную (актовегин, вазапостан) антикоагулянтную (гепарин, клексан) и антиагрегантную (клопидогрель) терапию. В динамике наблюдения и проведения комплекса лечебных мероприятий у этих больных удалось снизить процент прогрессирования ишемических явлений конечностей. У данной категории больных наблюдалось сокращение сроков появления демаркационной линии в очаге поражения. Обсуждение: реваскуляризирующие оперативные вмешательства на сосудах на фоне сахарного диабета представляет собой высокий риск потери конечности, особенно при появлении признаков критической ишемии или трофических нарушений. Эндovasкулярное вмешательство возможно, ему отдается предпочтение в связи с малой инвазивностью, но ожидать хороших результатов всегда невозможно. Необходимо отметить, что в большинстве случаев (85,7%) нам удалось предотвратить прогрессирования критической ишемии конечности и тем самым сохранить опорно-двигательную функцию конечности. Это в свое очередь показывает высокую эффективность ДВАКТ после рентгенэндovasкулярных вмешательств у больных гнойно-некротическими осложнениями на фоне сахарного диабета при проведении правильной разработанной техники. Выводы: внутриаrтериальное введение лекарственных препаратов после эндovasкулярной баллонной ангиопластики (или после стентирования) является эффективным способом купирования критической ишемии нижних конечностей на фоне синдрома диабетической стопы. Это в свое очередь дает практическому хирургу уменьшить количество осложнений связанной реваскуляризацией артерий нижних конечностей в послеоперационном периоде.

#### **4. Роль эндovasкулярных вмешательств при лечении критической ишемии нижних конечностей на фоне сахарного диабета.**

Бабаджанов Б.Д., Матмуротов К.Ж.

Ташкент, Республика Узбекистан

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Несмотря на развитие ангиохирургии и появление новых способов лечения больных сахарным диабетом, частота ампутации конечности у больных данной категории достигает 28% и не имеет тенденции к снижению. Ежегодное число ампутаций конечности в экономически развитых странах варьирует от 13,7 до 32,3 на 100 тыс. населения. Гангрена конечности является тяжелым осложнением хронической артериальной недостаточности при сахарном диабете. Материалы и методы: исследование включает 225 пациентов, пролеченные в Республиканском центре гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета МЗ РУз в 2016 году. Эти больные имели гнойно-некротические поражения стоп и голени, развивающиеся на фоне нейроишемии при синдроме диабетической стопы. Возраст пациентов было от 44 до 81 лет, медиана 62 лет. Необходимо отметить, что более 69,4% (n=157) пациентов были старше 60 лет, 48% женщин, 52% - мужчин. Длительность заболевания сахарным диабетом у больных составляло от 6 мес (диагностирован при обследовании по поводу гнойно-некротического поражения стоп) до 26 лет, медиана – 9 лет. Длительность поражения стоп в исследованной группе больных составляло от 7 дней до 3-х лет, в среднем 2 месяца. У пациентов часто наблюдалось поражение правой нижней конечности – 62,5% наблюдений, что связано с большой нагрузкой на правую ногу и в связи с этим большей



ее подверженностью травмирующим воздействием, которые являются фактором развития гнойно-некротических поражений стоп. Первичным критерием отбора больных для определения объема оперативного вмешательства и показанием к эндоваскулярному баллонной ангиопластики считали признаки критической ишемии конечности и незаживающие трофические раны стоп. Для уточнения характера окклюзионно-стенозирующего поражения и планирования тактики лечения всем больным выполнена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) артерий нижних конечностей. При наличии гнилостного процесса ее вскрытие и резекционные операции на стопе выполнялось до реваскуляризации. Из 225 больных у 39 (15,3%) до реваскуляризации произведено вскрытие флегмоны и 25 больных (11,1%) выполнено резекционные операции на стопе. При ограничении гнойно-некротического процесса на стопе, при отсутствии тенденции к распространению инфекционного фактора и при наличии окклюзионно-стенозирующих поражениях артерий нижних конечностей производили транслюминальную баллонную ангиопластику. В случае отграничения некротического процесса на стопе без риска прогрессирования вначале производилось баллонная ангиопластика артерий нижних конечностей, затем – резекционные операции стопы. Результаты: все больные, проведенные транслюминальная баллонная ангиопластика находились под наблюдением и получали антибактериальную (цефалоспорины, аминогликозиды), антиоксидантную (актовегин, вазопростан) и антикоагулянтную (гепарин, клексан) терапию. В динамике наблюдения и проведения комплекса лечебных мероприятий пациентам проведенным баллонную ангиопластику в 56 (24,9%) случаях произведена экзартикуляция пальца, у 29 (12,9%) больных выполнялось поэтапная некрэктомия. Для сохранения опорно-двигательной функции конечности 21 (9,3%) пациентам выполнена ампутация стопы по Шарпу. Обсуждение: если реваскуляризация артерий нижних конечностей возможно, ему отдается предпочтение в связи с малой инвазивностью. Ограничение длительности эффекта баллонной ангиопластики компенсируется легкой повторяемостью и минимальной угрозой для жизни больного. Следует отметить, что в большинстве случаев нам удалось сохранить опорно-двигательную функцию конечности (91,4%). Это в свое очередь показывает высокую эффективность эндоваскулярных оперативных вмешательств в процессе заживления ишемических ран у больных гнойно-некротическими осложнениями стоп на фоне сахарного диабета. Выводы: транслюминальная баллонная ангиопластика является эффективным способом купирования критической ишемии нижних конечностей на фоне синдрома диабетической стопы. Реваскуляризационные операции на артериях нижних конечностей позволяет добиться к быстрому заживлению гнойно-некротических поражений стопы ишемического характера и выполнить адекватную удалению гнойно-некротических поражений. Оценка и разработка методов ранней диагностики поражения периферического артериального русла (до гнойно-некротического поражения стоп) и своевременная баллонная ангиопластика являются перспективными направлениями улучшения оказания помощи больным с синдромом диабетической стопы.

## **5. Внутриартериальное введение лекарственных препаратов при лечении диабетической гангрены нижних конечностей.**

Бабаджанов Б.Д., Матмуротов К.Ж.

Ташкент, Республика Узбекистан

Ташкентская медицинская академия

Цель: улучшить результатов лечения у больных критической ишемией нижних конечностей у больных сахарным диабетом. Материалы и методы: данное исследование включает в себя 179 пациентов, получивших стационарное лечение в отделении хирургических осложнений сахарного диабета при 2 клинике Ташкентской медицинской

академии в 2015-2016 гг. У всех больных имелось гнойно-некротические поражения стоп и голени, развивающиеся на фоне ишемии при синдроме диабетической стопы. Всем пациентам для определения коррекции ишемии было проведено мультиспиральная компьютерная томография артерий (МСКТ) нижних конечностей. Первичным критерием больных для показания к консервативной терапии массивное поражение периферического русла, недавно перенесенные ОНМК, ОИМ и хроническая почечная недостаточность. В комплексе лечения входило простаноиды (вазапростан, ВАП-20), антиоксиданты (тивортин, мексидол), антикоагулянты (клексан), альфа-липоевая кислота (тиогамма) и антибактериальная терапия. С целью создания максимальной концентрации простаноидов (вазапростан) в очаге поражения в 43 (24%) случаях под рентгенангиографическим контролем устанавливался внутриартериальный катетер с подведением дистального конца к устью бедренной артерии на стороне поражения. Внутриартериальное введение лекарственных веществ осуществляли подключением к системе «высокой бутылки» или с помощью дозаторов с постоянным введением базисных растворов. Антикоагулянтная терапия (клексан) проводилась под контролем времени свертываемости крови. Суточный объем жидкости в артерию не превышало 1500 мл и было составлено индивидуально, в составе которого были простаноиды, спазмолитики, антикоагулянты и антиоксиданты. Дозировка вазaproстана корректировалась в зависимости от выраженности критической ишемии и состояния пациента. При этом доза колебалась от 20 мкг/сут до 80 мкг/сут. Всем больным в зависимости от выраженности некротического процесса и характера чувствительности высеянной микрофлоры назначались антибактериальные препараты. Назначенная консервативная терапия проводилась от 7 до 10 дней под наблюдением кардиолога и эндокринолога. Результаты: в динамике наблюдения и проведения комплекса лечебных мероприятий у этих больных удалось снизить процент прогрессирования ишемических явлений конечностей. У пациентов получивших длительную внутриартериальную катетерную терапию (ДВАКТ) получены наиболее хорошие результаты, так как в связи с тяжестью состояния больных в большинстве случаев были противопоказания к проведению ДВАКТ. Следует отметить, что из 43 больных получивших ДВАКТ у 37 (86%) удалось полностью снимать признаки ишемии (в основном болевого синдрома), в 4 (9,3%) случаях пришлось произвести высокую ампутацию бедра. В 52 (29%) случаях из 174 пришлось увеличить дозу вазaproстана в динамике в связи с прогрессированием признаков критической ишемии. Обсуждение: признаки прогрессирования ишемического фактора на фоне сахарного диабета представляет собой высокий риск потери конечности. На сегодняшний день при поражении артерий периферического русла на фоне сахарного диабета эндоваскулярные манипуляции являются основным методом в спасении конечности, но имеется контингент пациентов у которых риск оперативных вмешательств очень высок. Необходимо отметить, что во всех случаях нам удалось предотвратить прогрессирования ишемии конечности в 132 (73,7%) и тем самым сохранит опорно-двигательную функцию конечности, но следует отметить, что эти пациенты неоднократно получали курс консервативной терапии включением в комплекс лечебных мероприятий вышеуказанных лекарственных препаратов. Выводы: адекватное медикаментозное лечение больных с критической ишемией нижних конечностей на фоне сахарного диабета требует индивидуального подхода каждому пациенту. Конечно, при возможности эндоваскулярных оперативных вмешательств им дается предпочтение, но при наличии противопоказаний, нет выбора кроме консервативной терапии пациентов высоким риском. Таким образом, адекватное комплексное лечение и введение лекарственных препаратов внутриартериально является эффективным способом купирования критической ишемии нижних конечностей на фоне синдрома диабетической стопы у больных высоким риском осложнений. Это в свое очередь дает практическому хирургу уменьшит процент осложнений связанной с проведенной операцией, тем самым сохранит опорно-двигательной функции конечностей.

## **6. Результаты баллонной ангиопластики у больных с критической декомпенсированной ишемией нижних конечностей.**

Цей Э.Т., Андреева М.Б., Нарсия В.В., Балаклеец Е.Н., Курятников А.В., Магамет В.П.

Краснодар

МБУЗ КГК БСМП

Введение: больные с критической ишемией нижних конечностей составляют около 30% из числа госпитализированных муниципальных стационаров. Применение традиционной тактики, включающей в себя вазоактивную инфузионную, антибактериальную терапию, малые ампутации и этапные хирургические обработки, позволяет сохранять конечность в среднем не более чем у 55% поступивших. Возможности применения эндоваскулярных вмешательств позволяют снизить частоту ампутаций на 25-38% ( Egorova et al. 2010; Goodney et al. 2009). Цель исследования: изучить непосредственные и отдаленные(трехлетние) результаты баллонной ангиопластики у больных с критической декомпенсированной ишемией нижних конечностей. Результаты и обсуждения: в период 2013-2014гг. в отделении гнойной хирургии БСМП пролечено 345 пациентов с ХАН4. Средний возраст 70,8 +- 2,1 года. Первичные ампутации выполнены 86 больным. Оставшиеся 259 пациентов обследованы ангиографически. Результатами исследования, консервативная тактика принята у 142, эндоваскулярные вмешательства в объеме баллонной ангиопластики проведены 117 больным. Прослежены непосредственные и отдаленные результаты БАП: Технический успех наблюдался в 104 случаях. Послеоперационные осложнения имели место у 13 больных: послеоперационный тромбоз – 3 (2,56%), ОНМК – 2 (1,7%), ОКС- 2 (1,7%), расслоение сосудистой стенки потребовавшее стентирования сосуда -3(2,56%), дистальная эмболия- 1(0,85%), забрюшинная гематома-2 (1,7%). Летальность составила 0,5%. Отдаленные результаты удалось проследить у 46 больных: Умерло 10 человек, из них в течение первого года – 4. Ампутации бедра выполнены 4 пациентам, пальцев- 6 больным. Летальность за трехлетний период составила 21,7%. Таким образом, баллонная ангиопластика артерий у больных с критической декомпенсированной ишемией нижних конечностей является эффективным методом восстановления кровотока с высокой вероятностью технического успеха и низким уровнем летальности.

## **7. Анализ результатов хирургического лечения варикозной болезни нижних конечностей.**

Камилова Д.Н.(1), Бабажанов А.С.(2), Ахмедов А.И.(3), Тухтаев Ж.К.(4)

Республика Узбекистан: 1)Ташкент, 2) Самарканд,3) Самарканд 4) Самарканд

1) ТашГПМИ, 2) СамГМИ, 3) СамГМИ,4) СамГМИ

В настоящее время отмечается неуклонный рост числа пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей (ВБНК). Все это приводит к увеличению числа выполняемых флебэктомий и, неизбежно, росту количества связанных с вмешательством осложнений. Цель исследования - улучшение результатов лечения больных с ВБНК на основе применения разработанного единого клинико-диагностического алгоритма. Материал и методы. В Самаркандском городском медицинском объединении на кафедре хирургических болезней проведено анализ комплексного лечения 32 больных с не осложненными формами ВБНК в период 2014-2016 г.г. Возраст пациентов варьировал от 20 до 69 лет. В разработанный алгоритм включали клиническое обследование, предоперационную притоковую компрессионную склеротерапию и выбор

индивидуального для каждого пациента объема и вида хирургического лечения. Результаты и обсуждение. Все участвующие в исследовании больные были оперированы. Различные по сложности комбинированные флебэктомии выполнили 19 больным, классическую операцию Коккетта - 8, веносохраняющие операции - 3. Альтернативные методы устранения стволового венозного рефлюкса применили у 10 пациентов эндовазальную лазерную термокоагуляцию. Эффективность лечения оценивали по разработанным критериям, наиболее важными из которых являлись наличие или отсутствие послеоперационного рецидива и изменение фактора «качества жизни». В целом у подавляющего числа больных были достигнуты положительные результаты лечения: хорошие - у 8 (25%), удовлетворительные - 22 (68,7%). Неудовлетворительные результаты лечения констатировали у 2 (6,2%) больных, у 9 из которых выявили послеоперационные рецидивы варикозного расширения вен. Применение притоковой компрессионной склеротерапии в предоперационном периоде позволило оптимизировать устранение «варикозного синдрома» во время операции. Удалось уменьшить интраоперационную кровопотерю и травматичность операции, а также значительно повысить косметический эффект лечения. Заключение. Отсутствие серьезных послеоперационных осложнений, а также низкие цифры послеоперационных рецидивов в отдаленном периоде подтверждают высокую эффективность применения на практике разработанного в клинике лечебно-диагностического алгоритма лечения больных с не осложненными формами ВБНК.

## **8. Possibilities of mini-invasive interventions in the treatment of varicose illness of lower limbs.**

Arziev I.A., Yuldashov P.A., Raximova S.Sh.

Samarkand, Uzbekistan

Samarkand State Medical Institute

Relevance. Despite recent advances in phlebology concerning diagnostics, indications and types of treatment of varicose disease of the lower extremities, varicose disease of the lower extremities is one of the most widespread diseases and is the most common disease of the peripheral vascular bed. In Russia, according to V.S. Saveleva et al. More than 30 million people suffer from various forms of varicose veins, and 15% of them have trophic disorders. In recent decades, a large number of new types of treatment for varicose disease of the lower limbs have appeared, but many of them have drawbacks. Purpose of the study. To improve the results of surgical treatment of patients with varicose veins of the lower extremities through the introduction of minimally invasive interventions. Materials and methods of research. In the surgical department of the SamSMI clinic, 186 patients were subjected to surgical treatment for the period 2011 to 2014. In addition to conventional methods of examination, ultrasound scanning of the superficial and deep venous system was performed without fail. In accordance with the scope and nature of surgical interventions, patients were divided into two groups. The first group includes 117 patients, and the second 69 patients with varicose veins of the lower extremities aged 22 to 54 years. Operative treatment in the first group was performed using the principles of mini-invasive phlebosurgery. To eliminate the wellhead failure, a crossectomy was performed. Through the mini-access, the mouth of the large saphenous vein was exposed with the phlebector to the lower third of the shin and performed the operation by Bebkokk with simultaneous elastic compression. In the presence of perforated insufficiency, the operation of the Cocktail through the mini-access was performed. The operation was completed with cosmetic sutures for all wounds. After 2 - 3 days for the remaining varicose veins carried out 1 -2 sessions of sclerotherapy. All patients of the second group underwent surgical treatment with traditional methods, which included revision of the sapheno-femoral anastomosis, crossectomy, removal of the large saphenous vein, dressing and intersection of the perforating veins. Results.

The total number of patients who experienced complications in the early postoperative period was 1.7% in the first group and 10.1% in the second group. In the first group, complications such as paresthesia were observed, and complications such as hematoma and lymphorrhea were observed in the second group. The analysis of pain sensitivity allows us to conclude that the use of minimally invasive techniques in patients of Group 1 reliably reduces pain in the early postoperative period. Moreover, a decrease in the trauma of the intervention as a whole has a favorable effect on the patient's perception of the pain, leading to a decrease in the severity of the pain. Two weeks after surgery, the pain was not disturbed by 98.3% of patients in group 1 and only 30.4% of patients in group 2. In the long term after the operation neurological complications in the form of paresthesias were preserved, which were observed in 17 cases in the 2nd group (24.6%). Within three months of isolated crossectomy, 3 patients of the 2 groups developed varicose veins of previously unchanged veins, which was successfully eliminated by sclerotherapy. When comparing the cosmetic result after surgery, the best results were observed in the first group, which was expressed in fewer sections. Comparative evaluation of treatment results shows that surgical treatment with traditional methods is more traumatic and more complications. Conclusions. The use of minimally invasive methods of surgical treatment of patients with varicose veins is favorably characterized by low traumatic, cosmetic, radical and economic benefits.

## **9. Опыт лечения больных с эмболоопасными тромбами системы нижней полой вены.**

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

Луганск, ЛНР

1) ГУ «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки», 2) ГУ «Луганская республиканская клиническая больница».

Введение. Острые тромбозы в системе нижней полой вены (НПВ) являются одними из наиболее распространенных сосудистых заболеваний. На их долю приходится более 95 % всех венозных тромбозов, именно они в подавляющем большинстве случаев представляют реальную опасность как источник массивной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). ТЭЛА является третьей, наиболее часто встречающейся причиной смерти после ишемической болезни сердца и инфаркта мозга. Смертность в общей популяции колеблется от 2,1 до 6,2%. ТЭЛА и тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК) – это два проявления одной болезни, которые имеют одинаковые факторы риска и объединены в одно понятие венозный тромбоемболизм (ВТЭ). Риск развития ТЭЛА особенно высок у пациентов с эмболоопасным тромбом, когда часть тромба находится в интенсивном потоке крови и имеет единственную точку фиксации в своем дистальном отделе, тогда как остальная часть тромба расположена свободно и на всем протяжении не связана со стенкой вены. Несмотря на определенные успехи в усовершенствовании диагностических технологий, вопросы обследования и определения тактики лечения больных с острым тромбозом системы НПВ остаются не до конца решенными. Цель настоящей работы – оценить эффективность хирургического лечения больных с эмболоопасными тромбозами в системе НПВ. Материалы и методы. В период с января 2012 г. по март 2017 г. пролечено 978 пациентов с эмболоопасными тромбами в системе НПВ. Все больные были обследованы согласно клиническим протоколам и разделены на 2 группы. В 398 (40,7%) случаях, эмболоопасный тромб сформировался в результате восходящего варикотромбофлебита малой и большой подкожной вены с переходом верхушки тромба на общую бедренную вену (группа I). У 580 (59,3%) больных, патологический процесс исходно локализовался в глубоком венозном русле, тромботическое поражение бедренной вены стало следствием восходящего

распространения тромбоза из берцовых и подколенной вен (группа II). Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование с цветным доплеровским картированием кровотока является «золотым стандартом» эмболоопасного тромба. Исследование проводилось на аппаратах: Mindray DC-7 фирмы «Радиомед Центр» линейным датчиком с частотой 8-12 МГц и MyLab 40 фирмы «Мед Эксим» линейным датчиком с частотой 7,5-12 МГц. Во всех наблюдениях после постановки диагноза в целях профилактики ТЭЛА применяли активную хирургическую тактику. В группе I: в 75 случаях (18,9%) выполнена нижняя кроссэктомия; в 182 случаях (45,7%) выполнена верхняя кроссэктомия; в 141 случае (35,4%) выполнена тромбэктомия из общей бедренной вены (ОБВ) с перевязкой большой подкожной вены (БПВ). В группе II: в 208 случаях (35,9%) выполнена пликация поверхностной бедренной вены (ПБВ); тромбэктомия из ОБВ с пликацией ПБВ в 272 случаях (46,9%); тромбэктомия с пликацией наружной подвздошной вены (НарПВ) по Спенсеру в 83 случаях (14,3%); в 17 случаях (2,9%) выполнена тромбэктомия из НПВ с пликацией по Спенсеру. Результаты и обсуждение. Все пациенты отмечали положительную динамику лечения после операции. Распространения тромбоза выше уровня перевязки не было. Летальных исходов не отмечено. В группе I у 23 (5,8%) больных и во II группе у 46 (7,9%) больных была послеоперационная лимфорея, которая была купирована медикаментозно. У 68 (11,7%) больных во II группе был послеоперационный отёк оперированной нижней конечности, который был купирован приёмом МОФФ и ношением компрессионного трикотажа. У всех пациентов на момент выписки из стационара симптомы венозного стаза регрессировали. Отдалённые результаты прослежены в течение 2-х лет. Усиления симптомов нарушения венозного оттока и стойкого сохранения симптомов венозного стаза на оперированной нижней конечности не отмечено. У 171 (17,5%) больных эмболоопасный тромб сформировался на контралатеральной нижней конечности, что потребовало оперативного лечения. У 47 (4,8%) больных была ТЭЛА мелких ветвей. Выводы: 1. Больных с клинической картиной тромбоза магистральных вен необходимо тщательно обследовать с использованием ультразвукового дуплексного сканирования. 2. При восходящем варикотромбофлебите большой подкожной вены с эмболоопасным тромбом в ОБВ, тромбэктомия из ОБВ с последующей кроссэктомией является доступным и надёжным методом профилактики ТЭЛА и предотвращения тромботического поражения глубоких вен. 3. При эмболоопасном тромбозе бедренной вены пликация ПБВ тотчас дистальнее впадения глубокой вены бедра, дополненная при необходимости тромбэктомией из ОБВ, служит эффективным методом хирургической профилактики ТЭЛА.

#### **10. Определение проксимальной границы тромба при остром варикотромбофлебите вен нижних конечностей.**

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

Луганск, ЛНР

1) ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», 2) ГУ «Луганская республиканская клиническая больница».

Актуальность. Острый варикотромбофлебит вен нижних конечностей (ОВФВНК) является одним из наиболее опасных осложнений варикозной болезни нижних конечностей. Это заболевание с которым встречается врач любой специальности. Тромботический процесс в подкожных венах может сопровождаться тромбозом глубоких вен (ТГВ), что составляет 10% от всех ОВФВНК. Главная опасность этих заболеваний – тромбоз легочной артерии (ТЭЛА), которая возникает у 25–37% больных. Необходимо также учитывать риск ТЭЛА даже в отсутствие миграции при наличии в основном стволе большой подкожной вены (БПВ) или малой подкожной вены (МПВ).

Известно, что у некоторых больных истинное расположение верхушки тромба не соответствует клиническим проявлениям и располагаться гораздо выше уровня участка гиперемии кожных покровов. Цель исследования. Определение разницы границы верхушки тромба в бассейне БПВ и МПВ между её истинным расположением и видимым клиническим проявлением. Материалы и методы: В исследование включены 156 больных с ОВФВНК, которые находились на лечение в отделение трансплантации и сосудистой хирургии Луганской республиканской клинической больницы в период с 2014 по 2016 гг. Мужчин было 53 (34%), женщин 103 (66%). Возраст больных от 42 до 74 лет, средний возраст составил 54,3. Больные были обследованы согласно стандартам клинических протоколов. Всем пациентам было проведено ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗДА) с цветным доплеровским картированием кровотока вен нижних конечностей на ультразвуковом сканере экспертного класса MyLab 40 линейным датчиком с частотой 7,5-12 МГц. При котором оценивали состояние подкожных, глубоких и перфорантных вен обеих нижних конечностей, протяженность тромботического процесса, степень фиксации тромбов к венозной стенке. Результаты и обсуждение. У 112 (71,8%) больных с клиническими проявлениями ОВФВНК тромботический процесс выявлен в бассейне БПВ, а у 44 (28,2%) в бассейне МПВ. Причём у 23 (14,7%) больных отсутствовали клинические проявления ОВФВНК, но при УЗДА был выявлен тромботический процесс в бассейне БПВ. Проксимальная граница верхушки тромба по данным УЗДА располагалась проксимальнее гиперемизированного участка кожи у 93 (59,6%) больных. В среднем на 5 – 10 см верхушка тромба находилась проксимальнее участка гиперемии на коже. В 63 (40,4%) случаях истинное расположение верхушка тромба при УЗДА соответствовало клиническим проявлениям ОВФВНК. В большинстве случаев верхняя граница верхушки тромба при ОВФВНК располагалась на границе нижней и средней трети бедра, что по нашим подсчётам соответствовало в 133 (85,3%) случаях. По нашим данным флотирующие тромбы были отмечены в 59 (37,8%) случаях, средняя протяженность до 3 см. Выводы. УЗДА – наиболее точный и высокоинформативный метод в диагностике острого венозного тромбоза, что позволяет верно оценить состояние венозной стенки и просвета, установить характер тромбоза (пристеночный или полный), определить дистальную и проксимальную границу тромба, оценить проходимость перфорантных вен и судить о выраженности воспалительной инфильтрации окружающих тканей. По нашим данным проксимальное расположение верхушки тромба у 93 (59,6%) больных, в 63 (40,4%) случаях имели истинное расположение верхушки тромба, а флотирующие тромбы были отмечены в 59 (37,8%) случаях.

#### **11. Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование у больных с рецидивом варикозной болезни нижних конечностей.**

Авченко Е.М.(1), Ширяев И.В.(1), Авченко М.Т.(2), Сопижук Т.Н.(2)

Оренбург

1) ГКБ им. Н.И.Пирогова, 2) ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Для практического решения клинических задач флебологии ультразвуковая диагностика является определяющим звеном. В настоящее время нет сомнений в том, что каждый врач должен рекомендовать ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) вен нижних конечностей всем пациентам с варикозной болезнью (ВБ). Данный метод необходим и для объективной оценки результатов различных методов лечения больных с патологией вен. Цель: Проанализировать отдаленные результаты УЗДС вен нижних конечностей у пациентов с рецидивом ВБ с последующим лечением методом компрессионной склерооблитерацией вен конечностей. . Материалы и методы: Осуществлен анализ

результатов УЗДС 103 пациентов (159 конечностей) с ВБ, которым в период с 2005 по 2009 г. выполнялось оперативное лечение в разных ЛПУ. В 2011 -2015 применяли компрессионную склерооблитерацию для лечения варикозной болезни (рецидив). Лиц мужского пола – 24 (23,3 %), женского – 79 (76,7 %). . Возраст большинства пациентов (65 человек, 63,1 %) не превышал 50 лет. Продолжительность ВБ к моменту операции составляла от 2 до 20 лет, более 10 лет у 38 (36,9%) пациентов. Используемая ультразвуковая аппаратура: MINDREY M-7(США), MEDISON ECO-7 (Корея). Для эхолокации периферических вен нижних конечностей применяли линейные датчики с частотой сканирования 7-10 МГц, для осмотра сосудов забрюшинного пространства и малого таза конвексные датчики 3,5-5 МГц. Использовали модифицированный стандартный протокол УЗДС глубоких, поверхностных и перфорантных вен. Результаты: В отдаленном периоде при ультразвуковой оценке глубоких вен нижних конечностей выявлены несостоятельность клапанов бедренной вены в 2(1,9%) наблюдениях, подколенной вены в 3 (2,9%), глубоких вен голени в 9(8,7%) случаях. У большинства обследованных пациентов (152 конечности – 95,6%) длина культы БПВ не превышала 3-4 см. При этом варикозная деформация приустьевых притоков зарегистрировали на 39 конечностях (24,50%). У 4 пациентов (3,9%) в паховой области визуализировали «каверномы» – конгломерат мелких (до 3 мм в диаметре) извитых венозных сосудов. Варикозную трансформацию переднемедиальной добавочной подкожной вены бедра обнаружили в 21 (20,3%) случаях. Варикозное расширение в системе МПВ в 9 (8,7%) наблюдениях. «Латеральный варикоз» констатирован на 5 (3,14%) конечностях. При УЗДС несостоятельные перфорантные вены бедра выявили в 27 (17 %) случаях, а несостоятельные перфоранты голени в 138 (86,8%). Чаще всего обнаруженные некомпетентные дренирующие вены были локализованы на медиальной поверхности голени (группы Кокетта и Шермана). Обсуждение и выводы: Целенаправленное УЗДС вен нижних конечностей в отдаленном периоде наблюдения, выполненное всем больным ВБ независимо от клинической картины заболевания на момент осмотра, с наличием или отсутствием варикозного синдрома на прооперированной конечности, в большинстве случаев позволило выявить неспецифические патологические ультразвуковые признаки. На наш взгляд, данный факт подтверждает прогрессирующий характер течения ВБ. При систематизации эхографических симптомов в ряде наблюдений выявили признаки технических и/или тактических погрешностей, допущенных во время предшествующей операции. УЗДС вен нижних конечностей раскрывает основные патоморфологические и гемодинамические причины рецидива ВБ, позволяет выбрать стратегию лечебных действий – решить вопрос о необходимости повторной операции, определить ее характер и объем, оценить возможность применения других технологий лечения больных.

## **12. Применение энзимотерапии при комплексном лечении диабетической стопы.**

Бабажанов А.С.(1), Камилова Д.Н(2), Ахмедов А.И(3), Худойназаров У.Р.(4)

Республика Узбекистан: 1) Самарканд, 2)Ташкент, 3) Самарканд 4) Самарканд

1) СамГМИ, 2) ТошГПМИ, 3) СамГМИ,4) СамГМИ

Актуальность проблемы: Среди осложнений сахарного диабета синдром диабетической стопы занимает особое место. При всей универсальности патологии, связанной с нарушениями, вызванными диабетом, расстройства иннервации и кровоснабжения тканей стопы относятся к наиболее сложной проблеме. Цель исследования: Выработать оптимальные способы комплексного лечения синдрома диабетической стопы. Материал и методы: Под нашим наблюдением находились 52 больных сахарным диабетом, осложненным диабетической стопой. С целью подготовки хирургической операции мы проводили комплексное предоперационное лечение, в которое входили: нормализация количества сахара в крови, бактериологический посев из раны, выведение стопы из



критического ишемического состояния, выявление сопутствующих заболеваний и местное лечение диабетической стопы. Нами в этом периоде была применена системная энзимотерапия – вобензим (или флогензим). В качестве препарата для системной энзимотерапии был использован флогэнзим в состав, которого входит трипсин 48мг и бромелаин 90 мг а также рутин 100мг стабилизирующий эндотелий сосудов. Средняя терапевтическая доза препарата составила 6 драже в сутки. Курс лечения определялся характером течения воспалительного процесса. Больные лечение препаратом продолжали и после выписки. Результаты: После проведенного лечения в условиях хирургического отделения наблюдалась укорочение средней продолжительности лихорадочного периода, купирование болевого синдрома по сравнению с контрольной группой уменьшение отека. Хирургических страна выполнено следующие операция. Из 52 больных некрэктомии произведена у 8, экзартикуляция и ампутация пальцев стопы – у 16, ампутация пальцев стопы в отдельности – у 12, ампутация на уровне голени – у 4, ампутация на уровне бедра у 6 больных. Всего лишь 6 больным применено местное лечение. Своевременным применением энзимотерапии с антибиотиками и активной хирургической некрэктомией из 42 больных у 38 получен хороший эффект. В результате предложенной активной хирургической тактики из 52 больных только у 10 была произведена проксимальная ампутация на уровне голени и бедра. Это значительно снизило послеоперационную инвалидность. Вывод: Своевременное комплексное дооперационное консервативное лечение с применением системной энзимотерапии и активное хирургическое вмешательство значительно снизило количество ампутаций нижних конечностей при диабетической стопе.

### **13. Нестабильные атеросклеротические бляшки после каротидной эндартерэктомии как предиктор острых нарушений мозгового кровообращения.**

Авторы: Бахметьев А.С.

Саратов

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. Наличие гемодинамически-значимой стабильной или любой нестабильной эмболоопасной атеросклеротической бляшки (АСБ) в общей сонной (ОСА) и внутренней сонной артерии (ВСА) является причиной ишемического инсульта и транзиторных ишемических атак (ТИА) в более чем половине случаев. Стенозирующие просвет сосуда более чем на 70% симптомные АСБ и более чем на 60% асимптомные АСБ рекомендовано удалять (каротидная эндартерэктомия – КЭ) в превентивных целях. После проведения КЭ в сонных артериях могут возникать отдаленные осложнения – рестенозы (повторное образование атеросклеротического субстрата в зоне вмешательства), в некоторых случаях эмболоопасные при любой степени сужения просвета артерии. Цель работы: оценить состояние ОСА и ВСА после КЭ с прицелом на вновь образующийся в зоне реконструкции атеросклеротический субстрат, оценить структуру АСБ при наличии рестеноза. Материалы и методы. Ультразвуковое триплексное сканирование брахиоцефальных артерий (ТС БЦА) по стандартной методике проведено 150 пациентам после КЭ (150 сонных артерий). Проанализированы такие параметры, как проходимость артерий, диаметр, степень повторного сужения оперированного сегмента с оценкой эхоструктуры АСБ. За рестеноз принимали наличие атеросклеротического субстрата, сужающего артерию в месте операции на 20% и более при измерении в поперечном сечении (методика ECST). КЭ проводилась двумя методиками: классическая КЭ (ККЭ) и эверсионная КЭ (ЭКЭ). Ультразвуковой анализ в текущей работе – по результатам ТС БЦА, проведенным через как минимум 2 года после оперативного вмешательства. Результаты и обсуждение. Проведено 68 ККЭ (45,3%) и 82 ЭКЭ (54,7%). Общее

количество рестенозов по результатам 3-летнего наблюдения – 54 (36%). 34 вновь образованные АСБ возникли у пациентов после проведения ККЭ и 20 АСБ после ЭКЭ. После проведения ККЭ чаще встречались нестабильные АСБ – 26 (17,3%) случаев. В группе пациентов после ЭКЭ нестабильный атеросклеротический субстрат лоцировали в 9 (6%) случаях. По результатам 5-летнего динамического ультразвукового и клинического наблюдения за пациентами после проведенной КЭ тромботические наслоения в комбинации с нестабильным изъязвленным атеросклеротическим субстратом возникли в 9 (13,2%) случаях после ККЭ и в 2 случаях (2,4%) после ЭКЭ. В группе пациентов ККЭ тромботическая окклюзия ОСА возникла у 2 пациентов и у 4 больных в проксимальной части ВСА (все случаи завершились обширным ишемическим инсультом в бассейне ипсилатеральной сонной артерии). Особого внимания заслуживают 3 пациента (2 после ККЭ и 1 после ЭКЭ) с гемодинамически-незначимыми АСБ, но при этом с наличием подвижного флотирующего элемента, синхронно двигающегося с током крови в фазу систолы. Изначально асимптомные, спустя 11-19 месяцев (средняя продолжительность – 14,5 месяцев) пациенты обратились к неврологу с симптоматикой ТИА в одноименном с визуализируемыми нестабильными АСБ бассейне. Также отметим еще одного пациента 57 лет с флотирующим элементом в бифуркации левой ОСА, выявленным на фоне гиперплазии интимы в оперированном сегменте, который, вероятно, и стал причиной ишемического инсульта в бассейне левой средней мозговой артерии. Выводы. Триплексное сканирование ОСА и ВСА после КЭ должно проводиться всем пациентам в аспекте предупреждения возможных неврологических нарушений. Пациенты с выявленными нестабильными АСБ, в особенности, с тромботическими наслоениями или флотирующими элементами, должны быть направлены к ангиохирургу для решения вопроса о повторной операции.

#### **14. Асимптомный тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Роль ультразвукового ангиосканирования.**

Бахметьев А.С., Чехонацкая М.Л., Двоенко О.Г., Сухоручкин В.А.,

Саратов

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель исследования: выявить частоту встречаемости двустороннего тромбоза глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей. Материал и методы. В исследование включены 87 пациентов (мужчин – 50, женщин – 37; средний возраст  $55 \pm 4,6$  лет) с впервые выявленным односторонним ТГВ в системе нижней полой вены. Всем обратившимся проведено двустороннее ультразвуковое триплексное сканирование (ТС) вен нижних конечностей по стандартной методике. Исследование проходило в период с января 2016 по январь 2017 гг. на базе кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии им. Н.Е. Штерна Саратовского ГМУ на ультразвуковом сканере экспертного класса Philips HD 11 XE (Голландия). Из исследования исключены пациенты с посттромбофлебитическим синдромом, варикотромбофлебитом, тромбозом ветвей легочной артерии, а также оперированные или получавшие медикаментозную терапию по поводу тромбоза глубоких вен нижних конечностей в анамнезе. Результаты. Пациенты с впервые выявленным ТГВ предъявляли жалобы на отек конечности (98,85%), боли в мышцах голени (73,5%) и тяжесть в вечернее время суток (100%). При проведении ТС вен на стороне поражения ТГВ на голени с верхушкой тромба ниже уровня коленной щели выявлен у 59 пациентов (67,8%). Флотирующая верхушка обнаружена у 9 больных (min длина – 11 мм; max длина – 56 мм; средняя протяженность – 27,5 мм). Тромботическое поражение глубоких вен голени с верхушкой на уровне илеофemorального сегмента лоцировали у 20 пациентов (30%). Флотирующий тромб в этом случае выявлен у 8 пациентов (min длина – 25 мм; max

длина – 110 мм; средняя протяженность – 42,8 мм). Всего в 8 случаях (2,2%) основание тромба располагалось выше уровня коленной щели. У 5 больных выявлены флотирующие верхушки в илеокавальном сегменте и в 3 случаях по результатам ультразвукового ТС проксимальная граница тромба обнаружена не выше общей бедренной вены. Вторым этапом была осмотрена контрлатеральная нижняя конечность. Лишь 19 пациентов (21,8%) предъявляли непостоянные жалобы на возникновение отека конечности и судорог в ночные часы. При проведении ТС на контрлатеральной конечности ТГВ выявлен у 22 больных (25%). ТГВ с верхушкой на уровне голени выявлен в 14 случаях (у 3 больных – флотирующий тромбоз со средней протяженностью нестабильной части 29,2 мм). В остальных 8 случаях верхушка тромба располагалась на илеофemorальном уровне с основанием на уровне голени (2 пациента с флотирующим тромбозом с верхушкой в общей бедренной вене и протяженностью нестабильной части в 45 и 70 мм). Корреляции выявленного тромбоза на контрлатеральной конечности с жалобами, возрастом и полом не выявлено. Жалобы предъявляли лишь 6 пациентов с выявленным ТГВ на противоположной конечности. Необходимо отметить, что 4 больных (4,6%) с двусторонним ТГВ страдали онкологическим заболеванием. Больные с пролонгированной на более чем 40 мм нестабильной флотирующей верхушкой в экстренном порядке госпитализированы в профильное отделение сосудистой хирургии для оказания оперативного вмешательства по поводу профилактики эмболических осложнений. Выводы. Несмотря на достаточно частые направления на ультразвуковое сканирование вен какой-либо одной нижней конечности, необходимо не пренебрегать национальными рекомендациями и в обязательном порядке исследовать вены на контрлатеральной стороне. В приведенной работе тромбоз на противоположной конечности выявлен в четверти случаев, причем лишь у единичных пациентов имелись специфические жалобы.

## **15. Частота встречаемости гиперплазии интимы сонных артерий после каротидной эндартерэктомии.**

Бахметьев А.С.

Саратов

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Одним из отдаленных осложнений каротидной эндартерэктомии (КЭ) помимо рестеноза оперированного сегмента (повторное образование атеросклеротической бляшки в зоне интервенции), является гиперплазия интимы (ГИ), природа которой остается до конца не изученной. Процесс утолщения стенки (комплекс “интима-медиа”) в зоне операции достигает своего максимума в период 6-12 месяцев после КЭ. В то же время по данным крупных исследований, ГИ характерна не для всех пациентов и до сих пор остаются неизученными ее факторы риска. Цель работы. Изучение частоты встречаемости ГИ оперированного сегмента после проведения КЭ в зависимости от вида вмешательства. Материал и методы. Проведена изолированная выборка (75 больных из общего количества в 139 КЭ) среди пациентов после проведенной КЭ в период с 2012 по 2015 гг. Мужчин было 48, женщин – 27. Средний возраст – 64,7 лет. КЭ рекомендовали, исходя из стандартных показаний (стеноз, равный или более 70% при асимптомном стенозе и более 60% при симптомном сужении просвета). КЭ проводилась двумя методиками: “классическая” КЭ (ККЭ) и эверсионная КЭ (ЭКЭ). ККЭ с заплатой проведено 20 (26,7%; 20 артерий) пациентам (1 группа (гр.)); ККЭ с прямым ушиванием артериотомического отверстия – 16 (21,3%; 16 артерий) больным (2 гр.) и ЭКЭ – 39 (52%; 39 артерий) пациентам (3 гр.). Основным послеоперационным инструментальным методом исследования зоны интереса являлось ультразвуковое триплексное сканирование

(ТС) брахиоцефальных артерий. Особое внимание уделялось зоне вмешательства с прицелом на наличие ГИ. Исследование проводили через 6 и 12 месяцев после КЭ. Максимальная степень стенозирования измерялась в поперечном сечении (методика ECST), при невозможности визуализации (кальциноз, анатомические особенности) – по диаметру (методика NASCET). Стенозирующим поражением оперированного сегмента считали сужение просвета сосуда на более чем 20%. Результаты и обсуждение. Общее количество выявленных случаев ГИ с одновременным стенозом оперированного сегмента во всех гр. через 6 месяцев – 30 (40%). Наибольшая доля ГИ пришлась на пациентов 1 гр. (13 артерий – 65%). У лиц 2 гр. выявлено 7 случаев ГИ (43,75%) и у пациентов 3 гр. – 10 ГИ (25,6% от общего количества лиц после проведенной ЭКЭ). Средняя степень сужения сегмента, подвергнутого интервенции, по результатам ТС через 6 месяцев после КЭ, был сопоставим между гр. (1 гр. – 37,65%; 2 гр. – 35,11% и 3 гр. – 35,13% по площади). Вторым этапом ультразвуковое ТС брахиоцефальных артерий проводилось через 11-12 месяцев после КЭ. Общее количество сужающих просвет сонной артерии ГИ уменьшилось с 30 до 24 (32%). Тем не менее, структурное распределение утолщения стенки артерии осталось неизменным – наибольшее количество пациентов с ГИ выявлено в 1 гр. (11 артерий – 55%). У лиц 2 гр. лоцировано 6 случаев ГИ (37,5%) и в 3 группе – 7 ГИ (18% в группе лиц после ЭКЭ). Средняя степень стенозирования оперированного сегмента ввиду наличия ГИ заметно регрессировала во всех трех гр. (1 гр. – 33,44%; 2 гр. – 28,4%; 3 гр. – 24,12% по площади). Таким образом, наиболее значимое уменьшение степени стеноза оперированного сегмента произошло в группе пациентов после проведения ЭКЭ. Ультразвуковая картина оперированного сегмента с ГИ существенно различалась в зависимости от выбранной изначально методики КЭ. Так, в большинстве случаев у пациентов после ЭКЭ лоцировали утолщение стенки циркулярного характера. В то время как после применения ККЭ изменения располагались преимущественно у одной из стенок сосуда или в ряде случаев имели полуциркулярную форму. Во всех наблюдениях ГИ представляла из себя стабильные гомогенные преимущественно повышенной эхогенности массы. Корреляции между выявленной ГИ с полом и возрастом не выявлено. Выводы. Одним из наиболее частых отдаленных осложнений КЭ в течение первого года после операции является ГИ. В проведенном исследовании рассматриваемая особенность репаративной активности стенки артерии диагностирована в 40% случаев через полгода после КЭ и наиболее часто встречается при применении “классической” методики оперативного вмешательства с применением заплаты из политетрафторэтилена. Напротив, лучшие показатели по результатам ультразвукового ТС брахиоцефальных артерий достигнуты в группе ЭКЭ. Отметим, что к 12-месячному сроку после КЭ, количество ГИ, как и степень стенозирования артерии, регрессирует во всех группах пациентов по сравнению с 6-месячным инструментальным контролем.

## **16. Влияние внутривенного лазерного облучения крови на микроциркуляцию в лечении гнойно-воспалительных процессов у больных сахарным диабетом.**

Хуршудян А.Г., Мириджанян М.М., Багдасарян М.Х.

Ереван, Республика Армения

Ереванский государственный медицинский университет им. М. Гераци, МЦ «Сурб Григор Лусаворич»

Проблема лечения гнойно-воспалительных процессов, протекающих на фоне сахарного диабета до сих пор не нашла своего полного решения и все еще представляет одну из актуальных задач практического здравоохранения (В.К. Гостищев с соавт., 2007, 2009). Возникшие нарушения микроциркуляции в очаге поражения являются одним из ключевых звеньев патогенеза трофических расстройств, относятся к числу наиболее распространенных клинических проявлений поражений сердечно-сосудистой системы,

сопутствующих сахарному диабету (А.Г. Хуршудян с соавт., 2007, 2012; D.G. Armstrong, V.A. Lipsky 2005 и др.). На этапах комплексного лечения больных с различными гнойно-воспалительными процессами, протекающими на фоне сахарного диабета, включением в комплекс лечебных мероприятий применение низкоинтенсивного внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК), изменения микроциркуляции применением метода бульбоангиоскопии достаточно объективно оценивались по микрососудам и состоянию в них кровотока в конъюнктиве глазного яблока (КТЯ). Капилляроскопия проводилась с применением капилляроскопа М-70А, что одновременно служил важным диагностическим и прогностическим тестом в оценке трофики тканей и отражал общий уровень капиллярного кровотока организма в целом. Исследованиями выявлено, что расстройства микроциркуляции при сахарном диабете разнообразны. При этом выделяются структурные и дисфункциональные изменения самих микрососудов, нарушение их проницаемости, изменения числа функционирующих капилляров, а также агрегатного состояния крови, ведущие к изменению перфузии микроциркуляторного русла кровью. Одним из ранних признаков нарушения микроциркуляции является локальный спазм артериоларных и расширения веноулярных сосудов, замедление скорости капиллярного кровотока и появление пристеночной адгезии лейкоцитов. Совокупность расстройств всех компонентов системы микроциркуляции, включая ишемическое поражение тканей и нарушение метаболизма клеток, приводит к полной декомпенсации микроциркуляции, развитию стаза и включению локусов микроциркуляторного русла, развитию глубоких трофических нарушений в тканях, что способствует плохому отграничению гнойно-воспалительного очага и распространению патологического процесса. Снижение интенсивности капиллярного кровотока ведет также к нарастающей гипоксии тканей, при этом, в первую очередь страдает нутритивная часть системы микроциркуляции, которая непосредственно обслуживает специфический обмен веществ в клеточном (паренхиматозном) уровне. При возникновении у больных сахарным диабетом локального очага нарушения микроциркуляции, обычно включаются в «порочный круг» и механизмы самоподдержания условий, развивающих и усугубляющих патологический процесс. По этому, без применения комплексной терапии, направленной на разрыв патофизиологических механизмов, ответственных за воспроизведение микроциркуляторных расстройств, трудно ожидать положительных результатов и благоприятных исходов при лечении этой категории больных. У 80 больных с различными гнойно-воспалительными процессами сопутствующим сахарным диабетом, в комплексе лечебных мероприятий, нами применялся и ВЛОК. Для проведения ВЛОК использовался портативный полупроводниковый лазерный аппарат (конструкции предложенной сотрудниками кафедры общей и грудной хирургии ЕрГМУ им. М. Гераци), с длиной волны 634,0-638,0 нм, выходной мощностью 1,5-2,0 мВт. Методика проведения ВЛОК заключалась в следующем: Через специальный катетер вводился в вену кварцевый световод, через который проводилось облучение крови в течение 30 минут лазерным излучением средней мощности 1,8-2,0 мВт ежедневно, сумарной дозой 3,6-4,0 Дж, (8-10 ежедневных процедур) на курс лечения. Результаты исследования показали, что после проведенного курса комплексной терапии с применением ВЛОК у больных с различными гнойно-воспалительными процессами, протекающих на фоне сахарного диабета, по данным бульбоангиоскопии отмечено усиление скорости капиллярного кровотока и расширение диаметра капилляров. К концу курса лазеротерапии эти изменения приобретали более выраженный характер, по сравнению с больными, которые были обследованы после одного двух сеансов лазеротерапии. К концу курса лазерной терапии (10-12 сеансов) капиллярный кровоток у больных возрос на 45,0%, а при исследовании отдаленных результатов (через 3 и 6 месяцев после курса проведения ВЛОК), уровень микроциркуляции оставался повышенным более чем на 20,0%, по сравнению с исходным. Эти изменения микроциркуляции были обусловлены как снятием спастико-атопических явлений в микрососудах и увеличением их диаметра (на 10,0%), так и увеличением числа функционирующих капилляров (на 42,0%). Это способствовало также улучшению трофики тканей, снятию явлений ишемии, успешному течению репаративных процессов в

тканях и снижению риска тяжелых гнойно-септических осложнений. Таким образом, как показывали проведенные исследования применение низкоинтенсивного внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) в комплексном лечении различных гнойно-воспалительных процессов у больных сопутствующим сахарным диабетом, является эффективным и доступным методом, позволяющим значительно улучшить результаты лечения этого тяжелого контингента больных.

## **17. Современные аспекты лечения пациентов после малых ампутаций по поводу диабетической стопы.**

Авторы: Кривошеков Е.П.(1), Ельшин Е.Б.(2)

Самара

1) ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница №8»

Актуальность проблемы. В современной медицине должны быть органосохраняющие принципы лечения осложнений сахарного диабета. Гнойно-некротические процессы, развивающиеся на фоне синдрома диабетической стопы (СДС), создают серьезные препятствия для реализации данной задачи. Лечение таких больных требует высоких материальных и трудовых затрат. Но результаты зачастую не удовлетворяют ни лечащего врача, ни самого пациента. Цель работы. Улучшение результатов лечения больных после малых ампутаций по поводу диабетической стопы. Материалы и методы. Исследование включало 98 человек с гнойно-некротическими осложнениями СДС. Средний возраст составил 58,0±2,5 года. Всем больным было проведено УЗДГ сосудов нижних конечностей, а при выявлении критической ишемии выполнялась рентгеноконтрастная ангиография. Пациентов разделили на три схожие группы. В 1 группе (36 человек – без критической ишемии нижних конечностей) после выполнения малой ампутации на стопе по поводу гнойно-некротических процессов, назначалась базисная терапия: рациональная антибактериальная терапия (цефалоспорины 3 поколения, метронидазол и моксифлоксацин), коррекция гипергликемии инсулинами, прием пентоксифиллина,  $\alpha$ -липоевой кислоты, витаминов группы В, барокамера. Местное лечение раны стопы проводили ежедневными перевязками. 2 группа насчитывала 38 человек (с мультисегментарным и (или) протяженным характером поражения дистального кровеносного русла). Каждому в этой группе после операции на стопе кроме базисного лечения назначали курс алпростадилла и сулодексида. А рану стопы лечили с помощью аппарата отрицательного давления в 2 этапа, каждый до 7 дней. На 1 этапе лечение алпростадиллом проводили по 40 мкг. в/в капельно медленно на 200 мл. физ.раствора 2 раза в день курсом до 14 дней. Сулодексид вводили по 600 ЛЕ в/в капельно на 100 мл. физ.раствора курсом 5-7 инфузий. С помощью аппарата Suprasorb SNP P1 создавали отрицательное давление в ране 80 мм.рт.ст, которое поддерживали круглосуточно до 7 суток. На 2 этапе лечения меняли вакуум-аспирацию с колебаниями от 20 до 80 мм.рт.ст. с периодом - 30 минут круглосуточно до 7 суток. Продолжали назначать алпростадилл по указанной схеме до 14 суток. Сулодексид назначали по 1 капсуле (250 ЛЕ) 2 раза в сутки. 3 группа - 24 человека (с локальным стенозом или окклюзией дистального кровеносного русла, что позволяло выполнить баллонную рентгенэндоваскулярную ангиопластику). Каждому затем проводилась малая ампутация на стопе по поводу осложнений СДС. Кроме базисной терапии, назначали курс урокиназы и сулодексида. Лечение урокиназой проводили по 500000 ЕД в/в капельно на 100 мл. физ.раствора курсом 5-7 инфузий. Сулодексид назначался по указанной выше схеме. Рану на стопе лечили с помощью аппарата отрицательного давления по описанной выше схеме. Результаты. На 1-е сутки во всех группах пациентов отмечено преобладание воспалительного (42%) и воспалительно-

дегенеративного типа (58%) цитогрaмм раны стопы. На 7 день после операции в 1 группе воспалительно-дегенеративный тип уменьшился на 8+1,5%, во 2 группе на 12,6+1,6 %. А в 3 группе снизился на 30,6+1,2%. У 5 пациентов 3 группы (20,8%) был зафиксирован регенераторный тип цитогрaмм. На 14 сутки в 1 группе отмечено преобладание воспалительного (70,7%) и воспалительно-дегенеративного типа (18,2%) цитогрaмм, регенераторный тип появился только у 4 больных (11,1%). Во 2 группе преобладание воспалительного (52%) и воспалительно-дегенеративного типа (27%) цитогрaмм уменьшилось, регенераторный тип у 8 больных (21%). В 3 группе значительное снижение воспалительного (13,1%) и воспалительно-дегенеративного типа (7,8%) цитогрaмм, а регенеративный тип у 19 пациентов (79,1%). Переход раневого процесса во 2 фазу был отмечен в 1 группе в среднем на 20 сутки, во 2 группе на 12+2 сутки, а в 3 группе на 10+2. У всех пациентов 1 группы сохранялись боль, чувство тяжести в ногах, отек на стопе до 14-18 суток. Во 2 группе снижение боли, отека и чувства тяжести в стопе у 27 человек (71%) произошло на 7 сутки. В 3 группе данные симптомы купировались на 7 сутки у 20 больных (83,3%), у остальных на 10-11 сутки. Количество необходимых повторных некрэктомий в 1 группе составило в среднем 3,8. Двум пациентам пришлось выполнить ампутацию на уровне в/3 голени. А у пациентов 2 и 3 групп повторных некрэктомий и «высоких» ампутаций не было. Во 2 и 3 группах кровотечений из раны стопы и других осложнений не было. Снятие аппарата вакуум-терапии раньше срока ни в одном случае не понадобилось. Выводы. Комплексный дифференцированный подход с воздействием на все основные звенья патогенетической цепи—это обязательное условие для успешного лечения осложнений СДС. Восстановление нарушенного кровотока должно являться обязательным предварительным этапом в данном лечении. Применение алпростадила и тромболитика в сочетании с ангиопротекторами- это многообещающая альтернатива для пациентов с показаниями к высокой ампутации при гнойно-некротических процессах на фоне СДС.

## **18. Современный подход к лечению тромбоза глубоких вен.**

Кривошеков Е.П.(1), Мигунов И.А.(2)

Самара

1) ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина», г.

Венозные тромбозэмболические осложнения (тромбоз глубоких вен ТГВ и тромбозэмболия легочной артерии ТЭЛА) на протяжении многих десятилетий остаются важнейшей клинической проблемой, затрагивающей профессиональную сферу врачей практически всех специальностей. Антикоагулянтная терапия является основным методом лечения ТГВ и ТЭЛА. Рекомендуемыми режимами антикоагуляции в нашей стране является начальная терапия нефракционированными или низкомолекулярными гепаринами с последующим переходом на антагонисты витамина К. В последние годы появились альтернативные препараты, новые оральные антикоагулянты, предназначенные для длительного и пролонгированного лечения ТГВ, которые по своей эффективности и безопасности ни в чем не уступают стандартной терапии. Цель исследования: оценить эффективность и безопасность основной и продленной терапии венозного тромбоза пероральным антикоагулянтом дабигатрана этексилат. Материалы и методы: проведено проспективное клиническое исследование. В исследование были включены 62 больных (28 мужчин и 34 женщины) в возрасте от 32 до 84 лет (средний возраст 61,0+5,5 года), поступивших в отделение сосудистой хирургии СОКБ в 2016 г. с инструментально верифицированным острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей. Всем больным в течение первых 5 суток назначали НМГ, далее рекомендовали прием дабигатрана

этексилата по 150 мг 2 раза в день. Срок лечения составлял 3 месяца при дистальном тромбозе, 6 месяцев при спровоцированном проксимальном венозном тромбозе с известными обратимыми факторами риска; длительно (более 12 месяцев) при идиопатическом, рецидивирующем ТГВ, а также венозном тромбозе, развившемся на фоне наличия необратимых факторов риска (онкологическое заболевание). Во всех наблюдениях антикоагулянтная терапия на стационарном и амбулаторном этапах лечения сочеталась с компрессией нижних конечностей эластическим противоварикозным трикотажем фирмы Venotex, 2 класса, с давлением 23-32 мм рт.ст., и применением флебопротекторов: монотерапия диосмином (Венарус по 1 табл. 2 раза в день, в течение 90 дней). При первичном ультразвуковом ангиосканировании (УЗАС) у 48 (74%) больных был выявлен проксимальный тромбоз, у 17 (26%) - дистальный. Срок от начала заболевания до госпитализации в стационар составил от 1 до 14 суток, в среднем  $4,5 \pm 2,5$  суток. Пациенты наблюдались в течение 3-6 месяцев от начала заболевания. Результаты: Конечными точками эффективности были рецидив ТГВ и ТЭЛА, конечными точками безопасности — геморрагические осложнения. Геморрагические осложнения были разделены на три группы: большие, значимые, малые. Через 3 месяца под наблюдением оставались все 62 пациентов, из которых 15 больных с дистальной локализацией венозного тромбоза и обратимыми факторами риска завершили курс антикоагулянтной терапии. В течение 6 месяцев под наблюдением находились 45 (69%) человека. За период наблюдения не было зафиксировано рецидива или прогрессирования венозного тромбоза, а также развития легочной эмболии. Развитие геморрагических осложнений было выявлено у 6 (9,7%) больных, из которых у 5 человек были малые осложнения и у 1 пациента значимые, при этом больших кровотечений не было отмечено. Значимые геморрагические осложнения были представлены гематурией (вследствие цистита), что потребовало обращения к врачу и временной приостановки антикоагулянтной терапии. Полученные данные согласуются с результатами рандомизированного исследования RE-COVER и RE-COVER-II, посвященного сравнению эффективности и безопасности терапии венозного тромбоза препаратом дабигатрана этексилат и антагонисты витамина К. Таким образом, полученные результаты подтверждают эффективность, безопасность, удобство применения нового орального антикоагулянта а дабигатрана этексилат, высокую приверженность к терапии препаратом, являющимся современной альтернативой стандартной антикоагулянтной терапии.

## **19. Современный подход к лечению облитерирующего атеросклероза на фоне сахарного диабета.**

Кривошеков Е.П., Мигунов И.А.

Самара

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Рост заболеваемости сахарным диабетом в нашей стране и во всем мире приобретает эпидемические масштабы, и на данный момент остановить его не представляется возможным, несмотря на огромные усилия, направленные на решение этой глобальной проблемы. Наиболее частыми вариантами патологии периферических сосудов у больных сахарным диабетом является облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. У пациентов, страдающих сахарным диабетом, критическая ишемия конечностей встречается, как минимум, в пять раз чаще, чем у лиц без него. Целью нашего исследования явилось сравнение эффективности и удобства применения препаратов пентоксифиллина, сулодексида и нафтидрофурила в комплексной консервативной терапии больных с хронической ишемией нижних конечностей на фоне сахарного диабета. Исследование проводилось в ГБУЗ Самарской области «Самарская



городская больница № 6» на базе ангиологического дневного стационаре в 2015г. В исследование были включены 36 пациентов с хронической ишемией нижних конечностей ИБ стадии на фоне сахарного диабета 2 типа, в возрасте от 48 до 72 лет. Среди них было 30 (83%) мужчин и 6 (17%) женщин. Проведено сравнение 3 групп больных, которые проходили лечение в условиях ангиологического дневного стационара поликлиники. Продолжительность исследования составила 60 дней, из которых 10 дней пациенты находились в стационаре и 50 дней под амбулаторным наблюдением. Базовая терапия у всех групп пациентов включала: в/в капельное введение тиоктовой кислоты 600 мг №10, ацетилсалициловой кислоты 100 мг, клопидогрель 75 мг, в/м витамины В1, В6, В12 (комбилипен), магнитотерапия. После выписки из стационара пациенты продолжали получать: тиоктовую кислоты 300 мг по 2 таблетки утром (50 дней), ацетилсалициловую кислоту 100 мг вечером, клопидогрель 75 мг в сутки (50 дней). В зависимости от исследуемого препарата больные были разделены на группы: в 1 группу (контрольную) вошли 12 (33,3%) пациентов, которым проводился курс с ведением в/в капельно раствора пентоксифиллина 5,0 мл № 10, с последующим приемом препаратов: трентал 400 по 1 таблетки 3 раза в сутки (50 дней), во 2 группу вошли 12 (33,3 %) человек, которым проводился курс введения в/в капельно сулодексид 600 ЛЕ № 10 с последующим приемом сулодексида 250 ЛЕ по 1 капсуле 2 раза в день в течение 50 дней, в 3 группу вошло 12 (33,3 %) больных, которые получали нафтидрофурил (Дузофарм) по 2 таблетки 3 раза в день (300 мг в сутки) на протяжении всего курса терапии (60 дней). Эффективность проводимой терапии оценивалась по клиническим проявлениям клиники заболевания, дистанции безболевого ходьбы и показателям свертывающей системы крови. В результате проведенного исследования было показано, что в 1 группе дистанция безболевого ходьбы увеличилась на 30-50 метров, во 2 группе - на 70-100 метров, а в 3 группе - на 60-80 метров. Показатели свертывающей системы крови в 1 группе были без изменений, во 2 группе время свертывания увеличилось с 4 минут до 7-8 минут, АЧТВ до 35 сек, а в 3 группе увеличение время свертывания крови до 6 минут, АЧТВ до 36 сек. Таким образом, результаты исследования сравнительной эффективности в комплексной терапии ишемии нижних конечностей у пациентов с сахарным диабетом традиционным и новыми препаратами подтвердили обоснованность перехода к применению сулодексида и нафтидрофурила (Дузофарм). Это обусловлено достоверно более выраженным улучшением субъективных и объективных показателей при использовании данных препаратов, в отличие от традиционно используемого пентоксифиллина.

## **20. Иммуномодуляция воспалительного процесса при деструктивных поражениях синдрома диабетической стопы.**

Кисляков В.А (1,2), Юсупов И.А.(3)

1,2) Москва, 3) Астрахань

1) ГБУЗ ГКБ №13, 2) ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Министерства здравоохранения Российской Федерации, 3) ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность: По литературным данным, рецидивы деструктивных поражений после выполненных органосохраняющих операций составляют от 64 до 86,% и высокие ампутации выполняются до 91,7%, высокой летальностью. Ранее, мы провели исследования, которые показали отсутствие адекватного включения системы цитокинов в регуляцию воспалительного процесса при рецидивах деструктивных поражений стоп у пациентов с сахарным диабетом. Цель работы: изучить иммуотропное действие полиоксидония при рецидивах (РДПСДС). Материал и методы: Концентрацию цитокинов в сыворотке крови определяли на иммунологическом комплексе Stat-Fax 2100 с помощью иммуоферментных тест-систем (ООО "Цитокин", Санкт-Петербург) в соответствии с

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

## **21. Опыт лечения острого периферического флеботромбоза.**

Кательницкая О.В.(2), Кит О.И.(2), Кательницкий И.И.(1), Кательницкий Иг.И.(1), Простов И.И.(1), Иващенко А.В.

Ростов-на-Дону

1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкоинститут» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Целью нашего исследования было оценить результаты хирургического и медикаментозного лечения 112 больных с бедренно-подколенными флеботромбозами, которые находились в нашей клинике на лечении за 4 года, из которых 82 были оперированы. Методы оценки результатов включали: клинические данные, ультразвуковое дуплексное сканирование. При определении показаний учитывали также возраст, прогрессирование тромбоза, длительность процесса, общее состояние пациента. В результате проведенных исследований выяснили, что абсолютным показанием к операции являлось наличие флотирующего тромба, отмеченные у 54 пациентов. Флеботомию, при проходимой глубокой вене бедра, выполняли сразу дисталь-ней слияния бедренных вен. После тромбэктомии и ушивания флеботомического отверстия операцию заканчивали пликацией поверхностной бедренной вены. Повторные тромбозы оперированной зоны отмечены в ближайшем периоде у 13 больных, еще у 16 пациентов наступили тромбозы в течении 6 месяцев после операции. У остальных пациентов вены остаются проходимыми в сроки от 6 до 24 месяцев. Анализируя полученные наблюдения выяснили, что значительно более быстрый регресс клинических симптомов острой венозной недостаточности отмечался у оперированных больных. В группе пациентов, лечившихся консервативно отек и боли были более стойкими и у большинства пациентов отмечены выраженные проявления ХВН. Кроме того, следует отметить, что у пациентов с ретромбозами проксимальный уровень тромбов не превышал зоны пликации. Итак, мы пришли к следующим выводам: 1. У большинства больных активная тактика при дистальных флеботромбозах приводит к ликвидации проявлений острой венозной недостаточности и профилактике ХВН. 2. Выполнение пликации поверхностной бедренной вены, а не ее перевязку считаем необходимым при лечении больных с острым флеботромбозом. 3. Консервативная тактика ведения таких пациентов заканчивается выраженными проявлениями ХВН.

## **22. Новый способ бедренно-подколенного шунтирования.**

Суковатых Б.С.(1), Беликов Л.Н.(2), Суковатых М.Б.(1), Сидоров Д.В.(1), Инархов М.А.(1)

Курск

1) ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ОБУЗ КГКБ СМП

Актуальность. Одной из проблем сосудистой хирургии является лечение критической ишемии нижних конечностей. В России ежегодно от 50 тысяч до 70 тысяч ампутированных больных становятся инвалидами, что представляет собой не только медицинскую, но и социальную проблему. Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей путем оптимизации методики бедренно-подколенного шунтирования. Материал и методы. Проведен анализ комплексного обследования и лечения 60 пациентов с критической ишемией нижних конечностей на почве атеросклеротического поражения бедренно-подколенно-берцового сегмента. Мужчин было 55, женщин – 5, возраст пациентов варьировал от 52 до 78 лет.

Пациенты по технологии бедренно-подколенного шунтирования были разделены на 2 статистически однородные группы: первую (контрольную) и вторую (опытную) по 30 человек в каждой. Пациентам первой (контрольной) группы проводилась типичное традиционное аутовенозное шунтирование реверсированной большой подкожной веной. Во второй (опытной) группе операция проводилась по оригинальной технологии (патент РФ на изобретение №2556605 от 16.06.2015). Производили оперативное обнажение бифуркации бедренной артерии в паховой области и дистального отдела подколенной артерии в верхней трети голени традиционным образом. Через отдельные кожные разрезы (2-4) по медиальной поверхности бедра выделяли большую подкожную вену, впадающие притоки перевязывали и пересекали. Большую подкожную вену отсекали по ее устью, дефект в бедренной вене ушивали монофиламентной нитью 6/0. Пересекали вену чуть ниже коленного сустава, дистальный конец лигировали. Большая подкожная вены иссекалась на всем протяжении бедра и верхней трети голени. Под визуальным контролем, выворачивая вену, острым путем при помощи микрохирургических ножниц иссекали устьевой и приустьевой клапаны в подкожной вене. Для разрушения клапанного аппарата вены применяли или стандартный вальвулотом, или специально созданный инструмент, который состоит из насадки для шприца, полого проводника с каналом для подачи промывной жидкости и рабочей части по форме, соответствующей венозному синусу. В проксимальный отдел трансплантата вводили инструмент, диаметром, соответствующим калибру вены. Его продвигали в дистальном направлении, предварительно нагнетая физиологический раствор в просвет трансплантата. Рабочей частью инструмента разрушали створку венозного клапана с одной, а затем с противоположной стороны. В проксимальный конец трансплантата вводили тупую канюлю на шприце, объемом 100 мл. Трансплантат промывали физиологическим раствором и убеждались в полном разрушении клапанов по хорошему напору промывной жидкости, выходящей из шунта. Дебет промывной жидкости при полном разрушении клапанов должен быть не менее 100 мл за 12 сек, что в перерасчете за 1 мин соответствует оптимальной пропускной способности шунта 500 мл/мин. При сохранении проходимости поверхностной бедренной артерии в верхней трети, проксимальный анастомоз между проксимальным концом аутовенозного трансплантата формировали по типу конец в бок бедренной артерии. В случае полной окклюзии поверхностной бедренной артерии, ее отсекали от общей бедренной артерии, дистальный конец перевязывали и накладывали анастомоз с общей бедренной артерией конец в конец. Трансплантат проводили по ходу сосудисто-нервного пучка до подколенной ямки и формировали дистальный анастомоз между дистальным концом трансплантата и конечным отделом подколенной артерий конец в бок. Результаты оценивали по числу послеоперационных осложнений, длительности функционирования шунтов, количеству сохраненных конечностей. Результаты. В первой группе осложнения развились у 7 (23,3%) пациентов. На первом месте по частоте стоит тромбоз шунта из-за его гемодинамически недостаточно малого диаметра менее 4 мм в области проксимального анастомоза. Больные были повторно оперированы. Производилась реконструкция проксимального анастомоза путем замены участка венозного трансплантата малого диаметра на сегмент большой подкожной вены достаточного диаметра с контралатеральной конечности. Проходимость шунтов была восстановлена. У 2 (6,6%) пациентов развилось по 2 осложнения. Вначале происходило инфицирование ран в верхней трети голени вследствие распространения инфекции из некротических очагов, расположенных в дистальной части стопы. Через 5-6 суток возникало аррозионное кровотечение из места дистального анастомоза, что потребовало экстренной перевязки шунта. В дальнейшем ишемия конечности прогрессировала и пациентам выполнена высокая ампутация конечности на уровне бедра. Лимфорея из операционных ран на бедре развилась у 2 (6,6%) пациентов вследствие повреждения лимфатических путей во время обнажения бедренной артерии. Она не привела к инфицированию шунтов и была ликвидирована консервативными мероприятиями. Во второй группе у 2 (6,6%) пациентов развилось по одному осложнению. На начальном периоде разработки технологии операции у 1 пациента развился тромбоз шунта

вследствие неполного разрушения клапанов аутовенозного трансплантата. Больной был повторно оперирован, произведена тромбэктомия и дополнительное разрушение клапанов в вене. Проподимость шунта восстановлена. Лимфорей из операционной раны на бедре имела место у 1 пациента второй группы и была ликвидирована консервативными мероприятиями. Отдаленные результаты оценивались через 12 и 24 месяца. К концу 1 года наблюдений проходимость протезов в 1 группе сохранялась у 21 (70%) пациентов, а во 2 группе – у 30 (100%) пациентов. Через 2 года шунт функционировал в 1 группе у 11 (36,7%) пациентов, а во 2 группе – у 25 (83,3%) пациентов. В первой группе у 36,7% пациентов с функционирующими шунтами достигнуто умеренное улучшение артериального кровотока, а у 83,3% пациентов во второй группе – значительное улучшение. Это свидетельствует о лучшей перфузии ишемизированных тканей у пациентов второй группы. Сохранить конечность удалось у 18 (60%) пациентов в первой группе и у 27 (90%) пациентов во второй группе ( $p < 0,05$ ). Выводы. Применение в качестве шунта свободного аутовенозного трансплантата с разрушенными клапанами при бедренно-подколенных шунтированиях патогенетически обосновано: позволяет избежать стеноза кондуита, сохранить естественную геометрию потока крови, замедлить развитие неинтимальной гиперплазии в области проксимального анастомоза.

### **23. Значение флеботропной терапии в лечении больных с варикозной болезнью нижних конечностей до и после эндовенозной лазерной коагуляции.**

Кривошеков Е.П.(1), Казанцев А.В.(2), Романов В.Е.(1)

Самара

1) ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) СОКБ им. В.Д. Середавина

Актуальность проблемы: патология венозной системы нижних конечностей является одной из актуальных проблем в современной ангиологии. Среди хронических заболеваний вен варикозная болезнь встречается наиболее часто. Одним из хирургических методов лечения больных варикозной болезнью на сегодняшний день является эндовенозная лазерная облитерация (ЭВЛО). Консервативная терапия, с применением флеботропных препаратов является основой в лечении варикозной болезни, однако необходимо определить ее роль в комплексной терапии данной патологии. Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения больных с варикозной болезнью нижних конечностей с учетом проводимой флеботропной терапии в до и послеоперационном периодах. Материалы и методы: В Самарской областной клинической больнице им. В.Д. Середавина с 2014 г. по 2016 г. эндовенозная лазерная облитерация выполнена у 115 пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей. По международной классификации CEAP больные распределились: С2 42(36,5%) пациента, С3 – 51(44,3%) человек, С4 – 22(19,2%) больных. Мужчин было 23, женщин – 92. Средний возраст составил –  $43,6 \pm 4,54$  года. Длительность заболевания варьировала от 3 до 20 лет. Средний диаметр БПВ на бедре составил  $8,3 \pm 4,27$  см. Отечественный препарат Венарус содержащий диосмина 450 мг и геспередина 50 мг выбран, как высокоэффективный флеботоник используемый для лечения пациентов с ХВН. Больные в проведенном исследовании ретроспективно были разделены на 3 группы – I группа (52 пациента), которые получали Венарус по 1 табл. 2 раза в день за 6 недель до и в течение 8 недель после оперативного вмешательства, II группа (46 человек), получали Венарус по 1 табл. 2 раза в день, только после оперативного лечения в течение 8 недель, III группа (17 пациентов), не принимали флеботропные препараты в до- и послеоперационном периодах несмотря на рекомендации врача. Для ЭВЛО использовали диодный лазер «Лами-Гелиос», длина волны 1060 нм, мощность – 25 ватт. Перед процедурой ЭВЛО проводили премедикацию, далее типично у медиальной лодыжки выполняли доступ к БПВ под

местным обезболиванием, в БПВ вводили ангиографический катетер толщиной 5F, который устанавливали под контролем УЗИ на 2-3 см ниже устья БПВ. При диаметре БПВ 1,7-2 см, выполняли кроссэктомию. Под контролем ЦДК проводили инфльтрационную анестезию вдоль всей БПВ. В зависимости от толщины вены длительность ЭВЛО составляла 10-20 сек на 1 позицию, тракция световода 0,5-2 см. Критерием адекватности облитерации БПВ были признаки окклюзии вены подтвержденные ЦДК, коллатерали обрабатывали из отдельных проколов. В послеоперационном периоде использовали эластическую компрессию конечности противоварикозным трикотажем фирмы Venotex, 2 класса, который создавал высокое рабочее давление, обладал выраженным противоотечным эффектом и повышенной прочностью. Эффективность комплексного лечения с применением ЭВЛО, флеботропной терапии (Венарус) и противоварикозным трикотажем фирмы Venotex, оценивалась на основе динамики клинических проявлений (тяжесть, боль, судороги, физическая активность) с использованием шкалы тяжести заболеваний вен VCSS. Результаты: Технический успех операции достигнут у всех пациентов, что подтверждалось по ЦДК. Интраоперационных осложнений не было. Признаки окклюзии БПВ на всем протяжении выявлены у 111 (96,5%) больных, признаки частичной реканализации БПВ диагностированы у 4 (3,5%) человек. Оценка динамики клинических проявлений составила в I группе – (тяжесть до лечения –  $2,35 \pm 0,63$ , через 8 недель –  $1,42 \pm 0,41$ ; боль до лечения –  $1,62 \pm 0,73$ , через 8 недель –  $0,76 \pm 0,56$ ; судороги до лечения –  $1,35 \pm 0,51$ , через 8 недель –  $0,61 \pm 0,37$ ; физическая активность до лечения –  $10,05 \pm 0,43$ , через 8 недель –  $9,75 \pm 0,43$ ), во II группе – (тяжесть до лечения –  $2,21 \pm 0,42$ , через 8 недель –  $1,82 \pm 0,63$ ; боль до лечения –  $1,45 \pm 0,67$ , через 8 недель –  $0,89 \pm 0,73$ ; судороги до лечения –  $1,22 \pm 0,47$ , через 8 недель –  $1,35 \pm 0,36$ ; физическая активность до лечения –  $10,24 \pm 0,33$ , через 8 недель –  $9,05 \pm 0,16$ ), в III группе – (тяжесть до лечения –  $2,25 \pm 0,63$ , через 8 недель –  $2,02 \pm 0,49$ ; боль до лечения –  $1,39 \pm 0,73$ , через 8 недель –  $1,05 \pm 0,64$ ; судороги до лечения –  $1,19 \pm 0,37$ , через 8 недель –  $0,96 \pm 0,35$ ; физическая активность до лечения –  $10,61 \pm 0,29$ , через 8 недель –  $8,96 \pm 0,33$ ). По оценке суммы баллов по шкале VCSS отмечено ее снижение через три недели после операции в I группе больных с 5,01 до 2,64 балла, во II группе с 4,95 до 2,98 балла, в III группе с 4,98 до 3,16 баллов. Выводы: Эндовенная лазерная облитерация у больных с варикозной болезнью нижних конечностей является высокоэффективным, малотравматичным методом лечения. Флеботропная терапия препаратом Венарус показана всем больным в до- и послеоперационном периодах, поскольку снижает выраженность послеоперационных клинических проявлений (болевого синдрома, отека, чувство тяжести), способствует быстрому восстановлению двигательной активности и последующей реабилитации.

#### **24. Хирургическое лечение венозных трофических язв нижних конечностей.**

Каторкин С.Е., Мельников М.А., Кушнарчук М.Ю., Жуков А.А.

Самара

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель: изучить эффективность применения shave therapy и фасциотомии в комплексном лечении пациентов с персистирующими рефрактерными венозными трофическими язвами (ТЯ) и хроническим компартмент синдромом (ХВКС) нижних конечностей. Материал и методы. В проспективном сравнительном исследовании, проведенном в сосудистом отделении клиники и кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО «СамГМУт» в период с 2013 по 2016 год, приняли участие 105 пациентов с ХЗВ С6 класса. Группу I составили пациенты (n=36) у которых флебэктомия была дополнена пластикой язвы расщепленным перфорированным аутодермотрансплантатом. В II группе пациентов (n=35) оперативные вмешательства были дополнены послойной дерматолипэктомией с последующей кожной

пластикой расщепленным перфорированным аутодермотрансплантатом. Дерматом Acculan 3Ti (GA 670), диапазонами толщины (0,2-1,2 мм) и ширины (8-78 мм). В III группе (n=34) флебэктомия была дополнена эндоскопической фасциотомией, shave therapy и пластикой расщепленным перфорированным аутодермотрансплантатом. При выполнении фасциотомии использовался однопортовый клинок для SEPS. Оценка эффективности хирургической коррекции проводилась на основании следующих критериев: 1) возникновение интраоперационных и послеоперационных осложнений, течение послеоперационного периода; 2) динамика показателей заживления ТЯ; 3) динамика маллеолярного объема; 4) динамика клинических симптомов по клинической шкале тяжести ХЗВ VCSS. Планиметрия ТЯ проводилась после окончания стационарного этапа лечения, через 1, 2, 6 и 12 месяцев лечения. Результаты. В I группе частичный некроз трансплантата отмечен у 29 (80,6%) пациентов, у 8 (22,9%) пациентов в II, у 7 (20,6%) в III группе. Средние сроки пребывания в стационаре после операции у пациентов I группы составили  $11,7 \pm 1,8$  суток, у пациентов II -  $9,3 \pm 1,7$  суток и  $9,4 \pm 1,8$  в III группе. Время полной эпителизации ТЯ в II и III группах составило  $31,4 \pm 4,7$  и  $32,1 \pm 3,6$  суток. У 3 (8,3%) пациентов I группы за все время наблюдения полной эпителизации ТЯ не установлено. Время полной эпителизации у 33 (91,7%) составило  $49,4 \pm 7,2$  суток. Только в III группе через 6 месяцев после оперативного лечения «маршевая» функционально-нагрузочная проба не вызвала клинических проявлений невропатии. Анализ показателей площади поперечного сечения мышечно-фасциальных футляров голени в покое и через 5 минут после нагрузки по данным КТ выявил увеличение сечения футляров голени: переднего –  $15,4-17,4$  см<sup>2</sup>, наружного –  $5,4-6,3$  см<sup>2</sup>, заднего –  $43,4-48,9$  см<sup>2</sup> ( $p < 0,05$ ). Заключение. Shave therapy с аутодермопластикой перфорированным лоскутом в сочетании с хирургической коррекцией венозных гемодинамических нарушений является эффективным методом лечения пациентов с ТЯ венозной этиологии. При ХВКС оперативное вмешательство необходимо дополнять эндоскопической декомпрессионной фасциотомией мышечных футляров голени.

## **25. SHAVE THERAPY в комплексном лечении больных хронической венозной недостаточностью нижних конечностей.**

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

Самара

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель работы. Оценить эффективность shave therapy в комплексном лечении пациентов с хроническими заболеваниями вен нижних конечностей, осложненными рефрактерными трофическими язвами. Материал и методы. Проведено обследование и комплексное лечение 73 больных С6 клинического класса хронических заболеваний вен нижних конечностей. Средний возраст пациентов составил  $63,6 \pm 6,2$  года. Преобладали женщины - 45 (61,6%). Длительность трофических язв  $7,6 \pm 1,4$  лет. Выполнялась (n=73) флебэктомия (кроссэктомия, короткий стриппинг на бедре, SEPS) в сочетании со свободной аутодермопластикой расщепленным перфорированным лоскутом. Пациентам I группы (n=36) до аутодермопластики выполнялась послойная shave therapy. У II группы пациентов (n=37) shave therapy не проводилась. Статистических различий между группами по возрасту, полу, нозологии, анамнезу, длительности и планиметрическим показателям ( $t=0,18$ ;  $p=0,863$ ) трофических язв не выявили. Оценка отдаленных результатов лечения проведена в сроки от 1 до 12 месяцев. Результаты. Время полной эпителизации язв в I группе пациентов составила  $31,6 \pm 4,5$  суток, в II группе -  $49,7 \pm 7,5$  суток ( $t=2,07$ ;  $p=0,046$ ). У 28 (75,7%) пациентов I группы зафиксировано полное

приживление аутодермотрансплантата, в II группе - у 7 (19,4%) пациентов. Эпителизация частичного некроза трансплантата наблюдалась у 9 (24,3%) пациентов I группы на  $42,4 \pm 4,5$  сутки. В II группе частичный некроз выявлен у 29 (80,6%) больных, а у 3 (8,3%) пациентов констатировали отсутствие полной эпителизации. Зафиксировано статистически значимое уменьшение маллеолярного объема пораженной голени как в I группе ( $t=3,6$ ;  $p=0,001$ ) так и в II группе ( $t=2,2$ ;  $p=0,035$ ) больных. Оно было более выраженное в I группе через 6 и 12 месяцев ( $p<0,05$ ). Заключение. Shave therapy с аутодермопластикой перфорированным лоскутом и комбинированная флебэктомия являются эффективным методом хирургического лечения хронических заболеваний вен С6 класса. Shave therapy является методом выбора при персистирующих рефрактерных венозных трофических язвах.

## **26. Тактика хирургического лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей на стадии язвенно-некротических поражений.**

Новицкий А.С., Завацкий В.В., Платонов С.А., Киселев М.А., Кандыба Д.В.

Санкт-Петербург

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

Цель исследования: оценить результаты лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей (КИНК) на стадии язвенно-некротических поражений. Материалы и методы: Оценены результаты лечения 192 пациентов с трофическими изменениями, обусловленными КИНК. Более половины пациентов имели тяжелые поражения тканей стопы 3 и 4 степени с поражением костного и (или) суставного аппарата стопы. Лишь у 6 пациентов (3%) имелась поверхностная трофическая язва (Wagner 1), у 75 больных (39%) – глубокая язва Wagner 2, у 48 пациентов (25%) – глубокое поражение Wagner 3, у 63 (33%) – местная гангрена Wagner 4. Чаще поражения локализовались в переднем отделе стопы с преимущественным поражением пальцев - 123 случая (64%), поражение пяточной области были в 37 наблюдениях (19%), обширное гангренозное поражение дистальных отделов стопы выявлено у 18 больных (9%), а язва тыла стопы и поражение лодыжечной области лишь у 14 пациентов (8%). 51 больных клинических признаков инфекции не имели (27%). У 141 больного признаки инфекции присутствовали и распределялись по тяжести следующим образом: у 42 (29,7%) имелись признаки инфекции легкой степени тяжести, у 95 (67%) средней степени и у 4 (2,8%) больных - тяжелой степени тяжести с признаками синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) и угрозой для жизни пациентов. У большинства больных был сахарный диабет - 144 пациента (75%), а также имелась тяжелая сопутствующая патология, ишемической болезнью сердца страдали 158 пациентов (82%), цереброваскулярной болезнью – 84 человека (44%), гипертоническая болезнь была у 179 больных (93%) и у 19 больных (10%) имела место хроническая болезнь почек. Очередность выполнения реваскуляризации и (или) хирургической обработки гнойно-некротического очага зависела от наличия клинических признаков и степени инфекции. Санация гнойно-некротического очага проводилась в экстренном порядке, до реваскуляризации, только при наличии признаков тяжелой инфекции. Целью экстренного оперативного вмешательства являлась ликвидация признаков ССВР, соответственно перевод инфекции из тяжелой степени в среднюю. В то же время реваскуляризация у этих больных выполнялась в ближайшие сутки с целью ограничения зоны вторичных некрозов. При отсутствии признаков тяжелой инфекции (188 случаев) первым этапом выполнялась реваскуляризация как пациентам с язвенным поражением 1-2 степени, так и больным с 3-4 степенью поражения тканей стопы по Wagner. Во всех случаях было выполнено эндоваскулярное восстановление кровоснабжения стопы как минимум по одной берцовой артерии. После эндоваскулярного вмешательства, вторым этапом, выполняли радикальную некрэктомию - удаление всех нежизнеспособных тканей,



перевод раны из хронического течения в острое с протекцией последующего нормального течения фаз раневого процесса. Как правило радикальная санация выполнялась на 3-4 сутки после реваскуляризации. Всего выполнено 81 первичных некрэктомии у пациентов с поражением Wagner 1-2 степени и 111 ампутаций в пределах стопы при поражении 3-4 степени. При распространении поражения на средний отдел стопы или гангрене всех пальцев выполняли ампутацию на трансметатарзальном уровне, с пересечение плюсневых костей максимально в дистальной части, с целью сохранения артериальной дуги стопы, несмотря на выполненный вариант ее реваскуляризации. Первичную реконструкцию стопы не применяли при выраженных нарушениях микроциркуляторного русла и (или) тяжести инфекционного процесса. На фоне разгрузки зоны поражения проводили местное лечение с учетом стадии раневого процесса с использованием этапных некрэктомий, а также различных аппаратных методов (терапия отрицательным давлением и ультразвуковая обработка). Эмпирически и этиотропно по результатам микробиологического исследования, при наличии признаков инфекции, применяли антибактериальные препараты с учетом чувствительности к антибиотикам. Пластическая реконструкция, как завершающий этап комплексного хирургического лечения гнойно-некротического поражения, проводилась в 118 наблюдениях у пациентов с поражением Wagner 3-4 степени и Wagner 2 степени (61%) на 2-4 неделе от начала лечения. Результаты: Оценивали вероятность заживления трофических дефектов стопы через 3 и 6 месяцев и сохранения конечности через 3, 6 и 12 месяцев после эндоваскулярного вмешательства. Вероятность заживления трофических дефектов стопы оцененная методом Каплана-Мейера, составила 76% и 92% соответственно, а вероятность сохранения конечности составила 98%, 93% и 89%. Выводы: Предлагаемая тактика хирургического лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей на стадии язвенно-некротических поражений позволяет добиться хороших показателей заживления и сохранения конечности в течении года, а также снизить количество больших ампутаций конечностей у пациентов с КИНК.

## **27. Прогнозирование послеоперационного лечения у пациентов с критической ишемией, перенесших высокую ампутацию.**

Рязанов А.Н., Сорока В.В., Нохрин С.П., Белоусов Е.Ю., Петровский С.В., Магамедов И.Д.

Санкт-Петербург

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

Актуальность. Заболевание периферических артерий представляет собой распространенное проявление системного атеросклероза, связанное с высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений и смертельных исходов и ведущее к существенному ограничению физической активности больных и снижению качества их жизни. Критическая ишемия представляет угрозу не только в отношении потери конечности, но и в целом для всего организма. Возможность разработки индивидуализированного лечебного алгоритма на основании прогнозирования риска развития осложнений, позволит вносить необходимые коррективы в лечебный процесс и улучшить результаты лечения данной категории пациентов. Материалы и методы. За период с 1999 по 2014 гг. в отделении сосудистой хирургии было проведено обследование и лечение 1274 пациентов с критической ишемией нижних конечностей, которым была выполнена высокая ампутация (уровень бедра, голени). Мужчин было 938 человек (73,6%), женщин – 336 (26,4%). Средний возраст пациентов составил 68,1±2,8 лет (от 34 до 91). Причиной, приведшей к развитию терминальной стадии критической ишемии, в преобладающем большинстве случаев явился облитерирующий атеросклероз (n=953). Первичная (первая высокая ампутация по поводу данного заболевания, без каких – либо

реконструктивных операций) ампутация выполнена 469 больным (36,8%). Вторичная (после предварительно перенесенных операций: прямой или непрямой реваскуляризации и консервативной терапии) – 805 больным (63,2%). Результаты. Изучены и проанализированы признаки системного воспалительного ответа у больных с критической ишемией, перенесших высокую ампутацию конечности. На базе отделения сосудистой хирургии НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе разработана унифицированная таблица диагностики системного воспалительного ответа у больных с КИНК с присвоением балльной оценки каждому признаку. Основываясь на концепции развития системного воспалительного ответа, у больных с КИНК был разработан прогностический алгоритм, посредством которого можно с 70% - процентной вероятностью определить клинические исходы у пациентов с КИНК, перенесших высокую ампутацию конечности. Все пациенты, которым была произведена высокая ампутация по поводу КИНК, были разделены на 2 группы: контрольную и основную. Был проведен ретроспективный анализ результатов ампутаций нижних конечностей за период с 1999 по 2006 года. Эта группа пациентов была обозначена как контрольная и составляла 38,3 % (n=488). Им до операции и в послеоперационном периоде назначали традиционное «базисное» лечение. Вторая часть исследования проводилась с 2007 по 2014 года и заключалась в применении того же прогностического алгоритма, как и в контрольной группе, но с применением персонализированного лечебного подхода. Эта группа пациентов составляла 61,7 % (n=786), обозначена основной. В последующем проводилась проспективная оценка связи результатов данного исследования и ранних послеоперационных осложнений и летальности. На основании прогностического алгоритма пациентам основной группы разработан персонализированный лечебный алгоритм. Разработанные нами алгоритмы позволили снизить осложнения и летальность. Выводы. 1. Критическая ишемия нижних конечностей при заболеваниях периферических артерий является актуальной проблемой современного здравоохранения, так как у 14% пациентов требуется выполнение высокой ампутации, что в последующем снижает качество и продолжительность жизни. 2. Применение в клинической практике лечебно-прогностического алгоритма позволило снизить частоту осложнений на 13,6%, из них местных на 16,8%, за счет гнойно-некротических осложнений, общих на 12,1%, а также летальность на 10,2% по сравнению с больными, которые получали стандартную «базисную» терапию. 3. Индивидуальный подход к выбору объема проводимого лечения в послеоперационном периоде сказывается на сроках лечения и на прослеженных отдаленных результатах. После 1 года летальность снизилась на 14,6%, после 2 года – на 12,8 % по сравнению с контрольной группой пациентов.

## **28. Эффективность дигитальной периаартериальной симпатэктомии при облитерирующих заболеваниях артерий верхних конечностей.**

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

1) Симферополь, 2) Донецк, ДНР

1) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, 2) Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака

Показаниями к операциям на артериальной дуге кисти могут быть верифицированные дистальные тромбэмболии, тромбозы и окклюзия артерий кисти с сохраненным магистральным кровотоком по артериям предплечья. В имеющихся исследованиях однозначно подчеркивается положительный лечебный эффект симпатэктомии, на различном уровне и хорошие отдаленные результаты при не шунтабельных ситуациях. Цель - оценить эффективность применения дигитальной периаартериальной симпатэктомии при облитерирующих заболеваниях артерий верхней конечности.

Материал и методы: В период с 2001 по 2013 года в институте оперировано 64 пациента с хронической ишемией дистальных отделов верхних конечностей. Мужчин – 44, женщин – 24. Среди нозологических форм облитерирующий тромбангиит в нашей когорте пациентов наблюдался в 17 случаях (26,6%), облитерирующий атеросклероз – 15 (23,4%), синдром Рейно – 32 (50%). Пациентам были выполнены следующие оперативные вмешательства: торакоскопическая симпатэктомия в 21 случае (32,8%), грудная симпатэктомия – 12 (18,8%), дигитальная периартериальная симпатэктомия – 31 (48,4%). В 4-х случаях открытая грудная симпатэктомия была дополнена скаленотомией. Дигитальная периартериальная симпатэктомия в 1-м случае была дополнена аутовенозным протезированием лучевой артерии и в 7-ми случаях тромбэктомией из артерий предплечья, артериальной дуги кисти или дигитальных артерий. Результаты исследований и их обсуждение: Положительные непосредственные результаты были получены практически у всех больных и клинически проявлялись исчезновением боли, повышением кожной температуры, нормализацией окраски кожных покровов, повышением толерантности к гипотермии, заживлением ран первичным натяжением. У всех больных, подвергшихся вмешательству на ладонной артериальной дуге, был восстановлен магистральный кровоток. Данные триплексного сканирования артериальной дуги кисти и пальцевых артерий и транскutánной оксиметрии свидетельствуют о увеличении линейной скорости кровотока и снижении индексов периферического сосудистого сопротивления во всех случаях. Линейная скорость кровотока у больных с облитерирующим тромбангиитом после выполнения дигитальной периартериальной симпатэктомии в среднем увеличивалась на 64 %, у больных с синдромом Рейно – на 100 %, у больных с облитерирующим атеросклерозом – на 135 % . Таким образом мы видим, что наиболее эффективной, по изучаемым параметрам, симпатэктомия оказалась при синдроме Рейно и облитерирующем атеросклерозе, менее эффективная при облитерирующем тромбангиите. Причем следует отметить, что дигитальная периартериальная симпатэктомия имеет ряд преимуществ перед грудной. Выводы: Периартериальная дигитальная симпатэктомия дает выраженный длительный положительный эффект при лечении акральной ишемии кисти. Вмешательство на артериальной дуге кисти в ряде случаев позволяет восстановить магистральный кровоток, что значительно улучшает результаты лечения. Дигитальная периартериальная симпатэктомия при синдроме Рейно и облитерирующем атеросклерозе позволяет добиться лучших результатов лечения, чем грудная симпатэктомия. Симпатэктомия как грудная, так и дигитальная активизирует процессы неоангиогенеза и улучшает кровоснабжение, что подтверждается повышением концентрации оксида азота и эндотелиального фактора роста сосудов в венозной крови пораженной конечности.

## **29. Непосредственные результаты реконструктивных операций при развитии хронической сердечной недостаточности у больных с постоянным сосудистым доступом.**

Борисов В.А.(1); Красовский В.В.(2); Василенко А.А.(1); Горин А.Г.(2); Неверова О.С.(2)

Саратов

1) ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ГУЗ «Областная клиническая больница»

Одним из отдалённых осложнений постоянного сосудистого доступа (ПСД) является избыточный сброс по фистульной вене, приводящий к высокому объёму кровотока и развитию хронической сердечной недостаточности (ХСН), что обуславливает необходимость выполнения реконструкции артерио-венозной фистулы (АВФ). Цель: Оценить ближайшие результаты реконструктивных операций АВФ при развитии

избыточного сброса по отводящей вене. Материалы и методы: В отделении сосудистой хирургии ОКБ г.Саратова за период с 2015 по 2016 год было выполнено 12 операций по реконструкции ПСД, в связи с развитием избыточного сброса по фистульной вене, что приводило к развитию ХСН. Средний возраст пациентов  $45\pm 8,1$  лет, 60% – мужчины. У 7 больных АВФ была сформирована на уровне локтевой ямки, у остальных на уровне нижней трети предплечья. Всем больным перед реконструкцией ПСД выполнялось дуплексное исследование АВФ, при котором определялись диаметры сформированного АВ-соустья и отводящей вены, а так же объёмная скорость кровотока (ОСК) в том же сосуде. Значение ОСК по отводящей вене в среднем составляло  $4000\pm 500$  мл\мин, диаметр АВ-соустья в среднем  $7,0\pm 1$ мм, а диаметр отводящей вены  $14\pm 3$ мм. Степень развития ХСН устанавливалась клинически по классификации NYHA, оценке данных Эхо-КГ- конечного диастолического объёма (КДО) и фракции выброса (ФВ) левого желудочка. У 9 больных малейшая физическая нагрузка вызывала клинические проявления сердечной недостаточности, в виде одышки и тахикардии (III ФК), у 3 (IV ФК). По данным Эхо-КГ у всех больных отмечалось увеличение показателей КДО ЛЖ в среднем до  $6,5\pm 0,5$  см, снижение ФВ ЛЖ в среднем до  $43\%\pm 5\%$ . Совместно с инструментальным обследованием больным проводился и лабораторный контроль степени выраженности ХСН, с определением уровня N-терминального предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT – proBNP), средний показатель которого составлял для мужчин  $1600\pm 200$  пг\мл, а для женщин  $1390\pm 150$  пг\мл. В качестве реконструкции АВФ и ликвидации избыточного сброса по отводящей вене 11 больным выполнялась пликация отводящей вены на протяжении 3 см от АВ-соустья. У 1 больного в связи с выраженной аневризматической трансформацией отводящей вены выполнено проксимальное артериальное лигирование лучевой артерии (PRAL). Результаты: После выполнения реконструктивного вмешательства на ПСД всем больным проводился ультразвуковой контроль. При дуплексном исследовании отмечалось снижение ОСК по отводящей вене, которая составила  $1500\pm 100$  мл\мин, диаметр отводящей вены на участке пликации в среднем  $7\pm 0,5$ мм. Клинически на 2 сутки больные отмечали улучшение самочувствия и увеличение объёма физической нагрузки (ФК I-II). Выводы: Реконструктивные вмешательства на ПСД с целью уменьшения сброса по отводящей вене позволяют снизить степень выраженности сердечной недостаточности, о чём свидетельствует изменение функционального класса (NYHA). Метод пликации отводящей вены при её избыточном сбросе является оправданным и целесообразным способом реконструкции ПСД.

### **30. Клиническое наблюдение аневризмоподобной флэбэктазии подколенной вены.**

Чудинов Г.В. (1), Некрасов С.Ю.(2)

Ростов-на-Дону

1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) МБУЗ КДЦ «Здоровье»

Актуальность проблемы: аневризма подколенной вены является одним из редких заболеваний достоверно неизвестной этиологии- возможными причинами считаются травматическое воздействие, воспаление, наличие врожденных аномалий венозной стенки и дегенеративные изменения .В мировой литературе имеется 213 клинических наблюдений за всю историю медицинской статистики.Ранняя диагностика данного заболевания очень важна,поскольку она является причиной тромбоэмболии легочной артерии , в том числе и фатальной. Цель работы: сообщение о наблюдении и лечении бессимптомной мешотчатой аневризмы левой подколенной вены у мужчины 56 лет, осложнившейся тромбозом и тромбоэмболией легочной артерии с формированием вторичной легочной гипертензии. Материал и методы: пациент М., 56 лет, жалобы на

одышку при незначительной физической нагрузке и покое, наличие невыраженных расширенных п/кожных вен на левой н/конечности. Заболел остро. Заподозрена ТЭЛА. Обследован в объеме- клиничко-биохимическая лабораторная диагностика, ЭКГ, ЭХОКг, УЗТС артерий и вен н/к, тредмил-тест, холтеровское мониторирование, СКТ рентгенконтрастная ангиопульмонография, спирометрия. По данным обследования установлено наличие аневризмы подколенной вены слева с пристеночным тромбозом, картина тромбоэмболии легочной артерии (справа средних и мелких ветвей, слева мелких ветвей), хронической легочной гипертензии. В течении 8 недель проводилась терапия последствий ТЭЛА, дыхательной недостаточности, тромболизис пристеночных образований подколенной вены и профилактика повторного тромбообразования. Объем терапии: эластическая компрессия обеих нижних конечностей, Ксарелто 20мг/сут., парентерально и ингаляционно илопрост (Илломедин 20мкг/сут на 200,0 физ.р-ра в/в/ № 10) с последующим переходом на приём синделафила (Ревацио 20 мг) 3 р/сут, Новотенз 1,25 мг утром. Спустя 2 мес. оперативное лечение: пациенту в плановом порядке под спинальной анестезией выделены дистальная и проксимальная порции левой подколенной вены диаметром около 9–13 мм и аневризма диаметром около 28мм. Аневризма резецирована, образовавшийся дефект стенки подколенной вены ушит двурядным швом нитью пролен 4/0. Результаты и обсуждение: послеоперационный период протекал гладко, заживление п/о раны первичным натяжением, динамическое наблюдение в течении 6 мес. с момента операции верифицировало нормализацию спирометрических показателей, устранение легочной гипертензии, нормальную функцию нижних конечностей с отсутствием местных проявлений нейропатии. Гемодинамические характеристики трансвенозного кровотока левой н/к соответствуют здоровой конечности. По сути дела, клиническое наблюдение завершено при полном выздоровлении пациента. Редкость упоминания в мировой литературе о подобном заболевании связана, на наш взгляд, с высокой вероятностью бессимптомного течения локального тромботического процесса. Общеизвестно, что хронический тромбоз различных "слепых карманов" в просвете сердечно-сосудистого русла, какими являются аневризматические расширения магистральных артерий и вен или, например, ушко левого предсердия, может не проявлять себя годами. В случае развития тромбоэмболического инсульта сосудов головного мозга у пациента с хронической формой фибрилляции предсердий "виновником" события признается тромб ушка левого предсердия, хотя к моменту инсульта его следов в сердце уже не обнаруживается. По аналогичной схеме могут проявлять себя и венозные тромбозы из магистральных вен н/к. При этом отсутствие ярких проявлений варикозной болезни нижних конечностей способно дезориентировать клинициста, а лучевой диагност имеет шанс "пропустить" локальную венозную флебэктазию. Выводы: во всех случаях клинических проявлений остро (подостро) возникшей дыхательной недостаточности, вне зависимости от степени ее выраженности, необходимо выполнение углубленного обследования с возможным включением СКТ ангиопульмонографии. При подтверждении синдрома ТЭЛА показано скрупулезное ультразвуковое исследование венозных бассейнов нижних конечностей, с расширением в сомнительных случаях объема исследований до рентгенконтрастной флебографии.

### **31. Метод профилактики тромбоэмболических осложнений при онкологических заболеваниях сигмовидной, прямой кишки и желудка.**

Кательницкий Иг.И., Сокиренко И.А., Буриков М.А., Сказкин И.В., Бликян К.М.

Ростов-на-Дону

1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) РКБ ФГБУ «ЮОМЦ ФМБА»

Цель: Основным залогом проведения успешной терапии является разработка и стандартизация комплексной терапии тромботических осложнений, включающей медикаментозные и неспецифические методы профилактики. Используемая на сегодняшний день профилактика ТЭО считается эффективной, но к сожалению, процент ТЭО остается еще достаточно высоким. Целью настоящего исследования является улучшение результатов оперативного лечения путем снижения ТЭО у пациентов, оперированных лапароскопически по поводу онкологических заболеваний сигмовидной, прямой кишки, желудка, путем применения разработанного алгоритма подбора дозировки низкомолекулярного гепарина, учитывая индивидуальный подход к каждому пациенту на основе анализа коагулограммы, сопутствующей патологии, объема и вида хирургического лечения. Материалы: Созданы две сопоставимые группы: первая группа-оперированных лапароскопически по поводу онкологических заболеваний, с применением низкомолекулярного гепарина в стандартной дозе 0,4 мл подкожно, вторая группа пациентов, оперированных лапароскопически по поводу онкологических заболеваний сигмовидной, прямой кишки и желудка с применением низкомолекулярного гепарина, учитывая индивидуальный подход к каждому пациенту, корректируя дозировку в зависимости от особенностей течения болезни. Методы: 1.Общеклинические методы 2.Инструментальные исследования: а) СКТ с сосудистым режимом, б) рентгенкомпьютерная томография, в) УЗДИ НПВ и вен нижних конечностей. 3.Лабораторные исследования (ОАК, биохимический анализ крови — АлАТ, АсАТ, общий билирубин, креатинин, мочевины, общий белок). 4.Гемостезиограмма Результаты: 1.В своей работе проведен анализ частоты ТЭО у пациентов, оперированных лапароскопически по поводу злокачественных новообразований сигмовидной, прямой кишки, желудка с применением низкомолекулярного гепарина в стандартной дозе 0,4 мл подкожно 2.Установлено действие низкомолекулярного гепарина в стандартной дозировке на реологические свойства и микроциркуляцию крови у пациентов, после оперативного вмешательства в двух исследуемых группах. 4.Кроме того, в настоящее время разрабатываем схему применения низкомолекулярного гепарина в до- и послеоперационном периоде, учитывая особенности каждого пациента индивидуально (на основе анализа коагулограммы, сопутствующей патологии, объема и вида хирургического лечения), в зависимости от наличия онкопатологии. Выводы: Разработанные схемы и алгоритм применения антикоагулянтов у пациентов, оперируемых лапароскопически по поводу онкологических заболеваний сигмовидной, прямой кишки и желудка, позволит определять индивидуальную дозировку низкомолекулярного гепарина, учитывая особенности каждого пациента для профилактики тромбоэмболических осложнений.

### **32. Динамика показателей эндогенной интоксикации и их коррекция при комплексном лечении трофических язв нижних конечностей венозного генеза.**

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

Симферополь

ФГАОУ ВО «Крымский Федеральный Университет имени В.И. Вернадского»,  
Медицинская Академия имени С.И. Георгиевского

Актуальность проблемы. Несмотря на неуклонное расширение арсенала хирургических и медикаментозных методов лечения трофических язв венозного генеза эта проблема еще далека от своего окончательного решения. Совершенно очевидно, что необходима разработка новых методов их комплексного лечения. В тоже время на заживление ран любой этиологии значительное влияние оказывает эндогенная интоксикация [Олейник В.В., 2011]. Универсальным биохимическим маркером, отражающим уровень патологического белкового метаболизма, коррелирующим с основными клиническими прогностическими критериями метаболических нарушений при эндогенной интоксикации, считаются молекулы средней массы (МСМ) [Келина Н.Ю. и соав., 2012]. Цель работы: изучить динамику маркеров эндогенной интоксикации и провести ее коррекцию при комплексном лечении трофических язв венозного генеза. Материалы и методы. Проанализированы результаты комплексного лечения 44 пациентов с ХВН С6 класса по СЕАР, находившихся на лечении в клиниках г. Симферополя с 2012 по 2016 гг. Все больные составили 2 группы. В обеих группах для местного лечения применяли антибактериальные водорастворимые мази, которые дополняли компрессионной терапией и назначением флеботоников. Первую группу составили 24 пациента, у которых дополнительно в комплексном лечении язв применялись оротат магния и энтеросорбция (Патенты Украины №89297 и №112033). Их средний возраст составил -  $62,80 \pm 1,52$  лет. Вторую (контрольную) группу, составили 20 больных, не получавших предлагаемую дополнительную терапию. Средний возраст этой группы -  $61,58 \pm 2,07$  лет. В обеих группах преобладали женщины – 26 (59,09%). Причиной развития ХВН у 29 (65,9%) пациентов была варикозная болезнь, а у 15 (34,1%) - посттромбофлебетическая болезнь. Эффективность проводимого лечения оценивали по клиническим параметрам: срокам очищения язв, появлением грануляций, эпителизации. Для оценки эндогенной интоксикации определяли содержание МСМ, которое оценивали по спектру поглощения в ультрафиолете безбелковых фракций сыворотки крови [Оболевский С.В. и соав., 1991]. Сыворотку получали при поступлении, через 7 и 14 суток от начала лечения. Контролем служила группа практически здоровых лиц (14 чел.). Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью стандартных процедур, общепринятых на сегодняшний день. Результаты и обсуждение. В результате применения предложенного комплексного лечения показатели клинической эффективности существенно улучшились в основной группе. Так, быстрее происходило купирование воспалительных явлений и очищение раны. Наступление же грануляционной фазы раневого процесса было в среднем на 3,06 суток быстрее, чем в контрольной группе. Аналогичные тенденции наблюдались и в дальнейшем. Так, средние сроки появления грануляций и начала эпителизации в первой клинической группе были меньше контрольных второй группы на 3,61 и 2,89 суток соответственно. Эти тенденции позволили уменьшить средний койко-день у больных первой клинической группы на 3,71 суток по сравнению с контрольной. Проведенные исследования также позволили подтвердить наличие эндотоксемии в обеих группах больных. Начальный фон ее показателей был значительно повышен в обеих группах практически в два раза по отношению к контролю. В процессе лечения отмечено снижение исследуемых показателей также во всех клинических группах. Уменьшение явлений эндотоксемии прослеживалось, начиная с 7 суток комплексного лечения, и носило более выраженный характер к 14 суткам. У больных первой группы, к 14 суткам

отмечено существенное снижение уровней МСМ (260 нм) по отношению к начальному фоновому на 40% ( $0,104 \pm 0,008$  против  $0,062 \pm 0,005$ ). В тоже время у второй группы больных это снижение носило менее выраженный характер - на 29% ( $0,107 \pm 0,009$  против  $0,076 \pm 0,006$ ). Аналогичные тенденции наблюдались и при исследовании МСМ (280 нм). Так, у больных первой группы, к 14 суткам отмечено снижение уровней МСМ (280 нм) по отношению к начальному фоновому на 33% ( $0,188 \pm 0,014$  против  $0,127 \pm 0,008$ ). У больных второй группы это снижение носило менее выраженный характер, а именно около 25% ( $0,194 \pm 0,014$  против  $0,145 \pm 0,009$ ). При этом во всех клинических группах к 14 суткам показатели эндотоксикоза так и не достигли уровня нормы. Эти данные свидетельствуют о том, что структурно-метаболические изменения у больных с трофическими язвами венозного генеза полностью не купируются к этому сроку. В тоже же время, включение в комплексное лечение энтеросорбции и репаранта позволило существенно снизить уровень эндотоксемии уже в ранние сроки лечения. В свою очередь это обстоятельство способствовало ускорению выздоровления больных и сокращению сроков лечения. Выводы. Включение в комплексное лечение трофических язв венозного генеза препаратов органического магния и энтеросорбента позволяет ускорить процесс заживления и сократить сроки пребывания больных в стационаре, в том числе за счет элиминации продуктов патологического белкового метаболизма.

### **33. Биомедицинские технологии в хирургии FAST TRACK синдрома диабетической стопы.**

Корейба К.А.

Казань

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Согласно данным Международной федерации диабета (IDF) на 01.01.2016г. в России зарегистрировано 12,1 млн. больных сахарным диабетом. Согласно статистическим данным у 25% больных сахарным диабетом развивается синдром диабетической стопы. 85% случаев трофических язв у больных синдромом диабетической стопы заканчиваются органосоносящими операциями нижних конечностей. У больных с синдромом диабетической стопы (СДС) язвенные дефекты имеют характер хронических ран. Нарушается последовательность процессов заживления от миграции клеток, перестройки экстрацеллюлярного матрикса до ремоделирования тканей. Замедляется формирование коллагена. Таким образом, эффективная репарация невозможна. Цель. Изучение внедрения в практическую деятельность способа лечения трофических дефектов кожи и мягких тканей нижних конечностей у больных с СДС (патент на изобретение № 2549459 от 30.03.2015 РОСПАТЕНТ ФГБУ ФИПС). Материалы и методы. Схема методики состоит из следующих этапов: 1. Дебридмент дефекта тканей. 2. Имплантация современных биоматериалов «коллост» (гелевая форма) на основе коллагена I-го типа. 3. Создание благоприятных условий для репаративно-пролиферативных процессов с применением современных интерактивных повязок, иммобилизации конечности повязкой по методике ТСС. Первый этап - подготовка к реконструкции раневого дефекта: очищение поверхности от девитализированных тканей ультразвуковой гидрохирургической обработкой в день госпитализации. Второй этап - интраоперационно, после очищения раневого дефекта, проводили имплантацию в паравульнарные и вульнарные ткани раневого дефекта биопластического материала на основе нативного коллагена I типа – «коллост». Это препарат, полученный из кожи крупного рогатого скота, обработанной таким образом, что эпидерма, жировая клетчатка и все дермальные клетки удалены, без нарушения коллагеновой матрицы, лишенный чужеродной антигенной структуры, создавая неиммуногенный, инертный материал. Для имплантации мы использовали



данный материал в виде 7% или 15% геля. Использование биопластических материалов на основе коллагена I типа обусловлено пониманием патоморфологических процессов образования раны и причины хронизации раневого процесса у больных сахарным диабетом. При нейроишемической форме синдрома диабетической стопы нарушается взаимоотношение белковых фракций, а именно дезорганизация коллагена, имеющего исключительно важное значение в течении репаративно-пролиферативной фазы раневого процесса. Нарушается физиологическое течение раневого процесса, происходит хронизация язвенного дефекта и развитие раневой кахексии, что непременно приводит к нарушению обменных процессов в ране, длительному течению, снижению реактивности, отсутствию тенденции к самостоятельной эпителизации. Введение биоматериала технически осуществляется на фоне «чистого раневого поля» на выходе иглы. Таким образом, создается тоннель, заполняемый материалом «коллост». Третий этап - после имплантации биоматериала раневую поверхность закрывали современными интерактивными гидроколлоидными перевязочными материалами (создание условий «влажной среды»). Для профилактики присоединения вторичной инфекции применяли атраumaticкие повязки в комбинации с покрытиями, содержащие ионы Ag с 5-7 дня после имплантации. Перевязки после имплантации производили в среднем 1 раз в 3-5 дней. Нахождение больных в круглосуточном стационаре обусловлено состоянием раневого дефекта: от количества, характера, отделяемого из раны и реакции самой повязки. Перевод больных на амбулаторное наблюдение осуществлялся на 5-7 сутки с момента имплантации биоматериала. Результаты лечения. Расчет абсолютной площади раневого дефекта при данном методе сложен в связи с тем, что при применении пластического биоматериала эпителизация происходит не только от «периферии к центру», как при физиологическом течении раневого процесса, но и от «центра к периферии», в местах введения в рану нативного коллагена I-го типа. Этот фактор предопределил увеличение относительной скорости заживления раневого дефекта (RSH). Относительная скорость заживления ран определялась с помощью формулы:  $RSH = (1 - S1/S0) \times 100\%$ , где S1 – площадь язвы через определенное количество дней после имплантации биоматериала, S0 – первоначальная площадь язвы. Эпителизация раневого дефекта начиналась на  $10,3 \pm 2,8$  сутки. Уже через 14-20 дней мы имели гранулирующие раны без признаков воспаления или отторжения пластического материала. Ни в одном случае применения данного препарата нами не было отмечено гипертрофического рубцевания. Отмечается закономерная динамика: с увеличением частоты применения в клинической практике комбинированного лечения с применением разработанных нами методов с использованием биопластического материала при закрытии дефектов кожи и мягких тканей уменьшается число радикальных калечащих операций на нижних конечностях. Также данная методика позволила снизить количество оргоуносящих операций на уровне стоп и пальцев. Выводы: 1. Некрэктомия методом ультразвуковой гидрохирургической обработки является наиболее эффективной в отношении раневой биопленки, гнойно-фибринозного налета, девитализированных тканей. 2. Применение современных биопластических материалов на основе нативного коллагена у больных с дефектами тканей при синдроме диабетической стопы увеличивает скорость заживления раневого дефекта, что ведет к снижению уровня высоких ампутаций, 3. Данная методика позволяет на 20% сократить среднее пребывание больного в круглосуточном стационаре, что снижает стоимость лечения данной патологии.

### **34. Ранняя реабилитация (FAST TRACK) при артериальной реконструкции у пациентов с синдромом диабетической стопы.**

Корейба К.А.(1), Комаров А.Н.(2), Гаджимурадов Р.У.(3)

1) Казань, 2) Москва, 3) Москва

1) ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ФГБУ «Клиническая больница» Управления делами Президента РФ, 3) ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Реперфузионный синдром – совокупность осложнений, следующих за восстановлением кровотока в ранее ишемизированных органах и тканях. Выделяют два компонента реперфузионного синдрома: местный, в результате которого усугубляется местное повреждение, и системный, проявляющийся во вторичной недостаточности органов и тканей, удаленных от ишемизированных. В настоящее время большое внимание уделяется вопросам периоперационной профилактики и лечения мультиорганных расстройств при сосудистых реконструкциях, в связи с увеличением их количества, видов и качества, у больных с синдромом диабетической стопы. Цель. Разработать лечебную тактику периоперационного ведения больных с синдромом диабетической стопы при реконструкции артериального русла нижних конечностей. Материалы и методы. В Центре «Диабетическая стопа» г. Казани с 2010 года на практике применяется комплексное лечение больных с синдромом диабетической стопы. Реконструктивные операции на артериях нижних конечностей дополняются инфузионной терапией. С целью профилактики возникновения и снижения тяжести течения реперфузионного синдрома, в Центре «Диабетическая стопа» г. Казани разработан и с 2014 года внедрен в практическую деятельность способ лечения реперфузионного синдрома больных сахарным диабетом после реваскуляризирующих операций на артериях нижних конечностей (патент на изобретение №2548739 от 31.03.2014г. РОСПАТЕНТ ФГУ ФИПС РФ). Базовой составляющей инфузионной терапии в периоперационном периоде, учитывая патогенетические изменения, при реконструктивных операциях на артериях нижних конечностей являются: простагландины E1 60 mg на 400,0 раствора NaCl 0,9% в течение 3-5 дней. Помимо применения базовой инфузионной терапии мы проводим коррекцию реперфузионного синдрома по предложенной нами оригинальной трехкомпонентной схеме лечения, включающей использование первого препарата по улучшению тонуса венозных сосудов, второго препарата по улучшению реологических свойств крови, тромбозиса, профилактике тромбообразования венозной и лимфатической систем, третьего препарата по улучшению трофики поврежденных нервных окончаний, купирование диабетической метаболической нейропатии. В качестве первого препарата по улучшению тонуса венозных сосудов используем венотоники по схеме приема: основной курс в течение 4 дней, затем поддерживающий курс в течение 9 дней, в качестве второго препарата используем субтилизины со схемой приема: в течение 15 дней – основной курс, затем 15 дней – поддерживающий курс, в качестве третьего препарата используем внутривенное инфузирования нейропротекторов по схеме приема: 600 мг внутривенно на 200,0 физиологического раствора капельно со скоростью инфузии не более 60 кап/мин в течение 13 дней. Затем по 600 мг в сутки в виде таблеток в течение 17 дней. Результаты применения предложенной схемы: Кол-во больных (n) Амбул. лечение после реконструкции Стац. лечение после реконструкции Введение до реконстр. операции 38 W2 (n=28) W3 (n=10) ХАН III (n=20) ХАН IV(n=18) 34 (89,5%) 4 (10,5%) Введение после реконстр. операции 40 W2 (n=32) W3 (n=8) ХАН III(n=9) ХАН IV (n=31) 2 (5%) 38 (95%) Выводы. 1. Применение предложенной нами трехкомпонентной схемы на фоне базовой инфузионной терапии в периоперационном периоде у больных с синдромом диабетической стопы, подвергшихся реконструктивным сосудистым операциям на

нижних конечностях, позволило оптимизировать течение послеоперационного периода, путем перевода больных сразу на амбулаторное лечение, 2. Лучшие результаты достигнуты при применении данных препаратов в комплексном лечении до проведения сосудистых реконструкций, 3. Перевод больных после реконструктивных операций сразу на амбулаторное лечение, не госпитализируя их вновь в отделение хирургии Центра, позволяет объективно снизить материальные расходы на лечение.

### **35. Диагностика и лечение венозного мезентериального тромбоза.**

Гидирим Г.П., Мишин И.В., Шор Э.М., Крэчун И.И.; Гидирим Г.П.(1), Мишин И.(2),В., Шор Э.М.(1), Крэчун И.И.(1)

Кишинев, Республика Молдова

1) Государственный Университет Медицины и Фармации им. «Н. Тестемицану», Кафедра хирургии № 1 им «Николая Анестиади»; Институт Ургентной Медицины, 2) Государственный Университет Медицины и Фармации им. «Н. Тестемицану», Лаборатория гепато-панкреато-билиарной хирургии, Институт Ургентной Медицины

Введение. Острая мезентериальная ишемия (ОМИ) относится к числу наиболее грозных хирургических заболеваний брюшной полости и, несмотря на применение радикальных методов оперативного лечения, сопровождается высокой летальностью (от 40 до 100%). Венозный мезентериальный тромбоз (ВМТ) является редкой патологией и составляет до 7% от всех типов нарушения кровоснабжения брыжеечных сосудов. Эта форма характерна для пациентов с гиперкоагуляцией на фоне портальной гипертензии, абдоминального сепсиса, заболеваний крови (например, полицитемия), новообразований, травмы, беременности, после хирургических вмешательств (в частности, после спленэктомии), применении оральных контрацептивов. Материалы и методы: В ходе исследования были ретроспективно проанализированы базы данных 93 больных с ОМИ. Критерием включения в данное исследование являлось наличие ВМТ, что составило 8,6%. Результаты: Были изучены ретроспективные данные 8 пациентов (соотношение мужчины : женщины =1:1, возраст пациентов колебался между 26-80 лет, средний возраст составил  $54,6 \pm 6,3$ ). Диагноз ВМТ подтвержден путем проведения КТ-ангиографии, анализа D-димеров  $3,2 \pm 0,5$  мг/л (95% CI:2.01–4.35) и уровня L-лактата  $1,4 \pm 0,2$  ммоль/л (95% CI:0.90-2.01). По локализации ВМТ выявлен в тощей кишке (n=2), подвздошной кишке (n=3), тощей + подвздошной кишке (n=3). По характеру оперативные вмешательства распределились следующим образом: резекция участка некроза произведена в 5 случаях, длина резецированного сегмента составила  $75,7 \pm 20,07$  см (95% CI:28.04–123.0); первичный анастомоз наложен в 2-х случаях, а также после «damage control» - в 3-х случаях. У троих больных при наличии жизнеспособного кишечника оперативное вмешательство ограничилось только ревизией (из них, один «second-look»). Уровень 30-дневной смертности равен нулю (zero). Биохимический анализ крови подтвердил наличие состояний гиперкоагуляции: дефицит антитромбина III (n=5), дефицит C и S белка (n=1). ВМТ на фоне неопластического процесса выявлен у 2 больных. Всем пациентам назначен гепарин и варфарин в течение длительного периода. Вывод: Лечение пациентов с ОМИ является сложной задачей. ВМТ необходимо подозревать во всех случаях прогрессирующей острой боли в животе, особенно у пациентов с высоким тромбоземболическим риском. Ранняя диагностика и противотромбозное лечение являются ключевыми факторами, позволяющими избежать развития синдрома короткого кишечника в результате расширенных резекции. Появившиеся в последнее время технические возможности диагностики и интенсивной терапии, применение дифференцированного подхода позволяют снизить показатели летальности.

### **36. Оптимизация диагностики и лечения критической ишемии нижних конечностей у больных с высоким хирургическим риском.**

Долгополов В.В., Торба А.В., Чайка О.О., Потеряхин В.П., Чернова Н.В.;

Луганск, ЛНР

ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с критической ишемией нижних конечностей на почве окклюзионных заболеваний магистральных артерий, имеющих нереконструктабельный тип поражения сосудов и тяжелую сопутствующую патологию (высокий хирургический риск). Системная воспалительная реакция является одним из ключевых звеньев в развитии критической ишемии нижних конечностей у больных с облитерирующими заболеваниями артерий, в связи с высоким содержанием у них клинических и лабораторных признаков воспаления. В диагностике системной воспалительной реакции важное значение имеет выявление «малых» признаков воспаления, которые определяются у 95% больных с критической ишемией нижних конечностей. Метод целевой малообъемной гемоперфузии, играя роль лейкоцитарного фильтра, уменьшает симптомы системной воспалительной реакции и тем самым подавляет явления критической ишемии конечности. У больных с высоким хирургическим риском количество высоких ампутаций снижается на 33,4% (в течение первого года наблюдения), а летальность в 1,5 раза. Применение перфторорганических соединений представляется нам перспективным направлением в лечении больных с критической ишемией нижних конечностей и высоким хирургическим риском. В группе больных, которым вводился перфторан, количество высоких ампутаций было на 34% меньше, а летальность в 4 раза ниже, чем среди пациентов, получавших только «базисную» терапию. Метод петлевой эндартерэктомии занимает важное место в лечении больных с критической ишемией нижних конечностей и высоким хирургическим риском, помогает сохранить жизнеспособность конечности или ее части. Поясничная ганглиэктомия (симпатэктомия) прочно занимает свое место в лечении больных с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей в стадии критической ишемии. У пациентов с дистальным типом поражения сосудистого русла поясничная ганглиэктомия может сочетаться с «экономными» ампутациями, часто помогая сохранить коленный сустав, что не маловажно для последующего протезирования конечности и улучшения качества жизни больных. Пациентам с высоким хирургическим риском ганглиэктомия не показана (риск общей анестезии). Проведение интенсивной противовоспалительной терапии (нестероидными средствами), направленной на подавление системной воспалительной реакции, во многих случаях способствует переходу критической ишемии конечности в сухую гангрену пальцев и стопы, отказу от ампутации, сохранению жизни пациентам. На основе выявления «малых» признаков системной воспалительной реакции создан прогностический алгоритм, позволяющий с 70% - ой вероятностью определять клинический исход у больных с критической ишемией нижних конечностей и высоким хирургическим риском, что позволяет выбрать наиболее правильную тактику лечения.

### **37. Тактика лечения критической ишемии нижних конечностей у больных с высоким хирургическим риском.**

Долгополов В.В., Торба А.В., Чайка О.О., Долгополов В.Е.

Луганск, ЛНР

ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

В диагностике критической ишемии нижних конечностей важное значение имеет определение признаков системной воспалительной реакции, помогая подобрать правильное лечение для больных с высоким хирургическим риском. Петлевая эндартерэктомия показана у больных с проксимальным типом поражения сосудистого русла и невысоким хирургическим риском по прогностической шкале признаков SIRS и по Vascular-POSSUM. Поясничная ганглиэктомия показана у больных с дистальным типом поражения сосудистого русла нижних конечностей и невысоким хирургическим риском (по шкалам прогноза) в комплексе с экономными ампутациями стопы и голени. 4. Метод целевой малообъемной гемоперфузии показан у больных с дистальным типом поражения сосудистого русла и высоким хирургическим риском в сочетании с консервативной терапией. 5. У больных с многоэтажным и дистальным типом поражения сосудистого русла эффективным является использование перфторана в/венно коротким курсом (3-5мл/кг в сутки, 3-4 инфузии с интервалами 1-2 дня) в сочетании с «базисной» сосудистой терапией. Высокая ампутация нижней конечности у больных с критической ишемией показана при неэффективности вышеперечисленных методов лечения, либо по жизненным показаниям (влажная гангрена). У больных пожилого и старческого возраста с высоким хирургическим риском показания к ампутации должны быть ограничены из-за высокой периоперационной и послеоперационной летальности. Эффективным, на наш взгляд, представляется противовоспалительная терапия (ибупрофен) направленная на то, чтобы, по возможности, купировать процесс формирования влажной гангрены, избежав тем самым высокой ампутации конечности и сохранение жизни пациентов. Использование «малых» признаков системной воспалительной реакции с прогностической целью представляется перспективным у больных с критической ишемией нижних конечностей и высоким хирургическим риском, что в ряде случаев позволит избрать правильную тактику лечения и доступно не только специалистам -ангиохирургам, но и врачам общехирургических стационаров.

### **38. Индивидуальный патогенетический подход к лечению пациентов с осложненной диабетической стопой.**

Кучер Д.В., Шевченко Н.В., Кучер А.Н., Юденюк Р.А., Рындин В.Г.

Белая Калитва

МБУЗ «Центральная районная больница» Белокалитвинского района Ростовской области

Актуальность проблемы. Проблема лечения пациентов с осложнённой диабетической стопой постоянно актуальна для хирургической службы – как общелечебной сети, так и специализированных отделений. Поступление пациентов с крайне запущенными флегмонами стопы, с некомпенсированным и нелеченым годами диабетом, а также сложность формирования местных протоколов ведения таких пациентов на фоне перманентного дефицита лекарственного, диагностического и инструментального компонентов – требуют от врачей мобилизации и пробуждения творческого потенциала. Проведенный пять лет назад анализ лечения пациентов с синдромом диабетической стопы (СДС) выявил неудовлетворительные результаты. Имели место высокая летальность,

большое количество высоких ампутаций (до 40%), обоснованные жалобы и претензии пациентов. Материалы и методы. Коллективом отделения был проведён анализ современных методов диагностики и лечения пациентов с синдромом диабетической стопы (СДС). Один из сотрудников прошёл обучение на базе отделения гнойной хирургии ОБ №2 (г. Ростов-на-Дону) – региональном центре лечения пациентов с диабетической стопой. Проведена методическая работа – анализ современных монографий, имевшихся федеральных и региональных стандартов и протоколов ведения больных по профилю. В 2011 году в отделении внедрён комплексный подход к диагностике и лечению пациентов с СДС. Диагностический протокол включает: - определение гликемии, уровня гликированного гемоглобина, глюкозы и кетоновых тел в моче, холестерина, триглицеридов, фибриногена, АЧТВ и ТВ, фибрин-мономерных комплексов (РФМК); - неврологический осмотр: оценка жалоб, исследование болевой, тактильной, вибрационной и температурной чувствительности, их оценка по шкале NDS, оценка сухожильных рефлексов, электромиография; - оценку гемодинамики – исследование пульса в различных сегментах, определение плече-лодыжечного индекса, ультразвуковая доплерография, осмотр офтальмолога; - инструментальную визуализацию: рентгенография и РСКТ, УЗИ мягких тканей стопы в динамике; - микробиологические и гистологические исследования. В настоящее время два инструментальных исследования имеют определяющую роль при планировании стратегии лечения. Большое значение придаем выполнению РСКТ стопы, которая зачастую выявляет костно-деструктивные изменения незамеченные при классической рентгенографии. Также ультразвуковая доплерография артерий нижних конечностей помогает определить перспективность сохранения дистальных отделов конечности. Лечебный протокол включает: - раннюю радикальную хирургическую обработку гнойного очага (РХОГО) с визуализацией подопоневротических пространств стопы и некрофасциоэктомией; - контроль и коррекцию гликемии инсулинами короткого действия, в тяжёлых случаях – с использованием титрованных доз, вводимых в/в при помощи инфузомата; - лечение нейропатии; - коррекцию имеющихся сопутствующих заболеваний; - иммобилизацию и разгрузку конечности; - физиотерапевтическое лечение; - метаболическую поддержку: сулодексид, депротенизированные гемодиализаты, витамины, сукцинаты; - при показаниях – гепарин, в том числе титрованно вводимый в/в при помощи инфузомата (500-1000 ЕД в час); - антибиотикотерапию, основанная на чувствительности микроорганизмов. Принципиально тщательный анализ, контроль и коррекция гипергликемии инсулинами короткого действия, проводимые под наблюдением эндокринолога, в тяжёлых случаях – в реанимационном отделении с использованием титрованных доз инсулина, вводимого в/в при помощи инфузомата, на фоне ежечасного контроля гликемии Реваскуляризирующие вмешательства в нашем учреждении не доступны. У части пациентов применяем алпростадил, вводимый инфузионной помпой длительно в течение 3-7 суток. В отделении оформлен стенд, где больной может узнать о современных подходах к питанию, правилам ухода за стопой, методам разгрузки конечности. При выписке пациентам дается памятка по этим мероприятиям и рекомендуемой гимнастике. Результаты. Нами проанализированы результаты лечения 557 пациентов с осложненными формами СДС с 2012 по 2016 год. Среди пациентов было 364 (65,3 %) женщин и 193 (34,7 %) мужчин в возрасте от 32 до 93 лет. Возрастная пирамида: до 40 лет – 5, от 40 до 50 – 21, от 50 до 60 – 106, от 60 до 70 – 208, от 70 до 80 – 161, от 80 до 90 – 50, старше 90 – 6 пациентов. Сахарный диабет 1 типа был у 14 (2,5 %) больных, 2 типа – у 543 (97,5 %) больных. Все больные имели сопутствующие заболевания. У всех пациентов имелись выраженные явления нейропатии. Результаты микробиологического исследования раневого отделяемого: грамположительная флора (чаще – *St. aureus et epidermidis*), а также смешанная флора и ассоциации. Оперированы все пациенты. Выполнено 934 оперативных вмешательства. Чаще первым этапом пациентам выполняется РХОГО стопы – у 495 (88,9 %) больных, из них с ампутацией пальцев и резекцией стопы различного объема у 346 (62,1 %). Первичные ампутации на уровне бедра выполнены в 30, на уровне голени – 5 случаях. Через каждые 2-4 суток открытого

ведения раны на фоне ежедневных перевязок прибегаем к ревизии раны под общим обезболиванием с контролем, некрэктомией. У части пациентов при этом производится резекция стопы в необходимом объеме. Общее количество резекций стопы: по Шарпу – 85, в суставе Лисфранка – 19, в суставе Шопара – 17, на уровне основных фаланг – 234. В случае положительной динамики последним этапом хирургического лечения является наложение вторичных швов или лейкопластырное стягивание краев раны. При отсутствии положительной динамики ставится вопрос о вторичной ампутации. Вторичные ампутации на уровне бедра были выполнены 37 пациентам, на уровне голени 13. Общая летальность составила 12 пациентов. Выводы. Патогенетически индивидуальное этапное хирургическое и медикаментозно-физиотерапевтическое лечение с использованием диагностического и лечебного протоколов снизили процент ампутаций на уровнях бедра и голени до 15,3% и общую летальность до 2,2%.

### **39. Лечебно-диагностическая тактика при остром восходящем тромбофлебите подкожных вен нижних конечностей.**

Долгополов В.В., Торба А.В., Чайка О.О., Долгополов В.Е., Линев К.А., Перепелица С.В., Дубинин И.Н.

Луганск, ЛНР

ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

Одной из актуальных проблем современной сосудистой хирургии является острый восходящий тромбофлебит (ОВТ) подкожных вен нижних конечностей. Восходящий тромбофлебит - ургентное заболевание, относящееся к разделу неотложной, экстренной ангиохирургии. Восходящие формы тромбофлебита реально угрожают распространением тромбоза на глубокие вены и развитием тромбоза лёгочных артерий (ТЭЛА). Распространённость тромбоза глубоких вен на фоне тромбофлебита поверхностных вен на основе УЗДС по данным литературы составляет от 10% до 30%. По данным Савельева В.С. (2001), он развивается у каждого 5-6-го пациента в России (5-6 млн. человек) с варикозной болезнью. Особенностью течения острого варикотромбофлебита (ОВТФ) является склонность его к рецидивам, который возникает более чем в половине случаев. Цель исследования: улучшение результатов лечения различных форм острого тромбофлебита подкожных вен нижних конечностей. По дизайну исследование было организовано в соответствии с критериями ЮН ВСР, как открытое, рандомизированное, сравнительное в параллельных группах больных. Пациенты были разделены на три группы сравнения. 1. Первая группа. Больные с острым тромбофлебитом в бассейне малой или большой подкожной вены, оперированные путём резекции сафено-фemorального (сафено-поплитеального) соустья. В группу вошли 196 пациентов. 2. Вторая группа. Больные с острым тромбофлебитом в бассейне малой или большой подкожной вены, путём резекции сафено-фemorального (сафено-поплитеального) соустья, с флебоцентезом конгломератов тромбированных подкожных вен. В группу вошли 141 пациент. 3. Третью группу составили пациенты с острым тромбофлебитом подкожных вен в бассейне большой подкожной вены на голени, которым проводилась консервативная терапия. В группу вошли 110 пациентов. Группы были сопоставимы по основным критериям (пол, возраст, сопутствующие заболевания и терапия), репрезентативны. Данное разделение по группам аргументировано основными подходами к лечению пациентов с тромбофлебитом подкожных вен нижних конечностей. Оценку ближайших и отдаленных результатов мы проводили по следующим основным параметрам: рецидив тромбофлебита; наличие тромбоза лёгочной артерии или её рецидив; состояние венозного оттока (наличие симптомов ХВН, тромбоз глубоких вен); наличие тяжёлой в проекции тромбированной вены; купирование основных клинических симптомов. Лечебно-диагностическая тактика при остром тромбофлебите подкожных вен нижних конечностей зависит от локализации

тромботического субстрата и выраженности воспалительного инфильтрата. Наиболее достоверным методом диагностики острого тромбоза подкожных вен нижних конечностей является дуплексное сканирование, при распространении тромботического процесса на глубокие вены выше паховой складки показано применение флебографии. Как показали результаты инструментальных методов диагностики, уровень гиперемии кожи и пальпаторно определяемого тяжа обычно не соответствовал уровню тромбоза. Верхушка тромба, располагалась выше на расстояние до  $15 \pm 3,6$  см ( $p < 0,05$ ). При локализации тромботического субстрата ниже щели коленного сустава показана консервативная терапия с динамическим наблюдением и выполнением венэктомии при стихании воспалительного процесса. В случае распространения тромботического процесса на бедро показана кроссэктомия в экстренном порядке. При наличии воспалительных конгломератов тромбированных вен резекцию большой и/или малой подкожной вены необходимо дополнять флебоцентезом. Миниинвазивный метод хирургического лечения воспалительных инфильтратов при тромбозах (флебоцентез) позволяет добиться быстрой реабилитации пациентов в послеоперационном периоде и в большинстве случаев после флебоцентеза развивается стойкая облитерация подкожных вен, что снижает необходимость оперативного лечения по поводу варикозной болезни в дальнейшем. Для всех пациентов принципиально важным является качества жизни после проведенного лечения. Мы проводили анкетирование пациентов с помощью опросника ЭР-3б с тромбозом подкожных вен нижних конечностей при поступлении в стационар и сравнили со среднепопуляционными. Наиболее большой прирост показателей КЖ по сравнению с исходными значениями и общий уровень качества жизни у пациентов с тромбозом подкожных вен нижних конечностей при выписки из стационара наблюдался во второй группе пациентов. Данный факт подтверждает благоприятное влияние флебоцентеза на течение тромбоза, в связи со значительным уменьшением воспалительного инфильтрата, болевого синдрома, с положительной субъективной оценкой пациентом. У пациентов с тромбозом подкожных вен нижних конечностей выявлено достоверное значимое повышение показателей КЖ по сравнению с исходным уровнем до проведенного в отделении лечения по всем шкалам. Внедрение в практику лечебно-диагностической тактики при тромбозах подкожных вен нижних конечностей позволит повысить эффективность лечения, а также значительно сократить количество венозных тромботических осложнений не только в специализированных сосудистых центрах, но и в общехирургических отделениях.

#### **40. Дифференцированный подход при хирургическом лечении больных с критической ишемией нижних конечностей.**

Долгополов В.В., Мирошниченко П.В., Торба А.В., Чайка О.О., Долгополов В.Е.

Луганск, ЛНР

ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

В последние десятилетия прогрессивно растет число больных с окклюзионными заболеваниями аорты и магистральных артерий нижних конечностей. Среди причин неудачных исходов реконструктивных операций на артериальных сосудах одним из основных является неверная оценка «путей оттока и притока» (А.В. Покровский с соавт. 2007, А.В. Чупин с соавт., 2004), а также недостаточная коррекция гиперкоагуляции (Е. П.Кохан 2001, А.В. Покровский с соавт. 2005). Выбор оптимального метода оперативного вмешательства, а также целенаправленная антитромботическая профилактика позволяют улучшить результаты хирургического лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей (Л.А. Бокерия и соавт. 2009, А.В. Гавриленко и соавт. 2008, В. И. Коваленко 2004). В связи с выше изложенным представляется актуальным выбор оптимальных методов хирургического лечения и профилактики тромботических осложнений у больных



с критической ишемией нижних конечностей (КИНК). Целью настоящего исследования является улучшение результатов хирургического лечения больных с критической ишемией нижних конечностей путем дифференцированного подхода. Материалы и методы исследования В основу настоящего исследования положены результаты ретроспективного анализа исходов 198 реконструктивной операции, выполненных у 160 больных с окклюзирующими заболеваниями брюшной аорты и артерий нижних конечностей в стадии «критической» ишемии. Эти больные проходили лечение в период с января 2000 по сентябрь 2016 г. в отделении сердечно-сосудистой хирургии Луганской республиканской клинической больницы. Возраст наблюдаемых больных был от 37 до 80 лет и составил в среднем  $67,5 \pm 5,5$  лет, большинство обследуемых больных (50,6%) были в возрасте от 51 до 67 лет, мужчин было 146 (91,25%), женщин 14 (8,75%). Количество пациентов с проксимальным, дистальным, а также многоуровневым типами поражения было примерно одинаковым. Поражение проксимальных отделов встречалось у 29,3% пациентов, дистального сосудистого русла у 35,0% больных. Многоуровневые поражения магистральных артерий отмечены у 35,7% больных. Наибольшее число больных 130 (81,3%) имели III степень хронической ишемии нижних конечностей (по классификации Фонтейна-Покровского). IV степени ишемии была у 30 (18,7%) больных. Длительность анамнеза исследованных пациентов составила от 1 года до 10 лет, в среднем  $5 \pm 2,5$  года. Длительность критической ишемии в среднем составила  $1,8 \pm 0,6$  месяца. Оперировано 160 больных, выполнено 198 операций. При этом произведено 47 изолированных реконструктивных вмешательств на проксимальном сегменте, 56 больных оперированы на дистальном сосудистом русле. Результаты хирургического лечения больных с КИНК В раннем послеоперационном периоде неудачи артериальных реконструкций при КИНК были связаны с развитием тромбозов протезов и шунтов и обусловлены чаще всего тактическими ошибками и техническими погрешностями хирургических вмешательств. При анализе результатов оперативного лечения выявлена зависимость частоты и характера полученных осложнений от типа ишемии (характера поражения артериального русла). У пациентов с проксимальным типом КИНК выше частота летальных исходов (12,8% против 3,8%), а у больных с дистальным типом - тромбозов шунтов (17,8% против 8,5%). Частота ампутаций также выше при операциях на дистальном артериальном русле (10,7% против 4,2%). Высокую летальность у больных с проксимальным типом поражения можно объяснить большим объемом операций у больных с поражением аортоподвздошного сегмента при наличии тяжелой сопутствующей патологии. Высокая частота тромбозов и ампутаций в случаях дистальных поражений чаще связана с неадекватным состоянием воспринимающего артериального русла. Тактические ошибки связаны с неадекватной оценкой характера поражения сосудистых бассейнов притока и оттока. В нашей работе таких ошибок было 6 случаев. Тщательная оценка состояния артериального русла, всестороннее изучение путей притока и оттока позволяет избежать тактических ошибок при выполнении реконструктивных сосудистых операций. Сложной задачей является определение последовательности вмешательств у больных с некротическими поражениями на фоне КИНК. Попытки некрэктомии и санации раны до бедренно-тибиального шунтирования у больных атеросклеротическим поражением без сопутствующего сахарного диабета оказались неоправданными. Стремление радикально очистить раны от некротических тканей приводило к прогрессированию некроза. У таких пациентов выполняли некрэктомию только через 2-3 дня после успешной реваскуляризирующей операции, когда четко намечалась демаркационная линия. У больных сахарным диабетом с сухим отграниченным некрозом при КИНК некротические ткани удаляли тотчас после реваскуляризирующей операции. При влажных некрозах на стопе и подозрении на анаэробную инфекцию за 2-3 дня до реваскуляризации стремились выполнить радикальную некрэктомию. При прогрессировании гнойно-некротических осложнений с целью сохранения жизни больного выполняли первичную ампутацию. Сроки кожно-пластических операций зависели от размеров раны после некрэктомии и активности репаративных процессов. Применяли различные виды кожной пластики, а также костно-пластическую ампутацию голени по Пирогову (в 8 случаях). Для

уменьшения риска послеоперационных тромбозов необходим дифференцированным подход к тактике и технике оперативных вмешательств. Тщательная дооперационная оценка путей «притока и оттока» позволяет избежать тактических ошибок. Таким образом, хирургическое лечение больных с критической ишемией нижних конечностей, обусловленной поражением артерий голени и осложненной гнойно-некротическими изменениями, является вполне обоснованным, хотя это сложный, длительный и дорогостоящий вид деятельности, объединяющий труд сосудистых и пластических хирургов. Выполнение бедренно-берцового шунтирования в комплексе с интенсивной антитромботической терапией позволяет сохранить нижнюю конечность у 86% больных в раннем послеоперационном периоде и у 78% пациентов через год после операции.

#### **41. Хирургическая коррекция соединительнотканной дисплазии как основной причины «кинкинга» внутренней сонной и позвоночной артерии.**

Сорокина А.А., Углов А.И., Сергеев В.А., Мазур В.В., Мазур Д.В.

Ростов-на-Дону

ДКБ на Станции Ростов-Главный ОАО «РЖД»

По данным ВОЗ, ежегодно от цереброваскулярных заболеваний умирают около 5 млн человек. Патологическая извитость брахиоцефальных артерий встречается у 16-26 % взрослого населения, выявляются различные варианты удлинения экстракраниальных отделов магистральных артерий головы (кинкинг, перегиб, койлинг, скручивание). Патологическая извитость внутренних сонных и позвоночных артерий ассоциируется с малыми формами дисплазии соединительной ткани и является одним из проявлений ангиодисплазий. Патологическая извитость ВСА, ПА имеет клинические проявления в виде цереброваскулярной недостаточности (93,6%), преходящих нарушений мозгового кровообращения (4,3%), ишемического инсульта (2,1%). Цель исследования: оценить результаты реконструктивных операций при патологической извитости сонной и позвоночной артерий. Материал и методы исследования. В отделении сердечно-сосудистой хирургии НУЗ ДКБ на станции Ростов-Главный ОАО «РЖД» за период 2012 - 2016 гг. находились на лечении с диагнозом «кинкинг» внутренней сонной артерии (ВСА) – 382 больных и позвоночных артерий (ПА) – 102 пациентов. Мужчин было 179 (36,9%), женщин – 305 (63,1%). Средний возраст составил  $63 \pm 7,8$  лет. Среди больных с «кинкингом» внутренней сонной артерии перенесенный инсульт в анамнезе имел место у 185 (48,9%) больных, транзиторная ишемия атака – у 34 (8,9%), у 96,6 % больных была выявлена гипертоническая болезнь с длительным анамнезом, бессимптомное течение у 13 (3,4%). Кинкинг позвоночной артерии у всех больных проявлялся клиникой вертебро-базиллярной недостаточности, в том числе у 18 (17,6%) – эпизодами транзиторной ишемической атаки. Результаты исследования. Вид реконструкции зависел от формы, протяженности «кинкинга». При петлеобразовании ВСА, ПА была произведена резекция измененной части с анастомозом конец в конец, при некоторых формах S-извитости ВСА, ПА выполнялась редрессация «кинкинга». Во всех случаях оперативного лечения применялся общий эндотрахеальный наркоз. Послеоперационный период у 99,8% пациентов протекал без осложнений. В 1 случае (0,2%) развился ишемический инсульт в результате тромбоза анастомоза, у которого ВСА был анастомозирован с наружной сонной артерией, у остальных пациентов при проведении УЗИ в послеоперационном периоде гемодинамически значимых препятствий кровотоку в области оперативного вмешательства не отмечалось. Выводы. Таким образом, реконструктивные операции при «кинкинге» синдроме магистральных артерий головного мозга являются эффективными в плане профилактики ишемических повреждений головного мозга, восстановления адекватного кровотока церебральных артерий и перфузии мозговой ткани, уменьшения выраженности неврологического дефицита, снижения инвалидизации и смертности.

#### **42. Эверсионная эндартерэктомия как операция выбора при патологии брахиоцефальных артерий.**

Сорокина А.А., Углов А.И., Сергеев В.А., Мазур В.В., Мазур Д.В.

Ростов-на-Дону

НУЗ ДКБ на Станции Ростов-Главный ОАО «РЖД»

Цереброваскулярная патология занимает второе-третье место в ряду главных причин смертности и является ведущей причиной инвалидизации населения. Доля острых нарушений мозгового кровообращения в Российской Федерации в структуре общей смертности составляет 21,4%, а инвалидизация после перенесенного инсульта достигает показателя 3,2 на 10 тыс. населения, занимая первое место среди всех причин первичной инвалидности. Две трети ишемических инсультов связаны со стенозирующей и деформирующей патологией сонных артерий. Цель исследования. Проанализировать результаты оперативного лечения у пациентов с окклюзирующими поражениями брахиоцефальных артерий. Материалы и методы. В основу работы положены результаты хирургического лечения окклюзирующих поражений внутренних сонных артерий у 578 больных, лечившихся в отделении сердечно-сосудистой хирургии НУЗ ДКБ на станции Ростов-Главный ОАО «РЖД» за период с 2012 по 2016 гг. Мужчин было 364 (62,9%), женщин – 214 (37,1%). Средний возраст составил  $72 \pm 9,8$  лет. Результаты исследования. Эндартерэктомию из ВСА производили двумя методами: «классическим» и эверсионным. Операцией выбора в 90% случаев была эверсионная каротидная эндартерэктомия. Ближайшие результаты операций в целом благоприятны. Выживаемость составила 100%. В раннем послеоперационном периоде отмечены нелетальные осложнения: повреждение возвратного нерва у 4 (0,7%), что сопровождалось временной осиплостью голоса, реперфузионный синдром отмечен у 84 (14,5%) пациентов с симптомными бикаротидными стенозами. В ближайшем послеоперационном периоде отмечено улучшение клинического состояния у всех больных. Выводы. Таким образом, хорошие результаты, а именно отсутствие ОНМК, транзиторных ишемических атак, полный или частичный регресс сосудисто-мозговой недостаточности получены у всех больных. Выбор оптимального метода оперативного лечения, а именно эверсионная каротидная эндартерэктомия, позволил снизить число случаев неврологических осложнений.

#### **43. Результаты комплексного лечения гериатрических больных с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей и ИБС.**

Магомедов М.Г., Рамазанов М.Р., Алиев Б.О., Исмаилов Х.М., Магомедов Н.М.

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. Лечение больных с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОААНК) с сопутствующей ИБС, остаётся одной из актуальных проблем современной ангиологии. Обусловлена она, дистальной формой и многоэтажностью поражения сосудистого русла и чаще сочетается с ИБС. Частота возникновения ОААНК и ИБС не снижается, показатели инвалидности и смертности довольно высоки, а проводимая консервативная терапия не всегда эффективна. В лечении ОААНК и ИБС наименее разработанным на настоящий момент является направление, связанное с доставкой к ишемизированным тканям кислорода. Цель работы. Дать сравнительную оценку результатов лечения с использованием озонированного

перфторана в сочетании с карведилолом и розувастатином в терапии больных ОААНК и ИБС. Материалы и методы. Для изучения динамики клинических и неинвазивных объективных критериев состояния больных с ОААНК и ИБС при включении в стандартную схему лечения перфторана нами приводится проспективное исследование. В рандомизированную выборку включены 90 больных, у которых клинико-инструментальными методами была верифицирована ОААНК и ИБС. По классификации Ф.Фонтане и А.В.Покровского вторую стадию ишемии имели - 34, третью - 50 и четвертую - 6 больных. Все больные, удовлетворяющие критериям включения, были разделены на 2 группы – контрольная и основная. В основную группу вошли 45 больных, из них 12 пациентов имели ишемию II степени, 30 человек - III степени и 3-е - ишемию IV степени. В контрольной группе – 45 человек (17 больных с ишемией II степени, 26 человек с III степени и 2 – с хронической ишемией IV степени). Группы были статистически сопоставимы между собой по основным исходным критериям. В контрольной группе использовалась традиционная стандартная схема лечения – трентал, реополиглюкин, дезагреганты, актовегин, мексидол, антикоагулянты, кардиотропные препараты и др. У 45 больных основной группы в состав комплексного лечения наряду с традиционной терапией включали озонированный перфторан в дозе 3-4 мл/кг в/в капельно в течение 2-3 часов, всего 3 инфузий через два дня в сочетании с карведилолом 12,5 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней. При хорошей переносимости дозу препарата повышали до 50 мг и розувастатин по 10 мг 1 раз в сутки в течение 2-х недель, затем дозу повышали до 20 мг 1 раз в сутки. Клинический статус оценивали по данным модифицированной таблицы Rutherford et al. (2000 г.), изменения состояния гемодинамики – методом доплерографии. Микрогемодинамику в поражённой конечности оценивали при помощи метода лазерной доплеровской флоуметрии, интенсивность болевого синдрома – по визуальной аналоговой шкале Visual Analogue Scale (VAS). Результаты и обсуждение. Результаты лечения оценивали как «хороший», «удовлетворительный» и «неудовлетворительный». Хорошим считался результат, когда у больного под воздействием лечения уменьшались или полностью проходили боли в покое и удавалось перевести из III степени ишемии во II-ю, а из II - в I. Удовлетворительным считался результат, когда у больного удавалось ограничиваться минимальным хирургическим вмешательством типа ампутациям пальцев стопы. Неудовлетворительный результат лечения, когда у больных в комплексе лечения с минимальным хирургическим вмешательством оказалось, неэффективным и им выполнялись, ампутации конечности на уровне средней трети бедра. У 40 больных (88,9%) основной группы было достигнуто улучшение клинического статуса – значительное (+3) у 15 больных, умеренное (+2) у 18 больных, минимальное улучшение (+1) у 11 пациентов. Кроме того, на фоне лечения отмечали достоверное снижение интенсивности болевого синдрома, отказ от принимаемых анальгетиков или сокращение их дозы. Трём больным с некротическими изменениями (IV стадия ишемия) были выполнены краевые некрэктомии на уровне фаланг пальцев стопы. У двух больных раны полностью зажили, а у 1-го было отмечено значительное ухудшение (-3) в клиническом статусе и на фоне прогрессирующих изменений на стопе с формированием влажной гангрены выполнена ампутация на уровне средней трети бедра. В контрольной группе результаты лечения были хуже. Положительный результат в виде значительного улучшения (+3) достигнут у 5 больных, умеренного (+2) - у 15 больных, минимального (+1) у 22 больных. В 3 случаях лечение не привело к клиническому успеху и отмечено значительное ухудшение (-3) с выполнением ампутаций на уровне средней трети бедра больным с IV степенью ишемии, у 1-го из них с летальным исходом. В результате анализа проведенного лечения лучшие исходы отмечены в основной группе. Всего положительные (хорошие и удовлетворительные) исходы получены у 43 (95,6%) больных, а отрицательные - у 2 (4,4%). В контрольной группе соответственно: 39 (86,7%) и 6 (13,3%). Сравнительный анализ результатов лечения показывает, что в основной группе больных процент положительных исходов выше, чем в контрольной и составляет 95,6%. Выводы. Включение озонированного перфторана в сочетании с карведилолом и розувастатином в стандартную схему

фармакотерапии лечения ОААНК с ИБС приводило к улучшению показателей гемодинамики, повышению уровня клинического статуса, позволило снизить количество ампутаций и улучшить исходы лечения.

#### **44. Роль и значение средства «Ихтиосин» в лечении трофических нарушений и язв нижних конечностей у гериатрических больных.**

Магомедов М.Г., Магомедов Н.М.

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. Проблема лечения венозно-трофических язв нижних конечностей (ВТЯНК) не только не утратила своего значения, но напротив, актуальность её в современной медицине неуклонно возрастает. Выполнение оперативных вмешательств на голени в условиях трофических язв чревато развитием гнойно-некротических осложнений. Традиционное применение различных консервативных методов лечения, значительное количество побочных эффектов и аллергических реакций при использовании лекарственных препаратов не удовлетворяют клиницистов в связи с недостаточной эффективностью и длительностью лечения. В этом отношении наиболее перспективным нам представляется местное применение средства «Ихтиосин» на фоне общей базисной традиционной терапии, что является ключевым моментом в подготовке к операции, а у многих больных (при наличии противопоказаний) - основным видом лечения на протяжении всей жизни. Целью работы. Улучшение результатов комплексного лечения больных с трофическими нарушениями и язвами нижних конечностей путем местного использования комбинированного средства «Ихтиосин». Материалы и методы. Анализированы результаты комплексного лечения 95 больных с трофическими нарушениями и язвами нижних конечностей на фоне лимфо-венозно-артериальной недостаточности с местным применением средства «Ихтиосин» (Патент РФ №2546030 от 27.02.2015). Лечение проводилось по трем направлениям: общая консервативная терапия, местное лечение трофических нарушений и язв, оперативная коррекция нарушений кровотока и дефекта кожных покровов. Общая медикаментозная терапия включала применение традиционных лекарственных средств в том числе ангиотропных и венотоников. Объем и продолжительность его варьировал в зависимости от состояния больного. Местное лечение основывалось на применении средства «Ихтиосин» (Патент РФ № 2545724 26.02. 2015. Объем оперативного вмешательства определялся этиологией и степенью хронической недостаточности гемодинамики. Средство «Ихтиосин» был применен у 4-х групп больных с трофическими язвами голени и стоп. У 32 из них причиной деструкции явилась лимфовенозная недостаточность (ЛВН) на фоне первичного варикоза или рецидива болезни (1-я группа), у 20 человек - на почве посттромбофлебитической болезни (2-я группа), у 22-х - в результате ЛВН и сахарного диабета (СД-II) (3-я группа), у 21- вследствие несостоятельности обеих звеньев притока и оттока (венозная и артериальная окклюзии) (4-я группа). Возраст больных - от 58 до 92-х лет, средний - 75 лет. Соотношение между мужчинами и женщинами - 1:3. Большинство 92 (87,4%) пациентов были старше 60 лет. У 58,5% пациентов отмечено поражение левой конечности. Приоритетную локализацию имели язвы голени (94,6%). Давность процесса от 2-х недель до 17-ти лет. Средний «возраст» язв составил 3 года 5 мес. Все пациенты длительно и безуспешно пытались избавиться от язв. По 2 и более язв в пределах одной анатомической области имели 18 человек (19%). В 6 наблюдениях поражение было двухсторонним. Способ нанесения средства на деструктивный очаг и режим перевязок проводился обычно. В 3-й и 4-й группах больных местное лечение осуществлялось на фоне регионарной внутриартериальной ангиотропной и антибактериальной терапии на

стороне язвы. В схему лечения также входило компрессионное бинтование конечности. У больных с СД-II иногда язву орошали раствором простого инсулина, в случаях чрезмерной протеолитической активности процесса язвенный очаг орошали раствором контрикала. Лечебный эффект оценивали по клиническим данным, лабораторным показателям, бактериологическим, цитологическим, планиметрическим показателям, данным ультразвукового ангиосканирования. Результаты и обсуждение. В результате проведенного клинического исследования выявлено положительное влияние средства «Ихтиосин» на репаративные процессы у всех пациентов. Активная фармакокинетика и синергизм действия ингредиентов представленного средства способствуют быстрому «оживлению» вялотекущего очага деструкции. Благодаря литическому эффекту, уже после первых перевязок язвы активно освобождаются от некротического субстрата, на месте подрытых краев появляется «слоеная» полоска краевой эпителизации. Динамика этих положительных изменений нарастает по мере приближения этапа заживления. Сроки полной эпителизации язв зависели от их размеров, состояния регионарной микроциркуляции, состава и морфофункциональных особенностей микрофлоры. Во всех клинических наблюдениях удалось получить положительный исход, рецидивы язв отмечены в 5 случаях. Кроме того, под влиянием средства «Ихтиосин» без дополнительной терапии удалось купировать явления острого индуративного целлюлита и экзематозного дерматита почти у всех больных. После полного их заживления по показаниям выполнялась флебэктомия, поясничная десимпатизация и другие вмешательства. Побочных эффектов лечения, аллергических реакций и других осложнений не было отмечено. Выводы. Полученные результаты лечения трофических нарушений и язв нижних конечностей путем местного применения средства «Ихтиосин», содержащей в своем составе известные препараты в удачно подобранном соотношении, свидетельствует о его эффективном лечебном воздействии на раневой процесс, безопасности для больного, простоты в использовании и дешевизна средства и может быть рекомендовано к широкому применению в клинической практике.

#### **45. Аневризма аорты: профилактика острого послеоперационного повреждения почек.**

Шано В.П., Демчук О.В., Гуменюк И.В.

Донецк, ДНР

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака

Актуальность. Не менее, чем у 50% больных, оперированных при разрыве или угрозе разрыва брюшного отдела аорты развивается острое послеоперационное повреждение почек (Колесников С.В., Борисов А.С., 2013, Миронов П.И., 2009, Wijeyesunobra D. N., 2006, Van Eps. R. G., 2007 и др. ). Целью работы явилось изменение тактики детоксикационной терапии, как метода профилактики острого послеоперационного почечного повреждения на основании принципа приоритета действия, т. е., прекращения влияния нефротических факторов, патогномоничных для острого послеоперационного почечного повреждения (ОППП) в I фазу послеоперационной болезни. К таким факторам отнесли внутрисосудистый гемолиз вследствие массивной аллотрансфузии и показатель BE. Материалы и методы. Ретроспективное нерандомизированное когортное обсервационное исследование, проверяющее гипотезу влияния дискретного плазмафереза на показатели внутрисосудистого гемолиза и BE, как патогномоничных факторов развития ОППП. Объем кровопотери оценивали по протоколу ATLS, гемолиз определяли гемоглобинциановым методом, тяжесть ОППП на основании RIFLE. Результаты и обсуждение. Из 118 у 73 (77%) больных установлено ОППП в стадии «D», а у 27 (23%) - в стадию «F». Кровопотеря II класса 1127-1449 мл наблюдалась у 43 (36,4%) больных и требовала во время операции введения 2-х доз донорских эритроцитов и реинфузии 5-6

мл/кг; при III классе кровопотери - 3-4 дозы аллоэритроцитов и реинфузии 7-8 мл/кг; при IV классе - 7 доз аллогенных эритроцитов и реинфузии 9 мл/кг. Показатели внутрисосудистого гемолиза составили при II классе тяжести кровопотери  $0,4 \pm 0,01$  г/л, при III классе -  $0,67 \pm 0,01$  г/л, при IV классе -  $0,9 \pm 0,01$  г/л (при контроле  $0,3 \pm 0,01$  г/л). При исследовании КЩС показатель ВЕ составлял от «-8,4» до «-12,3». Таким образом, уровень внутрисосудистого гемолиза зависел от класса кровопотери и был наиболее высоким при IV классе кровопотери, а также зависел от объёма аллотрансфузии числа доноров, достигающих 7-ми при кровопотере IV класса и объёма реинфузии 9 и более мл/кг. Эти изменения определяются известными механизмами нефротоксического повреждения почек гемолизом: свободного  $Fe^{++}$ , поглощающего оксид азота, свободного гемоглобина, массой 16.000-300.000 Да. Наряду с этим, I фаза послеоперационной болезни сопровождается активацией анти и провоспалительных цитокинов 17000-45000 Да; продуктами консервации крови 60.000 Да; миоглобином 17.000 Да, молекулами клеточной адгезии 55.000 Да; тромбоцитарным тромбопластином 66.000 Да, также обладающими нефротоксическим действием. Следовательно, с целью прекращения действия нефротоксических агентов, патогномичных для формирования ОППП целесообразно использовать дискретный плазмаферез. Последний выполняли в течение 6-ти часов после операции при показателях гемолиза 0,5 г/л и выше и ВЕ-6 на фоне рестриктивной антигипоксической гемодилюции 25 мл/кг. Это обеспечивало снижение показателя внутрисосудистого гемолиза на 85-90% в сравнении с исходным и нормализовало показатель ВЕ.

#### **46. Опыт хирургического лечения опухолей сердца.**

Долгополов В.В., Мирошников Р.А., Строило А.Б., Мирошниченко П.В.

Луганск, ЛНР

ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

Первичные опухоли являются редкими заболеваниями, которые встречаются от 25 до 500 случаев на 1 млн. секций, причем 75-80% среди них составляют доброкачественные опухоли. Для кардиохирургов самый большой интерес вызывает миксома сердца как заболевание, которое поддается оперативному лечению. Оперативное удаление миксомы является единственным радикальным методом лечения. Консервативная терапия сердечными гликозидами, диуретиками и общеукрепляющими препаратами только временно улучшает качество жизни больных. В связи с угрозой развития тяжелых осложнений или внезапной смерти больного откладывание операции при миксоме сердца необходимо считать грубой ошибкой. Цель работы – проанализировать многолетний опыт хирургического лечения опухолей сердца в отделении сердечно-сосудистой хирургии Луганской республиканской клинической больницы. Материал и методы. В отделении сердечно-сосудистой хирургии Луганской республиканской клинической больницы в период 2004 - 2017 гг. было прооперировано 35 пациентов, рецидив опухоли, потребовавший повторного вмешательства – у 1 пациентки. Мужчин – 27%, женщин – 73%. По локализации: ЛП – 33 пациента, ПП – 2 пациента. Опухоли правого предсердия росли из устья НПВ. Опухоли левого предсердия – из МПП (область овальной ямки) – 20 больных (21 случай), из стенки левого предсердия – 6, из устья левой нижней лёгочной вены с его обтурацией – 1, из фиброзного кольца МК – 6 без нарушения целостности клапана, 1 – с разрывом задней створки МК и отрывом хорд 1-го порядка от Р2. По возрасту – от 22 до 67 лет, средний возраст – 51,1 года. По консистенции опухоли были желеобразные - 29 случаев, плотные – 7 случаев. Гистологически – 2 саркомы, 34 – миксомы. Размеры опухолей составляли от 15 на 15 мм до 100 на 70 мм (в среднем 60 на 50 мм). Умерло 2 больных с гистологически подтверждёнными саркомами сердца. Локализация сарком – МПП и устье левой нижней лёгочной вены. Все больные

обследованы стандартно – ЭхоКс, ЭКГ, рентгенографию ОГК, рутинное лабораторное обследование. Клинически – синдром интоксикации проявлялся при опухолях желеобразной консистенции. Застойная сердечная недостаточность отмечалась у 80% больных, к 3 и 4 функциональному классу были отнесены 40% и 30% соответственно. Характерной особенностью было усугубление симптомов при перемене положения тела (у 75 % больных). Результаты и обсуждение. Все операции проведены срединным доступом в условиях искусственного кровообращения с холодовой фармакологической кардиopleгией. Доступ к ЛП – через межпредсердную перегородку. 80 % опухолей удалось удалить единым блоком, 20% - частичной фрагментацией, мелкие фрагменты удалялись «наружным» отсосом. Площадка опухоли иссекалась, образовавшийся дефект ушивался. В случае разрушения опухолью задней створки митрального клапана – выполнена пластика хорд 1 порядка к Р2. Эмболических осложнений не было. Госпитальная летальность составила 2,8 % (1 больной). В случае с ростом опухоли из устья левой нижней лёгочной вены в позднем послеоперационном периоде потребовалось выполнение левосторонней пульмонэктомии (из-за прорастания саркомы в лёгочную ткань), больная умерла. В обоих случаях - гистологически подтверждённая саркома. У 90% пациентов наступило существенное улучшение состояния здоровья или полное выздоровление. Выводы: 1. Единственным эффективным методом лечения доброкачественных опухолей сердца является хирургическое вмешательство. 2. Хирургическое лечение злокачественных опухолей сердца показало неудовлетворительные результаты.

#### **47. К выбору метода реконструкции внутренних сонных артерий у больных в остром периоде нарушения мозгового кровообращения.**

Карданов А.М., Чемурзиев Р.А., Булда О.В., Карданов В.З.

Ставрополь

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Атеросклеротическое поражение экстракраниального отдела внутренней сонной артерий является одной из основных причин, приводящих к развитию ишемического инсульта. Последний несет высокий риск инвалидизации и смертности среди трудоспособного населения. С целью минимизации последствий острого нарушения мозгового кровообращения (НМК), а также профилактики повторных инсультов, широкое распространение получила экстренная хирургическая тактика, направленная на устранение субстрата ишемии головного мозга. Цель работы. Выбор оптимального метода хирургического лечения больных в остром периоде НМК. Материал и методы исследования. В 2014 – 2016гг. оперированы 110 пациентов в первые трое суток с момента развития ОНМК. Возраст пациентов - 42-85 лет, среди них 92 (83,6%) - мужчины и 18 (16,4%) - женщины. 76 (69,1%) пациентов перенесли экстренную каротидную реваскуляризацию (классическая и эверсионная каротидная эндартерэктомия - КЭЭ) и 34 (30,9%) пациента, перенесли эндоваскулярные вмешательства - баллонная каротидная ангиопластика со стентированием (КАС). Все исследуемые пациент по данными дуплексного сканирования. В 17 (22%) случаях в группе КЭЭ и в 6 (18%) в группе КАС, по данным дооперационной МСКТ, был обнаружен ишемический очаг в головном мозге. Все пациенты имели сопутствующую гипертоническую болезнь. Результаты и их обсуждение. Летальный исход на госпитальном этапе зарегистрирован у 2 (2,6%) пациентов в группе КЭЭ и у 1 (2,9%) в группе КАС. Ухудшение неврологического статуса вследствие геморрагической трансформации ишемического очага наблюдалось у 2 (2,6%) пациентов только в группе КЭЭ. Формирование первичного ишемического очага на ипсилатеральной стороне в раннем послеоперационном периоде наблюдалось в 3 (3,9%)



случаев в группе КЭЭ и в 1 (2,9%) - в группе КАС. Средняя продолжительность КЭЭ составила 107,1 мин, КАС - 63,2 мин. Среднее пребывание оперированных в стационаре после КЭЭ 23,1 сутки, после КАС - 10,2 сутки. У большинства пациентов отмечено значительное улучшение качества жизни за счет регресса клинической картины ишемии головного мозга. Выводы. КЭЭ является методом выбора при наличии осложненной атеросклеротической бляшки. КЭЭ эффективна при сочетании атеросклероза сонных артерий с патологической извитостью и при высоком риске дистальной эмболизации мозговых артерий. Эндоваскулярное вмешательство показано при тяжелой сопутствующей патологии, рестенозе после КЭЭ, окклюзии контралатеральной сонной артерии или при аномалии строения Виллизиева круга. К достоинствам КАС можно отнести значительное уменьшение сроков пребывания пациента в стационаре. КЭЭ и КАС являются достаточно безопасными и эффективными методами ранней каротидной реваскуляризации у пациентов с симптомным стенозом. Выбор способа оперативного пособия должен быть индивидуальным, и во многом зависит от прогнозируемого риска неблагоприятных исходов. Хирургический алгоритм отбора больных и тактика оперативного лечения с ОНМК направлена на минимизацию частоты как хирургических, так и неврологических осложнений.

#### **48. Использование временного внутреннего шунта при реконструкции внутренних сонных артерий у больных в остром периоде нарушения мозгового кровообращения.**

Карданов А.М., Чемурзиев Р.А., Казиев С.Г., Карданова А.М.

Ставрополь

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Оптимальным методом лечения стенозирующего атеросклероза брахиоцефальных артерий в настоящее время является хирургический. Данное пособие при двустороннем поражении каротидного бассейна сопряжено с высоким риском неврологических осложнений. С ростом степени контралатерального стеноза внутренней сонной артерии (ВСА), закономерно растет и риск периоперационного ишемического повреждения головного мозга на ипсилатеральной стороне. Очевидно, что значимая роль принадлежит контралатеральной компенсации перфузии головного мозга в зоне Виллизиева круга. Таким образом, разумным выходом из положения является использование временного внутреннего шунта на период отжатия сонных артерий. Последнее частично компенсирует антеградный каротидный кровоток и даёт возможность пролонгирования основного этапа операции, что в конечном итоге оптимизирует исход и результаты операции. Цель работы. Определение показаний к использованию временного внутреннего шунта при каротидных реваскуляризациях. Материал и методы исследования. За период 2016г. оперированы 619 пациентов по поводу гемодинамически значимого стеноза ВСА. Возраст пациентов 38-85 лет, среди них 483 (78%) - мужчины и 136 (22%) - женщины. Все исследуемые пациенты имели стеноз внутренней сонной артерии (ВСА) более 60%, доказанный по данным дуплексного сканирования и/или транслюминальной рентгенконтрастной ангиографии. В 112 (18,1%) случаях отмечалось двустороннее значимое поражение ВСА, у 29 (26%) больных этой группы по данным дооперационной МСКТ был обнаружен ишемический очаг в гемисфере на стороне планируемой операции. Все пациенты имели сопутствующую гипертоническую болезнь. Первым этапом выполнялась каротидная реваскуляризация на стороне более значимого поражения, что закономерно коррелировало с исходным неврологическим статусом пациентов. У 64 (57%) пациентов с двусторонним поражением ВСА. С целью интраоперационной церебральной протекции использовался временный шунт, а у 48 (43%) - шунт не использовался. Достаточность контралатеральной компенсации перфузии

головного мозга определялось измерением ретроградного давления во внутренней сонной артерии во время её проксимального отжатия. Всем пациентам на период отжатия ВСА проводилась управляемая гипертензия. Уровень систолического АД достигал 160 мм.рт.ст., а косвенным параметром относительной безопасности отжатия ВСА являлось соотношение ретроградного давления ВСА к системному. Референтный интервал составлял 30-50%. Результаты и их обсуждение. Летальный исход на госпитальном этапе зарегистрирован у 2 (4%) пациентов только в группе оперированных без использования шунта. В раннем послеоперационном периоде в этой группе больных у 4 (4,8%) пациентов наблюдался грубый неврологический дефицит, что свидетельствовало об интраоперационном ишемическом инсульте в ипсилатеральной гемисфере. В группе больных с временным шунтированием только у 1 (1,6%) пациента отмечалось преходящее ухудшение неврологического статуса. Выводы. 1. Использование временного внутреннего шунта при каротидных реконструкциях на фоне контралатерального значимого стеноза или окклюзии ВСА является неотъемлемой частью стратегии профилактики периперационного ишемического инсульта. 2. Шунтирование также необходимо при патологии развития Виллизиева круга, изначально не способного компенсировать церебральную перфузию при отжатии ВСА.

#### **49. Выбор метода реконструкции внутренних сонных артерий у больных с нестабильной атеросклеротической бляшкой в остром периоде нарушения мозгового кровообращения.**

Карданов А.М., Карданов В.З., Колесников В.Н., Казиев С.Г.

Ставрополь

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. В последние годы отмечается рост сосудистых заболеваний, в том числе острых нарушений мозгового кровообращения (НМК). Инсульт является одной из лидирующих причин заболеваемости и смертности. Согласно международным эпидемиологическим исследованиям, ежегодно в мире от инсульта умирают 4,7 млн человек, в России — 250 000. Среди всех видов инсульта преобладают ишемические поражения головного мозга. Атеросклеротические поражения внутренних сонных артерий (ВСА) являются одной из основных причин, приводящих к ИИ, и составляют 84—90% случаев заболевания. Механизм острых сосудисто-мозговых событий, вероятно, связан с корпускулярной эмболией мозговых артерий фрагментами осложненной атеросклеротической бляшки и/или тромбомасс. В настоящее время разумный подход к выбору метода хирургического лечения этого контингента больных улучшает исходы заболевания. Цель работы. Выбор оптимального метода хирургической реваскуляризации каротидного бассейна у больных с нестабильной атеросклеротической бляшкой в остром периоде НМК. Материал и методы исследования. В 2014 - 2016гг. оперированы 110 пациентов в первые трое суток с момента развития ОНМК. Все исследуемые пациенты имели стеноз внутренней сонной артерии (ВСА) более 60%, доказанный данными дуплексного сканирования. Среди них у 82 (74,5%) пациентов определялись УЗИ-признаки нестабильности бляшки. Возраст пациентов 42-85 лет, среди них 62 (76%) - мужчины и 20 (24%) - женщины. 61 (74%) пациенту была выполнена экстренная каротидная реваскуляризация (классическая и эверсионная каротидная эндартерэктомия - КЭЭ); 21 (26%) пациенту - эндоваскулярная баллонная каротидная ангиопластика со стентированием (КАС). В рамках профилактики периперационного ишемического инсульта при вмешательстве, из-за риска дистальной корпускулярной эмболизации церебральных артерий использовалось устройство по типу сетчатой ловушки. В группе КЭЭ у 12 (20%) пациентов была сопутствующая кардиальная патология, в группе КАС –

соответственно у 17 (81%). В 15 (25%) случаях в группе КЭЭ и в 5 (24%) в группе КАС, по данным дооперационной МСКТ, был обнаружен ишемический очаг в головном мозге. Все пациенты имели сопутствующую гипертоническую болезнь. Результаты и их обсуждение. Летальный исход на госпитальном этапе зарегистрирован у 2 (3,3%) пациентов в группе КЭЭ (причина – острый инфаркт миокарда) и у 1 (4,8%) в группе КАС (причина – ОНМК). Ухудшение неврологического статуса вследствие формирования первичного «свежего» ишемического очага на ипсилатеральной стороне в раннем послеоперационном периоде наблюдалось в 2 (3,3%) случаях в группе КЭЭ и в 4 (19%) в группе КАС. Средняя продолжительность КЭЭ составила 107,1 мин, КАС - 63,2 мин. У большинства пациентов отмечено значительное улучшение качества жизни за счет регресса клинической картины ишемии головного мозга и расширения физической активности. Выводы. 1. КЭЭ является методом выбора при наличии нестабильной эмболоопасной атеросклеротической бляшки. 2. Каротидное стентирование показано при тяжелой сопутствующей патологии, в случаях, когда риск периоперационных осложнений от последнего превышает пользу самого оперативного пособия. 4. К достоинствам КАС следует также отнести оптимизацию анестезиологического пособия в виде отсутствия необходимости вентиляционного наркоза и искусственной системной гипертензии. Оба метода КЭЭ и КАС стали шире применяться в специализированных сосудистых центрах. Выбор оптимального способа хирургического лечения с учетом сопутствующей патологии, позволяет значимо улучшить результаты лечения ОНМК.

## **50. Эндовенозная лазерная коагуляция и операция Троянова-Тренделенбурга.**

Ахадов Р.А., Хубулава Г.Г., Сазонов А.Б.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ

Актуальность проблемы: единой точки зрения на целесообразность выполнения операции Троянова-Тренделенбурга при эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК) и роль различных факторов, способных повлиять на уровень возникновения осложнений, в настоящее время не существует. Цель работы: оценка эффективности и безопасности сочетания приустьевого перевязки большой подкожной вены (БПВ) с ее лазерной коагуляцией в лечении пациентов с варикозной болезнью. Материалы и методы: за период с января 2015 по декабрь 2016 года в первой клинике хирургии усовершенствования врачей Военно-медицинской академии им С.М. Кирова проведено 114 ЭВЛК БПВ у пациентов в возрасте от 20 до 83 лет, страдающих варикозной болезнью нижних конечностей. Во всех случаях лазерная термооблитерация проводилась после предварительной хирургической обработки сафено-фemorального соустья. Операция Троянова – Тренделенбурга выполнялась по типичной методике паховым доступом. По классификации CEAP с СII было прооперировано 86, с СIII – 28 пациентов. Больным перед операцией проводилось ультразвуковое ангиосканирование с помощью аппаратов Toshiba (SSA-790A) Aplio XG и Siemens Acuson 128 XP/10. Все вены имели магистральный тип строения и прямолинейный ход, а также залегали на бедре в межфасциальном футляре. Оперативные вмешательства проводились под местной инфильтрационной анестезией. У 94 больных ЭВЛК была дополнена минифлебэктомией несостоятельных притоков на бедре и голени. Всем пациентам выполняли интраоперационный ультразвуковой контроль. Для коагуляции вены применяли портативный лазерный аппарат «МИЛОН-ЛАХТА» с длиной волны 1470 нм и мощностью до 10 Вт., которая подавалась в непрерывном режиме. Использовался светодиодный инструмент с радиальным типом свечения. Первым этапом производили пункцию магистральной вены в верхней трети голени и проводили лазерный световод по БПВ непосредственно к сафено-фemorальному соустью под контролем УЗИ. Затем, после

создания местной инфильтрационной анестезии, разрезом по паховой складке выполняли операцию Троянова-Тренделенбурга с тщательной обработкой пучка Дельбе. Дистальный конец БПВ прошивали и перевязывали. Следует отметить, что в 45% случаев были обнаружены 1 и более расширенные приустьевые притоки, обработка которых повышает радикальность вмешательства и обеспечивает более хорошие отдаленные результаты. После ушивания поверхностной фасции отдельными узловыми швами рану закрывали внутрикожным швом. Создавали «гидравлическую подушку» (тугой «ползучий инфильтрат» по А.В. Вишневному) вокруг БПВ путем введения в фасциальный футляр до 400мл раствора лидокаина. Сразу после операции накладывали эластический бандаж и производили активизацию пациентов. Антикоагулянтные препараты не применяли. Результаты и обсуждение: послеоперационный период у пациентов протекал без особенностей, раны в паховой области зажили первичным натяжением, швы снимались на 5-7 сутки. Во всех случаях оставался практически незаметный послеоперационный рубец. Выводы: операция Троянова-Тренделенбурга, выполненная перед ЭВЛК под местной анестезией является безопасным, высококосметичным вмешательством, не увеличивающим койко-день, препятствующим росту термоиндуцированного тромба проксимальнее сафено-фemorального соустья. Она позволяет полностью обезопасить пациента от возможной тромбоэмболии после лазерной термооблитерации большой подкожной вены и снизить процент рецидивов.

#### **51. Опыт применения препарата ривароксабан в комплексном лечении больных с неэмболоопасным тромбозом системы нижней полой вены.**

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

Луганск, ЛНР

1) ГУ «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки», 2) «Луганская республиканская клиническая больница»

Актуальность. Острые тромбозы в системе нижней полой вены (НПВ) являются одними из наиболее распространенных сосудистых заболеваний. На их долю приходится более 95 % всех венозных тромбозов. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) и тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК) – это два проявления одной болезни, которые имеют одинаковые факторы риска и объединены в одно понятие венозный тромбоземболизм (ВТЭ). Смертность от тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) в общей популяции колеблется от 2,1 до 6,2%. ТЭЛА прочно удерживает 2—3-е место в структуре летальности в стационарах хирургического профиля. Базовую составляющую терапии ТЭЛА составляет антикоагулянтная терапия. Наличие трех основных видов антикоагулянтов: нефракционированный гепарин (НФГ), низкомолекулярные гепарины (НМГ) и новые оральные антикоагулянты (НОАК) делают актуальным проблему выбора наиболее эффективного и при этом наиболее безопасного препарата. Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность применения препарата ривароксабан в комплексном лечении больных с неэмболоопасным флеботромбозом. Материалы и методы. Отделение трансплантации и сосудистой хирургии Луганской республиканской клинической больницы располагает опытом лечения 174 больных с неэмболоопасным флеботромбозом нижних конечностей в период с марта 2013 по январь 2017. Из них: 109 (62,6%) – мужчины, 65 (37,4%) – женщины. Возраст от 31 до 76 лет (средний – 69,3). Все больные обследованы согласно стандартам клинических протоколов. В качестве дополнительного метода использовалось ультразвуковое дуплексное ангиосканирование вен при помощи аппарата Mindray DC-7 линейным датчиком с частотой 8-12 МГц и MyLab 40 линейным датчиком с частотой 7,5-12 МГц. Все больные были разделены на три группы в зависимости от типа антикоагулянта. Группа I – 68 (39,1%) больных из них

36-феморо-поплитеальный, 32- илео-феморальный. Группа II - 57 (32,8%) больных, из них 24-феморо-поплитеальный, 33-илео-феморальный. Группа III – 49 (28,1%) больных, из них 21 – феморо-поплитеальный; 28 – илео-феморальный. Результаты и обсуждение. У всех больных был исключен эмболоопасный характер тромба и избрана консервативная тактика. В обязательном порядке ношение компрессионного трикотажа (II класс) и приём флеботропных препаратов являлось обязательным для всех больных. Группа I использовались НМГ (надропарин кальция) в лечебной дозе с переходом на варфарин в общепринятой дозировке. Группа II использовались НМГ с последующим переходом на ривароксабан в дозе 15 мг в сутки. Группа III использовался ривароксабан по 15 мг 2 раза в сутки в течении 21 дня с последующим переходом на 15 мг в сутки. Оценка эффективности антикоагулянтной терапии производилась по срокам наступления реканализации и частоте возникновения геморрагических осложнений. Контрольными точками служили 6 мес, 12 мес, 24 мес. от момента госпитализации. Через 6 мес. в группе I частичная реканализация наблюдалась у 21 (31%) больного, а через 12 мес. явления полной реканализации у 8 (11,7%) больных, а частичная у 60 (88,3%) больных. Через 24 мес. полная реканализация у 26 (38,2%) больных, частичная у 42 (61,8%) больных. В группе II через 6 мес. частичная реканализация наблюдалась у 31 (54,3%) больного, через 12 мес. частичная реканализация у 38 (66,6%) больных, полная у 19 (33,4%) больных, через 24 мес. частичная реканализация у 34 (59,6%) больных, полная – 23 (40,4%) больных. В группе III через 6 мес. частичная реканализация у 32 (65,3%) больных, через 12 мес. частичная реканализация у 28 (57,1%) больных, полная – 21 (42,9%) больных, через 24 мес. частичная реканализация у 21 (42,8%) больных, полная – 28 (57,2%) больных. Крупных геморрагических осложнений отмечено не было. Незначительные геморрагические осложнения в группе I отмечались в 4 (2,3%) случаях в виде носового и десневого кровотечения и были связаны с нарушением контроля МНО. Вывод. Пероральная форма препарата, отсутствие необходимости в лабораторном контроле, более ранние сроки наступления реканализации и низкая частота геморрагических осложнений делают приоритетным применение ривароксабана в лечении неэмболоопасных тромбозом системы нижней полой вены.

## **52. Опыт лечения аневризм брюшного отдела аорты у больных с тяжелой сопутствующей патологией.**

Мирошниченко П.В.(1), Энганоев И.А.(1), Калинин Е.В.(2), Пронин И.В.(3), Чайка О.О.(3), Долгополов В.В.(3).

1) Гудермес, 2) Грозный, 3) Луганск, ЛНР

1) Гудермесская центральная районная больница, 2) Грозненский Республиканский онкологический диспансер, 3) Луганская республиканская клиническая больница, 4) ГУ «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки»

Аневризмы абдоминальной аорты (AAA) — сопровождаются высокой летальностью, обусловленной большим количеством сопутствующих заболеваний. Цель исследования. Проанализировать наш опыт лечения хронических AAA у больных с тяжелой сопутствующей патологией. Материалы и методы. Мы располагаем опытом лечения 428 больных AAA за период с 2003 по 2016 годы. Возраст больных от 42 до 84 лет (в среднем  $68,3 \pm 1,2$ ). Мужчин 124, женщин – 14. I тип AAA (по А.В.Покровскому) был у 3 (0,7%) пациентов, II у 199 (46,5%), III у 223 (52,1%) и IV тип у 3 (0,7%). По размеру AAA распределились следующим образом: 4-6 см в диаметре – 32 (7,5%), 6-10 см – 323 (75,4%), свыше 10 см – 73 (17,1%). Сопутствующая патология наблюдалась у большинства больных: ИБС – 366 – 85,5% (в том числе постинфарктный кардиосклероз – 152 – 35,4%); гипертоническая болезнь – 222 – 51,8%; хронические обструктивные заболевания легких – 163 – 38,1%; желчекаменная болезнь – 9 – 2,1%; атеросклероз сосудов головного мозга – 148 – 34,6% (из них со стенозом сонных артерий более 60% - 32 – 7,5%); грыжи передней

брюшной стенки – 67 – 15,7% (из них вентральные – 9 - 2,1%); язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – 36 – 8,4% (из них декомпенсированный язвенный пилоростеноз -3 – 0,7%); онкологические заболевания – 28 – 6,5% (из них рак поджелудочной железы – 3 – 0,7%, рак толстой кишки – 7 – 1,6%, рак прямой кишки – 4 - 0,9%, рак почки – 8 – 1,8%, рак тела матки – 4 – 0,9%, рак легкого – 1 0,2%, рак надгортанника – 1 -0,2%); облитерирующий атеросклероз - 156 – 36,4%. По показаниям больные проходили предоперационную подготовку, состоящую в коррекции витальных функций. 74 больным предварительно была выполнено коронарное стентирование, 26 – аорто-коронарное шунтирование. Больные с гипертонической болезнью получали курс предоперационной гипотензивной терапии. При активности язвенного процесса проводился курс антацидной терапии с гастроскопическим контролем. В 3 случаях при декомпенсированном пилоростенозе предварительно была произведена резекция желудка по Б-I. Больным с желчекаменной болезнью произведена холецистэктомия в одном сеансе с резекцией аневризмы – 9. У 25 больных с симптомными стенозами сонных артерий первым этапом была произведена каротидная эндартерэктомия (у 7 из них с обеих сторон). В 34 случаях больным выполнялась дополнительная профундопластика, и в 9 – бедренно-подколенное шунтирование. Особое внимание уделяется наличию у больного грыжевой болезни. Мы считаем, что наличие дефекта брюшной стенки в случае послеоперационного пареза кишечника может привести к ущемлению, поэтому всем больным в данном случае производим герниопластику (38 паховых, из них 10 двухсторонние, 10 пупочных и 4 вентральных). Наиболее сложную в тактическом плане категорию представляют больные с ААА и сопутствующей онкологической патологией. На наш взгляд наличие сопутствующего курабельного онкозаболевания не является противопоказанием к выполнению восстановительной операции на аорте. Мы предпочитаем проводить одномоментное симультанное оперативное лечение. Исключение составили 2 больных. Произведено 13 симультанных операций: сочетание резекции аневризмы с панкреатодуоденальной резекцией – 1, с резекцией тела поджелудочной железы – 2, с резекцией толстой кишки – 7, брюшно-анальной резекцией прямой кишки – 4, нефрэктомией – 8, экстирпацией матки - 4. Операции проводились комбинированной бригадой в составе ангиохирургов и онкологов. Результаты. Умерло после операций 11 больных (2,6%). Причиной смерти были: острая сердечная недостаточность в 5 случаях; острый мезентериальный тромбоз – 3; острая почечная недостаточность – 2; интраоперационная кровопотеря вследствие технических погрешностей – 1. Послеоперационных осложнений было 28 – 6,5% (забрюшинное кровотечение вследствие избыточной антикоагулянтной терапии – 2; эвентерация кишечника – 4; эмболия в бедренную артерию – 6; лимфоррея – 10; нагноение послеоперационной раны – 4. Инфицирования протезов не было. Следует отметить, что в группе сочетанной онко-сосудистой патологии осложнений и летальности не было. Отдаленные результаты в данной группе больных прослежены в сроки от 4 до 1 года. Летальности и пролонгации онкозаболеваний не было. Выводы: 1. Оперативное лечение ААА является эффективным методом оздоровления данной категории больных. 2. Тщательное планирование операции с учетом всех операционных рисков позволяет снизить операционную летальность и оптимизировать результаты лечения у больных с тяжелой сопутствующей патологией. 3. Сопутствующие хирургические заболевания целесообразно подвергать хирургической коррекции в симультанном режиме. 4. Сопутствующие курабельные онкозаболевания не являются противопоказаниями к восстановительной операции при ААА. Интеграционный подход к лечению данной патологии позволяет успешно проводить одномоментное оперативное лечение.

### 53. Особенности лечения гнойно-некротических осложнений синдрома диабетической стопы.

Фролов А.П., Белобородов В.А.

Иркутск

ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Последние 40-50 лет характеризуются значительным ростом числа больных сахарным диабетом (СД). В мире ежегодно происходит увеличение случаев СД на 5-7%. СД приводит к развитию специфического осложнения – синдрому диабетической стопы (СДС), который в 50-75% случаях приводит к необходимости ампутации конечности на различных уровнях. Цель. Выявить особенности лечения гнойно-некротических осложнений СДС. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 262 наблюдений гнойно-некротических осложнений СДС у больных, находившихся на лечении в клинике общей хирургии. Средний возраст больных составил  $64,1 \pm 1,0$  г., мужчин было 133 (52,3%), женщин – 125 (47,7%). СД 1 типа был у 16 (6,1%), 2 типа – у 246 (96,4%). У всех 362 больных имелась диабетическая ангиопатия, из них – у 247 – нейропатия,. В соответствии с классификацией СДС F. Wagner (1981) 0 стадия, при которой имелись целлюлит и рожа, была у 7, стадия была у 32 больных; 2 стадия – у 42; 3 стадия – у 75; 4 стадия – у 62; 5 стадия – 38. Поражение обеих стоп имело место в 39 наблюдениях, правой – в 121, левой – 103. Результаты Консервативное лечение гнойно-некротических осложнений СДС выполнено 108 больным, у которых основными проявлениями заболевания были целлюлит стопы и трофические язвы. Оперировано по поводу гнойно-некротических осложнений СДС 154 больных, из них 25 больным выполнено вскрытие флегмоны с последующим консервативным лечением раны, 126 – выполнены ампутации на различных уровнях нижней конечности и 29 – операции на артериях (у 16 – в последующем выполнены операции на стопе по поводу гнойных осложнений). Среди 109 больных, которым выполнены ампутации, 70 – проведены «малые» ампутации с сохранением опорной функции конечности. Показанием к «малым» ампутациям была ограниченная гангрена в пределах пальцев или дистальной части стопы при сохраненном или восстановленном консервативным или хирургическим методом артериальном кровотоке на стопе. Из них: ампутации пальцев выполнены в 63 наблюдениях, краевая резекция стопы – в 12, ампутация стопы – в 2. «Высокие» ампутации выполнены в 20 наблюдениях. Показаниями к выполнению этих ампутаций были распространенная гангрена стопы и ограниченная гангрена при невозможности восстановления артериального кровотока на стопе консервативным или хирургическим методом. Ампутация на уровне бедра выполнена в 29 наблюдениях, на уровне голени – в 10 наблюдениях. Для нормализации кровотока на стопе 29 больным выполнены операции на артериях. Из них 5 больным проведено шунтирование и протезирование с пластикой артерии, 13 – пластика артерий в сочетании баллонной дилатацией и 13 – баллонная дилатация со стентированием. Операции на артериях сочетались с операциями на стопе (16) по поводу гнойно-некротических осложнений. Средняя продолжительность лечения больных с гнойно-некротическими осложнениями СДС составила  $18 \pm 0,6$  дня. Летальных исходов после проведенных операций не было. Выводы. Среди больных гнойно-некротическими осложнениями СДС, находящихся на лечении в хирургическом отделении, преобладают больные с 3-5 стадией СДС по Wagner (65,2%). По поводу гнойно-некротических осложнений оперируется 59,3% больных, из 42% – выполняются ампутации конечности на различных уровнях (15,3% – «высокие» и 27% – «малые»). Преобладание «малых» ампутаций над «высокими» обусловлено внедрением в комплексное лечение реконструктивных операций на артериях.

## 54. Тромбоз шунта после реконструктивных операций на артериях нижних конечностей.

Авторы: Борисов В.А., Красовский В.В., Неверова О.С., Мазуренко Е.А.

Саратов

1) ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского», Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) ГУЗ «Областная клиническая больница»

Наибольшее число осложнений после реконструктивных вмешательств на артериях нижних конечностей составляют тромбозы шунтов, по данным различных авторов от 60 до 90%. Это ставит под угрозу не только жизнеспособность оперированной конечности (ампутации подвергаются 16%-37%), но и жизнь больного (летальные исходы 9%-32%). Поиск путей улучшения результатов реваскуляризирующих операций остается важной и до конца не решенной проблемой. Цель: улучшить результаты реконструктивных операций на артериях нижних конечностей, путем выявления ошибок в тактике консервативного и хирургического лечения пациентов с тромбозом шунта. Материал и методы исследования: нами проведен анализ лечения 98-и пациентов, которые были госпитализированы в отделении хирургии сосудов областной клинической больницы г. Саратова в период с 2015 г. по 2016 г., с тромбозом сосудистого трансплантата, развившегося в различные (от 1-х суток до 6 лет) сроки после хирургической реваскуляризации нижних конечностей. Исследуемые пациенты были в возрасте от 42 до 78 лет (60,5 + 3,4), из них мужчин - 91, женщин — 7. Первично реконструктивно-восстановительные операции выполнялись по поводу атеросклероза. У всех пациентов с тромбозами шунтов имела ишемия конечности. С острой артериальной недостаточностью (ОАН) поступили 17 больных с различной степенью ишемии по классификации Савельева В.С. (1972г): I -7; IIА, IIБ - 8; IIВ - 1; IIIА -1. Причиной ОАН в 3 случаях оказалась постэмболическая окклюзия магистральных артерий, на фоне имеющейся фибрилляции предсердий, в 14 - диагностирован тромбоз шунта. Остальные обратившиеся – 81 человек с ХАН. По классификации Р. Фонтейна - А. В. Покровского (1979г.) у 35 пациентов была II Б стадия, у 46 - критическая ишемия нижних конечностей (КИНК) (III стадия — у 41-го, IV стадия — у 5-ти анализируемых). Для оценки результатов проводили анализ жалоб, данных анамнеза, физикального обследования, дуплексного сканирования кровотока по шунту, дистальному руслу и системе коллатералей, при их развитии. Результаты и обсуждения: пациенты были разделены на две основные группы. Группа хирургического лечения, которую составили 67 случаев. Группа консервативного лечения - 31. В первую вошли 11 больных с острой ишемией (I -1; II - 8; IIВ - 1; IIIА -1) и 56 с хронической (IIБ - 24, III — 29 и IV - 3), оперативное вмешательство выполнялось в экстренном или отсроченном порядке. Вторую группу составили 6 пациентов с I – ой степенью ОАН, 25 случаев с ХАН (IIБ - 11, III — 12 и IV - 2). Оперативное вмешательство в объеме тромб – или эмболэктомия из шунта выполнялось в 18 случаях. Тромбэктомия с одномоментной хирургической коррекцией причины, вызвавшей тромбоз шунта в 32. Повторная реконструкция у 14 пациентов (резекция тромбированного трансплантата и зон анастомозов, с последующим шунтированием синтетическим протезом или аутовеной, изолированная профундопластика). У 4-х больных оперативное лечение оказалось не эффективным, ишемия конечности нарастала, и в раннем послеоперационном периоде пришлось выполнить ампутацию конечности. В 3 –х случаях отсутствовала возможность реваскуляризации конечности, была выполнена первичная ампутация. В группе консервативного лечения пациентам с ОАН I-ой степени назначали гепарин с индивидуальным подбором дозы в зависимости от уровня АЧТВ, пентоксифиллин – 2 мг/кг в сутки, препараты, содержащие ацетилсалициловую кислоту – 100 мг/сут. Больным с клиникой перемежающейся хромоты (11 человек) назначали пентоксифиллин - 1200



мг/сут, препараты сулодексида по схеме 1 ампула в день (600 ЛЕ) – 10 дней, затем 1 капсула 2 раза в день (500 ЛЕ) – до 2 месяцев. В случаях КИНК (III и IV стадия – 14 пациентов), в том числе при отсутствии условий для выполнения реваскуляризации, проводили парентеральное введение препаратов простагландина E1 - вазапостан или простаглицлина I2 - иломедин в дозе 60 мкг/сут в течение 7–14 дней. В 18 случаях консервативная терапия дала положительный результат, а в 13 - эффект не получен, в связи с чем у 8 больных была выполнена реконструкция, а у 5 - ампутация конечности. Выводы: При выборе тактики лечения больных с тромбозом шунта необходимо ориентироваться на состояние путей «оттока», наличие развитой системы коллатерального кровообращения. При наличии «адекватного» дистального русла, считаем целесообразным, выполнять тромбэмболектомию или повторное шунтирование. При отсутствии дистального русла, но развитого коллатерального кровообращения - профундопластика. При легкой степени ишемии и отсутствии симптомов ее нарастания, начать лечение с консервативной терапии. При отсутствии дистального русла и развитого коллатерального кровообращения, лучше воздержаться от реконструкции, проводить консервативную терапию или выполнить ампутацию.

#### **55. Применение препарата «Ксарелто» в лечении больных с острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей.**

Авченко М.Т., Сопижук Т.Н., Иванова Ю.Ю., Глебова Т.А., Баландина А.О.

Оренбург

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель исследования: оценить ближайшие и отдаленные результаты применения перорального антикоагулянтного прямого действия ривароксабан «Ксарелто» в лечении острого глубокого венозного тромбоза. Материалы и методы: нами проведен анализ комплексного обследования и лечения 45 больных с острым тромбозом глубоких вен, находившихся на лечении в отделении сосудистой хирургии больницы им.Н.И.Пирогова в 2013-2015гг. Мужчин было 20 (44,4%), женщин 25 (55,%). Возраст больных колебался от 18 до 71 года и составлял в среднем  $57,4 \pm 1,2$  года. Средняя длительность заболевания до момента поступления составила  $8,7 \pm 1,4$  суток. Все пациенты страдали одно- или двусторонним острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей с вовлечением подвздошно-бедренного сегмента. При поступлении больным выполнялись рутинные клинические и биохимические анализы крови и мочи, оценивалась и контролировалась система свертываемости крови (АЧТВ, МНО и др.), ультразвуковое дуплексное ангиосканирование венозной системы нижних конечностей. Все больные были разделены на две статистически однородные группы по полу и возрасту, длительности заболевания распространенности тромботического процесса. В первую группу вошли 25 больных, которым терапия проводилась следующим образом: 5-6 дневная стартовая терапия нефракционированным гепарином в сочетании с 6-месячным лечением варфарином с контролем показателей свертывающей системы крови и подбором адекватной дозировки препарата, при которой достигался уровень МНО 2,5-3,0. Вторую группу составили 20 пациентов, получавшие стартовую терапию в течение 3-5 дней нефракционированным гепарином, затем больные принимали ривароксабан («Ксарелто») по 15 мг 2 раза в день, а спустя 3 недели, по 20 мг 1 раз в день на протяжении полугода. Лабораторный контроль состояния гемостаза осуществляли во всех случаях, на 3 -5-7 сутки. Качество жизни больных изучено с помощью опросника SF-36. Результаты: По данным ультразвукового ангиосканирования вероятность развития ТЭЛА обнаружена у 7 (15,6 %) больных с распространенным характером тромботического процесса. У 4 (8,8%) пациентов, по 2 в каждой группе, флотирующий тромб находился в общей подвздошной вене им

произведено клипирование вен после тромбэктомии. Еще у 3 (6,6%) пациентов, флотирующая верхушка располагалась в общей бедренной вене, выполнена тромбэктомия лигирующие вены. При динамическом ультразвуковом контроле роста тромба в процессе лечения не зарегистрировано ни у одного больного. При рентгенологическом исследовании легких на стационарном этапе лечения ТЭЛА не выявлена ни у одного пациента. У 2 (14,3%) пациентов контрольной группы были выявлены малые кровотечения: из десен, носа. При этом, они не были клинически значимыми и не требовали госпитализации и прекращения антикоагулянтной терапии. У одного пациента первой группы было выявлено повышение уровня печеночных проб более чем в два раза, что потребовало прекращения терапии антикоагулянтами. У 2 (8,0%) пациентов первой группы было выявлено повышение уровня печеночных проб более чем в два раза, что потребовало прекращения терапии антикоагулянтами. У всех пациентов второй группы эти показатели находились в пределах нормы. Через 3 и 6 месяцев после окончания лечения было проведено контрольное ультразвуковое исследование венозной системы у пациентов обеих групп. У 8 (32 %) пациентов в первой группе сохранялась окклюзия пораженного венозного сегмента. Частичная реканализация выявлена у 9 (36 %) больных, полная реканализация ранее тромбированных вен обнаружена у 8 (32 %). При ультразвуковом исследовании пациентов второй группы были получены следующие результаты: окклюзия пораженного сегмента – у 6 (30%), частичная реканализация – у 7 (35 %), полная реканализация – у 7 (35 %) больных. Интегральные показатели качества жизни больных были следующие. В первой группе физический компонент здоровья оказался равен  $55,04 \pm 8,2$ , а психологический –  $53,45 \pm 6,55$ , во второй группе соответственно –  $61,3 \pm 6,2$  и  $56,5 \pm 9,2$  ( $p > 0,05$ ). Обсуждение: Оба препарата сопоставимы по эффективности. К достоинствам ривароксабана следует отнести отсутствие рецидивов заболевания, геморрагических осложнений, ривароксабан не требует контроля системы гемостаза, применяется в стандартных дозировках, что значительно повышает выздоровление и реабилитацию пациентов. Выводы: антикоагулянтная терапия при острых тромбозах глубоких вен ривароксабаном эффективна и безопасна. Применение ривароксабана способствует реканализации венозного русла, восстанавливает венозный отток, позволяет улучшить основные показатели качества жизни, избежать рецидивов заболевания. Препарат также безопасен и удобен в применении пациентами в амбулаторных условиях, так как не требует постоянного лабораторного контроля.

## **56. Оценка комплаентности при лечении варикозной экземы.**

Иванов Е. В.

Тюмень

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Одним из кожных проявлений хронической венозной недостаточности является варикозная экзема (класс С4а по клинической классификации СЕАР). Лечение варикозной экземы достаточной затруднительно. Это связано, во-первых, с недостаточным взаимодействием хирургов и дерматологов, которые должны лечить этих пациентов совместно, для достижения наилучших результатов. Во-вторых, даже при правильно поставленном диагнозе и назначении адекватного лечения, мы часто сталкиваемся с отсутствием точного выполнения назначений врача со стороны пациентов. Цель. Оценить комплаентность (приверженность к лечению) пациентов, страдающих варикозной экземой. Материал и методы. Обследовано 85 пациентов в возрасте от 52 до 78 лет с острой варикозной экземой или хронической варикозной экземой в стадии обострения, которым было назначено консервативное лечение. Дифференциальная диагностика и осуществлялась с использованием алгоритмов, предложенных нами ранее.

Лечение включало три компонента: системную медикаментозную терапию, адекватную эластическую компрессию и топическое лечение. В качестве системной терапии применялись венотонизирующие (микронизированная очищенная флавоноидная фракция — МОФФ) и антибактериальные средства (в строгом соответствии с результатами бактериологического исследования). Для эластической компрессии был рекомендован сертифицированный эластический компрессионный трикотаж 2 класса компрессии и, в ряде случаев, эластические бинты средней растяжимости. Топическое лечение заключалось в применении антисептиков и бактериофагов в стадии экссудации, а также мазевых форм в стадии репарации. При включении в исследование пациенты заполняли специально разработанный опросник, в котором оценивали понятность каждого из назначенных компонентов лечения, личную возможность выполнения рекомендаций, ожидаемый эффект от лечения. При контрольных осмотрах через три и шесть недель пациенты заполняли второй вариант опросника, где отмечали реальное выполнение рекомендаций. В эти же периоды врачом оценивалась динамика лечения. Учитывались наличие и объём экссудации, площадь экземы, появление или отсутствие свежих полиморфных высыпаний. Результаты и обсуждение. Применение опросников выявило достаточно низкую комплаентность пациентов, страдающих варикозной экземой. При этом выявлена явная зависимость от возраста — пациенты моложе 65 лет выполняли рекомендации врача более точно и полно. Наибольшая приверженность к лечению отмечена в приёме пероральных лекарственных средств, прежде всего, МОФФ (98%). Короткие курсы антибиотикотерапии также выполнены большинством пациентов (85%). Применение топических средств было отмечено почти всеми пациентами (95%), однако эти средства далеко не всегда соответствовали назначениям. Во многих случаях практиковался эмпирический перебор множества мазей и даже косметических средств. Наименьшая приверженность к лечению отмечена в отношении одного из важнейших компонентов — эластической компрессии. Её применяли лишь 40% при 100% назначении. Более того, треть из этих 40% применяла совершенно непригодные для компрессии изделия. Эффективность лечения (ремиссия варикозной экземы) прямо коррелировала с комплаентностью. Выводы. Для эффективного лечения варикозной экземы необходимы не только точная диагностика этой патологии и взаимодействие хирургов и дерматологов, но и хорошее взаимопонимание пациента и лечащего врача для достижения максимальной приверженности к лечению.

## **57. Дифференциальная диагностика органических и функциональных заболеваний периферических артерий в амбулаторных условиях.**

Иванов Е. В.

Тюмень

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Хронические облитерирующие заболевания периферических артерий (ХОЗАНК), как атеросклеротической, так и неатеросклеротической природы, являются достаточно распространённой патологией. Пациенты, страдающие этими заболеваниями, составляют важную диспансерную группу, наблюдаемую, прежде всего, хирургами поликлиник. При этом на амбулаторном приёме бывает непросто верифицировать диагноз. Это связано с очень малым временем, отведённым на каждого пациента по нормативам и с недостатком специальных знаний у общего хирурга. В последнее десятилетие появился ещё один тревожащий фактор: многие врачи, особенно с недостатком опыта, бездумно полагаются на результаты инструментального исследования, прежде всего, ультразвукового, практически не учитывая клиническую картину заболевания. Всё это приводит как к диагностическим, так и тактическим ошибкам. Чётко прослеживается тенденция к

гипердиагностике, и диагноз ХОЗАНК выставляется ошибочно. Что же касается функциональных расстройств периферических артерий, то знания большинства амбулаторных хирургов и врачей общей практики ограничиваются термином «болезнь Рейно», за которую выдаются все жалобы, связанные с сосудистыми реакциями верхних конечностей. Принципиальной особенностью органического поражения артерий является прогрессирующая закупорка просвета артерий с развитием артериальной недостаточности. Причина нарушения артериального притока при функциональных заболеваниях — нарушение регуляции сосудистого тонуса, артериальная стенка при этом не изменена. К функциональным заболеваниям периферических сосудов относят две группы. Ангиоспастические болезни — болезнь и синдром Рейно, вертеброгенные ангиоспазмы и ангиодистонии. Ангионеврозы — идиопатический акроцианоз, холодовой эритроцианоз, хронический анестетический акроцианоз (синдром Кассирера), эритромелалгия (болезнь Митчелла). Следует чётко различать болезнь и синдром Рейно. Болезнь Рейно («первичный феномен Рейно») — первичное, идиопатическое заболевание, протекающее, как правило, благоприятно, и не приводящее к тяжёлым изъязвлениям пальцев или гангрене (в отличие от синдрома Рейно). Для постановки этого диагноза необходимо наличие следующих критериев: эпизодические приступы бледности или цианоза пальцев; сохранённый симметричный пульс; нет изъязвлений или гангрены; нормальные капилляры ногтевых лож; отрицательный тест на антинуклеарные антитела (ANA); нормальная СОЭ (LeRoy, Medsger). Синдром Рейно («вторичный феномен Рейно») — проявления, связанные с тяжёлыми системными заболеваниями (чаще всего — с системной склеродермией). Нередко этот диагноз является «рабочим» при жалобах пациентов на любую зябкость пальцев кистей, что абсолютно неверно. Дифференцировать органические и функциональные заболевания артерий позволяет сравнение основных клинических проявлений. Симптомы органического заболевания: перемежающаяся хромота (обязательный симптом!); зябкость дистальных отделов конечности; бледность кожи поражённой конечности; снижение кожной температуры на стороне поражения; трофические нарушения; нарушения целостности кожи. Симптомы функционального заболевания: перемежающаяся хромота — редко; зябкость или жар в пальцах; бледность или гиперемия кожи; снижение кожной температуры — редко; трофические нарушения — нет; нарушения целостности кожи — нет (исключение — синдром Рейно). Также следует учитывать характер перемежающейся хромоты. При ХОЗАНК она низкая, проявляющаяся в виде боли, преимущественно в икрах, а при окклюзии подвздошных артерий, также и в мышцах бедра. При функциональных заболеваниях артерий перемежающаяся хромота обычно отсутствует. При неврологических заболеваниях она высокая, проявляется в виде мышечной слабости, неустойчивости, подёргиваний. Таким образом, клиническая диагностика заболеваний периферических сосудов была и остаётся приоритетной. Нельзя поставить диагноз заболевания периферических сосудов, основываясь только на результатах инструментальной диагностики. Точное знание клинических проявлений и классификации заболеваний периферических артерий, поможет в диагностике и назначении адекватного лечения на амбулаторном этапе.

## **58. Результаты лечения больных с аневризмой интраартерального отдела брюшной аорты осложненной разрывом в условиях многопрофильного стационара.**

Сорока В.В., Нохрин С.П., Магамедов И.Д., Рязанов А.Н., Малиновский Ю.П., Белоусов Е.Ю., Петривский С.В., Магомедов С.Б.

Санкт-Петербург

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

Лечение осложненных аневризм брюшного отдела аорты (АБА) продолжает оставаться одной из актуальных проблем современной сосудистой хирургии. Даже при значительных

размерах аневризматического мешка, заболевание никак себя не проявляет, и только при разрыве возникают клинические симптомы. Разрыв аневризмы является грозным и часто трагичным исходом данного заболевания. Тяжелый прогноз «естественного течения», трудности ранней диагностики, сложности открытого оперативного вмешательства приводят к высокой летальности, которая достигает 80%. Цель: Улучшение результатов лечения больных с АБА осложненной разрывом. Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 91 пациента, находившихся на лечении с 2012 по 2016 год в НИИ скорой помощи с диагнозом аневризма брюшного отдела аорты осложненных расслоением, разрывом. Всем больным выполнялось УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства, компьютерная томография аорты и висцеральных артерий с контрастированием. Результаты: Анализ историй болезни показал сохраняющуюся высокую летальность (69%) при лечении АБА осложненных разрывом. Даже при условии своевременного выполнения протезирования аорты результаты остаются неудовлетворительными. Послеоперационный период протекает на фоне непрерывной борьбы с тяжелыми осложнениями Основными осложнениями являлись геморрагический шок, острая почечная недостаточность, абдоминальный компартмен-синдром. Также было характерно сочетание у одного пациента двух и более осложнений. Этот фактор, а также наличие практически у всех больных генерализованного атеросклероза обусловили высокую послеоперационную летальность. Обсуждение: Обращает на себя внимание малый процент среди выполненных операций малоинвазивных эндоваскулярных вмешательств. По ряду причин не везде готовы к выполнению таких вмешательств в скоромощном режиме. Выводы: 1. Лечение осложненных форм АБА продолжает оставаться одной из актуальных проблем современной сосудистой хирургии. Тяжелый прогноз «естественного течения», трудности ранней диагностики, сложности открытого оперативного вмешательства приводят к высокой летальности, которая достигает 80%. 2. Геморрагический шок, обусловленный массивной кровопотерей, требует обязательного применения систем возврата крови и «агрессивной» трансфузионной терапии, направленной не только на возмещение клеточных элементов крови, но и плазменных факторов свертывания. Объем кровопотери следует оценивать не только по данным лабораторных исследований, необходимо учитывать объем забрюшинной гематомы, развитие шока. Следует учитывать, что все больные данной категории имеют мультифокальный атеросклероз, что в условиях анемии, усугубляет развитие циркуляторно-гипоксического синдрома. 3. Развитие острой почечной недостаточности требует непрерывной оценки функции почек и участия в процессе лечения специалистов по гемодиализу. Только продолжительный лабораторный и функциональный мониторинг, в условиях отделения реанимации позволит снизить послеоперационную летальность. 4. Четкая организация диагностического процесса, подготовленная ангиохирургическая и реанимационная бригада с использованием современных технических средств для реинфузии крови и мониторингования жизненных функций являются пока что, пожалуй, основными атрибутами способствующими снижению летальности у этой тяжелой категории пациентов.

## 59. Коронарное шунтирование в условиях параллельного ИК у пациентов с инвалидизированным миокардом.

Щетко В.Н., Сидоров Р.В., Шлык И.Ф., Талалаев Е.П., Долтмурзиева Н.С., Богомолова И.В.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. Натрийуретические пептиды (НУП) В-типа, открытые в 1988 году, вызывают неуклонный интерес представителей различных клинических дисциплин. Повышение уровня этих пептидов ( $\text{BNP} > 100$  пг/мл или  $\text{NT-proBNP} > 600$  пг/мл) считают лабораторным признаком сердечной недостаточности. Хотя предоперационный контроль уровня НУП не содержится в общепринятых рекомендациях для оценки риска вмешательств на сердце, появляются сообщения о прогностическом значении этих лабораторных маркёров. Наше внимание привлекла возможность оценки риска коронарного шунтирования, используя контроль уровня  $\text{NT-proBNP}$ , при выраженном исходном снижении сократительной функции миокарда. Цель работы. Улучшить результаты реваскуляризации миокарда у больных со сниженной фракцией изгнания левого желудочка (ФИЛЖ), путём прогнозирования тяжести постперфузионной острой сердечной недостаточности (ОСН) на основе исходного уровня  $\text{NT-proBNP}$ . Материалы и методы. Обследовали 71 больного, оперированного в условиях кардиохирургического отделения клиники РостГМУ с 2010 по 2015 годы с ФИЛЖ ниже 50%. Все пациенты были разделены на 2 группы. I группа – 36 пациентов с исходной концентрацией  $\text{NT-proBNP}$  менее 600 пг/мл, II группа - 35 пациентов с исходной концентрацией  $\text{NT-proBNP}$  более 600 пг/мл. Шунтировали  $3,5 \pm 0,1$  (2—4) коронарных артерии в условиях параллельного искусственного кровообращения. Концентрацию  $\text{NT-proBNP}$  определяли перед операцией. Анализировали летальность, потребовавшиеся после ИК дозировки симпатомиметиков, частоту применения внутриаортальной баллонной контрпульсации (ВАБК). Результаты и обсуждение. Среди пациентов I группы наблюдали благополучное клиническое течение в 36 случаях (100 %). У 8 больных (группа 2) регистрировали ОСН. Наибольшую, в сравнении с традиционными показателями, прогностическую значимость ( $p=0,0015$ ) при сравнительном анализе продемонстрировала предоперационная концентрация  $\text{NT-proBNP}$  свыше 2000 пг/мл. У больных с концентрацией  $\text{NT-proBNP}$  менее 600 пг/мл инотропная терапия после ИК практически не требовалась. В группе с уровнем биомаркёра 600-1200 пг/мл инфузия допамина и добутамина достигала традиционных «кардиотонических» дозировок, а у каждого третьего пациента был необходим адреналин. При  $\text{NT-proBNP}$  — 1200—2000 пг/мл, летальный исход имел место в 1 случае, потребность в адреналине более чем в 40% случаев, ВАБК — у каждого 10 пациента. Концентрация пептида более 2000 пг/мл указывала на крайне высокий риск развития тяжёлой ОСН. В постперфузионный период назначали адреналин каждому больному, а половине из них экстренно устанавливали систему для ВАБК. Летальность среди этих пациентов достоверно превышала аналогичные показатели других подгрупп. Выводы. Определение предоперационной концентрации  $\text{NT-proBNP}$  при ФИЛЖ менее 50% целесообразно для прогнозирования ОСН после реваскуляризации миокарда. «Безопасным» уровнем пептида можно считать концентрацию ниже 600 пг/мл. Повышение его содержания более 2000 пг/мл свидетельствует о крайне высоком риске тяжёлой ОСН. Уровень данного биомаркера может быть ориентиром для выбора анестезиологической и хирургической тактики.

## **60. Опыт полной аутоартериальной реваскуляризации миокарда с использованием 2-х ВГА.**

Тагиров З.С., Сидоров Р.В., Шлык И.Ф., Щетко В.Н., Талалаев Е.П., Гребенюк С.В.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. Большинство исследований показывает, что бимаммарное коронарное шунтирование является высоко эффективной операцией. Внутренняя грудная артерия (ВГА) обладает наиболее высокой проходимостью среди всех трансплантатов, достигающей 95-98% через 10 лет после операции. Применение двух ВГА обеспечивает длительный эффект хирургического лечения и снижает риск рецидива стенокардии. Цель работы. Анализ собственного опыта выполнения множественного коронарного шунтирования с изолированным использованием двух ВГА. Материалы и методы. С 2010 по 2015 гг. выполнили 43 операции коронарного шунтирования с изолированным использованием двух ВГА. Среди прооперированных 85% составили мужчины. У всех больных диагностировали тяжелую стенокардию III и IV функционального класса (CCS). Постинфарктный кардиосклероз, с патологическими зубцами Q или QS, обнаружили более чем у половины пациентов. Средний показатель фракции изгнания ЛЖ у составил –  $44,1 \pm 7,2\%$ . Большинство пациентов имели многососудистое поражение КА. Поражение ствола левой КА более (90%) выявили у каждого пятого пациента. Результаты и обсуждение. У большинства пациентов обе ВГА использовали в качестве трансплантата *in Situ* и только в 18% применяли композитное маммарное шунтирование с созданием T-graft конструкций. Индекс реваскуляризации было достоверно выше при использовании ВГА методом T-graft против *InSitu*. Секвенциальное маммарокоронарное шунтирование выполнили 49% пациентов, и также секвенциальное шунтирование достоверно чаще выполнялось при методе T-graft. ( $p < 0,05$ ). Операции осуществляли с применением ИК и фармакоолодовой кардиopleгии у 14% больных, в условиях параллельного ИК - у 48%, на работающем сердце без ИК в 38% наблюдений. Госпитальной летальности и периоперационных инфарктов миокарда не было; острая сердечная недостаточность, потребовавшая применения допамина в дозе  $> 5$  мкг/кг/мин, не связанная с ИМ развилась у 6% пациентов, необходимости в применении внутриаортальной баллонной контрпульсации не было; церебральная дисфункция в виде послеоперационного психоза развилась у 2% больных, почечная дисфункция – у 2%, кровотечение, потребовавшее рестернотомии - у 2%. Выводы. Изолированное бимаммарное множественное коронарное шунтирование является современным и безопасным методом реваскуляризации миокарда, который не увеличивает риск развития периоперационных осложнений. Применение композитных T-graft конструкций из двух ВГА с использованием техники секвенциального маммарокоронарного шунтирования следует рассматривать как приоритетный метод реваскуляризации миокарда при многососудистом поражении коронарного русла.

## **61. К эволюционным особенностям клиники и хирургической тактики инфекционного эндокардита.**

Идов Э.М., Киршина О.В., Божко Я.Г.

Екатеринбург

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Инфекционный эндокардит (ИЭ) — заболевание септического генеза с преимущественным поражением клапанного или пристеночного эндокарда, характеризующееся быстрым развитием клапанной недостаточности, системных эмболических осложнений и иммунопатологических проявлений. Цель исследования — оценить тенденции к изменению клинической характеристики и хирургической тактики у больных с ИЭ на базе Центра «Сердце и сосуды» Свердловской областной клинической больницы №1. Материалы и методы исследования. Выполнен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с установленным диагнозом ИЭ за период с 1980 по 2016 годы. Проанализированы клиника ИЭ, структура фоновых заболеваний, сроки диагностики, клапанная локализация ИЭ, показания и сроки оперативного вмешательства, выживаемость пациентов. Результаты и обсуждение. В 80-е и 90-е годы соотношение оперированных больных с активным и неактивным ИЭ составило, соответственно, 53,5% VS 46,5% и 58% VS 42%, в 2000-е — 75,5% VS 24,5% (расцвет инъекционной наркомании), в 2015 году — 52,4% VS 47,6%. В 2000-е годы, по сравнению с 80-90-ми, в структуре фоновых заболеваний значительно уменьшилась частота встречаемости ревматических пороков (с 75% до 37,8%), однако появились такие патологии клапанов, как пролапс (17,3%) и миксоматоз (19,4%). Поздняя диагностика ИЭ ассоциирована с более высокими показателями летальности. У 17% пациентов диагноз ИЭ был поставлен на втором месяце от начала заболевания, летальность составила 20%; у 13 % — на третьем месяце, летальность — 30 %. Диагностика ИЭ на четвертом месяце от начала заболевания (20% пациентов) сопровождалась самыми высокими показателями летальности (46,7% случаев). Общее количество пациентов — 149. С 2000-х годов в структуре клапанной локализации ИЭ преобладали поражения аортального клапана — 39,3% (151 чел.), чуть реже встречались поражения митрального клапана — 30,2% (116 чел.) и сочетанные варианты поражения (митральный+аортальный) — 23,0% (88 чел.). ИЭ трикуспидального клапана составил всего 6,5% (25 чел.), что можно объяснить меньшей гемодинамической нагрузкой на правые отделы сердца, в сравнении с левыми. Наибольшее количество операций выполнено по поводу ИЭ с прогрессирующей сердечной недостаточностью и разрушением створок/хорд. Анализируя актуарные кривые выживаемости в оперированной и неоперированной группах больных, важно отметить, что только раннее оперативное лечение позволяет существенно повысить выживаемость пациентов. Сравнительная оценка результатов медикаментозного и оперативного лечения ИЭ у инъекционных наркоманов показала, что медикаментозное лечение в 80-90-е годы при левосторонней локализации процесса приводило к 100 % летальности, а при оперативном лечении летальность составляла 20,6%. В 2000-е годы оперативное лечение при левосторонней локализации процесса привело к снижению летальности до 7,6 %. При правосторонней локализации ИЭ у наркоманов медикаментозное лечение сопровождалось 40% летальностью, а при оперативном вмешательстве — 17,6%. За последние 10 лет при оперативном лечении ИЭ левосторонней локализации летальность практически не изменилась и составила 4,3 %, при правосторонней локализации процесса летальность отсутствует. В 90-е годы соотношение наркоманов, оперированных по поводу первичного ИЭ, и наркоманов со вторичным ИЭ составило 3:1 (76,4% VS 23,6%). В 2000-е годы оно резко изменилось в сторону увеличения удельного веса операций по поводу первичного ИЭ (92,3%) и уменьшения — по поводу вторичного ИЭ (7,7%). Заключение



Принципиальные изменения в хирургической тактике ИЭ, начиная с 2000 года, когда приоритетным стало раннее оперативное лечение с адекватной антибиотикотерапией, способствовало снижению летальности, в целом, на 50 %.

## **62. Новые подходы к выбору методов лечения облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей в амбулаторных и стационарных условиях.**

Кательницкий Иг. И.(1), Божко А.В.(2)

1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) МБУЗ «Городская поликлиника №1 г. Ростова-на-Дону»

Несмотря на наличие множества разнообразных способов диагностики, а также медикаментозных и немедикаментозных методов терапии хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей проблема отбора пациентов для оперативного и консервативного лечения с целью прогнозирования дальнейшего течения заболевания остается актуальной, а количество неудовлетворительных результатов лечения остается высоким. Кроме этого экономически обосновано применение стационарзамещающих методов лечения облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей на различных стадиях заболевания, как в качестве предоперационной подготовки, так и в виде консервативной терапии для пациентов, которым оперативное лечение не показано. Актуальным остается вопрос сочетанного применения различных схем медикаментозного лечения и нефармакологических лечебных подходов. Наряду с общепризнанными методами терапии используются в терапии "тренировочная (дозированная) ходьба", "контралатеральной компрессия", непосредственно направленные на улучшение периферического кровообращения, благодаря перераспределению тока крови в нижних конечностях с ограничением кровотока в менее пораженной конечности, и, соответственно, с его усилением в более пораженной конечности. Не потеряло значение применение в терапевтической практике методики внутривенного лазерного облучения крови при комбинированной терапии облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей, применение метода дискретного плазмозфереза. Установлена и научно обоснована эффективность применения электроимпульсного воздействия пространственно распределенным вращающимся полем электрических импульсов тока на область поясничных симпатических ганглиев. Назначение больным фармакологической и немедикаментозной иммунокоррекции стимулирует антиинфекционную защиту. Целью исследования является обоснование выбора оптимального способа медикаментозного, нефармакологического или оперативного лечения, что приводит к улучшению прогноза и дальнейшего течения заболевания при хронической артериальной недостаточности нижних конечностей у больных, путем разработки алгоритма выбора способа лечения в зависимости от степени ишемии, наличия сопутствующей патологии, объема предшествующих операции. Патогенетически оценили результаты различных методов лечения больных с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей на основе клинических, лабораторных и инструментальных данных. Провели сравнительный анализ результатов различных методов предоперационного лечения пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей в условиях дневного и круглосуточных стационаров, в зависимости от состояния микроциркуляторного русла и иммунных нарушений. Разработан алгоритм выбора места и способа лечения больных, обоснование критериев отбора пациентов и выбора методов медикаментозного и немедикаментозного лечения хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей как в условиях дневного стационара, так и на базе круглосуточных коек хирургического отделения.

### **63. Хирургическая тактика при флотирующих венозных тромбозах нижних конечностей.**

Восканян Э.А., Тулюбаев И.Н., Маршалкин С.М., Иванова В.В., Гаврилова О.Ю., Печинский В.И., Кузнецов Д.А., Обозин В.С., Зацепин А.А.

Пятигорск

ГБУЗ СК «Городская клиническая больница»

Проблема венозных тромбозов и их актуальность не вызывает сомнения, как по распространенности развития этого заболевания, так и по тяжести своих осложнений. И наиболее грозным осложнением является тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО) среди сердечно-сосудистых заболеваний после острого инфаркта и острого нарушения мозгового кровообращения являются одной из основных причин смерти во всем мире. Цель исследования: оценка хирургической тактики и профилактики ТЭЛА в лечении больных с флотирующими венозными тромбозами нижних конечностей, непосредственных и отдаленных результатов. Материалы и методы. С 2008 г. – по 2016 г. из 1281 больных с тромбозами вен нижних конечностей бедренно-подколенная и илюфemorальная локализация была у 674 больного. У 279 больных выявлен флотирующий тромбоз вен нижних конечностей в возрасте от 18 до 88 лет. Мужчин – 122, женщин – 157. Правая нижняя конечность поражена у 100, левая – у 179. Двухстороннее поражение было у 14 больных, 17 страдали онкологической патологией малого таза и брюшной полости. Всем больным проводилось общеклиническое обследование, клинический и биохимический анализы крови, исследование коагулограммы, ЭКГ, ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) бассейна нижней полой вены. УЗДС является основным методом исследования при тромбозе вен нижних конечностей. При наличии ТЭЛА дополнительно проводится эхокардиография (ЭХО-КГ) и спиральная компьютерная томография (СКТ) легких. Из 279 больных с флотирующими тромбозами нижних конечностей у 237 он был эмбологенным, т.к. флотирующая часть тромба была более 40-60 мм и не было прикрепления к стенке вены, у некоторых из них имелось наличие ТЭЛА при поступлении или в анамнезе. 42-м больным с флотирующими тромбозами было проведено консервативное лечение с динамическим контролем УЗДС. 15 больным выполнена тромбэктомия из наружной подвздошной вены и пликация, 62 – тромбэктомия из общей бедренной вены(ОБВ) с перевязкой поверхностной бедренной вены(ПБВ) рассасывающейся лигатурой, 52 – тромбэктомия из ОБВ и пликация ПБВ, 29 – изолированная перевязка ПБВ, 20 – изолированная пликация ПБВ, тромбэктомия из ОБВ и кроссэктомия у 59 больных. При проксимальных тромбозах в 49 случаях нам удалось выполнить радикальную тромбэктомию, с давностью тромбоза не более 5 суток. Летальных исходов не было. Из осложнений в послеоперационном периоде: лимфорей у 8 больных, гематома - у 7. Все больные в послеоперационном периоде получали низкомолекулярные гепарины (Клексан, Фраксипарин) в лечебной дозировке в течение 3-5 дней с переходом затем на Варфарин или Ривароксабан. Также им назначались венотоники, дезагреганты, неспецифические противовоспалительные препараты и производилась эластическая компрессия нижних конечностей. Амбулаторно в течение 6 - 8 месяцев и более больным назначались антикоагулянты, венотоники, эластическая компрессия нижних конечностей. Сроки назначения антикоагулянтной терапии оценивались индивидуально, в зависимости от объема тромботического процесса, наличием онкологического заболевания, рецидива тромбоза, степени реканализации, наличия ТЭЛА, тромбофилических состояний, возраста, сопутствующей патологии. Амбулаторное лечение тромбоза является важным этапом в лечении этой патологии. На амбулаторном этапе у нас у 4 больных отмечено возникновение умеренного желудочно-кишечного кровотечения. При эндоскопии выявлены геморрагический гастрит и острые

язвы желудка. Кровотечение прекратилось после лечения антагонистами протонной помпы. В последующем они получали Сулодексид(Вессел Дуэф), с хорошим результатом лечения. Отдаленные результаты от 1 года до 5 лет изучены у 162 больных. Оценивалась клиническое состояние и данные УЗДС через 3-6-12 месяцев после операции и затем каждые 6 месяцев. Ретромбозы отмечены у 21 больного(1,5%). В основном они страдали онкологической патологией и врожденными нарушениями факторов свертывания крови(тромбофилии). Восстановление просвета бедренной вены после её перевязки по данным УЗДС отмечено у 85% больных. Хорошие и удовлетворительные результаты получены у 111 больных, что составляет 68,5 %. С учетом отдаленных результатов пликация вены предпочтительнее чем её перевязка. Неудовлетворительные результаты связаны с наличием онкологического процесса, тромбофилических состояний, нарушение пациентом рекомендаций по проведению консервативного лечения на амбулаторном этапе. Заключение: Следуя строгим показаниям оперативного лечения флотирующих тромбозов вен нижних конечностей нами отмечено, что хирургические методы при эмбологенных венозных тромбозах эффективны и являются надежной профилактикой ТЭЛА. Обязательным условием амбулаторного лечения считаем проведение длительной антикоагулянтной терапии в течение 6-8 месяцев и более после операции в сочетании с венотониками и эластической компрессией конечностей.

#### **64. Хирургическое лечение огнестрельных повреждений сосудов в условиях вооруженного конфликта в Донбассе**

Кучеров С.А.(1), Штутин А.А.(2), Макачук О.В.(1), Чигринов Д.А.(1), Костямин Ю.Д.(1)

Донецк, ДНР

1) Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, 2) Республиканский травматологический центр

Актуальность. Огнестрельные повреждения сосудов относятся к числу наиболее сложных и угрожающих жизни раненых. В современных локальных военных конфликтах имеет место тенденция к возрастанию частоты и тяжести огнестрельных ранений сосудов, оставляющих 12%-15% в структуре боевой травмы, что связывается с изменением поражающих характеристик применяемых вооружений. Целью исследования являлся анализ эффективности ангиохирургической тактики лечения раненых с огнестрельными повреждениями сосудов, применяемой во время вооруженного конфликта в Донбассе. Материал и методы исследования. Проведен анализ наблюдений 77 раненых с огнестрельными ранениями, проходивших стационарное лечение в специализированном ангиохирургическом отделении в течение 2014-2016гг. Мужчин было 69 (89,6%), женщин – 8 (10,4%). Средний возраст  $36,4 \pm 4,2$  (от 20 до 57). Пулевые ранения имели место у 48 (62,3%) раненых, осколочные – 29 (37,7%). Повреждения магистральных сосудов установлены у 50 (64,9%) раненых, в том числе у 9 (11,7%) при политравме. В 27 случаях имели место ранения в проекции сосудистого пучка, что требовало ангиохирургического вмешательства. По локализации повреждения магистральных сосудов распределились следующим образом: сонная артерия – 2, подключичная артерия – 1, нижняя полая вена – 3, плечевая артерия – 5, подвздошные артерии – 7, общая бедренная артерия – 8, поверхностная бедренная артерия – 8, глубокая артерия бедра – 2, подколенная артерия – 7, ягодичные артерии – 7. В состоянии шока различной степени тяжести были доставлены 59 (76,6%) раненых. Сроки доставки раненых с массивным кровотечением и острой ишемией при повреждении магистральных сосудов колебались от 35 до 180 минут. Раненые без клиники острой ишемии и интенсивного кровотечения доставлялись в клинику из других лечебных учреждений после консультации сосудистого хирурга в различные сроки (до 17 суток) от момента ранения. Острая ишемия выявлялась у пострадавших с повреждениями магистральных артерий конечностей – первой степени у

16, второй степени – 20. Основными методами инструментальной диагностики являлись ультразвуковое ангиосканирование и рентгенконтрастная ангиография. По характеру операций преобладали реконструктивные вмешательства (27), шов и перевязка сосудов (21), эндоваскулярная эмболизация (9). В 27 случаях производили ревизию сосудистого пучка, удаление инородных тел (пуль, осколков), эвакуацию паравазальных гематом, хирургическую обработку и пластическое закрытие ран в проекции магистральных сосудов. Результаты и обсуждение. Раненых с продолжающимся кровотечением и острым нарушением магистрального кровотока оперировали в течение ближайшего времени после поступления на фоне проводимой противошоковой терапии, рассматривая ангиохирургическое вмешательство в качестве элемента реанимационных мероприятий. При реконструкции магистральных сосудов предпочтение отдавали аутовенозному, чаще экстраанатомическому шунтированию и протезированию, стараясь располагать шунт и анастомозы вне зоны огнестрельной раны. Синтетический эксплантат был использован в 1 наблюдении при перекрестном подвздошно-бедренном шунтировании. Сосудистый шов (боковой или конце-концевой) применяли только при неполных повреждениях с ограниченной зоной контузии сосудистой стенки. Шов сонной артерии выполнен в 2 наблюдениях, подключичной артерии – 1, нижней полой вены – 3. При повреждении ягодичных артерий (7) и ветвей глубокой артерии бедра (2), которые не сопровождались интенсивным кровотечением, выполнили рентгенэндоваскулярную эмболизацию в отсроченном порядке. Ампутация конечности была произведена в 4 случаях, в том числе в 3 по вторичным показаниям в связи с необратимым ишемическим поражением. Магистральный кровоток был восстановлен в 42 (84%) наблюдениях. Умерло 4 больных, в том числе 3 в результате сочетанной травмы с повреждением кишечника, печени, позвоночника, осложненных тяжелым шоком и полиорганной недостаточностью. Выводы: - в структуре огнестрельных ранений сосудов преобладают повреждения артерий нижней конечности, сопровождающиеся значительным объемом кровопотери и шоком; - основным методом хирургического лечения являются первичные реконструктивные операции с использованием аутовенозных трансплантатов; - эндоваскулярная эмболизация представляется эффективным методом лечения сосудистых повреждений, не сопровождающихся продолжающимся интенсивным кровотечением и расположенных в трудно достижимых анатомических зонах.

## **65. Ультразвуковая диагностика тромбозов гонадных вен в раннем послеродовом периоде.**

Панина Н.Г., Альбицкая Е.В., Панин А.В., Дубровский А.В., Велиев Н.А.

Лапино

Группа компаний «Мать и дитя», Клинический Госпиталь «ЛАПИНО»

За последние десятилетия отмечается прогрессивный рост частоты тромботических поражений системы нижней полой вены. Это связано с многими причинами, среди которых увеличение продолжительности жизни, наследственные и приобретенные нарушения системы гемостаза, рост онкологических заболеваний, повышенный травматизм, бесконтрольный прием гормональных препаратов (например оральных контрацептивов). Беременность и роды также относятся к числу существенных факторов риска по развитию острых венозных тромбозов. Частота тромботических осложнений составляет 1-2 на 1000 родов. Увеличение числа женщин в позднем репродуктивном возрасте, с сопутствующей соматической патологией, увеличение числа повторных родов и оперативного родоразрешения определили тенденцию последних лет к увеличению частоты тромботических поражений. В связи с риском развития тромбоэмболии легочной артерии одним из наиболее актуальных вопросов современного акушерства является своевременная диагностика острых венозных тромбозов системы нижней полой вены у

беременных и в раннем послеродовом периоде. Применение инвазивных методов исследования венозного русла, в частности, ангиографии во время беременности крайне нежелательно из-за повреждающего воздействия на плод рентгеновского излучения. В связи с этим нами была разработана и введена в практику методика ультразвукового ангиосканирования системы нижней полой вены у беременных. Использование ультразвуковых аппаратов с высокой разрешающей способностью последнего поколения позволило точно определить уровень и характер тромботического поражения, выбрать оптимальную тактику лечения с целью профилактики тромбоэмболии легочной артерии и полностью отказаться от проведения рентгеноконтрастных методов исследования венозной системы для определения оптимальной лечебной тактики. Нами были обследованы 6800 беременных и женщин в раннем послеродовом периоде. Всем пациентам было проведено ультразвуковое триплексное ангиосканирование венозного сосудистого русла системы нижней полой вены. Из них у 20 были выявлены признаки острого венозного тромбоза различной локализации. У 19 пациентов диагностирован флотирующий тромбоз. В одном случае из двадцати тромбоз локализовался в притоке большой подкожной вены и носил окклюзивный характер. Анализ полученных данных показал, что в 60 % (25 пациенток) тромбоз диагностирован в первые 3-5 суток послеродового периода и во всех случаях локализовался в правой гонадной вене с распространением флотирующей верхушки на инфраренальный отдел нижней полой вены. 23 пациентам с флотирующим тромбозом нижней полой вены с целью профилактики тромбоэмболии легочной артерии была выполнена тромбэктомия из нижней полой вены, отсечение и перевязка правой гонадной вены из минидоступа. Двум пациенткам проведена эндоваскулярная катетерная тромбэктомия с последующей установкой съемного кава-фильтра. Тромбоз вен нижних конечностей и обусловленная им тромбоэмболия легочной артерии, летальность от которой достигает 30%, представляет огромную проблему современного акушерства. Известно, что венозный тромбоз при беременности развивается в 5-6 раз чаще, чем у небеременных аналогичного возраста. При этом венозные осложнения возникают в 10-15 раз чаще при оперативном родоразрешении. Таким образом, благодаря внедрению методов ультразвукового ангиосканирования и применению высокоточных ультразвуковых сканнеров, стала возможной своевременная диагностика тромботического поражения венозной системы без использования рентгеноконтрастных методов исследования. Полученные данные позволили выбрать оптимальную тактику лечения и предотвратить развитие тромбоэмболии легочной артерии, являющейся одной из наиболее частых причин материнской смертности.

#### **66. Тромбэктомия из нижней полой вены, перевязка гонадных вен в раннем послеродовом периоде.**

Дубровский А.В., Панин А.В., Шмушкович Т.Б., Панина Н.Г., Альбицкая Е.В., Велиев Н.А.

Лапино

Группа компаний «Мать и дитя», Клинический Госпиталь «ЛАПИНО»

Проблема профилактики и лечения острых венозных тромбозов (ОВТ) и тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) у беременных и женщин в раннем послеродовом периоде на протяжении многих лет сохраняет свою актуальность. ТЭЛА является одной из наиболее частых причин материнской смертности в развитых странах. Источником развития ТЭЛА является тромбоз вен нижних конечностей и тромбофлебит гонадных вен с переходом в нижнюю полую вену. Диагностика тромба нижней полой вены исходящего из правой гонадной не всегда возможна. Данное осложнение встречается у 0,05-0,18% обследованных беременных женщин и пациенток в раннем послеродовом периоде. При

этом в 80-90% наблюдений тромботический процесс локализуется в правой яичниковой вене, в 5% - в левой и в 10-15% тромбированными оказываются оба сосуда. Возможными осложнениями тромбоза яичниковых вен являются: распространение тромботического процесса в нижнюю полую или почечную вены, ТЭЛА, Сепсис. Частота возникновения ТЭЛА в раннем послеродовом периоде составляет 13,2%, смертность достигает 4%. В последнее время предложено множество методов лечения, но, очевидно, хирургическое удаление гонадной вены приведет к исключению ретромбоза. Флотация тромба из гонадной вены в НПВ – является абсолютным показанием к хирургическому вмешательству. В клиническом госпитале «Лапино» оперированы 24 пациентки в раннем послеродовом периоде с тромбозами гонадных вен и с флотацией в НПВ. Во всех случаях заболевание было диагностировано при помощи УЗАС. Длина флотирующей части составляла от 4 до 12см., диаметр от 4мм. До 20мм. В большинстве случаев тромбофлебит гонадных вен возникал при выраженном варикозном расширении гонадной вены. Учитывая эмбологенный характер тромбов, пациенткам были выполнены операции тромбэктомии из НПВ с кроссэктомией гонадной вены. В качестве доступа использовался трансректальный мини-лапаротомный доступ. Гонадная вена мобилизовалась и бралась на турникет. Производилась флеботомия с временным перекрытием инфраренального отдела НПВ. В результате повышения давления флотирующий участок из НПВ эвакуировался. Интенсивный ретроградный кровоток служил показателем эффективности тромбэктомии. В дальнейшем гонадная вена отсекалась от НПВ, устье ее ушивалось. Во всех случаях послеоперационный период протекал без осложнений. Признаков ТЭЛА отмечено не было. Проводилась консервативная терапия с ультразвуковым контролем на 4-5 сутки. Во всех случаях в просвете нижней полой вены тромбов обнаружено не было. Пациентки выписывались на амбулаторное наблюдение на 5-6 сутки после оперативного вмешательства. Контрольный осмотр и УЗАС проводились через 5-6 недель. По данным обследования повторных тромбозов не было. Послеоперационный период без осложнений.

# ХИРУРГИЯ ПИЩЕВОДА

## **1. Лечение ахалазии кардии III – IV степени у лиц пожилого и старческого возраста.**

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

Владикавказ

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

В настоящее время ахалазия кардии, по литературным данным, составляет 3,1–20% всех заболеваний пищевода, занимая третье место после рака и послеожоговых стриктур. Женщины подвержены ахалазии кардии чаще, чем мужчины (52 и 48% соответственно). Наибольший процент заболеваемости приходится на период между 20 и 50 годами жизни, однако не редко встречаются больные от 65 до 90 лет. Общей симптоматикой характерной для ахалазии пищевода является триада симптомов: дисфагия, регургитация, боль. Однако данные симптомы в своей полной мере проявляются только в III – IV стадии заболевания. На данной стадии. У этих больных органосохраняющие операции оказываются малоэффективными ввиду полной атонии и резкого расширения пищевода (мегаэзофагус), удлинение и S-образное искривление пищевода с атонией стенок, длительной задержкой жидкости и пищи. В этих случаях операцией выбора считается трансхиатальная субтотальная резекция (экстирпация) пищевода с одномоментной пластикой желудочной трубкой либо толстокишечная пластика пищевода через сохраненный мышечный футляр. Характерная особенность хирургической патологии в пожилом и старческом возрасте - сочетание основной болезни с тремя-четырьмя сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой, дыхательной, выделительной и других жизненно важных систем. Так, среди больных старше 65 лет, у 26,3% выявлена ишемическая болезнь сердца, у 6,7 - гипертоническая болезнь, у 7 — хроническая дыхательная и у 2% — почечная недостаточность. Сопутствующие заболевания в этом возрасте в два—три раза увеличивают опасность неблагоприятного исхода операции. Для этой категории больных большие объемы и высокая травматичность оперативных вмешательств, в данном случае экстирпация пищевода, сопряжены с высоким операционным и анестезиологическим риском, опасностью осложнений в периоперационном периоде. На нашем материале за последние 20 лет среди 86 больных оперированных по поводу ахалазии пищевода и кардиоспазма, больных старше 65 лет было 15 с III – IV стадией ахалазии, из них 7 мужчин и 8 женщин, средний возраст составил 78, 2 года (от 65 до 90). Данной группе пациентов после комплекса диагностических мероприятий (осмотр, эзофагогастроуденоскопия, рентгеноскопия и рентгенография желудочно-кишечного тракта, манометрия) и массивной предоперационной подготовки проведена эзофагокардиомиопластика по Готтштейну – Шалимову. Ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения оценивались с помощью разработанной нами комплексной шкалы, включающей градацию качества хирургического лечения на отличное, хорошее, удовлетворительное и неудовлетворительное. Отличное качество хирургического лечения - это полная клиническая и трудовая реабилитация больного. Хорошее качество хирургического лечения - это единичные случаи некоторого затруднения при прохождении твердой пищи в желудок при нервно-эмоциональной нагрузке на фоне полной клинической и трудовой реабилитации в остальной период. Удовлетворительное качество хирургического лечения – при этом сохраняются: периодическая дисфагия и боли за грудиной, значительное нарушение проходимости пищевода, снижение трудоспособности (инвалидизация). Неудовлетворительное качество хирургического лечения - клинические и рентгенологические данные существенно не отличающиеся от имевшихся до лечения, рецидив заболевания, рефлюкс-эзофагит и его осложнения. Из 15 больных, в возрасте от

65 до 90 лет перенесших эзофагокардиомиопластику по Готтштейну-Шалимову, в ближайшие и отдаленные сроки отличные и хорошие результаты имели место у 13 (86%): удовлетворительные исходы были у 2 (13%) больных, страдавших эзофагитом или периодической дисфагией. Рецидива заболевания не отмечено. Выводы: 1) У лиц пожилого и старческого возраста (65 – 90 лет) с ахалазией пищевода III – IV степени в сочетании с тремя-четырьмя сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой, дыхательной, выделительной и других жизненно важных систем нуждаются в особом, более расширенном предоперационном обследовании и предоперационной подготовке. 2) Используемая методика эзофагокардиомиопластики по Готтштейну-Шалимову для данной группы пациентов, обоснована и в преобладающем большинстве случаев имеет хорошие ближайшие и отдаленные результаты.

## **2. Фарингоэзофагеальные дивертикулы пищевода.**

Гринцов А.Г.(1), Ступаченко О.Н.(1), Ступаченко Д.О.(1), Хаджиев А.Ч.(2), Касьяненко Н.С.(3)

1) Донецк, ДНР, 2) Крым г. Ялта, 3) Енакиево

1) Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, 2) Крым г. Ялта, 3) Енакиевская гор. больница № 11

Актуальность проблемы. Впервые о дивертикуле данной локализации сообщил Ludlow (1769), а позже Zenker описал пять собственных наблюдений. Фарингоэзофагеальные дивертикулы встречаются редко и относятся к сложным вмешательствам склонным к возникновению как ранних, так и отдаленных осложнений. Патогенез фарингоэзофагеальных дивертикул полиэтиологичен и до настоящего времени не уточнен, несмотря на целый ряд гипотез. Фарингоэзофагеальные дивертикулы возникают в области треугольника Ламмера. По мнению многих авторов, особенности анатомического строения пищевода – отсутствие серозного покрова и продольных мышц, способствует образованию в этой зоне пульсионных дивертикулов. Существует и ряд других теорий образования дивертикулов. Цель работы. Уточнить тактику с целью предупреждения осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде. Материалы и методы. Мы располагаем 21 наблюдением с фарингоэзофагеальными дивертикулами за период с 1976 по 2016 годы. Возраст больных от 35 до 70 лет. Наиболее частыми жалобами больных были дисфагия (40%), боль за грудиной (27%), боль в подложечной области (13%), гиперсаливация (53%), неприятный запах изо рта (60%). Из этого следует, что они не информативны, на основании которых невозможно установление диагноза. Вместе с тем, эти жалобы послужили показанием к контрастному рентгенисследованию пищевода и желудка. Наиболее достоверным методом установления диагноза оказалось многоосевое контрастное рентгенологическое исследование (97%). Целью рентгенологического исследования было, не только факт установления дивертикула, но и получение информации о его локализации, размерах, форме шейки, длительности нахождения бариевой взвеси в нём. В 7 случаях выполняли фиброэзофагоскопию, что позволило уточнить наличие дивертикулита. У всех больных дивертикул был размерами от 2,5 до 6 см в диаметре. Результаты и обсуждения. Первая группа больных – 8 человек составили группу сравнения и оперированы по общепринятой методике: прошивание шейки УО 40, укрытие вторым рядом узловых швов. Основная группа из 13 больных оперированы по методике проф. А.Ф. Черноусова. Доступ к дивертикулу осуществляли по краю грудиноключично-сосцевидной мышцы длиной 8-10 см. Как правило, дивертикулы обнаруживались без труда, однако в 3 случаях пришлось вводить зонд в пищевод и использовать эффект инсуффляции. Учитывая сложную синтопию органов и тканей шеи, доступ к дивертикулу осуществляли анатомично, избегая их повреждения. При мобилизации дивертикула и зоны его шейки учитывали особенности



кровообращения пищевода, то есть сегментарное питание мелкими артериями, что диктовало щадящие технические приёмы, особенно в зоне щитовидной железы и яремной вены. В связи с этим, избегали обширной мобилизации пищевода, которая несомненно влияла на кровообращение, а в последующем способствовало возникновению несостоятельности швов. Следует отметить, что швы 1-го ряда на стенку пищевода накладывали атравматичной иглой с рассасывающейся нитью (000-0000). В основной группе мы не использовали сшивающий аппарат при обработке шейки дивертикула. На уходящую часть шейки накладывали зажим, поэтапно отсекая дивертикул. Первый ряд формировали непрерывным вворачивающим швом с целью погружения краев стенки пищевода вовнутрь. Мышечный слой сводили вторым рядом узловых швов атравматичной капроновой нитью. В основной группе больных главным принципом завершающим оперативное вмешательство, было осуществление надёжного - укрытия линии швов пищевода по А.Ф. Черноусову. У 10 больных с истончённой стенкой пищевода линию швов укрепляли глоточно-пищеводной фасцией, 6 больным выполнена вторая методика – подшивание незначительной порции мышечных волокон на питающей ножке из проксимальной части грудиноключично-сосцевидной мышцы. В ближайшем послеоперационном периоде в группе сравнения у 2 больных возникло осложнение – длительно не заживающий свищ (в течение 3 месяцев). В основной группе аналогичных осложнений не было. Отдалённые результаты изучены в сроки от 5 до 30 лет у 16 (76,2%) больных. У 2 больных основной группы была отмечена незначительная деформация стенки пищевода в зоне удалённого дивертикула, у 3 – сужение пищевода на 25% в диаметре. В основной группе у 3 больных выявлено незначительное сужение просвета пищевода в зоне удалённого дивертикула. Таким образом, наиболее информативным методом диагностики Ценкеровских дивертикулов пищевода, является многоосевая контрастная рентгенография. Важными являются показания и противопоказания к операции особенно у больных старше 75 лет и наличие дивертикулита, который нуждается в предоперационном консервативном лечении. Все технические приёмы, начиная от доступа до мобилизации дивертикула, шейки его, должны быть крайне щадящими, а накладываемые швы на стенку пищевода прецизионными.

### **3. Тактика при повреждении пищевода.**

Ступаченко О.Н.,(1), Гринцов А.Г.(1), Ступаченко Д.О.(1), Сухомлин Ю.А., Шестопалова А.Д.(2)

1) Донецк, ДНР, 2) Макеевка, ДНР

1) Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение. 2) Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького. 3) Клиническая Рудничная больница г. Макеевки

Актуальность. Характерным для разрывов пищевода является возникновение гнойного воспаления околопищеводной клетчатки шеи и средостения в короткие сроки. Наиболее значительные повреждения клетчатки и средостения медиастенальной плевры наблюдались при инструментальных и спонтанных разрывах пищевода. Летальность этой патологии составляет от 20 до 51%. Цель исследования: снизить летальность больных с проникающими повреждениями пищевода. Материалы и методы. В период с 1996 по 2016 годы под нашим наблюдением находились 32 пациента с проникающими повреждениями пищевода. Причинами повреждения явились: инструментальные исследования 16 (50%) больных, инородные тела 8 (25%), спонтанные разрывы 6 (18,7%), ножевые ранения 2 (6,3%). Для диагностики проникающих повреждений пищевода применяли комплекс рентгенологических и эндоскопических методов исследования. Рентгенологическое полипозиционное исследование грудной клетки сочетали с контрастированием пищевода, для уточнения локализации дефекта. С целью уточнения локализации разрыва,

воспалительных изменений слизистой пищевода выполнялась ригидная эзофагоскопия под общим обезболиванием, с последующим проведением назогастрального зонда сквозь тубус эндоскопа. Оперировано 30 (93,4%) больных. Основными этапами хирургического лечения проникающих повреждений пищевода появились раскрытие и дренирование зон повреждения. В решении этих задач важнейшее значение имел выбор рационального хирургического доступа. Шейный доступ использован у 10 больных при перфорации шейного отдела пищевода. Абдоминальный доступ использован у 3 больных с разрывом нижнегрудного отдела пищевода, что по нашему мнению менее эффективный чем чрезплевральный, который использован у 16 больных при повреждениях грудного отдела пищевода. Мы отдавали предпочтение боковому доступу с сохранением самой широкой мышцы спины. Этот доступ менее травматичный чем задний, позволяет выполнить ревизию всех зон средостения и оптимально их дренировать. Чрезпищеводное дренирование осуществлено у одного больного с перфорацией шейного отдела пищевода. У трех больных, госпитализированных в клинику в крайне тяжелом состоянии в поздний срок, выполнено дренирование плевральных полостей с проведением назогастрального зонда. Ушивание дефекта пищевода проводилось у 8 больных. У пяти, которые поступили в клинику позднее, 12 часов с момента травмы, имело место несостоятельность швов. Наше наблюдение совпадает с мыслью ряда авторов о нецелесообразности ушивания дефекта пищевода если с момента повреждения прошло больше 6 часов, в связи с развитием гнойно-деструктивного процесса. Результаты и обсуждение. Наиболее сложную группу представляли больные с разрывом нижнегрудного отдела пищевода, в связи с забросом кислотного содержимого желудка через дефект пищевода в средостения и плевральную полость. Наложение гастростомы ухудшает состояние больного и не исключает заброс желудочного содержимого через дефект стенки пищевода. Поэтому кормление выполнялось через назогастральный зонд с назначением ингибиторов желудочной секреции (гастроцепин) или специфических антагонистов H<sub>2</sub>- рецепторов (квamatел, ранитидин, зантак) в соединении с блокаторами D<sub>2</sub>-дофаминовых рецепторов (метоклопрамид, церукал), что позволило уменьшить желудочный рефлюкс и связанные с этим пептические осложнения. У четверых больных с рубцовыми изменениями пищевода и невозможностью проведения назогастрального зонда накладывалась гастростома. В комплексное лечение проникающих повреждений пищевода, кроме оперативного метода включали инфузионно-трансфузионную терапию, которая обеспечивала поддержку водно-электролитного баланса, энергетические и пластические потребности организма. С целью активизации межклеточного обмена назначали ингибиторы протеаз (контрикал, гордокс), для улучшения регенерации назначался актовегин, что повышает транспортировку глюкозы и кислорода в клетки, повышая их энергетические ресурсы, что стимулирует грануляцию и эпителизацию в местном лечении на ряду с перфузией растворов антисептиков и антибиотиков в средостение с их активной аспирацией, проводилась сонация дефекта стенки пищевода фибробронхоскопом с введением в зону повреждения протеолитических ферментов, антисептиков, удаление некротизированных участков стенки пищевода. Используя комплекс лечения у больных с проникающими повреждениями пищевода, удалось снизить летальность до 28,3% . Выводы. Результаты лечения проникающих повреждений пищевода зависят от своевременной диагностики, госпитализации больных в специализированное отделение, активной хирургической тактики. Основным фактором в лечении данной патологии является адекватное дренирование зон повреждений, активная постоянная перфузия и аспирация растворов антисептиков на основе патогенетично обоснованной терапии.

#### **4. Сравнительный анализ результатов лечения детей с атрезией пищевода после отсроченного эзофаго-эзофагоанастомоза и колоэзофагопластики.**

Разумовский А.Ю., Мокрушина О.Г., Куликова Н.В., Гебекова С.А.

Москва

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность: Атрезия пищевода (АП) – один из наиболее часто встречающихся врожденных пороков развития пищевода с частотой 1:2500-4500 новорожденных. Большинству пациентов удается восстановить проходимость пищевода посредством наложения первичного анастомоза. Однако бессвищевая форма АП, сопутствующие аномалии и масса тела менее 1500 г являются препятствиями к выполнению первичного анастомоза. В таких случаях показано наложение отсроченного эзофаго-эзофагоанастомоза или выполнение пластики пищевода толстой кишкой или желудком. Цель исследования: провести сравнительный анализ результатов лечения детей с АП после отсроченного эзофаго-эзофагоанастомоза и колоэзофагопластики. Материалы и методы: На базе ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова г. Москвы с 2007 по 2017 гг. прооперировано 187 детей с АП. Первичный анастомоз пищевода выполнен у 152 (81,3%) детей с ТПС. 3 (1,6%) детям с изолированным ТПС выполнена перевязка свища. У 5 (2,7%) новорожденных с бессвищевой формой АП выведена эзофаго- и гастростома для последующей колоэзофагопластики. Остальным 27 (14,4%) детям наложена гастростома для выполнения отсроченного эзофаго-эзофагоанастомоза. Из них у 7 (26%) новорожденных с гастростомией констатирован летальный исход в первые 12 дней с момента поступления. 20 выжившим детям с гастростомой в последствии выполнен отсроченный эзофаго-эзофагоанастомоз. Также в ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова г. Москвы с 2007 по 2017 гг. поступило еще 47 детей с АП из других клиник после выведения эзофаго- и гастростомы для выполнения колоэзофагопластики. 52 детям с эзофаго- и гастростомой в последствии выполнена колоэзофагопластика. Результаты: Проведена сравнительная оценка результатов лечения детей с АП после отсроченного эзофаго-эзофагоанастомоза и колоэзофагопластики. Выводы: После отсроченного эзофагоэзофагоанастомоза уровень послеоперационных осложнений выше, чем в группе детей после колоэзофагопластики. Анализ отдаленных результатов после отсроченного эзофаго-эзофагоанастомоза показывает, что в 66,7% случаях дети не приспособлены к нормальному питанию, и только в 33,3% наблюдений пищевое поведение соответствует возрасту. Пока наши наблюдения не могут свидетельствовать, что выполнение отсроченного анастомоза пищевода является хорошей альтернативой для детей с атрезией пищевода.

#### **5. Подходы к минимизации послеоперационных осложнений у больных раком пищевода и кардии, пути их предупреждения и коррекции.**

Алиев С.А., Курбанов К.А., Магомедов С.М., Омаров К.Х.

Махачкала

ГБУ РД НКО «Дагестанский центр грудной хирургии» МЗ РД

Если непосредственные результаты операций по поводу рака пищевода, кардии являются вполне удовлетворительными, то функциональные результаты и пятилетняя выживаемость не утешительны. Приоритетным остается и совершенствование органосохраняющих, одномоментных радикальных, более физиологических (вагус -,

сплено -, привратник – сохраняющих) операций с включением дуоденального транзита, более выгодных в функциональном отношении и направленных на предупреждение постгастрорезекционных синдромов (ПГРС). Самостоятельной задачей явилось изыскание в онкохирургической стратегии рака резецированного желудка. Концепция о системности заболевания с первичной генерализацией опухолевого процесса, допускает использование малотравматичного трансхиатального доступа у истощенных и пожилых пациентов, в то время как лимфодиссекция 2S, 2F, 3F возможна лишь при торакотомном доступе. Целью исследования является повышение эффективности и качества хирургического лечения при раке пищевода и кардии. В основу работы положены результаты хирургического лечения больных с раком пищевода и кардии, прооперированных в период с 2000 по 2016 гг. В работе излагаются стратегические, тактические и технические аспекты, связанные с принципами и методами формирования пищеводного анастомоза, после субтотальной резекции пищевода, экстирпации пищевода, резекции кардиоэзофагеального перехода. Материалы и методы. В клинический материал включены 881 пациент, которые разделены на 3 группы. Возраст больных лавировал от 19 до 83 лет. 2/3 из которых составляли мужчины. В первую группу вошли 228 больных с радикальными операциями на пищеводе. Они распределены по стадиям следующим образом: I, II стадия - 27% III стадия - 58% III – IV стадия - 15%. Им были выполнены операции типа Льюиса в модификации М.И. Давыдова с послеоперационной летальностью 3% и (или) экстирпации пищевода по А.Ф. Черноусову (n=39) без летальных исходов. Во - вторую группу 409 больных с гастрэктомией, гастрозофагеальной, резекциями с послеоперационной летальностью 1,5%. Они распределились по стадиям следующим образом: I, II стадия - 11% III стадия - 62% III - IV стадия - 27%. В 3 группу включены - больные после реконструктивных вмешательств по поводу «болезней оперированного пищевода» (n=21) с послеоперационной летальностью 4.8%. С точки зрения органосберегающих, функциональных операций заслуживает внимание пилоруссохраняющие операции с включением дуоденального транзита, практически вытесняющие стандартную гастрэктомию из статуса «золотого стандарта» при первой и второй стадиях рака проксимального отдела желудка. Нами выполнены 39 операции с сохранением пилорического жома, которые позволили повысить функциональные возможности варианта операции с прямым эзофагодуоденальным анастомозом с разрешением постгастрорезекционного синдрома (рефлюкс - эзофагита, демпинг - синдрома) с улучшением качества жизни. Основным итогом деятельности явилось расширение показаний к эзофагопластике по М.И. Давыдову, что снижает хирургический блок осложнений, в частности, несостоятельность швов анастомоза. Эффективным методом профилактики при высоком индексе риска плевроролечных, сердечно - сосудистых осложнений явилось исключение торакотомного этапа операции более широким внедрением в клиническую практику экстирпации пищевода по А.Ф. Черноусову и абдоминозаднемедиастинального доступа у 33 % больных с местнораспространенным раком доминировала агрессивная стратегия с выполнением симультанных суперрадикальных операций (n=65) удалением от 3 до 8 органов. В Республике Дагестан проблемной задачей остается слабый социально - экономический статус. Не реализованы стандарты даже для развивающихся стран, ступени горизонтальной и вертикальной власти в здравоохранении, поэтому показатели ранней диагностики со смещением структуры онкозаболевания в пользу I – II стадии низкие. Надежды на проект радиологического онкоцентра в РД с решением задач связанных на мультидисциплинарном подходе, на трансляционных принципах клиничко - генетическом мониторинге и подходах с полногенным скринингом остаются. Таким образом, диалектический взгляд на данную проблему позволяет осмыслить сегодняшнее положение и определить перспективу развитие хирургии пищевода и кардии в 21 веке.

## **6. Возможности улучшения результатов хирургического лечения пациентов с осложненными грыжами пищеводного отверстия диафрагмы.**

Авторы: Черкасов М.Ф., Черкасов Д.М., Старцев Ю.М., Меликова С.Г

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. В настоящий момент грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) являются одной из наиболее распространенных хирургических патологий. Самым частым осложнением ГПОД является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, распространенность которой неуклонно увеличивается. Симптомы рефлюкс-эзофагита выявляют у 30–65% населения развитых стран и являются одним из наиболее частых поводов обращения к врачу. Несмотря, на имеющийся опыт в лечении ГПОД, одной из актуальных проблем в хирургии пищевода является определение тактики лечения больных с осложненными формами грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Цель работы. Улучшение результатов лечения пациентов с осложненными грыжами пищеводного отверстия диафрагмы путем использования видеоэндохирургических технологий. Материалы и методы. Нами выполнено 127 видеоэндохирургических вмешательств по поводу осложненных грыж пищеводного отверстия диафрагмы. В наших наблюдениях, мы выявили такие осложнения грыж пищеводного отверстия диафрагмы как: ГЭРБ – у всех 127 пациентов (100%), эрозии – у 16 (12,6%), пищевод Барретта – у 19 (15%), стеноз – у 4 (3,1%) и ущемления – у 1 пациента (0,8%). Аксиальные грыжи наблюдались у 104 пациентов, параэзофагеальные – у 23. По классификации Granderath и соавт. (2007), среди аксиальных грыж малые встречались у 39 (37,5%) пациентов, большие – у 58 (55,8%), гигантские – у 7 (6,7%), среди параэзофагеальных – у 16 (69,6%) больных имели место большие грыжи, у 7 (30,4%) – гигантские. Средний возраст больных составил  $49,6 \pm 14,3$  лет. Частота заболевания как у мужчин (47,6%), как и у женщин (52,4%) была практически одинакова. Результаты и обсуждение. В связи с тем, что на первый план в клинике грыж пищеводного отверстия диафрагмы выходят симптомы гастроэзофагеального рефлюкса в лечении осложненных ГПОД следует применять комплексный подход. Консервативная терапия при лечении осложненных грыж пищеводного отверстия диафрагмы, имеет только симптоматическое значение и состоит из комплекса диетических мероприятий, а также медикаментозных препаратов, которые направлены на снижение кислотности желудочного сока, нейтрализацию выработанной соляной кислоты и ускорение эвакуации пищи из желудка. У 127 пациентов не удалось добиться существенного положительного результата после проведения длительной медикаментозной терапии, в связи с чем, им всем была выполнена операция Ниссена или Ниссена-Розетти из лапароскопического доступа. Мы считаем, что показаниями к хирургическому лечению осложненных грыж пищеводного отверстия диафрагмы являются неэффективность многократных курсов консервативного лечения; наличие осложнений ГПОД (эзофагит, эрозии и язвы пищевода, анемия, стеноз, кровотечения); большие размеры грыжи, ее фиксация в грыжевых воротах; параэзофагеальная грыжа; метаплазия слизистой пищевода (пищевод Барретта). При больших и гигантских грыжах в сочетании с крурорафией выполнялась дополнительная пластика диафрагмы сетчатым имплантом. Интраоперационные кровотечения отмечены у 13 (10,2%) пациентов, в связи с этим, у 6 пациентов выполнена конверсия, у 2 пациентов причиной конверсии стал выраженный спаечный процесс. В ближайшем послеоперационном периоде осложнений нами отмечено не было. Послеоперационный койко-день у пациентов с ГПОД, оперированных из лапароскопического доступа, составил  $5,3 \pm 0,6$ . В отдаленные сроки у 4 больных (3,1%) возник феномен «соскальзывания манжетки», данным пациентам произведено повторное оперативное вмешательство из лапаротомного доступа. При

наличии пищевода Барретта у 19 пациентов в послеоперационном периоде проводилась аргон-плазменная коагуляция очагов метаплазии с последующей медикаментозной терапией. Выводы. Лечение пациентов с осложненными ГПОД должно иметь комплексный подход, которое следует начинать с консервативной терапии. При неэффективности неоднократных курсов медикаментозной терапии, частых рецидивах, выраженной клинической картине рефлюкс-эзофагита следует выполнять оперативные вмешательства. Видеоскопические вмешательства являются операциями выбора при лечении больных с осложненными формами ГПОД. При наличии пищевода Барретта в послеоперационном периоде показано применение аргон-плазменной коагуляции участков метаплазии, а также проведение медикаментозной терапии.

## **7. Тактика ведения пациентов с пищеводом Барретта.**

Черкасов М.Ф., Скуратов А.В., Черкасов Д.М., Старцев Ю.М., Меликова С.Г.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. Пищевод Барретта является грозным осложнением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и в подавляющем большинстве случаев наблюдается на фоне грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Данное состояние является облигатным предраком и по прошествии 10 – 15 лет может приводить к развитию аденокарциномы пищевода. Своевременная диагностика, адекватное лечение и наблюдение за пациентами с пищеводом Барретта имеют решающее значение в профилактике развития аденокарциномы пищевода. Цель работы. Улучшение результатов лечения пациентов с пищеводом Барретта. Материалы и методы. Материалом исследования послужили 19 пациентов в возрасте от 17 до 72 лет с диагнозом пищевод Барретта, который был подтвержден данными эндоскопического и гистологического исследования биоптатов слизистой пищевода. У всех 19 пациентов заболевание протекало на фоне грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с длительным течением симптомов ГЭРБ. При эндоскопическом исследовании длинный сегмент метаплазии эпителия выявлен в 12 случаях, короткий сегмент - у 7 пациентов. Первым этапом лечения всем пациентам выполнена операция Ниссена или Ниссена-Розетти из лапароскопического доступа, заключающаяся в восстановлении функции кардиального сфинктера, устранение гастроэзофагеального рефлюкса и его клинических проявлений. Через 1-2 месяца после оперативного вмешательства применялась эндоскопическая аргон-плазменная коагуляция (АПК) очагов метаплазии эпителия пищевода с параметрами: режим FORCED APC, мощность 30 – 32 Вт, расход аргона 2 – 2,2 л/мин. Кроме того, в пред- и послеоперационном периоде продолжала проводиться медикаментозная терапия, направленная на нейтрализацию выработанной соляной кислоты, снижение кислотности желудочного сока и ускорение эвакуации пищи из желудка. Через 3, 6 и 12 месяцев после лечения осуществлялся эндоскопический контроль с биопсией слизистой оболочки пищевода, а затем при длине сегмента более 3 см – 1 раз в год, при длине сегмента менее 3 см – 1 раз в 2 года. Результаты и обсуждение. После патоморфологического заключения у 19 пациентов с пищеводом Барретта, кишечная метаплазия без дисплазии верифицирована в 16 случаях, у 3 пациентов отмечалась дисплазия низкой степени. В ближайшем послеоперационном периоде осложнений лечения не отмечено. Болевой синдром после проведения АПК отмечался у 2-х пациентов, и был купирован в течение 10-15 мин применением антацидных препаратов с анестетиком. После выполнения эндоскопической аргон-плазменной коагуляции все пациенты возвращались к привычной деятельности на следующий день. Непосредственные результаты лечения оценивались через 1 месяц после АПК по данным эзофагоскопии и гистологического исследования биоптатов. У каждого пациента проводился контроль за регрессией сегментов пищевода Барретта с

использованием Пражских критериев. При необходимости, в зависимости от длины сегмента выполнялись повторные курсы АПК каждые 1 - 1,5 месяца. За 1 сеанс площадь коагуляции участка метаплазии составляла не более 4 см<sup>2</sup>, что практически не вызывает болевой реакции и снижает риск развития рубцовых стриктур пищевода. У 14 пациентов курсы лечения аргон-плазменной коагуляцией полностью завершены. У данных пациентов отмечается полная регрессия метаплазированного эпителия и замещение его типичным многослойным плоским эпителием, что подтверждено данными гистологического исследования. Еще 5 пациентов продолжают лечение. Наши сроки наблюдения составляют 3 года, за которые, ни у одного пациента не отмечено рецидива метаплазии. Выводы. Лечение пациентов с пищеводом Барретта должно иметь комплексный подход. Всем пациентам с пищеводом Барретта показано выполнение антирефлюксных операций. Видеоэндохирургические вмешательства (операция Ниссена или Ниссена-Розетти) являются операциями выбора при лечении больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, осложненными пищеводом Барретта. Аргон-плазменная коагуляция должна проводиться в зависимости от длины сегмента метаплазии, с интервалами 1-1,5 месяца, с эндоскопическим и гистологическим контролем. За 1 сеанс площадь коагуляции метаплазированного участка не должна составлять более 4 см<sup>2</sup>. В пред- и послеоперационном периоде должна проводиться медикаментозная терапия, направленная на снижение кислотности желудочного сока, нейтрализацию выработанной соляной кислоты и ускорение эвакуации пищи из желудка, а также эндоскопический контроль с биопсией слизистой оболочки пищевода

## **8. Диагностика и лечение фарингоэзофагеальных дивертикулов.**

Тулупов А.Н., Синенченко Г.И.

Санкт-Петербург

ГБУ «СПбНИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

Актуальность. Проблема хирургического лечения заболеваний пищевода и, в частности, дивертикулов отличается особой сложностью. Это обусловлено особенностями анатомического строения и расположения пищевода, его взаимоотношениями с такими жизненно важными органами как сердце, магистральные сосуды, легкие, сегментарностью кровоснабжения и т.д. Целью работы: обоснование наиболее оптимального алгоритма и методов диагностики и лечения ценкеровских дивертикулов. Материал и методы. По поводу этой патологии нами обследованы и оперированы 12 мужчин в возрасте от 40 до 60 лет. Все были курильщиками и имели признаки хронического обструктивного бронхита. Кроме этого, 6 из них страдали рефлюкс-эзофагитом, 3 - язвенной болезнью, 3 – гипертонической болезнью. У 5 больных в анамнезе имелась аспирационная пневмония. Клинические признаки ценкеровского дивертикула (дискомфорт при проглатывании пищи, срыгивание, нарушение прохождения пищи по пищеводу, связанный с продолжительным застоем пищи в дивертикуле неприятный запах изо рта, рвота) до момента обращения за медицинской помощью у них постепенно прогрессировали в течение от 2 до 5 лет. Трое для опорожнения дивертикула прибегали к глубокому надавливанию над левой ключицей после еды. При этом все они отмечали приносящие облегчение журчание и признаки регургитации пищи. У 7 пациентов диагностирована II стадия этого заболевания, у остальных 5 – III стадия. Перфорации дивертикула в анамнезе у наших пациентов не было, а эпизоды застойного дивертикулита отмечали все. При обследовании пациентов наряду с традиционными клиническими методами использовали рентгеноскопию и прицельную рентгенографию пищевода с контрастированием при помощи раствора сульфата бария, а также фиброэзофагогастроуденоскопию. Рентгенологически при контрастировании пищевода в области фарингоэзофагеального перехода слева всегда выявляли свисающее книзу мешковидное выпячивание стенки

размерами от 2x4 до 4x6 см с продолжительной задержкой раствора сульфата бария. При фиброэзофагоскопии в этой зоне диагностировали устье шейки дивертикула диаметром от 1 до 2 см. При аспирации, как правило, визуализировали поступление из дивертикула округлого комка слежавшейся твердой пищи. Отсутствие эндоскопических признаков дивертикулита (гиперемия и отечность слизистой) открывало путь для проведения планового оперативного вмешательства. Важное значение придавали предоперационной подготовке: санация полости рта и трахеобронхиального дерева, устранение застоя пищи в дивертикуле, купирование воспалительных явлений со стороны слизистой оболочки, профилактическое введение антибиотиков широкого спектра действия за 3 часа до операции. Всем пациентам в плановом под общим обезболиванием с интубацией трахеи произведена классическая дивертикулэктомия из шейного доступа по Разумовскому. После интубации трахеи в пищевод вводили толстый зонд. Разрез мягких тканей длиной 8-10 см производили по внутреннему краю левой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. Тупо разделяя мягкие ткани, обнаруживали дивертикул. Последний мобилизовали до основания его шейки и выводили в рану. Устье шейки дивертикула прошивали аппаратом УО-40 и пересекали. Культю обрабатывали йодом и инвагинировали, после чего зонд из пищевода удаляли и рану зашивали наглухо. После операции в течение 3 суток осуществляли парентеральное питание, а в последующем - зондовое с постепенным переходом на диету №1. Через 2 недели после оперативного вмешательства больных переводили на общий стол. Результаты и обсуждение. Все пациенты, участвовавшие в исследовании, дали на это письменное добровольное информированное согласие. Исследование выполнено в соответствии с требованиями Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (в ред. 2013 г.). Осложнений после проведения таких операций не было. Все больные выздоровели и вернулись к труду. При контрольном осмотре через год после оперативного лечения все практически здоровы, качество их жизни удовлетворительное. Альтернативой традиционному хирургическому вмешательству при ценкеровском дивертикуле является оперативное лечение фиброэзофагоскопическое. Суть операции заключается в рассечении под эндоскопическим контролем электроножом перегородки между пищеводом и дивертикулом для улучшения условий для пассажа пищи. Анестезия сочетанная (общая внутривенная и местная терминальная лидокаиновая). При противопоказаниях для общей анестезии такое вмешательство может производиться только под местным обезболиванием. Перегородка обрабатывается антисептиком. За один сеанс коагулируется около 1 см перегородки. Возможно использование игольчатого ножа и аргоноплазменной коагуляции. При необходимости сеанс повторяют через 4 недели. Однако при таких операциях риск кровотечения выше, чем при проведении традиционного вмешательства. В своей практике эндоскопическое оперативное лечение дивертикулов мы не использовали. Вывод. Операцией выбора при ценкеровском дивертикуле пищевода является классическая дивертикулэктомия при отсутствии признаков дивертикулита или перфорации пищевода.

## **9. Интенсивная терапия у больных повреждением пищевода: энтеральное питание.**

Эрметов А.Т., Исхаков Б.Р., Юсупов Ш.И., Рахимов Б.А., Джурабаев А.М., Жалилов Э.Т., Исхаков Н.Б.

Наманган, Республика Узбекистан

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Наманганский филиал

Актуальность: В настоящее время энтеральное зондовое питание (ЭЗП) считается одним из ведущих и наиболее физиологичных способов коррекции нарушений метаболизма и недостаточности питания, закономерно наблюдаемых у пациентов, требующих



интенсивной терапии (ИТ). Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с повреждениями пищевода. Материал и методы: в Наманганском филиале РНЦЭМП были прооперированы 16 больных с повреждениями пищевода. Мужчин было 12 (75%), женщин – 4 (25%) в возрасте от 9 до 45 лет. С перфорацией пищевода инородным телом поступило 8 больных, с ятрогенными повреждениями 7, из них при диагностической эндоскопии 5, остальные при удалении инородного тела, при бужировании пищевода и 1 больной с проникающей колото-резаной раной шеи. В первые 6 часов поступило – 9 больных, в 7 - 24 часа - 5 и более суток - 2. Всем больным при поступлении кроме общеклинических обследования также было произведено рентгенологических исследований с водорастворимым контрастом. Клиническая симптоматика повреждений пищевода была полиморфной, и зависела от срока возникновения гнойного воспаления в околопищеводной клетчатке шеи и средостения. Бурному развитию гнойного медиастинита способствовало повреждение клетчатки средостения и медиастинальной плевры. Подкожная эмфизема шеи и эмфизема средостения имелось место у всех, а в двух случаях травма осложнялся с пневмотораксом. Гнойные осложнения развились у 8 больных, при этом у 3-процесс локализовался в клетчаточных пространствах шеи, а у 5 – распространялся на средостение. При повреждении шейного отдела пищевода у 4 больных было выполнено левосторонняя коллиотомия, ушивание дефекта пищевода с дренированием околопищеводной клетчатки. У 6 больных с повреждением верхнегрудного отдела пищевода была выполнена шейная медиастинотомия слева с ушиванием дефекта пищевода и активным дренированием средостения по Каншину. Чрезплевральный доступ применен у 2 больных с повреждением среднегрудного отдела пищевода, медиастинальной плевры с развитием гнойного медиастинита и эмпиемы плевры. Торакотомия выполнена в VI межреберье, справа тщательная санация плевральной полости с широким вскрытием медиастинальной плевры. Дефект среднегрудного отдела пищевода ушит двухрядными швами укреплением линии швов медиастинальной плевры. Дренирование средостения выполнено двумя силиконовыми дренажными трубками, плевральную полость дренировали отдельно. Чрезбрюшинный доступ по Савиных применен у 4 больных с разрывами нижнегрудного отдела пищевода. Чтобы предотвратить поступление содержимого желудка и пищевода в средостение, у всех пациентов мы старались ушить дефект пищевода с укреплением линии швов лоскутом из диафрагмы, прядью сальника на ножке и активным дренированием зон повреждений. При построении программы комплексной интенсивной терапии учитывали объем инфузионно-трансфузионных введений (4-5 литр в сутки) с учетом дефицита ОЦК. Вводили низкомолекулярные плазмозаменители, коллоидные растворы, белковые препараты. Антибактериальную терапию проводили с учетом чувствительности микрофлоры, выделенных из раны. Назначали препараты улучшающие микроциркуляции и иммунной системы, ингибиторы кининовой системы. Местное лечение медиастинита проводили по принципу лечения гнойных ран (непрерывный лаваж антисептическими растворами с добавлением протеолитических ферментов). Всем больным установлен силиконовый зонд в пищевод с постоянной аспирацией. Энтеральное зондовое питание (ЭЗП) проводились у всех пациентов и продолжались 12-13 дней, а через гастростому – 8, через энтеростому – у 1. Для ЭЗП использовали различные сбалансированные питательные смеси. Проведение ЭЗП равномерно в течение всех суток со скоростью введения питательной смеси не более 150 мл/час, под контролем достаточности количества белка и калоража (не менее 3500 килокалорий). Программа нутритивной поддержки должна строиться с учетом характера патологического процесса в средостения, исходного состояния пациента. Дренажи из средостения удаляли на 12-15 сутки после операции. У 1 пациента сформировался пищеводно-кожный свищ, который впоследствии закрылся самостоятельно. Умерло двое больных от продолжающегося гнойного медиастинита и сепсиса. Заключение: Таким образом, раннее энтеральное зондовое питание способствует скорейшей ликвидации гиповолемии, нормализации ОЦК, обеспечивая адекватное энергоснабжение организма и уменьшая интоксикацию у больных с гнойно-септическим осложнением повреждений пищевода.

## **10. Цирроз печени, осложненной кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода: интенсивное лечение.**

Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Норбаев А.Ю., Исхаков Н.Б. Долимов Л.М., Эрметов А.Т.

Наманган, Республика Узбекистан

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Наманганский филиал

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных циррозом печени (ЦП) с портальной гипертензией, осложненной кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. Материалы и методы: за период с 2000 по 2016 гг. под нашим наблюдением находились 1165 больных циррозом печени с синдромом портальной гипертензией осложненных кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВ). С повторными кровотечениями из ВРВ поступили в стационар 232 (19,9%) больных. Из общего числа больных вирусный гепатит однократно перенесли 582 (49,9%), 103 (8,8%) больных, несколько раз перенесли вирусный гепатит, у 82 (7,0%) больных установлен алкогольный цирроз печени. Возрастной размах составил больные до 19 лет - 76 (6,5%), 20-44 - 489 (41,9%), 45-59 - 341 (29,2%), 60-74 - 209 (17,9%) старше 75 лет - 50 (4,3%) пациентов, из них мужчин – 732 (62,9%) , женщин – 433 (37,1%). Всем больным диагноз установлен на основании клинико-лабораторных данных, УЗИ, эзофагогастродуоденоскопии. У 220 (18,9%) больных диагноз цирроз печени установлен впервые, 165 (14,1%) больных поступили в состоянии печеночной комы в отделение реанимации, 109 (9,3%) пациентов поступили с сильными болями в животе, по ходу обследования установлен «асцитический перитонит», которым проведена лапароскопическая санация брюшной полости. При эзофагогастродуоденоскопии варикозное расширение вен пищевода и кардиального отдела желудка по Шерцингеру 1 ст. были выявлены у 121 (10,4%) больных, 2 ст. у 349 (30,0%), 3 ст. у 469 (40,2%) и 4 ст. – 192 (16,5%). У 34 (2,9%) больных варикозное расширение вен в пищеводе и в кардиальном отделе желудка не отмечено. Функциональное состояние печени по Чайлду - Пью класс - А установлен у 192 (16,5%), класс – В – у 566 (48,6%), класс - С у 407 (34,9%) больных. При УЗИ исследовании ЦП + асцит установлены у 628 (53,9%) больных, спленомегалия у 492 (42,3%), тромбоз воротной вены у 26 (2,2%), признаки сдавления воротной вены у 13 (1,1%) пациентов. Тяжесть состояния больных и степень кровопотери оценивали на основании данных физикальных методов обследования, лабораторных исследований и гемодинамических показателей. Всем больным с кровотечением проводили интенсивное комплексное лечение; применение зонда-обтуратора Блекмора, эндоскопическое лигирование, гемостатическую терапию, снижение портального давления, гемоплазмотрансфузии для восполнения кровопотери и симптоматическое лечение. От прогрессирующей печеночно-почечной недостаточности и от профузных пищеводных кровотечений умерли 214 (18,3%) больных. Применением вышеотмеченных мероприятий получили положительные результаты у 742 (63,6%), у остальных 139 (11,9%) на высоте кровотечения производились следующие виды операции; Пациора 95 (68,3%), операция Пациора-Таннера со спленэктомией (СЭ) 14 (10,0%), шунтирующие операции сосудов у 31 (22,3%) больных. У 20 больных, оперированных на высоте кровотечения, была достигнута полная остановка, лишь у 3 больных с терминальной стадией ЦП после операции Пациора не удалось добиться полного гемостаза, продолжение которого привело к летальному исходу. В комплексе интенсивной терапии -разобщающие операции у больных циррозом печени с портальной гипертензией, осложненной кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка дали положительный результат в большинстве случаев. Исходя из этого, тотальное разобщение варикозных вен гастроэзофагального коллектора является наиболее эффективным методом лечения у больных с синдромом портальной гипертензии.

## 11. Сравнительная характеристика влияния антиоксидантов на процесс регенерации тканей пищевода после ожога щелочью и кислотой (экспериментальное исследование).

Никольский В.И., Климашевич А.В., Шабров А.В., Федорова М.Г.

Пенза

ФБГОУ ВПО Пензенский государственный университет, Медицинский институт

Введение. Острые химические повреждения верхнего отдела желудочно-кишечного тракта в России занимают 3-е место в структуре острой химической травмы и составляют в среднем 8,5 – 42,5 %. Цель работы: изучить влияние антиоксидантов на примере препарата «Мексидол» на регенерацию тканей пищевода после химического ожога кислотой и щелочью в эксперименте. Материал и методы исследования. В качестве экспериментальных животных были выбраны 60 половозрелых кроликов-самцов породы Шиншилла массой не менее 3,5 килограмм и не более 5 килограмм. Последних разделили на 4 группы: основную и контрольную для каждого коррозионного вещества по 15 особей в каждой. Создавали ожог пищевода в средней трети путем экспозиции уксусной кислоты и щелочи по зонду. В дальнейшем, начиная с первых суток с момента формирования ожога и на протяжении последующих 14 дней, кроликам основных групп внутримышечно вводили препарат «Мексидол», в дозировке 5 миллиграмм на 1 килограмм веса животного, животным контрольной группы вводили 5 мл физиологического раствора на каждый килограмм веса животного. Результаты и обсуждения. При морфологическом исследовании тканей пищевода максимальное количество нейтрофильных лейкоцитов при ожоге кислотой в динамике в обеих группах приходилось на 5-е сутки ( $91,7 \pm 7,9$  ед. в основной и  $95,1 \pm 7,1$  ед. контрольной группах), больше в контрольной группе, что отражало интенсивность процесса воспаления в это время. При ожоге щелочью как в контрольной, так и в опытной группах имела умеренная нейтрофильная инфильтрация: количество нейтрофильных лейкоцитов в контрольном препарате составляла в среднем  $10,5 \pm 2,1$  клеток в поле зрения, в опытном образце  $17,4 \pm 2,8$  клеток. Максимальное количество лимфоцитов при ожоге кислотой отмечали на 14-е сутки в основной группе ( $38,15 \pm 5,2$  ед.) и на 21-е сутки в контрольной группе ( $48,17 \pm 3,2$  ед.). Воспалительные элементы в единичном количестве определяли в основной группе на 30-е сутки, в контрольной - на 45-е. Максимальное количество лимфоцитов при ожоге щелочью отмечали на 14-е сутки в основной группе ( $12,7 \pm 0,3$  ед.) и контрольной группе ( $9,6 \pm 0,8$  ед.). Молодые новообразованные сосуды при ожоге кислотой появлялись на 10 сутки, площадь сосудов была больше в основной группе ( $1806,11 \pm 11,21$  мкм<sup>2</sup>/мм<sup>2</sup>) по сравнению с контрольной группой ( $528,53 \pm 83,5$  мкм<sup>2</sup>/мм<sup>2</sup>), достигая максимума на 30-е сутки в контрольной группе ( $2466,99 \pm 126,94$  мкм<sup>2</sup>/мм<sup>2</sup>) и основной группе ( $2086,22 \pm 77,03$  мкм<sup>2</sup>/мм<sup>2</sup>). Молодые новообразованные сосуды при ожоге щелочью появлялись на 10 сутки, площадь сосудов была больше в основной группе ( $57,6 \pm 5,2$  мкм<sup>2</sup>/мм<sup>2</sup>) по сравнению с контрольной группой ( $53,3 \pm 4,5$  мкм<sup>2</sup>/мм<sup>2</sup>), достигая максимума на 30-е сутки в контрольной группе ( $75,6 \pm 6,4$  мкм<sup>2</sup>/мм<sup>2</sup>) и основной группе ( $78,5 \pm 5,6$  мкм<sup>2</sup>/мм<sup>2</sup>). Начиная с 30-х суток, начинались процессы формирования нового эпителия во всех группах. Толщина эпителия достигала своего максимума при ожоге кислотой к 60-м суткам больше в основной группе ( $237,46 \pm 13,14$  мкм), чем в контрольной ( $202,06 \pm 10,14$  мкм). Также толщина эпителия достигала своего максимума при ожоге щелочью к 60-м суткам больше в основной группе ( $110,5 \pm 5,8$  мкм), чем в контрольной ( $107,7 \pm 6,3$  мкм). Выводы: Введение антиоксидантов улучшало репаративные процессы в стенке пищевода, усиливая кровоснабжение ожоговой поверхности после ожога кислотой. При ожоге, нанесенном щелочным раствором интенсивность и выраженность воспалительных реакций значительно уступают таковым при ожоге, нанесенном

кислотой. При повреждении щелочью преобладали некротические и дистрофические процессы и действие антиоксидантов было выражено незначительно.

## 12. Врожденные кисты пищевода.

Столяров С.И.

Чебоксары

БУ "Республиканская клиническая больница"

Актуальность. По данным литературы кисты занимают второе место среди интрамуральных доброкачественных новообразований пищевода после лейомиом пищевода. Они составляют 5 % среди всех доброкачественных новообразований пищевода. Кисты могут быть врожденными и приобретенными. Приобретенные ретенционные кисты появляются вследствие обструкции экскреторных протоков желез и располагаются в подслизистом слое пищевода. Врожденные кисты пищевода – это порок развития (дисэмбриогенез) «дремлющих» или «заблудших» клеток, остатков продольной перегородки, отшнуровывающей дыхательную трубку от кишечной. Частота дисэмбриональных кист по материалам аутопсий составляет 1:8200. Кисты могут иметь выстилку из дыхательного или желудочно-кишечного эпителия. Чаще встречается выстилка дыхательной трубки. В зависимости от гистологического строения различают бронхогенные и энтерогенные (пищеводные, желудочные, кишечные) кисты пищевода. Кисты могут осложняться перфорацией, нагноением, кровотечением, перипроцессом, плевритом, медиастинитом и др. Цель исследования: продемонстрировать результаты лечения пациентов с врожденными кистами пищевода. Материал и методы. В торакальном отделении БУ «РКБ» находилось на лечении 4 пациента (3 мужчин и одна женщина) с врожденными кистами пищевода. Возраст пациентов 15, 42, 41, 33 года. Из клинических проявлений преобладали дисфагия (у троих), боль в эпигастрии (у 2), боль в левой половине грудной клетки (у 1), загрудинные боли (у 1). Диагноз устанавливался на основании анализа клинической картины, данных контрастного исследования пищевода, эзофагоскопии. Все оперированы. У троих кисты локализовались на правой стенке пищевода ниже уровня дуги непарной вены, в мышечном слое пищевода. Им удаление кисты произведено через правосторонний трансторакальный доступ. Объем кист от 100 до 150 мл, содержимое - вязкая слизистая жидкость. У одного пациента киста исходила из левой стенки пищевода, имела экстраэзофагеальный рост, что создавало дифференциально-диагностические трудности. Приводим одно из наших наблюдений. Пациент Ф., 16 лет, поступил в хирургическое торакальное отделение 14.11.83 г. с подозрением на левостороннюю диафрагмальную грыжу с жалобами на слабость, плохой аппетит, боли в левой половине грудной клетки тупого характера. При поступлении состояние удовлетворительное, пониженного питания, кожный покров физиологической окраски. Грудная клетка обычной формы, дыхание слева ослаблено в нижних отделах. ЧД 18 в минуту. Пульс 82 в минуту, ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Общий анализ крови: Э 4,2 · 10<sup>12</sup>/л, Нв 110 г/л, Л 9,8·10<sup>9</sup>/л, СОЭ 38 мм/ч. При рентгенологическом исследовании органов грудной полости в условиях искусственного пневмоперитонеума и контрастированного пищевода отмечено – над левым куполом диафрагмы, в заднем средостении имеется эллипсоидной формы образование размером 9 на 9 см, гомогенного характера, с ровными краями, синхронно перемещающееся с экскурсией диафрагмы. Нижний край опухолевидного образования не прослеживается, интимно связано с диафрагмой. Прослеживается связь опухолевидного образования с пищеводом. На латерограмме на фоне искусственного пневмоторакса данное образование не связано с грудной стенкой и легким, меняет свою форму с дыхательными движениями. 24.11.83 под эндотрахеальным наркозом произведена боковая торакотомия в 6 межреберье слева с диагнозом опухоль средостения. При ревизии

установлено: в заднем средостении имеется опухолевидное образование размером 10 на 10 см, распространяющееся под диафрагмальную плевру и мышечные слои диафрагмы. Произведена пункция образования, эвакуировано 1200 мл желеобразной массы желтого цвета, без запаха. Вскрыта полость кисты, внутренняя стенка гладкая, блестящая. Ножка кисты шириной 1,5 см, исходит из переднебоковой стенки эпифренального отдела пищевода. Ножка кисты прошита аппаратом УКС-25, дополнительно наложены капроновые швы на мышечную стенку пищевода. Оболочки кисты удалены, зашиты медиастинальная плевра, ткани диафрагмы. Патогистологическое исследование № 196: в исследованном материале элементы слизистых желез дыхательных путей, гиалиновый хрящ и расположенные среди фиброзно-мышечной ткани множественные железистые структуры, выстланные многоядным эпителием. Послеоперационный период без осложнений. Операционная рана зажила первичным натяжением. Выписан на 14 день после операции. Осмотрен через 8 лет, жалоб нет, в развитии от сверстников не отстает, трудоспособен. Выводы. Врожденные кисты пищевода являются редкой патологией среди доброкачественных образований пищевода и длительно могут протекать бессимптомно. В связи с высокой вероятностью присоединения осложнений (сдавление бронха, пищевода, инфицирование и др.) удаление кисты целесообразно даже при бессимптомном течении, поскольку на этом этапе операция протекает значительно проще.

### **13. Применение видеондхирургических операций при нервно-мышечных заболеваниях пищевода.**

Старцев Ю.М., Черкасов М.Ф., Черкасов Д.М., Перескоков С.В., Галашокян К.М.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации»

Актуальность. Ахалазия пищевода занимает второе место среди всех доброкачественных заболеваний пищевода, встречается в 3,1 – 20%. Цель работы. Улучшение результатов лечения больных ахалазией и диффузным спазмом пищевода путем разработки и клинического использования видеондхирургической методики. Материалы и методы. В хирургических отделениях клиники Ростовского государственного медицинского университета выполнено 98 видеондхирургических вмешательств по поводу нервно-мышечных заболеваний пищевода: у 94 пациентов имела место ахалазия (в 87 наблюдениях применялся лапароскопический доступ, в 7 – левостороний торакокопический), у 4 больных показанием к операции являлся диффузный спазм пищевода. Произведена оценка интраоперационных осложнений, а также сравнительная оценка отдаленных результатов лечения больных, оперированных видеондоскопически и традиционным методом. Результаты. Выполнение эзофагокардиомиотомии при ахалазии возможно как из лапароскопического, так и из торакокопического подходов. В последние годы все операции производятся из лапароскопического доступа в связи с меньшей его травматичностью. Во время оперативного вмешательства мы рассекаем как продольные, так и циркулярные мышечные волокна, что является профилактикой рецидива заболевания, по передне-левой стенке пищевода на протяжении 6 – 7 см, с переходом на кардиальный отдел желудка на 1,5 – 2 см. Использование передней фундопликации по Дору позволяет не выполнять мобилизацию желудка в области его дна и по задней его стенке. Во время видеондоскопических вмешательств по поводу ахалазии пищевода у 12 пациентов (12,8%) интраоперационно возникли повреждения слизистой оболочки пищевода, которые в 4 наблюдениях потребовали выполнения конверсии (4,3%), у остальных 8 больных дефекты слизистой оболочки пищевода были ушиты видеондоскопически нитями «Викрил» 3/0. Других причин для выполнения конверсии не было, осложнений, связанных с выполнением конверсии, также не отмечалось. Средняя продолжительность операции составила 105,8±34,9 минут, средний послеоперационный

койко-день –  $4,1 \pm 0,8$ . Нами изучены отдаленные результаты лечения в сроки до 20 лет у 81 из 94 больных ахалазией пищевода, оперированных видеоэндоскопически (86,2%). Преходящая дисфагия отмечена у 2 пациентов (2,5%), симптомы купировались назначением прокинетики (мотилиум, координакс). Изжога наблюдалась у 4 пациентов (4,9%), которые ранее страдали хроническим гастритом или язвенной болезнью, и поддавалась лечению антисекреторными и антацидными средствами. В отдаленные сроки у 1 оперированного нами больного (1,1%) отмечен рецидив заболевания. Операции при диффузном спазме пищевода (экстрамукозная эзофагомиотомия на протяжении от дуги непарной вены до уровня пищеводно-желудочного перехода – операция Биокка) выполняется из правостороннего торакоскопического доступа. Конверсий при выполнении операций у больных диффузным спазмом пищевода не было. Выводы. Таким образом, видеоэндохирургические вмешательства являются операциями выбора при лечении больных нервно-мышечными заболеваниями пищевода, лапароскопические вмешательства при ахалазии пищевода являются более предпочтительными, чем торакоскопические. При выполнении эзофагокардиомиотомии длина мышечного разреза должна составлять 6 – 7 см по пищеводу с переходом на 1,5 – 2 см на кардиальный отдел желудка. При повреждении стенки пищевода не всегда необходимо выполнение конверсии, возможно ушивание дефекта видеоэндоскопически. Операции при диффузном спазме пищевода целесообразно выполнять из правостороннего торакоскопического доступа.

#### **14. Применение видеоэндоскопических вмешательств в хирургическом лечении заболеваний пищевода.**

Черкасов М.Ф., Старцев Ю.М., Черкасов Д.М., Перескоков С.В., Меликова С.Г.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации»

Актуальность исследования. Видеоэндохирургические технологии в лечении заболеваний пищевода широко развиваются, особенно в последние десятилетия. Однако широкий диапазон вопросов, касающихся выбора доступа, объема оперативного вмешательства, применения тех или иных технических приемов остаются дискуссионными. Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных заболеваниями пищевода путем разработки и научного обоснования новых способов вмешательств с применением видеоэндохирургических технологий. Материалы и методы. В хирургических отделениях клиники Ростовского государственного медицинского университета выполнены 313 видеолaparоскопических и видеоторакоскопических операций на пищеводе. Произведено 127 оперативных вмешательств при осложненных формах грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), 98 операций по поводу нервно-мышечных заболеваний пищевода (94 – ахалазия пищевода III – IV стадии, 4 – диффузный спазм пищевода), 28 – по поводу дивертикулов (16 – наддиафрагмальных и 12 – бифуркационных), 20 – доброкачественных новообразований, произведено также 25 видеоторакоскопически ассистированных экстирпаций пищевода в связи с раком и 15 – в связи с рубцовыми стриктурами пищевода. Кроме того у 18 пациентов произведена внутриспросветная реконструкция анастомоза при помощи видеоэндохирургической техники при рубцовой стриктуре пищеводно-желудочного или пищеводно-кишечного анастомоза на шее, а у 19 пациентов при выполнении шунтирующей заградочной пластики формирование ретростерального тоннеля и наложение внутриспросветного анастомоза выполнялись с помощью видеоэндохирургической техники. Произведена оценка интра- и послеоперационных осложнений, а также сравнительная оценка отдаленных результатов лечения больных, оперированных видеоэндоскопически и традиционным методом. Результаты.

Проведенные анатомические исследования позволили установить, что при правостороннем торакоскопическом доступе визуализация пищевода и манипуляции на нем возможна на всем протяжении его грудного отдела, при левостороннем торакоскопическом подходе пищевод доступен на уровне нижней и средней его трети, при необходимости (после выполнения диафрагмотомии) возможны манипуляции на абдоминальном отделе пищевода и желудке. Лапароскопический доступ позволяет выполнять операции не только на брюшном его отделе, но и на большей части его грудного отдела, дает возможность производить вмешательства не только при ахалазиях и грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, но и при эпифренальных дивертикулах и доброкачественных новообразованиях пищевода, располагающихся в грудном отделе ниже непарной вены. Видеоэндоскопические операции позволяют снизить число интра- и послеоперационных осложнений, величину кровопотери, количество применяемых препаратов, в том числе анальгетиков и антибиотиков, способствуют более быстрой нормализации показателей анализов крови, уменьшению сроков реабилитации больных, пребывания пациентов в стационаре. Лапароскопические операции на пищеводе переносятся легче торакоскопических. Выводы. Таким образом, в настоящее время практически при всех патологических процессах пищевода, требующих хирургического вмешательства, операция может быть выполнена видеоэндоскопически. Лапароскопические и торакоскопические операции на пищеводе должны выполняться по строгим показаниям и с учетом противопоказаний. Выпор доступа к патологическому процессу на пищеводе должен осуществляться индивидуально с учетом его характера и локализации, а также типа телосложения и анатомических особенностей пациента. Возникновение интраоперационных осложнений не всегда является показанием к конверсии и в большинстве случаев могут быть устранены без перехода на «открытую» операцию. Несмотря на все преимущества видеоэндоскопических вмешательств, возможность применения этого способа при раке пищевода ограничивается I – II стадиями процесса.

#### **15. Субтотальные резекции пищевода с эзофагогастропластикой комбинированным лапаро-торакоскопическим доступом при раке.**

Аллахвердян А.С., Анипченко С.Н., Фролов А.В., Анипченко Н.Н.

Москва

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского».

Актуальность: анализ особенностей и непосредственных результатов субтотальных резекций пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой комбинированным лапаро-торакоскопическим доступом при раке. Материалы и методы: В 2015-16 г. было выполнено 22 субтотальные резекции пищевода комбинированным лапароскопическим и правосторонним торакоскопическим доступом. В 6 случаях операция выполнялась после предшествовавших абдоминальных вмешательств. Во всех случаях торакоскопический этап завершался формированием "ручного" двухрядного пищеводно-желудочного анастомоза по М. И. Давыдову. Результаты: резекция R0 была выполнена у 21 больного. При гистологическом исследовании в среднем исследовалось  $37 \pm 4$  лимфоузла. Послеоперационные осложнения отмечены у 3 больных. Локальная несостоятельность пищеводного анастомоза возникла у 2-х больных. У 1 больного заживление свища анастомоза было отмечено в течение 4-х недель, после дренирования. Послеоперационная летальность у одного больного. Средняя продолжительность операции составила 8 ч 42 мин. Средняя продолжительность нахождения в реанимации составила 16 ч. Энтеральное питание после операции начинали на 5 сутки. Средний послеоперационный койко-день у больных без несостоятельности шва анастомоза составил 8 суток. Заключение: преимущества лапаро-торакоскопических субтотальных резекций пищевода: четкость

визуализации, хороший контроль гемостаза, удобство мобилизации желудка и пищевода, ранняя активизация больных в послеоперационном периоде, сокращение сроков стационарного лечения.

## 16. Сравнительная оценка хирургического лечения ГПОД.

Машурова Е.В., Айдемиров А.Н., Вафин А.З., Абалян А.К.

Ставрополь

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Сравнительная оценка хирургических методов лечения ГПОД Машурова Е.В., Айдемиров А.Н., Вафин А.З., Абалян А.К. ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет Ставрополь, Россия Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы наблюдаются, по сводным данным, у 26–50% гастроэнтерологических пациентов (Гринцов А.Г., 2012), занимая в структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта третье место после желчнокаменной болезни, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (Евтихов Р.М., 2006). Актуальность темы объясняется и тем обстоятельством, что у больных данной патологии часто развиваются тяжелые осложнения, такие как кровотечение, пептическая стриктура и язва пищевода, пищевод Барретта, рак пищевода (Абдуллаев Б.А., 2008; Бурмистров М.В., 2010). Цель работы – оценка результатов хирургических методов лечения ГПОД. Материалы и методы исследования. Ретроспективно проанализированы результаты хирургического лечения 70 больных, прооперированных по поводу ГПОД в клинике за период с 2014 по 2016 гг. Возраст больных колебался в пределах от 37 до 80 лет, средний возраст составил  $58 \pm 9,3$  лет, количество мужчин-15(21%), женщин-55(79%). Результаты исследования. В основную группу включены 60 (85,7%) пациентов, которым оперативное вмешательство выполнялось лапароскопическим способом, контрольную группу составили 10 пациентов (14,3%), которым проводилось оперативное вмешательство традиционным открытым способом. Основную группу (n=60) составили пациенты с фиксированными грыжами 10 (16,7%) (среди которых 2(3,3%) пациента - с параэзофагеальными) и нефиксированными 50 (83,3%) грыжами, ГПОД I ст. выставлен у 2(3,3%) пациентов, ГПОД II ст. – у 22(36,7%), ГПОД III ст. – у 38(63,3%). В контрольную группу вошли (n=10) – с фиксированными грыжами 5 (50%), с нефиксированными- 5 (50%). ГПОД I ст. было 1(10%), ГПОД II ст.- не выявлены, с ГПОД III ст.- 9 пациентов (90%). В основной группе больных лапароскопическая фундопликация проводилась двумя способами - по Nissen с задней крурорафией – у 58 пациентов (96,7%) и по Dog с передней крурорафией – у 2 пациентов (3,3%). У 2 (3,3%) больных возник пневмоторакс при выделении ГПОД (в одном из случаев при фиксированной параэзофагеальной ГПОД III ст., в во втором случае – при фиксированной аксиальной ГПОД III ст. В основной группе больных количество стационарных койко-дней составило в среднем  $7 \pm 1,2$ , в контрольной же  $13,3 \pm 2,3$ . В раннем послеоперационном периоде осложнений не было. Отдаленные результаты изучаются. Выводы. Лапароскопическая фундопликация не уступает по эффективности традиционному методу и имеет свои преимущества: малотравматичность, меньший болевой синдром, сокращение послеоперационного периода, быстрое восстановление. Выбор того или иного вмешательства зависит от показаний и противопоказаний, условий для проведения манипуляции и квалификации хирурга. Взвешенная оценка показаний для операции и соблюдение ряда правил во время выполнения фундопликации гарантирует эффективность вмешательства (устранение грыжи и патологического рефлюкса) и сопровождается минимальным развитием осложнений в послеоперационном периоде.



## 17. Выбор лечебной тактики у больных с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода.

Айдемиров А.Н., Вафин А.З., Шушанов П.А., Машурова Е.В., Погосян Г.А., Абдоков А.Д.

Ставрополь

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Лечение больных с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода остается сложной и актуальной проблемой. Мы являемся сторонниками преимущественно консервативного лечения рубцовых стриктур пищевода, проводимого со строгим соблюдением основных принципов бужирования – восстановление проходимости пищевода в сочетании с осторожностью и разумной настойчивостью, а также поддерживающими курсами бужирования. В настоящей работе представлен результат лечения 422 больных с рубцовыми стриктурами пищевода после химического ожога в 1995-2016гг. Бужирование пищевода было выполнено 366 больным, из них у 171 - полыми бужами на металлической струне-проводнике под контролем рентгентелевидения, у 190 – под эндотрахеальным наркозом с использованием жесткого эзофагоскопа и у 5 больных – бужирование «без конца» на нити через гастростому. В среднем выполнялось 3 сеанса бужирования с интервалом 2-3 дня. Стойкий клинический эффект был достигнут у 341 (80,1%) больных. У 81 больного бужирование пищевода было неэффективным из-за протяженности стриктуры, поэтому 59 пациентам выполнены различные виды пластики пищевода, 22 – питательную гастростомию. У 46 больных произведена экстирпация пищевода с одномоментной абдомиоцервикальной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой, у 7 – резекция нижнегрудного отдела пищевода с правосторонним внутриплевральным пищеводно-желудочным анастомозом и у 6 пациентов выполнена заградительная шунтирующая пластика пищевода толстой кишкой. Перфорация пищевода после бужирования возникла у 4 больных, причем у всех оно выполнялось под контролем жесткого эзофагоскопа. Трём пациентам по экстренным показаниям выполнена первичная пластика пищевода на фоне медиастинита (у 1 - в течение первых 6 часов, у 2 - через 16 и 18 часов после бужирования). Одному пациенту выполнена медиастинотомия по Савиных, дренирование средостения. Летальный исход отмечен у пациента после первичной пластики пищевода, оперированного через 18 часов с момента перфорации пищевода в результате острой сердечно-сосудистой недостаточности, развившейся в раннем послеоперационном периоде. После плановых операций у 55 больных различные осложнения развились у 16 (27,1%) и умерли 7 (11,8%) больных. Причем 4 летальных случая пришлось на первые 3 года внедрения и освоения методики пластики пищевода в клинике из-за плохого медикаментозного обеспечения. Причиной смерти у 2 больных явились несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза на шее и медиастинит, у 2 – несостоятельность пищеводно-желудочного внутриплеврального анастомоза с эмпиемой плевры и медиастинитом и у 3 – полиорганная недостаточность. Таким образом, адекватный выбор метода бужирования в зависимости от распространенности и характера поражения, а также регулярное его проведение позволило достичь стойкого клинического эффекта у 80,1% больных. Экстирпация пищевода с первичной пластикой абсолютно показана при повреждении (перфорации) пищевода в первые 10-12 часов с момента травмы.

## **18. Результаты пластики пищевода в нашей клинике в ближайшем послеоперационном периоде.**

Айдемиров А.Н., Вафин А.З.

Ставрополь

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель исследования - анализ ранних послеоперационных осложнений и летальности после пластики пищевода в торакоабдоминальном отделении Ставропольской краевой клинической больницы с 1997 по 2016гг. За период с 1997г. под нашим наблюдением находились более 90 больных раком пищевода. Из них только у 25 удалось выполнить радикальные операции. У 8 больных с железистым раком нижней трети пищевода и кардиоэзофагеальным раком мы выполнили резекцию нижнегрудного отдела с внутривисцеральным пищеводно-желудочным анастомозом по Гарлоку, у 7 – по Льюису, у 1 – тонкой кишкой и у 9 при раке средне-грудного отдела пищевода – экстирпацию органа с абдомиоцервикальной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой. С послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода и желудка оперированы 59 больных (от 18 до 74 лет, женщин – 21, мужчин – 38). У 46 больных выполнена экстирпация пищевода с одномоментной абдомиоцервикальной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой, у 7 – резекция нижнегрудного отдела пищевода с правосторонним внутривисцеральным пищеводно-желудочным анастомозом и у 6 пациентов выполнена загрудинная шунтирующая пластика пищевода толстой кишкой. Из 26 оперированных по поводу рака пищевода послеоперационные осложнения возникли у 3 (11,5%): у 1 - внутривисцеральное кровотечение в раннем послеоперационном периоде, что потребовало повторного оперативного вмешательства, у 2 - несостоятельность швов пищеводно-желудочного анастомоза, медиастинит, эмпиема плевры с летальным исходом. Из 59 оперированных по поводу послеожоговых рубцовых стенозов пищевода различные осложнения развились у 16 (27,1%) и умерли 7 (11,8%) больных. Причем 4 летальных случая пришлось на первые 3 года внедрения и освоения методики пластики пищевода в клинике. В эти же годы было плохое медикаментозное обеспечение. Причиной смерти у 2 больных явились несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза на шее и медиастинит, у 2 – несостоятельность пищеводно-желудочного внутривисцерального анастомоза с эмпиемой плевры и медиастинитом и у 3 – полиорганная недостаточность. Таким образом, остаются нерешенными проблемы ранней диагностики рака пищевода, необоснованности длительного бужирования доброкачественных стриктур и невозможности эффективной предоперационной подготовки истощённых больных в районных больницах из-за их недостаточного медикаментозного обеспечения.

## **19. Неотложные патологические состояния в хирургии диафрагмы.**

Колкин Я.Г., Ступаченко О.Н., Дудин А.М., Межаков С.В., Колкина В.Я.

Донецк, ДНР

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Актуальность проблемы. Возрастающая встречаемость острых патологических состояний диафрагмы, помноженная на слабое знакомство практических врачей с этой патологией все больше привлекает внимание хирургов. Во многом ситуация усугубляется многообразием форм и вариантов клинического течения этих состояний, особенно в случаях их осложнённого течения. По-видимому, целый ряд вопросов, касающихся

диагностики и лечения данной патологии, оставаясь в чем-то дискуссионными, не теряют своей актуальности и сегодня. Цель работы - улучшение диагностики и результатов лечения больных с острой и осложненной хирургической патологией диафрагмы. Материалы и методы. В клинике хирургии им. проф. К.Т. Овнатаняна Донецкого национального медицинского университета за период с 1987 по февраль 2017 года находились на лечении 757 больных с разнообразными видами хирургической патологии диафрагмы. Анализу подвергся материал, включающий 279 пациентов с острыми клинико-рентгенологическими проявлениями имеющейся у них патологии. У 112 пострадавших диагностированы свежие ранения диафрагмы, а у 167 пациентов констатированы осложненные формы течения различных видов диафрагмальных грыж (ущемление абдоминальных органов при ранении и грыжах диафрагмы - 21, эрозивно-язвенный эзофагит - 38, анемия - 37, пищеводно-желудочное кровотечение - 5, высокая желудочно-кишечная непроходимость, обусловленная заворотом желудка - 35, реперкуссивно-ирритативный синдром - 31). Лишь 59% пациентов с осложненными формами диафрагмальной патологии поступили в клинику с правильным и своевременно установленным диагнозом. С целью диагностики, по показаниям, использовались исследования: обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости, рентгенконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта, фиброэзофагогастродуоденоскопия, компьютерная томография и др. методики. Результаты и обсуждение. Из общего числа наблюдаемых больных с хирургической патологией диафрагмы (757), оперировано 112 пострадавших пациентов с острыми травматическими повреждениями купола диафрагмы, а также 167 больных с различными видами диафрагмальных грыж, имеющих осложненное течение. У подавляющего большинства пациентов с ранениями диафрагмы и посттравматическими диафрагмальными грыжами, операция заключалась в мобилизации грыжевого содержимого из сращений (если таковые имелись), низведении абдоминальных органов в брюшную полость и ушивании дефекта диафрагмы. Одному больному с посттравматической диафрагмальной грыжей после неудачной операции, ранее выполненной по месту жительства, потребовалось замещение проленовой сеткой 60% левого купола диафрагмы и значительного участка перикарда. У 127 пациентов с осложненным течением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, последняя устранена с помощью разработанной нами методики – пластики пищеводного отверстия (патент Российской Федерации № 764665). Умерли 3 оперированных больных (1 – в связи с тромбозом стволы легочной артерии и 2 - в результате отека легких и головного мозга, возникших после операции, в связи с дооперационной пролангацией полной высокой желудочно-кишечной непроходимостью). Остальные пациенты выздоровели. Выводы. Наш опыт свидетельствует о достаточной распространенности приведенных патологических состояний, к сожалению, далеко не всегда узнаваемых практическими врачами, что нередко обуславливает запоздалое лечебное пособие пациентам.

## **20. Обоснование выбора методики оперативного лечения пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.**

Буриков М.А.(2), Шульгин О.В (2), Сокиренко И.А.(1), Сказкин И.В.(2), Кинякин А.И.(2)

Ростов-на-Дону

1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России

Цель: Обоснование выбора наиболее безопасной методики оперативного лечения пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, основываясь на сравнительном анализе ранних послеоперационных осложнений. Определение материала для выполнения протезирования ножек диафрагмы при крурорафии, позволяющее снизить количество

послеоперационных осложнений. Материалы и методы: проведен сравнительный анализ двух методик оперативного лечения у 103 пациентов после лапароскопической классической и модифицированной методик Nissen, основываясь на анализе послеоперационных осложнений. В первую группу входили 58 человек, которым операции выполнялись по классической лапароскопической методике Nissen с формированием стандартной антирефлюксной манжеты. Во вторую группу входили 45 человек, которым выполнялось устранение ГПОД по оригинальной методике: расстановку троакаров проводили с учетом конституционального типа пациентов (патент РФ от 27.09.2014 № 252941), формирование антирефлюксной манжеты выполняли с сохранением связочного аппарата желудка из передней желудочной стенки с использованием ниточного шва аппаратом Endostitch. При наложении первого шва подхватывали адвентициальную оболочку пищевода в месте кардиально-пищеводного перехода и формировали ненапряжную манжету не менее чем на 1 см шире пищевода интубированного зондом 36 Fr. Далее накладывался непрерывный шов длиной 5-6 см. Пациентам обеих групп выполнялась задняя крурорафия с использованием ниточного шва. Швы накладывались при помощи аппарата EndoStitch. Для укрепления ножек диафрагмы у пациентов с ГПОД более 5 см и с истонченными ножками, использовались протезирующие материалы. Выбор материала для протезирования был между полипропиленом, как наиболее распространенным и часто рекомендованным для этих целей и биологическим имплантом из листовой свиной кожи, лишенным антигенной структуры. Оценка ранних осложнений проводилась ретроспективно по следующим критериям: наличие икоты, синдрома «gas bloat», дисфагии, а так же по шкале Clavien-Dindo. Результаты: при исследовании выходных данных, выявлено, что в 1-й группе, в которой операции выполнялись по классической лапароскопической методике Nissen с формированием стандартной антирефлюксной манжеты, как ранний послеоперационный синдром, чаще отмечается икота, что объясняется определенными особенностями в оперативной технике и наложении стандартной антирефлюксной фундопликационной манжеты. У пациентов без протезирования диафрагмы в обеих группах, икота отмечалась наиболее редко, что объясняется меньшим размером грыжевых ворот и отсутствием импланта как инородного тела, вызывающего асептическую воспалительную реакцию в окружающих тканях. Синдром «gas-bloat» и дисфагия в процентном соотношении снизилась с 27,2% в первой группе до 18,1% во второй и с 26,2 % до 18,9,1% соответственно, что так же объясняется применением во второй группе ненапряжной манжеты. Все осложнения были транзитными и купировались как самостоятельно, так и при помощи противовоспалительной терапии в сроки от 3 до 14 суток от операции. Вообще, количество жалоб у пациентов второй группы ниже, что объясняется формированием ненапряжной манжеты. При сравнительном анализе применяемых имплантов, следует сделать заключение, что у пациентов с использованием коллагенового импланта в обеих группах, жалобы менее выражены, чем у пациентов с протезированием полипропиленовым имплантом, что обусловлено более выраженной местной воспалительной реакцией на полипропилен. Выводы: 1. У пациентов 2 группы, в которой выполнялось устранение ГПОД по оригинальной методике с формированием ненапряжной антирефлюксной манжеты, ниже уровень ранних послеоперационных осложнений 2. При выборе протеза у пациентов можно сделать вывод, что преимуществом обладают коллагеновые протезы 3. Применение как синтетических так и биологических протезов, сопровождается незначительным увеличением количества ранних послеоперационных осложнений по сравнению с пациентами, у которых не проводилось протезирование диафрагмы, однако, все ранние послеоперационные осложнения купировались противовоспалительной терапией так же, как и в группе пациентов со стандартной крурорафией.